

Институт Физиологии и Санокреатологии

**Фурдуй Ф. И., Чокинэ В. К., Фурдуй В. Ф.
Глижин А. Г., Вуду Л. Ф., Врабие В. Г.**

**ТРАКТАТ
О НАУЧНЫХ И ПРАКТИЧЕСКИХ
ОСНОВАХ САНОКРЕАТОЛОГИИ**

ТОМ 3.

**ПСИХОСАНОКРЕАТОЛОГИЯ.
ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ ОБУСЛОВЛЕННОСТЬ
ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЧЕЛОВЕКА.
ПСИХОГЕННЫЕ НАРУШЕНИЯ.
МЕТОДЫ И СПОСОБЫ ИХ
ПРЕВЕНЦИИ И КОРРЕКЦИИ.**

Кишинэу • 2021

CZU 613.86

T 652

Монография «Психосанокреатология. Эмоциональная обусловленность жизнедеятельности человека. Психогенные нарушения. Методы и способы их превенции и коррекции.», является третьим томом «Трактата о научных и практических основах санокреатологии» посвящена дальнейшему развитию научных основ психосанокреатологии, призванной разработать теорию и практику направленного формирования и поддержания психического здоровья, эмоциональной обусловленности жизнедеятельности человека, психогенных нарушениям, методам и способам их превенции и коррекции.

Анализируется суть психического здоровья, распространенность психогенных нарушений, потребность в изменении государственной политики в области здравоохранения. Рассматривается эмоциональная обусловленность жизнедеятельности человека, психосано- и психодиссаногении, эмоционально-когнитивно-поведенческо-защитная реакция, хроническое проявление базовых эмоций как триггеры развития психических расстройств, психогенной этиологии. Приводятся особенности развития психосоматических расстройств, эмоциональной этиологии. Отдельная глава посвящена пандемии COVID-19, как психогенному фактору, её влиянию на психическое здоровье. Особое внимание уделяется развитию силы воли как важнейшему условию для поддержания и превенции преждевременной деградации психического здоровья, самопознанию и самосознанию своего психического здоровья и предикторам преждевременной психической деградации – важным составляющим психического здоровья. Специальный раздел посвящен путям, методам и способам поддержания психического здоровья, превенции и коррекции психогенных нарушений.

Монография предназначена для санокреатологов, физиологов, психологов, психиатров и врачей других специальностей, а также для тех, кто интересуется проблемой формирования и поддержания психического здоровья.

Книга издана при поддержке гранта 20.70086.11/COV(70105) „Consecințele stresului psihoemoțional în condițiile pandemiei COVID-19 și măsurile de atenuare a lor SPECOCVID-19” и была апробирована Ученым Советом Института физиологии и санокреатологии (Протокол №10, от 02 декабря 2021 г.).

DESCRIEREA CIP A CAMEREI NAȚIONALE A CĂRȚII DIN REPUBLICA MOLDOVA

Трактат о научных и практических основах санокреатологии /
Фурдуй Ф. И., Чокинэ В. К., Фурдуй В. Ф. [и др.] ; Институт Физиологии
и Санокреатологии. – Кишинэу : Б. и., 2021 (Căpățînă-Print SRL) – . –
ISBN 978-9975-62-399-5.

Т. 3 : Психосанокреатология. Эмоциональная обусловленность жизнедеятельности человека. Психогенные нарушения. Методы и способы их превенции и коррекции. – 2021. – 344 p. : fig., tab. – Pref., epilog paral.: lb. rom., engl., rusă. – Referințe bibliogr.: p. 314-323 (177 tit.). – 130 ex. – ISBN 978-9975-62-450-3.

613.86

T 652

ISBN: 978-9975-62-450-3.

© Фурдуй Ф. И., Чокинэ В. К., Фурдуй В. Ф.,
Глижин А. Г., Вуду Л. Ф., Врабие В. Г., 2021

© Институт физиологии и санокреатологии, 2021

Дорогой читатель!

Жизнь человека коротка. Она насыщена многочисленными диссаногенными факторами и эмоциями, вызывающими нарушения Вашего здоровья. Прожить здоровым возможно лишь при направленном формировании и поддержании здоровья. До наступления этого времени, радуйтесь саногенным ощущениям и эмоциям, обусловленным адекватным осознанием окружающей среды и сознательной деятельностью, проявите силу воли изучить способы поддержания и улучшения своего здоровья и действовать по своему усмотрению.

* * * * *

Drag cititor!

Viața omului este scurtă. Ea este însoțită de un număr mare de factori și emoții dissanogene, care provoacă dereglarea sănătății. A trăi viața sănătos e posibil doar în cazul, când sănătatea se va forma și menține dirijat. Până va veni acest timp, bucurați-vă de senzațiile și emoțiile sanogene, cauzate de conștientizarea adecvată a mediului ambiant și activitatea conștientă, manifestați putere de voință de a studia procesele de menținere și ameliorare ale sănătății și de a activa conform propriei viziuni.

* * * * *

Dear reader!

Human life is short and accompanied by multiple dissanogenic factors and emotions, which cause health disorders. Living a healthy life is possible only if health will be formed and maintained in a directed way. Until this time comes, enjoy the sanogenic sensations and emotions caused by proper awareness of the environment and conscious activity. Demonstrate the will to study the ways for maintaining and improving health and to act according to one's own vision.

* * * * *

**ПСИХОСАНОКРЕАТОЛОГИЯ.
ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ ОБУСЛОВЛЕННОСТЬ
ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЧЕЛОВЕКА.
ПСИХОГЕННЫЕ НАРУШЕНИЯ.
МЕТОДЫ И СПОСОБЫ ИХ
ПРЕВЕНЦИИ И КОРРЕКЦИИ.**

Предисловие

Психосанокреатология – наука, призванная разрабатывать и внедрять теоретические и практические основы направленного создания и поддержания психического здоровья и психики. Её возникновение обусловлено потребностями практики в решении таких актуальных проблем, как психические расстройства, направленное создание креативных и особо одарённых личностей, обеспечение саногенности психического здоровья, способствование прогрессивной эволюции человеческого общества.

Сама жизнь человека и природа, как таковая, подсказывают о необходимости, возможности и реальности психосанокреатологии. Если анализировать периоды индивидуального развития человека, то увидим, что психическая деятельность родившегося ребенка представляет собой как бы белую начавшуюся заполняться книгу, в которой уже отмечен внутриутробный его биологический период становления, а остальная, большая, часть книги намечена для социального периода, для которого лишь начерчена генетическая матрица с предикторами развития психического здоровья и психики, реализация которой осуществляется за счет взаимодействия ребенка с жизнеопределяющей окружающей социальной и экологической средой и проявляется в виде созревания мозга с его структурами, развития психического здоровья, психики, психических способностей осваивать, запоминать и воспроизводить информацию о себе и других, об окружающем мире, о морали, правилах, обязанностях, ориентировании во времени и пространстве; творить, действовать, обеспечивать, воздерживаться, управлять собою и прочих психических и социальных реакций и процессов, степень проявления которых предопределяется социальными и другими жизнеопределяющими

факторами жизнедеятельности субъекта, что составляет конкретное содержание самой большой части текста книги, рефлектирующей сформировавшееся психическое здоровье.

То, что психическое здоровье, психика и вся сознательная психическая деятельность формируются в постнатальном онтогенезе, доказывает возможность их направленного формирования.

Практика показывает, что ребенка необходимо всему учить: ходить, сидеть, говорить, писать, ориентироваться в окружающей среде, работать, создавать, одним словом, учат всему, чем владеют его предшественники. Кстати, весь животный мир, обладающий ЦНС, в определенной степени также обучает свое потомство. Это все свидетельствует о том, что психическое здоровье и психика формируются в онтогенезе. По наследству передается морфологическая матрица о структуре ЦНС, периферической нервной системы и об их функциональности.

Все, что человечество создало и создаст – это результирующая психического здоровья и психики. Все это подтверждает детерминирующую роль психического здоровья в организации существования и дальнейшего развития человеческого общества.

Однако общественное отношение к проблеме психики и психического здоровья является по сути парадоксальным. По настоящее время отсутствует общепринятое мнение, что из себя представляет психика и психическое здоровье. Пожалуй, из всех наук о человеке, психика и психическое здоровье меньше всего изучены. На фоне фантастических достижений человечества, психика и психическое здоровье формируются и поддерживаются спонтанно.

Это предопределило наше решение в последние годы XX века реориентировать исследования бывшего Института физиологии Академии наук Молдавской Республики в области стресса, адаптации и функциональных нарушений и сфокусировать их на изучении проблемы психического здоровья и психической деятельности, хотя, к тому времени, исследования по проблеме стресса и адаптации были высоко оценены Академией наук бывшего Советского Союза, а Институт физиологии Академии наук Молдовы был признан как главное научное учреждение в стране в области стресса.

Исследования в области психического здоровья позволили разработать новую научную концепцию о сути психического здоровья, установить факторы и механизмы его формирования, поддержания и преждевременной психической деградации, феноменологию экстерииоризации, научные основы идентификации индивидуальных

уровней психического здоровья, их индикаторы, условия и пути его направленного создания и сохранения, наиболее реактивные этапы психического становления в постнатальном онтогенезе и др., которые легли в основу Психосанокреатологии, основной задачей которой является разработка научных и практических основ целенаправленного создания и сохранения психического здоровья и психики.

Поскольку для внедрения в практику основных положений психосанокреатологии требуется достаточно времени для осознания обществом возможности их психического здоровья, для получения коллективного согласия специалистов относительно путей, методов и способов их применения в практической деятельности для направленного создания и поддержания психического здоровья и психики; составляющих качеств, способностей, навыков, багажа специальных знаний; структурно-функционального, адекватного психического потенциалов и др.; для обсуждения и получения одобрения политических и государственных органов на их внедрение, было сочтено целесообразным для превенции расстройств психического здоровья исследовать факторы и механизмы развития психических расстройств психогенной этиологии. Тем более, что пандемия COVID-19 провоцировала развитие пандемии диссаногенных эмоций, охвативших всю Планету, вызывающих психическое перенапряжение в обществе и являющихся триггером психогенных нарушений, в том числе и депрессии. Часть методов и способов коррекции представлены в этом томе. В нем так же приведены данные, подтверждающие, что жизнедеятельность, психосано- и психодиссаногении обусловлены, главным образом, эмоциями и что в процессе эволюции сформировалась специальная функциональная система, передающаяся по наследству – эмоционально-когнитивно-поведенческо-защитная система, выполняющая важнейшую роль в защите и сохранении организма человека от действий кратковременных чрезвычайных опасных факторов; анализированы причины и условия развития известных психогенных расстройств; описаны пути и методы превенции и коррекции психогенных расстройств, концепции их развития и преждевременной психической деградации.

Наиболее существенные научные положения, изложенные в монографии, были представлены и обсуждены на различных международных научных форумах и получили одобрение.

Считаю своим долгом выразить благодарность соавторам докторам наук В. К. Чокинэ, В. Ф. Фурдуй, А. Г. Глижин, Л. Ф. Вуду, В. Г. Врабие, сотрудникам, проявившим научный интерес и поддержку, директору

Института физиологии и санокреатологии, доктору хабилитат медицинских наук, профессору И. Е. Мереуцэ, докторам хабилитат биологических наук В. А. Шептицкому, И. В. Балану, докторам наук Г. А. Вуду, Ю. М. Казаковой, Е. С. Березовской.

На всем протяжении выполнения исследований и подготовки к изданию монографии мне были полезны советы М. Ф. Фурдуй, С. Г. Вуду, В. Г. Присяжнюк, Е. И. Тофан.

Искренне признателен за моральную поддержку наших исследований академикам В. Ф. Рудику, Г. П. Чимпоешу; докторам хабилитат наук К. М. Манолаки, В. И. Цвиркуну, В. Ф. Ботнарь.

В работе и над этим томом посильную помощь оказали научные сотрудники З. Б. Георгиу и Ю. Н. Житарь.

Ф. И. Фурдуй,
Академик АН Молдовы

**PSIHOSANOCREATOLOGIA.
CONDIȚIONAREA EMOȚIONALĂ
A ACTIVITĂȚII VITALE A OMULUI.
TULBURĂRILE PSIHOGENE.
METODE SI PROCEDEE DE
PREVENȚIE ȘI CORECTIE.**

Prefață

Psihosanocratologia este știința destinată să elaboreze și să implementeze în practică bazele teoretice și practice ale creării și menținerii dirijate a sănătății psihice. Apariția acesteia a fost condiționată de necesitățile practicii privind soluționarea unor probleme actuale precum tulburările psihice, crearea dirijată a unor personalități creative și înzestrarea cu capacități deosebite, asigurarea sanogenității mintale, contribuției la evoluția progresivă a societății umane etc.

Viața omului însăși și natura ca atare sugerează necesitatea posibilităților și realitățile psihosanocratologiei. Analiza istoriei ontogenezei vieții umane denotă că sănătatea psihică și psihicul la naștere reprezintă o carte albă, destinată de a fi completată pe parcursul vieții, în care deja e înregistrată matricea genetică cu predictorii dezvoltării sănătății psihice și psihicul lui și informația perioadei biologice de dezvoltare intrauterină, dar cea mai mare parte a acestei cărți este preconizată de a se înscrie și a se păstra în memorie informația cu caracter psihogen semnificativ pentru sine și alții în perioada postnatală, generată de interrelațiile copilului, apoi adultului cu mediul ambiant social și ecologic vitalosano- și vitalodissanogen și modului de viață, ce se manifestă prin maturizarea structural-funcțională a SNC și periferic, dezvoltarea capacităților de a însuși, memoriza și reproduce informația despre sine și alții, mediul înconjurător, despre morală, drepturi, obligațiuni, orientare în timp și spațiu, prin evaluarea aptitudinilor și posibilităților intelectuale, prin manifestarea acțiunilor orientate etc., prin formarea și menținerea sănătății psihice și a psihicului, ceea ce alcătuiesc conținutul concret de bază al textului cărții și reflectă starea sănătății psihice și a capacităților intelectuale.

Faptul, că sănătatea psihică, psihicul și toată activitatea conștientă se formează în perioada ontogenezei postnatale demostrează despre

posibilitatea formării lor orientate. Practica dezvoltării umane indică, că pe copil e necesar să-l înveți de toate: să meargă, să se așeze, să vorbească, să scrie, să se orienteze în mediul înconjurător, să lucreze, să creeze, într-un cuvânt, este învățat să facă tot ceea ce posedă predecesorii săi. Apropo, toată lumea animală, care posedă creier, într-o măsură oarecare, de asemenea, își învață urmașii. Toate acestea dau dovadă de faptul, că sănătatea mintală și psihicul se formează în ontogeneză. Prin ereditate, se transmite matricea dezvoltării morfologice a sistemului nervos central și periferic și funcționalitatea lor.

Tot ce a creat și creează omenirea se datorește sănătății mintale și psihicului, ca rezultat al manifestării realizării acestora. Cele menționate confirmă rolul determinant al sănătății mintale în organizarea activității și existenței societății contemporane și a dezvoltării ei ulterioare, precum și arhiactualitatea studierii acestora.

Totuși, atitudinea societății față de problema psihicului și a sănătății mintale este, în esență, una paradoxală. Până în prezent, lipsește o opinie general acceptată despre ce reprezintă psihicul și sănătatea mintală. Se pare că dintre toate științele despre om, psihicul și sănătatea mintală sunt cele mai puțin studiate. Pe fundalul realizărilor extraordinare ale omenirii, psihicul și sănătatea mintală se formează și se mențin în mod spontan.

Acest fapt a predeterminat decizia noastră de a reorganiza, în ultimii ani ai secolului al XX-lea, cercetările fostului Institut de Fiziologie al Academiei de Științe a Republicii Moldova în domeniul stresului, adaptării și dereglărilor funcționale, și de a le focaliza asupra studierii problemei sănătății mintale și activității psihice, chiar dacă către acea perioadă, cercetările în domeniul stresului și adaptării au fost apreciate înalt de Academia de Științe a fostei URSS, iar Institutul de Fiziologie al Academiei de Științe a Moldovei a fost recunoscut în calitate de instituție științifică principală în domeniul stresului din țară.

Cercetările în domeniul sănătății mintale au permis să fie elaborat un concept științific nou privind esența sănătății mintale, să fie identificați factorii și mecanismele de formare, menținere și degradare psihică prematură, fenomenologia exteriorizării, bazele științifice ale identificării nivelelor individuale de sănătate mintală, indicatorii acestora, condițiile și căile de creare și menținere dirijată a acesteia, etapele cele mai vulnerabile ale constituirii psihice în ontogeneza postnatală etc., care au fost puse la baza psihosanocreatologiei, a cărei sarcină principală este elaborarea bazelor științifice și practice ale creării și menținerii dirijate a sănătății mintale și a psihicului.

Dat fiind faptul, că implementarea în practică a tezelor principale ale psihosanocreatologiei presupune un timp suficient pentru ca specialiștii să determine în mod colectiv căile și metodele de implementare, calitățile,

capacitățile, abilitățile, totalitatea de cunoștințe ce trebuie însușite; pentru a fi obținute deciziile autorităților politice și ale statului pentru implementarea acestora, în plus și însuși procesul de conștientizare de către societate a necesității de a menține activitatea menționată – s-a considerat că este necesară cercetarea factorilor și a mecanismelor de dezvoltare a tulburărilor psihice de etiologie psihogenă. Cu atât mai mult, că problema pandemiei COVID-19 a provocat pandemia emoțiilor disanogene, care au cuprins întreaga Planetă și cauzează suprasolicitare psihică în societate, drept urmare la ce ele capătă rol de trigger al dezvoltării diferitor dereglări psihogene, inclusiv și a depresiei. O parte din rezultatele acestora fiind descrise în prezentul volum. În acesta sunt prezentate date care confirmă faptul că activitatea vitală, psihosano- și psihodisanogeniile sunt condiționate de emoții, că în procesul de evoluție s-a format un sistem funcțional special care se transmite prin ereditate – un sistem emoțional – cognitiv – comportamental – protector care îndeplinește un rol major în protecția și menținerea vitalității organismului uman împotriva acțiunii factorilor excepționali periculoși de scurtă durată; sunt analizate cauzele și condițiile de dezvoltare a tulburărilor psihogene cunoscute; sunt descrise căile și metodele de prevenire și corecție a tulburărilor psihigene, conceptul de dezvoltare și prevenție a dereglărilor psihogene.

Tezele științifice cele mai esențiale, expuse în monografie, au fost prezentate și discutate în cadrul diverselor forumuri științifice și au beneficiat de aprobare.

Consider de datoria mea să exprim recunoștința coautorilor, doctorilor în științe Valentina Ciochină, Vlada Furdui, Aliona Glijin, Lorina Vudu și Valeria Vrabie; cercetătorilor care au manifestat interes științific și sprijin, directorului Institutului de Fiziologie și Sanocreatologie, profesorului universitar I. Mereuță, doctorilor habilitați V. Șeptițchi, I. Balan, doctorilor în științe Iulia Cazacova, Elena Berezovskaia.

Pe tot parcursul realizării cercetărilor și pregătirii monografiei pentru editare, ne-au fost utile sfaturile doamnelor și domnilor Maia Furdui, Gr. Vudu, Stela Vudu, Victoria Priseajniuc, Eugenia Tofan.

Exprimăm sincere mulțumiri pentru sprijinul moral acordat cercetărilor noastre de către academicienii V. Rudic și Gh. Cimpoieș, doctorii habilitați C. Manolachi, V. Țvircur și V. Botnari.

În activitate la acest volum, am fost ajutați, în măsura posibilităților, de către cercetătorii științifici Zinaida Gheorghiu și Iu. Jitari.

Teodor Furdui,
academician al Academiei
de Științe a Moldovei

**PSYCHOSANOCREATOLOGY.
EMOTIONAL CONDITIONALITY HUMAN LIFE.
PSYCHOGENIC DISORDERS.
METHODS AND PROCEDURES FOR THEIR
PREVENTION AND CORRECTION.**

Preface

Psychosanoecreatology is a science designed to develop and implement the theoretical and practical foundations of the directed creation and maintenance of mental health and psyche. Its emergence is due to the needs of practice in solving such urgent problems as mental disorders, directed creation of especially gifted and creative individuals, ensuring the sanogenicity of mental health, contributing to the progressive evolution of human society.

Human life itself and nature, as such, suggest the necessity, possibility and reality of psychosanoecreatology. If we analyze the periods of human individual development, we will see that the mental activity of a born child is like a white book filling in of which has begun; their prenatal, biological period of formation is already marked in it, and the rest, most, of the book is predestined for the social period, for which only a genetic matrix is drawn with predictors of the development of mental health and psyche, the implementation of which is carried out through the interaction of the child with the life-determining social and ecological environment and manifests itself in further maturation of the brain with its structures, the development of mental health, psyche, mental abilities to master, remember and reproduce information about oneself and others, about the world around, about morality, rules, duties, orientation in time and space, to create, act, provide, abstain, control oneself and other mental and social reactions and processes, the degree of manifestation of which is predetermined by social and other factors determining the subject's life, which constitutes the specific content of the largest part of the text of the book, reflecting the formed mental health.

The fact that mental health, psyche and all conscious mental activity are formed in postnatal ontogenesis proves the possibility of their directed formation.

Practice shows that a child needs to be taught everything: to walk, sit, speak, write, navigate in the environment, work, create; in a word, children

are taught everything that their predecessors master. By the way, the entire animal world which has a central nervous system also trains its posterity to a certain extent. All this testifies to the fact that mental health and psyche are formed in ontogenesis. A morphological matrix about the structure of the central nervous system, the peripheral nervous system and their functionality is inherited.

Everything that mankind has created and will create is the resultant of mental health and psyche. All this confirms the determining role of mental health in organizing the existence and further development of human society.

However, the public attitude to the problem of psyche and mental health is essentially paradoxical. Until now, there is no generally accepted opinion about what the psyche and mental health are. Perhaps of all the human sciences, psyche and mental health are the least studied. Against the background of the fantastic achievements of mankind, the psyche and mental health are formed and maintained spontaneously.

This predetermined our decision in the last years of the 20th century to reorient the research of the former Institute of Physiology of the Academy of Sciences of the Republic of Moldova in the field of stress, adaptation and functional disorders and focus it on the problem of mental health and mental activity, although, by that time, the research on the problem of stress and adaptation were highly regarded by the Academy of Sciences of the former Soviet Union, and the Institute of Physiology of the Academy of Sciences of Moldova was recognized as the main scientific institution in the country in the field of stress.

The research in the domain of mental health has made it possible to develop a new scientific concept on the essence of mental health, to establish the factors and mechanisms of its formation, maintenance and premature mental degradation, the phenomenology of exteriorization, the scientific foundations for identifying individual levels of mental health, their indicators, the conditions and ways of its directed creation and preservation, the most reactive stages of mental formation in postnatal ontogenesis, etc., which formed the basis of PsychosanoCreatology, the main task of which is the development of scientific and practical foundations for the purposeful creation and preservation of mental health and psyche.

Since the introduction into practice of the main provisions of psychosanoCreatology requires sufficient time for the society to realize the possibility of their mental health, to obtain collective consent of specialists on the ways, methods and procedures of their application in practice for the directed creation and maintenance of mental health and psyche, the constituent qualities, abilities, skills, baggage of special knowledge,

structural and functional, adequate mental potentials, etc., to discuss and obtain approval from political and state bodies for their implementation, it was considered appropriate for the prevention of mental health disorders to study the factors and mechanisms of development of mental disorders of psychogenic etiology and to present some. All the more so as the COVID-19 pandemic caused a pandemic of disanogenic emotions, which embraced the entire planet and caused mental strain in society, as a result of which it triggered the development of various psychogenic disorders, including depression. Of the methods and ways in this volume. It provides data confirming that life activity, psychosano- and psychodissanogenies are mainly due to emotions, that in the process of evolution a special functional system has been formed, inherited - the emotional-cognitive-behavioral-protective system, which plays an important role in the protection and preservation of the human organism at short-term extreme hazards; it also analyzes the causes and conditions for the development of known psychogenic disorders; it describes the ways and methods of prevention and correction of psychogenic disorders, concepts of their development and premature mental degradation.

The most significant scientific provisions stated in the monograph had been presented and discussed at various international scientific forums and received approval.

I consider it my duty to express my gratitude to the co-authors, Doctors of Sciences V. Ch. Ciochina, V. T. Furdui, A. G. Glijin, L. T. Vudu, V. G. Vrabie the staff who showed scientific interest and support, the Director of the Institute of Physiology and Sanocreatology, Doctor Habilitate of Sciences, Professor I. E. Mereuta, Doctors Habilitate of Sciences V. A. Sheptitsky, I. V. Balan, Doctors of Sciences G. A. Vudu, Iu. M. Kazakova, E. S. Berezovskaia.

Throughout the research and preparation for the publication of the monograph, the advice of M. T. Furdui, S. G. Vudu, V. G. Prisiajniuc, E. I. Tofan was useful to me.

I am sincerely grateful for the moral support of our research to Academicians V. T. Rudic, G. P. Cimpoes, Doctors Habilitate of Sciences C. M. Manolachi, V. I. Tvircun, V. T. Botnari.

Researchers Z. B. Gheorghiu and Iu. N. Jitari rendered assistance in the work and on this volume as well.

T. I. Furdui,
Academician of the Academy
of Sciences of Moldova

1. ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ, ЕГО СУТЬ, РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПСИХОГЕННЫХ НАРУШЕНИЙ. ПОТРЕБНОСТЬ В ИЗМЕНЕНИИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПОЛИТИКИ В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Психическое здоровье и психика являются детерминантами жизнеобеспечения, жизнедеятельности и реализации человека как личность. Более того, они стали движущей силой научно-технического прогресса и определяющими судьбу людей. Однако им, по настоящее время, не уделено заслуженного внимания и адекватно не оценена их научная и практическая значимость для развития человеческого общества, свидетельством чего является, как и сотни лет назад, их стихийное формирование и поддержание. Это, при стрессогенном образе жизни современного общества, обусловило массовое развитие психогенных нарушений и неутешительный прогноз на ближайшее будущее.

Актуальность проблемы психического здоровья определена и современным уровнем развития научно-технологического, культурного и социального прогресса, образом и ритмом жизни, которые выдвинули новые требования к психическому здоровью и психике, предполагающие дальнейшее ускорение темпа и объема освоения информации об окружающей среде, освоении профессии, овладении навыками анализа и синтеза, прогнозирования и проявления креативности, саморегулирования физиологическими и психическими функциями, к формированию толерантности к многочисленным стрессогенно-агрессивным факторам и ситуациям, и пр. Мечта человечества о создании Рая на Земле и освоении других планет зависит от развития психики и психического здоровья. Да и само будущее цивилизации зависит от степени развития психики и психического здоровья. Словом, психическое здоровье является самым ценным достоянием, которым располагает современный человек.

Обеспечение саногенности психического здоровья и психики в современных стрессогенных условиях жизнедеятельности человека возможно лишь при пересмотре существующего в настоящее время стихийного становления и сохранения психического здоровья, являющегося причиной многих психогенных расстройств, в пользу направленного их формирования и поддержания. Только при этих условиях возможно обеспечить высокий саногенный уровень психического здоровья и психики и формирование высоко интеллектуальных и саногенных личностей, деятельность которых предопределяет успех дальнейшего развития общества.

Доказательства реальности, пути и методы реализации направленного создания и сохранения психического здоровья приведены во втором томе *«Трактата о научных и практических основах санокреатологии» – «Психическое здоровье. Психосанокреатология. Необходимость общества в её развитии.»* (2018). Но поскольку для общественного осознания и действий по внедрению в жизнь направленного создания и поддержания психического здоровья требуются решения политических и государственных органов, что предполагает достаточно много времени, представлялось целесообразным исследовать факторы и механизмы развития психогенных нарушений с целью разработки методов и способов превенции и коррекции указанных расстройств.

И нет объяснения тому, что психическому здоровью, как и здоровью в целом, незаслуженно не было уделено должного внимания, как со стороны науки, так и общества. В результате этого возникла ситуация, когда человечество направленно создавало и продолжает создавать новые высокопродуктивные виды растений, расы животных, штаммы, расшифровало генетический код, развило генную инженерию, разработало и создало целую гамму технических и автоматических устройств, позволяющих освоение даже других планет, уникальные нанотехнологии и многое другое, оставив при этом на произвол судьбы формирование и поддержание психического здоровья, вследствие чего оно по сегодняшний день продолжает формироваться спонтанно, как и сотни лет назад, из-за чего психические расстройства своим распространением стали угрожающей проблемой развития общества. Спонтанное формирование психического здоровья является одной из причин широкого распространения психических расстройств и преждевременной психической и общебиологической деградации, а с развитием общества, психические расстройства выйдут на первое место в структуре заболеваемости населения.

1.1. Распространенность психодиссано- и психопатогений

Следует отметить, что согласно докладу ВОЗ (2014), нет ни одной страны или региона, возрастной или социальной группы людей, которые не сталкивались бы с серьезной проблемой психических заболеваний, при этом, все без исключения, хотят жить долго и категорически не желают болеть.

Проблема нарушений психического здоровья является актуальной для всех стран мира, поскольку затрагивает значительные категории лиц, независимо от возраста, пола, социального статуса или среды проживания.

По данным Отчета Европейского регионального комитета Всемирной организации здравоохранения (63-я сессия), психическое здоровье и психические расстройства являются одной из наиболее важных проблем в области общественного здоровья. Приблизительно четверть населения Планеты страдает от психических расстройств в течение года и только 50% получают профессиональную помощь, но далеко не адекватную проблемам.

При этом следует иметь в виду, что многие страдающие психическими расстройствами, официально не учитываются, поскольку эти нарушения не имеют специфического характера и представлены множеством разнообразных признаков, рефлектирующих всю гамму жизневыражения человека, которые отрицательно сказываются на качестве жизни, эффективности работы и социальной среде общества. Эти неспецифические психогенные нарушения проявляются относительно неадекватным рефлектированием мозгом внутренней и внешней среды организма, ассоциированные с дискомфортом; психоэмоциональными нарушениями; психическими реакциями организма, которые являются неспецифическими симптомами или свойственными индикаторами для сомато-висцеральных клинических нозологий; посредством эмоциональной нестабильности; гиперактивностью, особенно у детей; состоянием аффекта (раздражительность); апатией; депрессией; тревожностью; эпизодической неконтролируемостью поведения; психовегетативной нестабильностью; затрудненной когнитивной деятельностью; расстройством адаптации; паническим расстройством; соматоформными расстройствами; бессонницей; жалобами, которые не удастся объективизировать; болезненными ощущениями, не имеющие определенной «отправной точки» в соматической сфере; психосоматическими симптомами, не поддающимися ортодоксальному лечению или не подтверждающимися объективными исследованиями; гипохондрическим состоянием, стрессогенными нарушениями; астенизацией; ухудшением настроения; усугублением симптоматики сопутствующих заболеваний и пр.

Согласно данным Institute for Health Metrics and Evaluation (2014), психические нарушения, достаточно широко распространены: ментальные нарушения и использование наркотических веществ обнаруживаются в среднем у 15,5% населения планеты или у 1,1 млрд людей; депрессия выявляется у 4% населения или у 268 млн; тревожные расстройства, в среднем, у несколько больше 4% населения или у 275 миллионов человек; биполярные нарушения – у 0,6% (40 млн); нарушения питания – у 0,14% (10,5 млн); алкоголизм – у 1,4% (100 млн);

использование наркотиков – у 0,9% (62 млн). В США, по сообщению Национальной ассоциации по борьбе с психическими заболеваниями, психическими расстройствами страдают около 31% населения, что стало *«национальной проблемой»* общественного здравоохранения.

По данным Беялова Ф. И. (2017) депрессией охвачено 9-20%; рекуррентными депрессивными расстройствами – 5-11%; расстройством адаптации – 0,5-2,5%; дистимией – 2-6%; тревожным расстройством – 5-10%; паническим расстройством – 1-4%; зависимостью от алкоголя – 7-18% всего населения. Поскольку психические расстройства вызваны социально-культурной средой, в которой воспитывается человек, поэтому одно и тоже расстройство в различных обществах и исторических периодах проявляется по-разному: наиболее выражены психические расстройства в регионах, странах и исторических эпохах, где люди не находят понимания и поддержки со стороны окружающих, где социальные, политические условия недостаточно благоприятны и т. д.

По данным ВОЗ каждый четвёртый-пятый человек в мире страдает тем или иным психическим или поведенческим расстройством (Беялов, 2017).

Если частота эндогенных психотических депрессий, остается относительно постоянной, то число депрессивных состояний невротического круга заметно возрастает. В настоящее время от депрессии в мировом масштабе страдает более 300 млн человек, а в ближайшем будущем депрессия, по данным ВОЗ, займет первое место в структуре заболеваний. Депрессия характеризуется подавленным состоянием, потерей интереса и способности получать удовольствие, чувством вины, низкой самооценкой, нарушением сна и аппетита, утомляемостью, затруднением в концентрации внимания. Эпизодическая депрессия существенно сказывается на повседневной жизни, работе и учебе.

В настоящее время не вызывает сомнений, что не менее 30% больных, по данным Тополянского В. Д. и Струковской М. В. (Тополянский, 1986) обращаются с соматическими жалобами в поликлиники и стационары, а по данным других авторов – намного больше, которые считаются практически здоровыми людьми, нуждающиеся лишь в известной коррекции эмоционального состояния; минимум у 25% лиц с действительно соматическими страданиями значительную роль в клинической картине играют невротические и психические черты. При любом сомато-висцеральном заболевании, когда оно осознается пациентом как тяжелый недуг, в клинической картине появляются и психические симптомы.

В соответствии с докладом Исполкома Европейской коллегии нейропсихофармакологов (ECNP) (2011) совместно с Европейским советом по изучению мозга по результатам 30 национальных докладов, представленных минздравами 30 европейских стран, распространенность психических заболеваний в Европе в 2010 г. составила 38,2%. С поправкой на возраст и коморбидность выходит, что в Европе психическими заболеваниями страдают 164,8 млн человек, т. е. это больше, чем больных с сердечно-сосудистыми и онкологическими заболеваниями вместе взятых. Расходы (прямые и косвенные) на психическое здоровье в Европе, по данным той же работы, составили в 2010 г. 798 млрд евро, или более 1 трлн дол. США, т. е. оказалось, что ежегодно 1/3 населения Европы страдает от психических расстройств.

В Европе наиболее частыми оказались такие психические нарушения, как тревожные состояния (14%), бессонница (7%), большая депрессия (6,9%), соматоформные расстройства (6,3%), алкогольная и лекарственная зависимость (более 4%), синдром дефицита внимания и гиперактивности – СДВГ (5% у детей) и деменция (от 1 до 30% в зависимости от возраста). Психические расстройства и заболевания мозга приводят к потере трудоспособности у 26,6% населения Европы.

К сожалению, Европейская коллегия нейропсихофармакологии не обозначила путей выхода из сложившейся ситуации.

Бремя психических расстройств в 1999 году оценивалось на уровне 11%, а к 2020 году оно достигло 15%. Если не будут приняты соответствующие меры, ожидается, что депрессия будет наиболее частой причиной заболевания в развитых странах. Около половины психических расстройств начинаются в возрасте до 14 лет.

Психические заболевания охватывают до 44% фондов социальных услуг и пенсий в Дании, 43% – в Финляндии, 37% – в Румынии и 25% – в Республике Молдова (Mental health Global Action Programme. Close the gap, dare to care. Geneva, World Health Organization, 2002).

Убытки, обусловленные нарушением психического здоровья, в ЕС оцениваются приблизительно в 3-4% валового внутреннего продукта.

В Республике Молдова, согласно данным официальной статистики, распространенность психических и поведенческих расстройств составляла в 2007 году 4 454.0 случаев, а в 2012 году 4 632.0 случаев на 100 тыс. жителей (Ocotirea sănătății în Republica Moldova, 2013).

А как все это сказывается на качестве и продолжительность жизни, эффективность профессиональной и повседневной деятельности и ее эволюции?

Этих вопросов, в общих чертах, мы коснулись в заключительной части второго тома *«Психическое здоровье. Психосанокреатология. Потребность общества в ее развитии»* трактата *«О научных и практических основах санокреатологии»*, и хотя детально не раскрыли их последствия на жизнедеятельность отдельных людей, однако, если учесть, что факторы окружающей среды, оцениваемые организмом как опасно значимые или препятствующие повседневной жизнедеятельности, в случае стихийного формирования и ненаправленного поддержания психики и психического здоровья при развитии научно-технической революции, сопровождаемой мультиплицированием и усилением агрессивности стрессогенных факторов окружающей среды, воздействия которых скажутся весьма отрицательно на состоянии психического здоровья, становится очевидным острота проблемы психического здоровья.

Вышесказанное может привести к тому, что:

1) не только, прогнозируемое ВОЗ, доминирование депрессии среди болезней, но и многие другие психические расстройства выйдут на первый план в структуре заболеваемости населения;

2) среди психических расстройств наибольшее распространение приобретут те, у которых главной причиной, обуславливающей их развитие, будут не генетические и органические, а психогенные факторы;

3) преждевременная психическая деградация наступит намного раньше, чем в настоящее время;

4) ухудшится профессиональная деятельность человека;

5) пострадает адекватность рефлексирования мозгом внутренней и внешней среды;

6) заметно снизятся креативные способности людей;

7) возникнут затруднения в ориентации в социуме и в пространстве;

8) усилится агрессивность большей части людей и снизится их самообладание;

9) конфликтность станет фактором, разъединяющим людей, и способом решения волнующих их проблем;

10) усложнятся возможности самообеспечения и самовыживания.

Если же психическое здоровье будет формироваться направлено, тогда само собой, решатся многие, если не все вопросы, составляющие проблему психического здоровья. В частности, будет обеспечено:

1) реализация детерминирующей мультифункциональной роли психического здоровья в обеспечении жизнедеятельности каждого человека и общества в целом;

- 2) улучшение адекватного восприятия и отражения внутренней и внешней среды организма;
- 3) резкое снижение психогенной морбидности и психических расстройств;
- 4) замедление преждевременной психической деградации;
- 5) уменьшение причин, условий, обстоятельств, вызывающих конфликтные ситуации в обществе и семье, трудовых коллективах, и повысится умение избегать их;
- 6) улучшение качества жизни;
- 7) расширение круга личностей с особенными креативными способностями;
- 8) проявление более оперативной и более реальной ориентации в социуме, во времени и пространстве;
- 9) расширение возможностей и способностей самообеспечения и самовывживания.

Однако, как ни парадоксально, современное общество и наука не уделили заслуженного внимания этому уникальному феномену – психическому здоровью, детерминирующему сознательную жизнь и деятельность человека. Кстати, сама Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) впервые решила высказаться по поводу определения психического здоровья лишь в 2007 году, опубликовав в информационном бюллетене № 220 (от 03. 09. 07) формулировку, касающуюся психического здоровья. Этим и объясняется, что по сегодняшний день отсутствует общее мнение специалистов относительно даже дефиниции психического здоровья, механизмов формирования и проявления психосано-, психодиссано- и психопатогений, факторов и условий, вызывающих психические расстройства и преждевременную психическую деградацию, принципы и методы коррекции и поддержания уровней психического здоровья.

Сказанное послужило основанием направить наши усилия на изучение проблемы здоровья, главным образом, на разработку теории и практики направленного формирования и поддержания психического здоровья, как единственного пути решения указанной проблемы. При разработке научных основ целенаправленного формирования и поддержания психического здоровья, в первую очередь, необходимо было определиться относительно самого понятия «*психическое здоровье*», поскольку, к началу наших исследований в 90 годы XX века существовало около 60 дефиниций, которые лишь поверхностно касались сути феномена здоровья или совсем не раскрывали его и которые невозможно было использовать в практической деятельности.

Даже определение, данное ВОЗ (2018), согласно которому *«психическое здоровье можно представить как состояние благополучия, при котором каждый человек может реализовать свой собственный потенциал, справляться с обычными жизненными стрессами, продуктивно и плодотворно работать, а также вносить вклад в жизнь своего сообщества»*, не могло служить репером в конкретных санокреатологических исследованиях, ибо оно не раскрывает внутреннюю основу самого понятия *«психическое здоровье»*, какие нейро-психические структуры мозга и факторы его формируют, каковы возможные пути его создания и поддержания.

1.2. Ещё раз о психическом здоровье

Для разработки более реального представления о сути психического здоровья, мы основывались не только на существующих видениях, но и на собственных исследованиях, касающихся наиболее репрезентативных индикаторов, отражающих психическое здоровье, их классификацию по принципу относительно гномоничности, относительной их специфичности, функциональной структуры мозга, относительно детерминирующих специфику этих феноменологических индикаторов, факторов, участвующих в формировании и поддержании психического здоровья, механизмов формирования психо-функциональных и оценочно-исполнительных систем.

Этот подход позволил обосновать психосанокреатологическую концепцию, изложенную во втором томе *«Психическое здоровье. Психосанокреатология. Необходимость общества в ее развитии»* трактата *«О научных и практических основах санокреатологии»*. Согласно этой концепции *«психическое здоровье – это интегрированное сложное многомерное относительно устойчивое состояние высшей нервной деятельности организма с личностными характеристиками, детерминированное поликомпонентными нейроструктурами (нейропсихическими блоками – когнитивный, коммуникативный, эмоционально-чувственный, социально-поведенческий, личностно-смысловой), предпосылкой становления которого является генетическая программа развития организма, реализуемая вследствие взаимодействия субъекта с социальной средой: эмбриона и плода с организмом матери в антенатальном периоде; ребенка и матери – в постнатальном периоде; влияния психосоциальной среды в процессе ознакомления с окружающим миром и ассимиляцией знаний в ходе научения, работы и творческой деятельности, за счет механизмов:*

I. модуляции функций нейрофизиологической интегральной системы и нейрохимической системы мозга, генетически детерминированных и зависимых от влияния ансамбля факторов среды;

II. системогенеза психо-функциональных систем, формирующихся в онтогенезе в процессе познавательной, социальной, трудовой и другой деятельности;

III. образования оценочно-исполнительных систем за счет прогнозируемой функции эмоций в процессе действия психогенных факторов и оценки адекватности своих и чужих действий, степени тревожности и благоприятности для жизнедеятельности организма, проявляющихся:

1) структурной целостностью и функциональностью ЦНС при ненарушенном мозговом кровообращении;

2) адекватным психическим отражением мозгом внутренней среды организма через потребности, ощущения удовольствия / не-удовольствия, ощущения боли и др.;

3) адекватным психическим отражением мозгом внешней среды через: «совершенные» чувственные образы объективной реальности, понятия, когнитивные процессы, навыки, речь, представления, отражающие реальный мир, осознанное поведение и деятельность, коммуникативность, уравнивание эмоционально-волевой сферы; способностями к произвольной регуляции своих психических процессов;

4) способностью адекватно ориентироваться в социуме, во времени и пространстве и соответственно действовать;

5) креативностью, предвидением;

6) социальной адаптацией;

7) потребностью и намерениями противостоять воздействиям, могущим нанести вред себе, обществу или природе;

8) полноценной реализацией биологических, психических и социальных потребностей, разумной самоорганизацией жизненной стратегии и способностью самостоятельного жизнеобеспечения;

9) личностно-смысловой идентичностью;

Триггером формирования и поддержания психического здоровья являются потребности, установки, мотивации и целенаправленная психосоциальная активность, научение и др.»

Преимущество указанной концепции, позволившей использовать ее в качестве направляющей в исследованиях по психосанокреатологии, состоит в том, что она впервые раскрывает пути формирования психического здоровья, факторы и условия, детерминирующие его развитие, феноменологические психоиндикаторы и указывает возможные пути развития психодиссаногений.

Согласно указанной концепции, психическое здоровье:

1. представляет собой состояние высшей нервной системы с личностными характеристиками, функциональной активностью нейрофизиологической интегральной системы и нейрохимических структур мозга, участвующих в формировании психического здоровья, которое обеспечивает адекватное психическое восприятие и отражение мозгом внутренней среды организма через потребности, ощущения удовольствия / неудовольствия, ощущения боли и др. и внешней среды – через чувственные образы объективной реальности, понятия, когнитивные процессы, навыки, речь, представления, осознанное поведение и деятельность, уравнивание эмоционально-волевой сферы, адекватное ориентирование в обществе, во времени и пространстве, креативность, социальную адаптацию, самообеспечение и др. и которое можно изучить за счет психических реакций и процессов, рефлектирующих состояние внутренней среды организма через репрезентативные показатели, отражающие потребности организма, ощущение удовольствия / неудовольствия, боли и внешней среды через репрезентативные показатели психических реакций и процессов, отражающих чувственные образы, понятия, когнитивную деятельность, навыки, речь, представления, осознанное поведение, коммуникабельность, эмоционально-волевую сферу, ориентацию в обществе, во времени и пространстве, социальную адаптацию и др.;

2. генетически детерминировано, но формируется в онтогенезе под влиянием психогенных факторов, т. е. его можно направленно формировать посредством влияния психогенных факторов (социализация, обучение, воспитание, внушение, самообразование и др.);

3. предопределяется также прогнозирующей функцией эмоций в процессе действия на организм психогенных факторов и оценки их значимости и адекватности своих и чужих действий, т. е. эмоции играют детерминирующую роль, как в становлении психического здоровья, так и в его нарушении или расстройствах и преждевременной деградации, поэтому в процессе его направленного создания и поддержания эмоциям принадлежит особая роль;

4. формируется за счет функциональной активности нейро-психических блоков – когнитивный, коммуникативный, эмоционально-чувственный, социально-поведенческий, личностно-смысловой, при структурной целостности и функциональности ЦНС и ненарушенном мозговом кровообращении и зависит от интенсивности и продолжительности действия психогенных факторов и условий, что предполагает не только саногенный, но и диссаногенный их эффект, т. е. пси-

хогенные факторы и условия могут создавать, но могут и нарушать психическое здоровье;

5. эволюционирует и за счет системогенеза психо-функциональных и оценочно-исполнительных систем, формирующихся в онтогенезе, что предполагает относительно постоянное осуществление действий, направленных на консолидацию соответствующих психо-функциональных и оценочно-исполнительных систем, образующихся в процессе действия психогенных факторов.

Одним словом, при структурной целостности и функциональности ЦНС и ненарушенной системной циркуляции мозга имеется достаточная возможность направленного формирования и поддержания психического здоровья за счет психических воздействий психогенных факторов и условий такой интенсивности и продолжительности, которые обеспечили бы когнитивную, коммуникативную, личностно-смысловую и поведенческую деятельность, чувственно-эмоциональный комфорт, т. е. которые гарантировали бы адекватное восприятие и рефлексирование внутренней и внешней среды организма. С этой целью необходимо было определиться, каким требованиям должны соответствовать психические реакции и процессы в виде поведения, эмоций, коммуникации, интегративно-когнитивной и личностно-смысловой деятельности, экстерииорирующие психическое здоровье, чтобы они обеспечили его саногенность.

1.3. Условия, предопределяющие саногенность поведения, эмоций, коммуникации, интегративно-когнитивной и лично-смысловой деятельности

Чтобы *поведение*, которое предопределено потребностями, побуждениями, социальными, физическими и экологическими факторами, оказывало саногенное влияние, оно должно проявляться осознанно, посредством адекватной динамической и статической активности и не нарушать координацию функций жизненно важных органов и систем, способствовать самообеспечению, реализации жизненных потребностей, адаптации, рациональному использованию компонентов окружающей среды, благоприятствованию социальной обстановки, реализации биологического и интеллектуального потенциала и соответствовать требованиям юридических, культурных и моральных норм, не нанося вред себе, другим и природе.

Для выполнения саногенной роли *эмоции*, как таковые, должны обеспечить адекватную оценку значимости реальных и возможных

психогенных факторов, ситуаций, событий, эндогенного состояния организма, адекватно предвидеть их последствия для себя и других и, соответственно, мобилизовать организм, благоприятствовать социальной среде и сознательно действовать через призму ожиданий, посредством различных физиологических реакций для достижения желаемого, которые должны ассоциироваться с состоянием удовольствия.

Коммуникация играет саногенную роль, если она осознанна и проявляется адекватным взаимодействием субъектов, участвующих в передаче и приеме информации, в рамках общепринятых этических норм, сопровождаемым состоянием удовольствия, и создающим благоприятную социальную среду, не нанося вред социуму или природе.

Саногенная направленность **интегративно-когнитивной деятельности** обуславливается осознанным мышлением, запоминанием, сознанием, принятием решения, креативностью, предвидением и др., и предопределяется адекватным восприятием и рефлексированием окружающей среды, способностью освоения, анализа и синтеза новой информации, применением знаний на практике, созданием нового, ответственностью за свои деяния и экстерииоризируется посредством адекватных представлений, понятий, суждений, концентрации внимания, продуктивной работы, реальной оценки своих действий, саногенной, рациональной организации своей жизнедеятельности и ориентации в социуме, во времени и пространстве.

Важной составляющей психического здоровья является **личностно-смысловая деятельность**, саногенность которой предопределена совокупностью функциональной активности нейро-психических блоков в филогенетически детерминированных лимитах и выражается интегральным адекватным отражением мозгом внутренней и внешней среды организма за счёт различных психических реакций и процессов (ощущение, восприятие и воспроизводство, память, сознание) и оцененные через установки, нравственные ценности, способности идентифицировать себя, других и объекты окружающего мира, проявляющиеся через организацию рациональной личностно-смысловой стратегии жизнедеятельности, соответствующую общепринятым нормам, самоанализ, самооценку, создание благоприятной социальной среды.

Вышеизложенная специфика проявления саногенности психических реакций и процессов, отражающих психическое здоровье – поведение, эмоции, коммуникация, интеллектуально-когнитивная и личностно-смысловая деятельность, с учетом того, что психическое здоровье генетически детерминировано, но не передается по наследству, а формируется в онтогенезе, и детерминирующая роль психо-

генных факторов и условий в формировании психического здоровья в онтогенезе, послужили основой аксиомы, согласно которой психосамогенность можно обеспечить за счет регулирования интенсивности и продолжительности действия психогенных факторов в генетически детерминированных лимитах, и которое обеспечит адекватное восприятие и рефлектирование внешней и внутренней среды организма.

1.4. Психическое здоровье и образование

Рассматривая суть психического здоровья, следует подчеркнуть, что оно имеет прямое отношение не только к духовному и социальному благополучному/неблагополучному состоянию организма, т. е. к общему состоянию здоровья, но и к организации процесса образования, к усвоению знаний. Дело в том, что психическое здоровье проявляется за счет адекватного восприятия и отражения внутренней и внешней среды организма, а это предполагает наличие реальных знаний, информации о них, которые приобретаются в процессе обучения. Помимо решения классических задач образовательной системы, учитывая сказанное о влиянии обучения на формирование и поддержание психического здоровья, необходимо несколько переориентировать ее в плане получения знаний и навыков через призму адекватного восприятия и отражения факторов и условий окружающей среды, состояния своего организма, ориентирование во времени, пространстве и социуме, развитие способностей к предвидению, креативности, анализу и синтезу. Этому могут способствовать методы формирования мотивации в плане целенаправленного создания здоровья, формирования сознания, воли, эмоциональной сферы, так называемые, проблемные методы, методы ситуативные, метод мозгового штурма, метод развития творческих основ личности через структурирование преподаваемых знаний, опыт адекватного восприятия окружающей среды, ориентация во времени, пространстве и социуме и др.

О необходимости пересмотра стандартизированных курикулов обучения свидетельствует и состояние здоровья учеников современных школ.

Согласно данным В. К. Чокинэ (Ciochină, 1996) у 80% детей дошкольного возраста выявляются нарушения сердечно-сосудистой системы, а значительный процент юношей призывного возраста при медицинском осмотре признается негодным к несению военной службы. По данным того же автора, у 48% детей 1-4 классов наблюдаются признаки нарушения психического здоровья, в 5-8 классах этот показатель воз-

растает до 52%, а в 9-11 классах – до 74%, что свидетельствует о росте заболеваемости детей в процессе обучения. Увеличение частоты функциональных отклонений и хронических заболеваний регистрируется по всем группам болезней, внесенных в МКБ-10. Особенно значительно увеличились, так называемые, школьно-обусловленные нарушения и болезни: астенические, невротические и вегетососудистые реакции; функциональные расстройства и хронические болезни желудочно-кишечного тракта; нарушения осанки, сколиоз, близорукость и др.

Доказательством сказанного служат и весьма обстоятельные исследования, проведенные И. К. Рапопорт с соавт., на протяжении 11 лет (2005-2014) в 4-х школах, расположенных в различных административных округах г. Москвы, на детях с первого класса вплоть до окончания школы (11 класс) в количестве 426 учащихся. Другие исследования этих же авторов, выполненные на протяжении 25 лет (1990-2015), показали, что распространение функциональных отклонений у московских юношей (15-17 лет, включительно) возросло на 170%. Ими же установлено, что к абсолютно здоровым было отнесено лишь 4,3% наблюдаемых школьников, а к окончанию школы – таких учащихся не было и вовсе. Наиболее высокие уровни функциональных нарушений и хронических нервно-психических расстройств, хронических заболеваний системы пищеварения, а также функциональные отклонения органов зрения, отмечаются у учащихся 8-11 классов (13-18 лет) (Рапопорт, Соколова, Чубаровский 2014).

Вероятность заболевания психогенными расстройствами в современном обществе огромна: это недоброжелательные отношения в семье, на работе, чрезмерная деятельность и переутомление, заниженная самооценка, болезни близких, перемены в жизни, финансово-хозяйственные трудности, крушение устоявшихся идеалов и авторитетов, потеря собственного достоинства, обнищание, неуверенность в завтрашнем дне, в своей безопасности, неверие обещаниям руководства и многие другие.

Современная жизнь выдвигает массу требований, и, люди, пытаясь им соответствовать, перенапрягаются, испытывая при этом стресс, который чаще всего является причиной психогенных нарушений и расстройств, приводит к развитию нервного срыва, неврозов, депрессии, различных психосоматических расстройств. Считается, что неврогенные нарушения распространены шире, чем обычная простуда. Из-за затруднений вести статистику, так как большинство людей предпочитают переносить жизненные потрясения, не обращаясь к врачам, не прибегая к психотерапии, им не уделяется заслуживающего внимания.

Неуклонный рост частоты нервно-психогенных нарушений и нервно-психических расстройств, относящихся к пограничным состояниям, считается тенденцией текущего столетия. Подтверждением сказанного может служить то, что не менее 33% призывников ежегодно освобождаются от призыва в армию в связи с нервно-психическими нарушениями, а до 80% учителей страдают разными формами неврозов. Считается, что в общем контингенте школьников не более трети свободны от каких-либо психогенных нарушений. Каждый второй пациент с жалобами на боли в области сердца, дисфункциями пищеварительной и других систем нуждается в помощи психотерапевта.

Уязвимы к психогенным нарушениям все возрастные группы, в том числе дети и подростки, которые страдают от неблагоприятного состояния семей (частые конфликты, разводы, недостаточность культурных семейных традиций, вынужденная эмансипация женщин, нервно-психическая нездоровая обстановка в семье и др.) и от нестабильных социально-экономических и политических отношений в обществе.

В последние годы особое внимание стали уделять причинам и последствиям сексуального насилия, феномену (инцест), известному в международной литературе под обобщенным названием «*притеснение*» (*child abuse*). По данным D. Olweus (1993), в норвежских школах от притеснения страдают 15% детей, а согласно Lane (1989), в Англии – 23%, а в США – около 25%, сопровождаемые психогенными расстройствами.

В. А. Колегова (1969) считает, что у детей и подростков на долю психогенных расстройств приходится 27%-32% из всех психических расстройств. При этом большая часть авторов придерживается точки зрения, что психогенные нарушения у детей не проходят бесследно, меняют личность и сказываются на всю оставшуюся жизнь.

Психореактивные расстройства могут проявляться и как самостоятельные нарушения, и как начальная стадия других психических страданий. Чаще всего внешние психогенные нарушения проявляются через нарушения поведения вплоть до делинквентных, криминальных форм. При этом криминальные поступки выражаются аффективными разрядами, агрессией.

Значение психогений очень велико потому, что они являются самыми частыми нарушениями не только у взрослого населения, но и у детей и подростков, у которых они часто оставляют след в психике ребенка, и при неблагоприятной динамике способствуют развитию личностных девиаций, которые могут расстройством.

Известный русский психиатр П. Б. Ганнушкин (1933) определил психогении как: «... область несравненно более тонкая, область бо-

лее сложная, требующая гораздо большего опыта, навыков, знаний, чем психиатрия большая, где речь идёт о душевнобольных в узком смысле слова». Другой русский психиатр Н. И. Озерецкий (1934) считал, что диагностика психогенных нарушений является самой трудной и филигранной.

Конкретная симптоматика неврогенных нарушений и расстройств зависит от их вида, однако существуют некоторые общие признаки, которые проявляются почти у всех субъектов с указанными страданиями: раздражительность, тревога, бессонница, мрачные мысли, постоянная усталость, пониженная работоспособность, трудность сосредоточиться, снижение внимания, навязчивые мысли, снижение настроения, нарушение поведения. Чаще всего из-за того, что человек привык не обращать внимание на свое душевное состояние, не принимаются меры к превенции возможного развития психосоматических расстройств.

Психическое здоровье имеет и непосредственное отношение к организации стратегии повседневной и профессиональной деятельности, т. е. от состояния психического здоровья также зависит, по существу, успешность / неуспешность интеллектуальной и биологической самореализации и качество жизни. Другими словами, вся деятельность человека детерминирована уровнем состояния психического здоровья: все материальные, духовные, технологические и другие блага являются результатом реализации психического здоровья.

Психическое здоровье, как таковое, формируется, по существу, на всем протяжении жизни человека, однако не в одинаковой степени. Если психическое здоровье проявляется и зависит от адекватности восприятия и отражения внутренней и внешней среды организма и рефлектируется посредством различного рода психическими реакциями и процессами (когнитивные, коммуникативные, поведенческие, эмоциональные и личностно-смысловые), то, естественно, можно было предположить, что имеются возрастные периоды в онтогенезе человека, в которых процессы формирования и проявления психического здоровья резко разнятся между собой.

1.5. Возрастные периоды интенсивного развития психического здоровья, его диминуции и деградации

Так, было установлено, что в период первых шести месяцев жизни, когда имеет место наибольшее увеличение массы и длины тела ребенка, а морфологически сформированы лишь где-то до 65% нервных клеток, иницируется исключительно активность сферы ощущений

зрительного и тактильного анализаторов, проявление врожденных эмоций, инстинктов, импринтируются определенные движущиеся эволюционно насыщенные объекты. Психика, как таковая, и психическое здоровье начинают развиваться в период после инициации развития долговременной памяти, направленного проявления двигательной активности и приспособления ребенка к окружающей среде, в возрасте 1,2 - 2,5 лет. В этот период, как и в предыдущий, основная роль в инициации и развитии психики и психического здоровья принадлежит семье. Воздействия должны быть направлены на усвоение элементарных понятий и знаний о себе, о людях, об окружающих его предметах, факторах, действиях, способах их использования, на установление доверительных отношений с другими людьми, на развитие внимания, наглядно-образного логического мышления, обогащение словарного запаса, речи, поощрения общения ребенка с другими людьми и др.

Один из возрастных периодов, в котором отмечается наиболее интенсивное когнитивное, речевое и личностно-смысловое развитие и направленное формирование эмоционального поведения, является возраст от 2,5 до 7 лет.

В эти годы ребенок получает около 70% всей информации, которую он будет использовать в повседневной деятельности на протяжении всей своей жизни. Именно в этот период из ребенка формируется разумный человек, о чем свидетельствуют многочисленные случаи полного изолирования, социальная депривация детей до 6-7 лет от контакта с обществом, приводящая к невосполнимому ущербу, делающая невозможным развитие ребенка до уровня разумного человека, несмотря на все прилагаемые усилия. Особую роль в этот период в формировании психического здоровья имеет ролевая игра, привитие моральных, духовных ценностей, развитие способностей контактировать с окружающими, выражение своих мыслей.

Не менее существенное значение в развитии психического здоровья имеет период от 7 до 9-10 лет, когда происходит интенсивная социализация ребенка. Школаризация интенсифицирует развитие психики и психического здоровья: созревание и совершенствование функций нейропсихических блоков, абстрактное мышление, оперативную память, запоминание, речь, воображение, креативность, самосознание. Школьное обучение должно стать одним из основных этапов формирования и поддержания психики и психического здоровья. Обучение и воспитание должны быть направлены не только на накопление новых знаний, но и на адекватное отражение внутренней

и внешней среды организма, на развитие воображения, креативности, предвидения, реальное ориентирование во времени и пространстве, адаптацию к окружающей среде, ценностную ориентацию, на формирование психики и психического здоровья.

На формирование и проявление психики и психического здоровья немаловажное влияние оказывает период полового созревания от 10-11 до 15-16 лет, поскольку в этом периоде имеет место серьезное преобразование не только в морфофункциональной, но и психоэмоциональной сфере. Этому периоду характерны импульсивность, неуравновешенность от бурного восторга, гнева, вспыльчивости, резко-критического отношения к окружающим взрослым, чрезвычайная обидчивость до депрессивного состояния. Направленное влияние на формирование психического здоровья должно быть ориентировано на развитие способностей контролировать свои эмоции и свое поведение.

Заметное общее интеллектуальное развитие, проявление наибольшей эмоциональной «открытости» происходит в период биологического расцвета организма, в возрасте от 13-14 до 18-19 лет. Вместе с тем, в этом возрасте необходимо проявление особого отношения к подростку, ибо ему предстоит решить судьбоносную проблему, какую специальность избрать и по какому пути следует идти дальше.

Период от 21-22 до 40-45 лет, когда морфофункциональное состояние жизненно важных органов и систем относительно стабильно, благодаря интеллектуальной деятельности, профессиональному самовыражению, психика и психическое здоровье продолжают улучшаться.

После 40-45 лет, когда проявляются первые признаки диминуации и морфофункциональной деградации (менопауза, снижение уровня мелатонина и др.), состояние сомато-висцеральных органов и систем, психическое здоровье относительно стабильно.

К 60-и годам начинается преждевременная психическая деградация на фоне продолжающейся общебиологической деградации.

Важно подчеркнуть, что психическое здоровье формируется, по существу, на протяжении всей жизни человека, при условии направленного умеренного воздействия психогенных факторов.

Психическое здоровье, являясь весьма сложным психическим процессом, обусловленное многими психологическими условиями и факторами, с которыми субъект контактирует не только в своей семье, но и в учреждениях, организациях, в которых он обучается, работает и проводит время после трудовой деятельности. Поддержание, а тем более, повышение психического здоровья предполагает многоаспектные и согласованные действия в области психического здоровья и партнерские

связи со многими учреждениями и организациями здравоохранения, образования, социального обеспечения, производственной деятельности.

1.6. Настоятельная потребность изменения государственной политики в области здравоохранения

Успешность профессиональной деятельности, сложность решения социально-экономических проблем, постоянно меняющиеся условия социальной и экологических сред, повседневная стрессогенная жизнедеятельность большинства людей предполагают разработку многосекториальных подходов к проблеме общего здоровья организма и, в частности, психического здоровья. В первую очередь, требуется создание на уровне государств определенной специальной структуры, в функцию которой входили бы разработка и проведение политики и реальных действий в области здоровья. Без организации такой структуры проблема здоровья, включая психическое здоровье, не решится. Дело в том, что существующие на уровне государств структуры, в виде министерства здравоохранения, по существу, заняты разработкой и проведением политики в области диагностики, лечения и профилактики болезней, очень важной и нужной деятельности. Но ежедневная практика показывает, что сколь эффективной не была бы деятельность этой структуры, и сколь хорошо бы она не была бы профинансирована, здоровье, как таковое, не улучшается.

Анализ расходов на медицину на душу населения в некоторых странах показывает, что общее состояние здоровья населения и продолжительность жизни не находятся в прямой корреляции с общими затратами на медицину. Если в Норвегии медицинские расходы на душу населения составляют где-то 7919 \$, а в Японии – 3932 \$, то средняя продолжительность жизни в Японии, хотя инвестиции почти в 2 раза меньше, составляет 84 года, а в Норвегии – 82 года; в США, соответственно, расходы составляют около 5320 \$, а на Кубе – лишь 526 \$, т.е., почти в 10 раз меньше, а продолжительность жизни относительно одна и та же (79 и 78 лет, соответственно); в Румынии эти показатели составляют 375 \$ и 74 года, в Китае – 180 \$ и 75 лет; в республике Молдова – 110 \$ и 70 лет, а в Индонезии – 43 \$ и 71 год.

Указанные инвестиции, по существу, медицина использует в целях обеспечения гигиенических нормативов, профилактики инвазивных заболеваний, диагностики, лечения и частично для оказания бесплатных медицинских услуг больным с тяжелыми заболеваниями, чем, естественно, повышает качество жизни больных, и никак не

отражается на поддержании или повышении уровня здоровья относительно здоровых людей, чем было бы обеспечено продление жизни. Указанное расхождение между затратами на здравоохранение на душу населения и продолжительностью жизни объясняется тем, что, согласно утверждениям экспертов ВОЗ, состояние здоровья и, тем самым, продолжительность жизни, зависят от влияния медицинского обеспечения лишь на 10-15 %. Кроме того, эти расходы ориентированы не на формирование и поддержание здоровья, а, главным образом, на поддержание больных, страдающих неизлечимыми болезнями.

Из вышеизложенного вытекают некоторые государственные задачи первой необходимости в области здоровья.

Среди таковых, отметим:

1) Необходимость признания на государственном уровне, как первоочередной задачи – направленное формирование и поддержание психического здоровья, как самого ценного достояния человека, детерминирующего всю гамму составляющих развитие общества – научно-техническая, экономическая, социальная, культурная и др.

2) Несомненным является необходимость признания, на уровне государственной деятельности, приоритетности психического здоровья, что позволит облегчить решение проблем, стоящих перед страной, в том числе и национальной безопасности, и достичь степени развития социального, экономического и политического состояния ведущих стран мира. При этом следует подчеркнуть, что если человечество и далее будет считать своей высшей ценностью лишь свободу и достоинство, не признавая таковой и здоровье, то вполне вероятно, что современная цивилизация не выживет.

3) Пересмотр современной стратегии финансирования области здравоохранения, которая предусматривала бы также финансирование деятельности, имеющей отношение к направленному созданию и поддержанию здоровья.

4) Необходимость создания на уровне государств определенной структуры, в функцию которой входила бы разработка и проведение политики в области здоровья, как такового. Без подобной организации, проблема здоровья, включая психическое здоровье, не решится. Дело в том, что существующие на уровне государств министерства здравоохранения, как было сказано раньше, заняты решением проблемы профилактики, диагностики и лечения болезней, полагая при этом, что при излечении и профилактике заболевания, сама по себе решится и проблема здоровья. Однако, практика достаточно убедительно доказывает ошибочность указанной стратегии обеспечения здоровья населения.

Важной и срочной мерой, которую необходимо принять на государственном уровне, является обязательное введение в систему дошкольного и школьного обучения специального предмета (дисциплины) санокреатологии, имеющей своей целью обучение детей научным основам и методам формирования, поддержания и повышения здоровья, как самого ценного достояния, которым располагает человек. Вменение в обязанность школы участия в решении проблемы здоровья, включая психическое здоровье, обусловлено тем, что:

1) здоровьем, как таковым, являющимися сложным и жизненно значимым феноменом организма человека, должна заниматься не только медицина, но и другие отрасли деятельности людей;

2) значительная часть детей страдает от различного рода нарушений, заболеваний из-за незнания основ санокреатологии, что обуславливает необходимость их ознакомления в школьном возрасте с основами формирования и поддержания здоровья;

3) психическое здоровье, которое формируется в онтогенезе под влиянием психогенных факторов и проявляется адекватным восприятием и отражением внутренней и внешней среды организма, в значительной степени, предопределяется эффективностью процессов обучения и воспитания.

Другой не менее значимой мерой, при ограниченности финансирования науки со стороны экономически недостаточно развитых стран, было бы создание какой-то международной структуры, под эгидой которой проводились бы исследования по ключевым вопросам формирования и поддержания здоровья и превенции его нарушения, результатами которой смогли бы воспользоваться все страны.

2. ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ ОБУСЛОВЛЕННОСТЬ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЧЕЛОВЕКА, ПСИХОСАНО- И ПСИХОДИССАНОГЕНИИ

Разрабатывая принципы и методы направленного формирования и поддержания психического здоровья и изучая факторы и ситуации, вызывающие психосано- и психодиссаногении, установили, что любое воздействие на организм, оцененное человеком, как значимое, особенно опасное или мешающее его повседневной жизнедеятельности, сопровождается активностью эмоциональной сферы – переживаниями, ощущениями удовольствия / неудовольствия, тревогой / радостью, раздражительностью / астенией и др. и, учитывая, что жизнедеятельность определяется эмоциями, стало очевидным, что качество жизни и состояние психического здоровья детерминируются эмоциями, роль которых в повседневной жизни может быть двоякой – саногенной и диссаногенной. Это и обусловило необходимость написания, с позиции филогенеза и психосанокреатологии, специальной главы, в которой рассматриваются причины и условия, предопределяющие двоякий эффект влияния эмоций на состояние психического здоровья, их роль в развитии психогенных расстройств, филогенетическая обусловленность эмоций, а также пути, методы и способы направленной коррекции психодиссано- и психопатогений.

2.1. Жизненная потребность в самосохранении организма от часто встречающихся опасностей предопределила развитие специальных эмоционально-защитных реакций

Защита организма человека от опасностей, его самосохранение, является основной аксиомой жизнеобеспечения. Этим объясняется то, что человек при встрече или действии на него какого-то психогенного фактора, оценивает его через призму значимости для себя и других, в первую очередь, возможной опасности для жизнеобеспечения.

Для реализации соответствующей защиты организма от опасностей, для его самосохранения, природа создала комплекс реакций и процессов, которые при проявлении угрозы должны были быть задействованы, интегрированы и регулироваться в соответствии с уровнем опасности. Это предполагало необходимость оценки значимости воздействующего фактора, последствий его влияния, всех возможностей организма действовать для устранения угрозы. В этом же плане, в процессе эволюции сформировались специальные субъективные ре-

акции, рефлектирующие психическое состояние организма, обусловленное впечатлениями, духовными ощущениями – эмоциями, отражающими различные уровни угрозы психогенных факторов и проявляющиеся в виде раздражительности, тревоги, страха, гнева, ярости, агрессии, аффекта, ужаса и служившие сигналом немедленной мобилизации организма для устранения опасностей и его самосохранения.

Фундаментальность биологической значимости и срочность проявления защитных реакций для самосохранения организма предопределили активное формирование специальной системы защиты организма, которая автоматически вводится в действие при возникновении для него опасности. Такая система, на наш взгляд, сформировалась и закрепились в процессе филогенеза за счет взаимодействия существующих морфофизиологических структур организма, обеспечивающих его деятельность (сенсорные рецепторы, структуры мозга, обеспечивающие когницию, вегетативные и соматические органы) в специальную комплексную эмоционально-когнитивно-поведенчески-защитную систему, триггером задействования которой являются эмоции. Будучи биологически полезной, она стала передаваться по наследству.

Указанные выше эмоции, будучи триггерами эмоционально-когнитивно-поведенчески-защитной реакции, выполняют саногенную роль для организма.

Саногенные эмоции представляют собой комплекс психических реакций и процессов, обусловленных незамедлительным субъективным адекватным восприятием и оценкой значимости реальных и возможных ситуаций, факторов, событий, эндогенного состояния организма и отношений между реальностью и воображением, соответствующего предвидения их последствий, провоцирующих волнение организма и его синхронную мобилизацию, действовать сознательно, через призму ожиданий, посредством различных поведенческих, коммуникативных, физиологических и психических проявлений, обеспечивающих устранение психогенного стресс-фактора и/или достижение желаемого, сопровождаемых состоянием удовлетворенности и гарантирующих саногенность организма, благоприятную социальную среду, не нанося вред себе, другим и природе.

Тревога, страх, гнев, ярость, агрессия, аффект, ужас, считающиеся в литературе отрицательными эмоциями, на самом деле, выполняют все требования саногенных эмоций: адекватно оценивают уровень опасности воздействующего фактора, мобилизуют все способности организма для устранения угрозы и самосохранения. Они сформиро-

вались и генетически закрепились в процессе филогенеза в результате кратковременного действия угрозы, поэтому и их саногенная роль проявляется кратковременно.

Возникли эмоции в процессе филогенеза под влиянием угрозы различной природы для жизни человека, на базе переживаний, вызванных сильными впечатлениями, особенно ощущением душевной боли от потери близких, при внезапной угрозе, когда организм человека не был готов к защите.

Частые встречи с подобными случаями и предопределили формирование, на базе переживаний, специальных реакций и процессов, функция которых способствовала оценке значимости воздействующего фактора, последствий его действий на организм и мобилизации его для соответствующих действий.

Так, на наш взгляд, сформировались эмоции, как защитные реакции, явившиеся важным этапом в обеспечении защиты организма от всякого рода краткосрочных угроз и его самосохранения, т. е. их саногенная функция проявлялась при кратковременном действии угрозы.

О том, что основная функция эмоций сформировалась как защитная, свидетельствует сама природа и характер реакций, вовлекаемых в её реализацию: бегство и/или нападение, и/или оцепенение, и/или фрустрирование, с привлечением функций жизненно важных органов и систем.

По нашим представлениям функциональная эмоционально-когнитивно-поведенчески-защитная система (эмоциональная защитная система) – это не замкнутый контур, а открытый, состоящий из функционально-объединенного множества физиологических структур различной локализации и функций, обеспечивающих разного рода эффекты (оценка, предвидение последствий, мобилизация организма действовать в данный момент в интересах целого организма).

Как любая другая система регуляции, эмоционально-когнитивно-поведенческая защитная система состоит из афферентного и эфферентного звеньев. Ее афферентное звено одной стороной обращено к процессам, происходящим во внутренней среде организма, другой – во внешней среде.

Из внутренней среды она получает информацию об общем состоянии организма, (которое расценивается глобально, как комфортное или дискомфортное), о физиологических потребностях. Наряду с этой постоянной информацией, в патологических случаях возникают реакции, часто связанные с витальным неблагополучием отдельных органов, вызывающие состояние беспокойства, боли, тревоги, страха и т. п.

Что касается информации, поступающей из внешней среды, то афферентное звено эмоционально-защитной системы чувствительно к тем ее параметрам, которые непосредственно сигнализируют о возможности удовлетворения актуальных потребностей в настоящем или будущем, а также реагирует на любые изменения внешней среды, несущие угрозу или препятствующие жизнедеятельности. В круге явлений, чреватых опасностью, учитывается также информация, синтезируемая когнитивной системой: возможности сдвига состояния организма в сторону неустойчивости, неопределенности, информационного дефицита.

Эмоционально-защитная система, как будет показано позже, выполняет свою защитную функцию при участии когниции и поведения, поэтому более адекватно следует её обозначить, как эмоционально-когнитивно-поведенчески-защитную систему, которая интегрально оказывает всеобъемлющее влияние на организм человека.

Её особая роль в повседневной жизни состоит в обеспечении:

- 1) восприятия и оценки значимости для себя и других полезности, вредности или индифферентности факторов окружающей среды;
- 2) координации и мобилизации органов и систем для осуществления физической и интеллигентной деятельности;
- 3) поддержания состояния мобилизации организма до тех пор, пока, в случае опасности для него, факторы или события не будут устранены, а после этого состояние функции органов и систем возвратится к исходному уровню; в случае неустранения опасности/или недостижения желаемого, в той или иной степени, сохранится напряженность функций органов и систем, вследствие чего они могут нарушаться и эмоции приобретают коннотацию диссаногенных.

Эти функции эмоций свидетельствуют о детерминирующей их роли в повседневной деятельности организма.

В процессе филогенеза сформировались несколько эмоций (тревога, страх, гнев, аффективные эмоции, печаль и горе, боль, неудовольствие / удовольствие), основной функцией которых была защита организма от опасностей, его самосохранение, что свидетельствует, насколько важна защита организма от многочисленных опасностей. Они приобрели определенную устойчивую физиологическую структуру их реализации, вследствие подтверждения в процессе борьбы за существование наших предков при естественном отборе, биологической оправданности в жизнеобеспечении, вследствие чего, естественно, закрепились в памяти и стали передаваться по наследству, обеспечивая быстрое реагирование организма от нависшей угрозы его

жизни. Поэтому мы их относим к базовым эмоциям и, тем самым, не согласны с К. Изардом (2000), который считает базовыми 10 эмоций (радость, печаль, гнев, отвращение, презрение, страх, стыд / смущение, вина, удивление, интерес). К базовым следует отнести эмоции, которые проявляются на базе врожденных механизмов их регулирования, с относительно строгой локализацией их нервных субстратов, обуславливающих реализацию этих эмоций, а также их облегченное реагирование на эволюционно наиболее часто встречающиеся воздействия. Приписывать к этой группе эмоции отвращение, презрение, стыд / смущение, вину, удивление, весьма проблематично, поскольку они образуются условно-рефлекторно в онтогенезе.

Базовые эмоции, в отличие от остальных, имеют достаточно локализованные образования мозга, участвующие в их регуляции и представляющие собой филогенетически более древние области мозга (миндалины, лимбическая система, височные доли). В частности, эмоции страха регулируются передней частью островка, задним отделом гипоталамуса, покрывкой, миндалевидным ядром; эмоции ярости – миндалиной и средним центром таламуса; эмоции тревоги – передним отделом гипоталамуса, миндалиной, медиальным ядром таламуса; эмоции удовольствия / неудовольствия – вентромедиальными ядрами таламуса, зоной перегородки и фронтальными областями.

Кстати, механизмы этих эмоций функционируют у ребенка с первых дней его жизни, они сигнализируют о возникшей опасности для организма и об изменении ситуаций.

Учитывая известный факт, что генетически из поколения в поколение передаются лишь биологически полезные реакции и процессы, эти эмоции, независимо от их вида, следует рассматривать и признавать, как биологически полезные, саногенные. Их саногенность проявлялась не только в том, что они обеспечивали мобилизацию физиологических, физических и психических способностей организма в целях устранения угрожающей опасности и, тем самым, способствовали его выживанию, но и в том, что после ликвидации угрозы жизни физиологические и психические функции возвращались к исходному уровню деятельности, т. е. сохранялся свойственный конкретному субъекту уровень здоровья. Другое дело, если фактор или ситуация, угрожающие его жизнедеятельности не устранялись, а продолжали действовать длительное время, то эти же эмоции поддерживали функциональную активность жизненно важных систем организма и психическое состояние в напряжении, от интенсивности и продолжительности которого могли развиваться эмоционально обусловленные

физиологические или патологические изменения психического и соматовегетативного здоровья, т. е. они оказывали деструктивный эффект, тем самым они приобретали диссано- или патогенный характер. Одним словом, в зависимости от продолжительности и интенсивности действия угрожающего фактора, одна и та же базовая эмоция может оказать как саногенный, так и деструктивный характер, поэтому деление эмоций на «*полезные*» и «*отрицательные*» как это принято в современной психологии, следует считать неудачным, неправомерным. Ведь даже эмоции, которые в психологии рассматриваются как «*негативные*» – страх, гнев, ярость, тревога и др. повышают интенсивность обменных процессов, вследствие чего улучшается питание мозга, усиливается сопротивление организма и мобилизуются ресурсы организма – реакции, которые никак нельзя оценивать, как отрицательные, т. е. саногенный характер очевиден. При этом, если учесть, что эмоции в процессе эволюции возникли как защитные саногенные реакции для обеспечения жизни при опасностях для организма, гомеостаза его функций, сохранения уровня здоровья, в зависимости от значимости воздействующего фактора, ситуаций для себя и других, интенсивности и продолжительности действия, они могут приобрести диссаногенную функцию. Следовательно, одна и та же эмоция может оказать двоякое влияние на организм человека.

Что касается происхождения эмоций, следует отметить, что существуют многочисленные теории, объясняющие сущность и механизмы возникновения эмоций, но, ни одна из них не является общепринятой. Начало теоретическому рассмотрению эмоций положил Ч. Дарвин (1872), который показал эволюционный путь развития эмоций и обосновал происхождение их физиологических проявлений. С позиции теории Джемса-Ланге акт возникновения эмоций представляет собой: раздражитель ® возникновение физиологических изменений ® сигналы об этих изменений в мозг ® эмоция (эмоциональное переживание). Согласно теории Кенона-Барда: рождающий эмоцию раздражитель одновременно вызывает две реакции – пробуждение и переживание эмоций, которые не являются причиной друг друга, т. е. физиологические и психические эмоциональные реакции независимы. П. К. Анохин (1964, 1976) объяснял возникновение эмоций следующим образом: возникновение потребностей приводит к развитию отрицательных эмоций, которые играют мобилизующую роль, способствуя наиболее быстрому удовлетворению потребностей. Когда обратная связь подтвердит, что достигнут запрограммированный результат, возникает положительная эмоция. Фрустрационная теория эмоций

объясняет возникновение отрицательных эмоций, как следствие неудовлетворения потребностей, как следствие неудачи, т. е. эмоции возникают не в результате оценки значимости раздражителя, а как оценка степени успешности достижения цели, удовлетворения потребности. Это, якобы, касается эмоций досады, злости, гнева, ярости, страха.

В соответствии с когнитивистской теорией эмоций, основным механизмом появления эмоций являются когнитивные процессы. Эмоции вызывают не внешние события сами по себе, а отношение к ним, приписывание того или иного субъективного значения этих событий для личного благополучия / неблагополучия или близких, при этом, даваемые человеком оценки, относительны.

Когнитивно-физиологическая теория эмоций С. Шехтера (Schachter, 1964) объясняет возникновение эмоций в рамках когнитивистских теорий. Какое-то событие или ситуация вызывают возбуждение, и у человека возникает необходимость оценить его содержание, т. е. ситуацию, которая вызвала это возбуждение. На возникновение эмоций, наряду с воспринимаемыми стимулами и порождаемыми ими физиологическими изменениями, оказывает влияние прошлый опыт человека и оценка наличной ситуации, с точки зрения, имеющих в данный момент потребностей и интересов.

В познавательной теории эмоций (когнитивная-оценочная) М. Арнольда (1960) и Р. С. Лазаруса (1988, 1991a, 1991b, 1994) центральной является идея о познавательной детерминации эмоций. Когнитивное опосредование считает Р. Лазарус, а М. Арнольд – интуитивная оценка, является необходимым условием для появления эмоций. Однако когнитивистские теории не учитывают наличие эмоций, возникающих безусловно-рефлекторно (боль, неожиданное столкновение в лесу с медведем).

Согласно информационной теории эмоций П. В. Симонова (1962, 1981, 1987, 1996), эмоции появляются вследствие недостатка или избытка сведений, необходимых для удовлетворения потребностей, а степень эмоционального напряжения зависит от силы потребности и величины дефицита прагматической информации, необходимой для достижения цели. Отдельные моменты теории П. В. Симонова и его «*формулы эмоций*» подвергаются критике.

Теория дифференциальных эмоций К. Изарда (2000) рассматривает частные эмоции отдельно от других, как самостоятельный переживательно-мотивационный процесс основной мотивационной системы. Предпосылкой эмоций являются нейронные и нейромышечные активаторы (гормоны и нейромедиаторы, наркотические препараты,

изменение температуры крови мозга и последующие нейрохимические процессы); аффективные активаторы (боль, половое влечение, усталость, другая эмоция) и когнитивные активаторы (оценка, атрибуция, память, антиципация). Он считает, что, так называемая, основная мотивационная система человеческого существования образует, как было сказано выше, 10 базовых эмоций: радость, печаль, гнев, отвращение, презрение, страх, стыд / смущение, вина, удивление, интерес. Однако, вряд ли можно согласиться, что отвращение, презрение, удивление, вина являются базовыми или, что эмоции являются основной мотивационной системой организма и придают смысл и значение человеческому существованию, ибо смысл и значение человеческому существованию определяется духовными ценностями, социальными потребностями и т. п.

Нет общепринятого мнения и относительно определения, что собой представляют эмоции. Известный русский психолог Б. И. Додонов (1978, 1987) в одной из своих фундаментальных работ писал о том, что термины, обозначающие психические явления, обычно называемые эмоциями, не имеют строгого значения, и среди психологов до сих пор идут дискуссии на тему «*что значит что*».

Академик-физиолог П. К. Анохин (1964) писал, что «*эмоции – физиологические состояния организма, имеющие ярко выраженную субъективную окраску и охватывающие все виды чувствований и переживаний человека – от глубоко травмирующих страданий до высоких форм радости и социального жизнеощущения*».

Известный психолог С. Л. Рубинштейн (2006) считал, что в отличие от восприятия, которое отражает содержание объекта, эмоции выражают состояние субъекта и его отношение к объекту.

П. А. Рудик (1976) отмечал, что «*эмоциями называются психические процессы, содержанием которых является переживание, отношение человека к тем или иным явлениям окружающей действительности ...*».

То, что переживание рассматривается как суть эмоций, А. Н. Леонтьев (1971) отмечает, что «*...хотя оно порождается эмоциями, но не есть её единственное содержание*», имея ввиду двигательные, секреторные изменения.

Ряд ученых (Tomkins, 1962; Plutchik, 1984, 1986; Ekman, 1992) под эмоцией подразумевают сложные организованные паттерны реагирования, возникшие в ходе эволюции, чтобы помочь организму выжить в опасной среде, точка зрения которых близка к описанной нами концепции о возникновении базовых эмоций как защитные реакции.

Вирджиния Квин (2000) определяет эмоции как выражение человека к своим потребностям, их удовлетворению или неудовлетворению. Р. Герриг, Ф. Зимбардо (2004) предложили относительно приемлемую дифференциацию эмоций, согласно которой они представляют собой сложную совокупность телесных и психических изменений, включающих в себя психологическое возбуждение, чувства, познавательные процессы и поведенческие реакции, возникающие в ответ на ситуацию, которая воспринимается как лично значимая.

На наш взгляд более реальное определение сущности эмоций, хотя мы не согласны, что они являются адаптивными реакциями, дал ученый психолог в области эмоций Е. П. Ильин в своей фундаментальной монографии *«Эмоции и чувства»* (2019). Он рассматривает эмоции *«как рефлекторную адаптивную психофизиологическую реакцию, связанную с проявлением субъективного пристрастного отношения (в виде переживания) к значимой ситуации и её исходу и способствующую организации и обеспечению целесообразного с точки зрения целостности и сохранности организма, поведения человека и животного»*.

Обобщая изложенные данные, следует подчеркнуть, что, хотя по настоящее время не разработано общепринятого мнения относительно сущности и механизмов проявления и классификации эмоций, их особо важная роль в обеспечении повседневной жизнедеятельности человека является общепризнанной.

Известно, что каждая базовая эмоция человека, в зависимости от значимости, интенсивности и продолжительности воздействующих факторов и ситуаций оказывает двоякое влияние (третьего не дано) на физиологические и психические функции организма человека: или тонизирующее, мобилизующее, или дезорганизирующее, деструктивное. Это влияние на функции организма, разумеется, в конечном счете, сказывается и экспрессируется интегрально через изменение состояния здоровья в плане улучшения (саногенности) или ухудшения (диссано-, патогенности) здоровья, что послужило основанием, как было сказано выше, вместо неудачного деления эмоций на *«положительные»* и *«отрицательные»*, считать более реальным, адекватным признанием двоякого влияния каждой базовой эмоции – саногенное, которое при определенных условиях может приобретать диссано- или патогенный характер. Этим была обусловлена необходимость разработки концепций о диссаногенном влиянии эмоций на психическое здоровье.

Диссаногенные эмоции представляют собой комплекс психических реакций, обусловленных незамедлительным субъективным относительно неадекватным восприятием или отражением, или оценкой

значимости реальных и воображаемых психогенных ситуаций, факторов, событий, эндогенного состояния организма и отношений между реальностью и воображениями, и/или искаженного предвидения их последствий, провоцирующих волнение организма и его неадекватной мобилизацией действовать, и/или адекватным восприятием, отражением и оценкой значимости, воздействующих психогенных факторов и предвидения невозможности устранения последствий действия психогенных факторов, и/или продолжительным проявлением эмоций и недостижением желаемого, сопровождаемые постоянным волнением и мобилизацией организма, за счет интенсификации различных поведенческих, коммуникативных, физиологических реакций и процессов, не сопровождаемых состоянием удовлетворенности и не обеспечивающих саногенность организма, благоприятную социальную среду, саногенность гаметогенеза, и противостояние намерениям могущих нанести вред себе, другим и природе.

Эти концепции не только раскрывают факторы, обстоятельства и ситуации, которые могут обуславливать саногенное влияние эмоций на организм человека, но и причины и условия, предопределяющие диссаногенный или патогенный характер их воздействия, поэтому могут служить ориентиром при разработке путей, методов и способов по поддержанию психического здоровья и по предупреждению его преждевременного нарушения.

Рассматривая саногенные и диссаногенные эмоции, следует отметить, что их проявление у людей индивидуально: у одних субъектов эмоции вызываются лишь при значительной интенсивности воздействующего фактора, у других – наоборот, при ничтожном влиянии субъекты приходят в состоянии эмоциональной возбудимости, что свидетельствует о специфичности экспрессивности эмоциональных свойств людей: возбудимости и реактивности (интенсивности и длительности эмоций).

Реализация предназначения базовых эмоций – обеспечение выживания и самосохранения организма, как и других функций, в обязательном порядке, вне зависимости от их продолжительности и интенсивности, вовлекает в первую очередь двигательную, кардиоваскулярную, респираторную системы и нейропсихический когнитивный блок, как основные компоненты эмоционально-когнитивно-поведенчески-защитной системы. Остальные органы и системы имплицитно вовлекаются по ходу реализации функции эмоций, и их вовлечение предопределяется спецификой и продолжительностью прогнозируемого последствия влияния фактора. Обязательное участие указанных систем в реализации эмоций предопределяет их узковязимость. Поэтому

неудивительно, что больше всего нарушений и расстройств приходится на сердечнососудистую и респираторную системы.

Поскольку, по ходу реализации эмоций, в зависимости от их продолжительности и интенсивности, вовлекаются и другие системы, нарушение и расстройства их функций предопределяются диапазоном саногенного их функционирования, т. е. психофизиологические нарушения и психосоматические расстройства обусловлены интенсивностью и продолжительностью проявления эмоций. Влияние эмоций на многочисленные функции организма человека, с позиции концепции Папеца и работ MacLean P. D. (1949) и Gellhorn E. и Loofbourrow G. N. (1963), исследовавших морфологическую и основу эмоций и установившие тесную связь между гипоталамусом и лимбическим мозгом, обусловлено этими образованиями мозга, интенсивностью их возбуждения, нейроразряды, нейрогормональные факторы и гормоны которых создают огромное разнообразие вегетативных и соматических реакций, используемые как индикаторы эмоций.

Эфферентное звено эмоциональной регуляции обладает небольшим набором внешних специфических форм активности: это различные виды выразительных движений (мимика, экспрессивные движения конечностей и тела), тембр и громкость голоса. Эфферентное звено участвует в реализации тонической стороны физиологической и психической деятельности: саногенные эмоции повышают физиологический и психический тонус, диссаногенные – снижают их. Реакция организма на затяжные психогенные ситуации разворачивается по механизму стресса: первоначально наблюдается рост напряжения, в случае ее малой эффективности вовлекаются в ответную реакцию многие внутренние и внешние источники; при неуспехе возникает тревога или депрессия. Явления тяжелого эмоционального истощения могут иметь катастрофические последствия для психического здоровья.

Многие эмоции не требуют участия коры головного мозга и процессов осознанной переработки информации. Дж. ЛеДокс (LeDoux, 1989, 1996а, 1996b) показал, что при удалении у крыс зрительной и слуховой коры, реакция страха возникает при возбуждении подкорковых структур таламуса и миндалины. Таким образом, часто мы сначала ощущаем, переживаем ощущения, и только потом узнаем и понимаем то, что мы переживаем. Следовательно, путь возникновения эмоций может быть таким: ощущение –> эмоциональная реакция – когнитивные реакции –> усиление эмоционального реагирования. Отметим, что психическая сторона эмоций проявляется не только в переживании самой эмоции. Гнев, страх, печаль, радость, воодушевление и т. д.

оказывают влияние на интеллектуальные процессы: представление, мысли, направление внимания, а также на волю, действия и поступки, на все поведение. При ослаблении эмоционального напряжения, наблюдается ослабление воли и усиление апатии. Влияние эмоций на интеллект и волю колеблется в очень широких пределах, в зависимости от силы душевного волнения. При сильных аффектах (испуг, большая радость, гнев, страх) обычный ход ассоциаций нарушается, сознание бывает охвачено одним представлением, с которым связана эмоция, все другие исчезают, возникновение новых представлений, не связанных с эмоциями, тормозится. Дальнейшее течение процессов не одинаково. При радости после первоначального «замирания» наступает наплыв множества представлений, находящихся в связи с обстоятельством, вызвавшего эффект. При гнев, горе, страхе, возникшие вначале представления остаются в сознании на долгий срок. Аффект может разрешаться в бурных действиях и в столь сильных изменениях со стороны кровообращения и дыхания, что это иногда может привести к обмороку. Человек с достаточно развитыми процессами торможения, несмотря на нарушение течения представлений при эмоциях, способен правильно оценить окружающую обстановку и управлять своими действиями.

Лишение эмоциональных воздействий дезорганизует психику человека, а длительное лишение положительных эмоциональных воздействий в детстве может привести к отрицательным деформациям личности. Эмоции сами по себе во многих случаях являются побуждением к действию, фактором мотивации.

Поскольку реализация эмоций осуществляется, как указано выше, за счет функций различных органов и систем: сенсорного рецепторного аппарата, разных структур мозга, сомато-висцеральных органов и систем (мышечный аппарат, сердечнососудистая, респираторная, эндокринная системы и др.), поэтому нам представлялось более адекватным обозначить эмоционально-защитную систему, как эмоционально-когнитивно-поведенчески-защитную функциональную систему.

При изучении базовых эмоциональных реакций необходимо было определить относительно репрезентативной феноменологии их экстерииоризации. Известно, что за счет многочисленных физиологических методов исследования было выявлено значительное количество физиологических показателей эмоциональной сферы человека: частота сердечных сокращений, артериальное давление, кожно-гальваническая реакция; изменения газообмена, энергозатрат, содержания адреналина, кортикостероидов, АКТГ; тремор, температура кожи на пальцах, изме-

нение электромиограммы мускулатуры лица, выражение лица, частота основного тона речи и интервал изменения частоты его и др.

Однако вопрос о диагностике качества (модальности) эмоций по физиологическим показателям остается спорным, ибо качество эмоциональных переживаний нельзя определить по интенсивности и реактивности, по физиологической феноменологии. Трудность использования вегетативных и соматических физиологических показателей для диагностики эмоций состоит в том, что при одной и той же эмоции могут быть разнонаправленные сдвиги, и в то же время при разных эмоциях – однонаправленные изменения.

Среди субъективных критериев установления эмоциональных состояний используются следующие: модальность переживания (страх, тревога, гнев, удовольствие, апатия и др.), самооценка своего состояния возбуждения, оценка своего настроения, изменение цветной чувствительности глаза, уровень депрессии, ситуативная тревожность, уровень невротизации, состояние фрустрации, эмоциональные свойства личности, эмоциональная стабильность – нестабильность, эмоциональная экспрессия, склонность к агрессивному поведению и др.

Практика изучения эмоций показывает, что ни поведение, ни физиологические и ни психологические показатели, используемые в отдельности, не могут достоверно диагностировать, дифференцировать одно эмоциональное состояние от другого, поэтому верно пишет Е. П. Ильин (2019), что при диагностике эмоциональных состояний надо использовать системный подход, вместо комплексного. Это важно, поскольку отношение человека к деятельности, приемы саморегуляции, которые он может использовать, значительно изменяют ожидаемую в соответствии с ситуацией картину сдвигов.

Учитывая сказанное, на базе экстернизации психогенной и поведенческой феноменологии базовых эмоций, были разработаны специальные психосано-, психодиссано- и психопатоиндикаторы эмоций, изложенные во втором томе *«Психическое здоровье. Психосанокреатология, Необходимость общества в её развитии»* трактата *«О научных и практических основах санокреатологии»*.

Затруднения или даже невозможность разработки специфических параклинических объективных физиологических и психических методов определения конкретной эмоции обусловлено тем, что эмоции оценивают факторы окружающей среды лишь через призму *«опасность / полезность / индифферентность»*, что подразумевает возможность определения не специфичности образа воздействующего фактора, а лишь значимости его, т. е. лишь его последствия в плане сано- или дис-

саногенности, или индифферентности. Этим и объясняется, что эмоции изучаются, главным образом, по субъективным параметрам.

2.2. Иные функции базовых защитных эмоций в жизнедеятельности организма

Базовые эмоции, возникшие и закрепившиеся в памяти в процессе филогенеза, как защитные реакции, реализация которых на практике предполагала осуществление комплекса срочно протекающих составляющих относительно самостоятельных функций, имеют важное значение в обеспечении жизнедеятельности организма. К таковым относятся:

- 1) субъективное восприятие и когнитивная оценка ситуаций или факторов, воздействующих на организм;
- 2) предвидение последствий влияния соответствующих воздействий;
- 3) экстренная мобилизация физиологических и психических возможностей, энергии организма;
- 4) психогенная оценка результата проявления эмоций (физиологических, психических и поведенческих реакций), её полноценности / неполноценности, значимости / незначимости, успеха / неуспеха посредством переживания удовольствия / неудовольствия, напряжения / покоя, возбуждения / успокоения.

Следовательно, эмоции оценивают значимость внешних и внутренних раздражителей, сигнализируют о пользе или вреде для организма того или иного стимула, явления, выполняя роль сигнала о появившейся потребности, и служат как механизм, помогающий в принятии решения, в оценке достигнутого результата, ориентировки в мире, для организации поведения.

Вся сознательная жизнедеятельность человека сопряжена с эмоциями и сами эмоции обуславливают конкретную деятельность людей. Все то, что человек сознательно делает, производит, творит, планирует, воздействуя на других людей и испытывая воздействия от собственных поступков, проявляя своё мировоззрение и другие действия, провоцирующие переживания, представляет собой сферу деятельности эмоций. Они охватывают изменениями весь организм, в том числе всё сознание.

У человека, как биосоциальной личности, эмоциональные процессы обусловлены не только физиологическими потребностями, связанными с самосохранением, питанием, размножением, моче-

каловыделением, но и духовными потребностями: с тенденциями и установками налаживания социальных отношений, в которые вступает человек в процессе удовлетворения своих потребностей, порождают разнообразные эмоции.

Эмоциональная система, будучи одной из основных регуляторных систем, обеспечивает соматовегетативную интеграцию, согласованное течение центральных и периферических процессов и активность, активные формы жизнедеятельности, соотнесение поведения качественным особенностям эмоций и др.

У человека эмоции служат также для оценки биологических и социальных потребностей и степени их удовлетворения; даже чисто биологические переживания становятся при этом социально окрашенными.

В современных условиях, эмоции выполняют и важную коммуникативную роль. Известно, что многие руководители повышают в должности сотрудников не только по коэффициенту интеллекта (IQ), а и по эмоциональному коэффициенту (EA), характеризующимся способностью к эмоциональному общению.

Выполняя коммуникативную роль, эмоции помогают человеку добиться своих потребностей через изменения поведения других людей в нужную сторону. Кстати, известно, что даже дети для достижения своих желаний часто используют свое поведение в виде детского плача, крика, страдающей мимики и др. Для манипулирования другими людьми пользуются улыбкой, смехом, угрозой, плачем, показным страданием и т. п., а масс-медиа ежедневно через радио и телевидение, печать занимается манипулированием сознания людей в интересах политических, экономических деятелей. Придумано множество приемов, способствующих манипуляции мнением народов.

Эмоции могут активировать информацию в памяти, соответствующую эмоциональному состоянию, улучшить или ухудшить мыслительную деятельность, а также служить регулятором самого познавательного процесса на определенных его этапах.

Многообразна роль эмоций в интеллектуальном творческом процессе – это и «муки» творчества, и радость открытия. Переживания эмоций особенно важны для поэтов и художников.

Одним словом, эмоции, кроме их основного предназначения, ради которого возникли в процессе эволюции – защита организма от опасностей, угрожающих жизни человека, его самосохранение, выполняют и ряд других важных функций.

Вместе с тем, следует подчеркнуть, что базовые эмоции филогенетически, прежде всего, возникли для удовлетворения потребностей

в сохранении организма (целостности своего «Я» со всеми его телесными и психическими свойствами), «*стремления выжить*». Они являются главным звеном в ансамбле защитных и творческих процессов, общей деятельности организма, охватывающими изменениями весь организм, обеспечивающими со стремительной быстротой оценку значимости для себя и других, при этом прогнозирующими последствия влияния психогенного фактора и мобилизуя действия организма еще до того, как установятся конкретные параметры фактора.

Именно эмоции определяют единый и первый путь взаимодействия человека со средой. Биологическая роль эмоций – не только в обеспечении удовлетворения потребности и сохранении организма, но и в регуляции его функций и деятельности и пр. Они, охватывая изменениями функций весь организм, позволяют ему «*со спасательной быстротой*» отвечать на любые значимые воздействия окружающей среды еще до установления их конкретных параметров. Эмоции определяют «*единый план в архитектуре живого организма*», санкционируя либо отвергая разнообразные функции на основании одного и того же принципа – наличия или отсутствия состояния удовольствия от взаимодействия с психогенным фактором (единственный критерий оценки полноценности и законченности физиологического или поведенческого акта).

Общим знаменателем эмоций или универсальным критерием взаимодействия организма с окружающей средой является удовольствие / неудовольствие, значимый / незначимый.

Эмоции посредством мгновенной оценки значимости воздействующих факторов, событий и срочной мобилизации и интеграции функций организма провоцируют его деятельность, чем они приобретают исключительное значение во всей деятельности человека, выполняя детерминирующую роль.

Другими словами, эмоции представляют собой общую, генерализованную реакцию организма на жизненно значимые воздействия и регулируют психическую активность неспецифично, а через соответствующие общие психические состояния, влияя на протекание всех психических процессов. Их особенностью является интегративность – возникая при соответствующих эмоциональных проявлениях, эмоции захватывают весь организм, объединяют все его функции в соответствующий генерализованный стереотипный поведенческий акт. Будучи эволюционно-обобщенными способами поведения в типичных ситуациях, они включены во все психические процессы и состояния человека. Любые осознанные проявления его активности сопровождаются эмоциональными переживаниями. Отметим, что

переживания, связанные с эмоциональным тоном ощущений (приятное / неприятное, боль и т. д.) вызывают эмоциональное реагирование сами по себе, без когнитивных процессов.

Эмоции, оценивая и психически отражая значимость факторов, предметов и явлений через их соотнесение с потребностями, сигнализируя о «*полезности*» или «*вредности*» соответствующих воздействий, вызывают в сознании не их образы, а переживание, волнение, тем самым, влияют на общее состояние психики и психического здоровья и детерминируют активные формы жизнедеятельности.

Относительно кратковременные эмоции обеспечивают координацию функций жизненно важных органов и систем и их интеграцию, а продолжительное проявление и аффективные эмоциональные реакции могут стать не только причиной дискоординации, но и развития различных психогенных нарушений и психосоматических расстройств.

Следовательно, обобщая роль эмоций в жизнедеятельности человека, следует указать, что общее состояние психического здоровья, развитие психосано-, психодиссано- и психопатогений, социальное поведение и взаимоотношения, качества жизни и др. детерминируются эмоциями.

Следует указать, что в деятельности человека возможны и нейтральные действия, когда выполняются те или иные операции, не имеющие самостоятельного и ценностного значения или монотонного характера и когда личность находится в эмоциональном нейтральном состоянии.

2.3. Генезис диссаногенных эмоций, их роль в нарушении состояния психического здоровья

Эмоции для современного человека стали неотъемлемой частью его повседневной деятельности, имея при этом чаще всего диссаногенный характер, хотя они возникли в процессе эволюции, как биологически оправданные защитные реакции, ибо в значительной степени обеспечили выживание и самосохранение биосоциального вида *Homo sapiens*.

В случае непосредственного возникновения опасностей для жизни организма требовалась срочная мобилизация всех психических, физиологических и физических способностей организма для её устранения, в противном случае организм мог погибнуть. Это обусловило развитие в процессе филогенеза специальных психических реакций – эмоций, которые обеспечивали немедленную мобилизацию организма

для его защиты от опасности. Сам процесс непосредственной защиты от нависшей угрозы предполагает максимальную мобилизацию всех функций организма на период реализации непосредственной защиты, ибо при её срочном неустранении может погибнуть сам человек, т. е. защитная функция эмоций сформировалась и проявлялась при действии угрозы в ограниченных лимитах времени. После удаления опасности функции организма возвращались к исходным величинам.

При неблагоприятных обстоятельствах угроза может своевременно не быть устранена и продолжает представлять опасность для жизни, и тогда эмоции на всем протяжении сохранения угрозы удерживают функции органов и систем организма в напряженном состоянии, из-за чего истощается физиологический потенциал и наступают функциональные нарушения, а эмоции приобретают коннотацию диссаногенных.

Эмоции выполняют диссаногенную роль не только при продолжительном и интенсивном их проявлении, из-за неустранения угрозы жизни и препятствий, мешающих повседневной жизнедеятельности человека, но и в случаях:

1) относительно неадекватной оценки значимости реальных и воображаемых психогенных ситуаций, факторов, событий, эндогенного состояния организма и отношений между реальностью и воображением, и/или

2) искаженного предвидения их последствий, провоцирующих волнение организма и его неадекватной мобилизацией действовать, и/или

3) адекватной оценки значимости, воздействующих психогенных факторов и предвидения невозможности устранения последствий продолжительного действия психогенных факторов, или недостижения желаемого, сопровождаемые постоянным волнением и мобилизацией организма, за счет интенсификации и перенапряжения различных поведенческих, коммуникативных, физиологических реакций и процессов,

4) не сопровождаемых состоянием удовлетворенности и

5) не обеспечивающих саногенность организма, благоприятную социальную среду, саногенность гаметогенеза, и противостояние воздействиям, могущих нанести вред себе, обществу или природе.

Поскольку жизнь человека чаще всего протекает в стрессогенных, агрессивных условиях, провоцирующих диссаногенные эмоции, дезорганизующие, нарушающие психическое здоровье, представлялось целесообразным вкратце рассмотреть наиболее часто переживаемые человеком эмоции, которые по причине продолжительного действия

психогенных факторов или из-за расстройства отдельных функций эмоций – необъективной оценки значимости воздействующих на организм психогенных факторов окружающей среды, и/или искаженного предвидения последствий, или невозможности их устранения и/или неадекватной мобилизации организма действовать для устранения, опасности и достижения желаемого, не сопровождаемые состоянием удовольствия, продолжают проявляться и поддерживать в напряжении функции органов и систем, участвующих в их реализации, приобретая коннотацию диссаногенных.

Тревога

Тревога – это эмоция, обусловленная ожиданием чего-то опасного, неблагополучия, ожиданием отрицательных событий, направленных на настоящее и будущее, сопровождаемая при продолжительном проявлении психическим и физическим дискомфортом, проявляющаяся соматическими и вегетативными дисфункциями и неблагоприятным жизнеобеспечению организма настроением.

С тревогой ассоциируется *ипохондрия*, проявляющаяся постоянным беспокойством по поводу возможности заболеть одной или несколькими болезнями или чрезмерной озабоченностью собственным здоровьем. С. С. Корсаков (2012) понимал ипохондрию, как «*патологию самочувствия с неправильным восприятием, оценкой и отношением к своему здоровью*».

Тревога, как эмоциональное состояние, вызывающее сильное душевное волнение, обусловлена мучительным беспокойством за исход влияния какой-либо опасности, страхом перед будущим, прогнозированием неудач, ожиданием чего-то значительного в условиях неопределенности, неуверенности за свою и жизнь близких людей и др. Она является результатом активности воображения.

Тревога как таковая возникла в процессе эволюции, как защитная реакция при переживании человеком реального или виртуального действия значимой, относительно продолжительной и небольшой силы опасности, угрозы для своего здоровья. Предназначения эмоций тревоги состоят в тонизации соматовегетативных функций органов и систем, обеспечивающих защиту и адаптацию организма, чем и предопределяется их саногенный характер. Но, в случае неустранения опасностей и угрозы или ненаступившей адаптации к ним, то из-за продолжительного напряжения функций, обусловленных непрекращающимся действием опасности, угрозы, наиболее ослабленные или уязвимые из структурных компонентов эмоционально-когнитив-

но-поведенчески-защитной системы (ЭКПЗ-система) нарушаются и дискоординируются, а эмоция тревоги приобретает диссано- или патогенный характер, т. е. направленность сано-, диссано- или патогении эмоций тревоги зависит от значимости, продолжительности и интенсивности действия факторов опасности и ситуаций.

Факторы, вызывающие эмоции тревоги – это значимые, относительно продолжительного действия на организм различные повседневные опасности, вызывающее мучительное беспокойство, обеспечивающее повышение бдительности и напряжения функции ЭКПЗ системы организма.

Источником тревоги могут быть различные причины:

1) у *взрослых* – прогнозирование опасности, неудач, ожидания чего-то важного для субъекта в условиях неопределенности, разного рода ежедневные неурядицы, непредвиденное прерывание значимой работы, неуверенность в состоянии своего здоровья и здоровья близких людей, неуверенность в завтрашнем дне, финансовая необеспеченность семьи, неудовлетворенность работой, социальные конфликты, проблемы в семье и на работе, трудности в реализации себя как личности и много других;

2) у *маленьких детей* – боязнь, что родители оставят их одних, перестанут их любить, лишат их расположения, отвергнут их, требования выдержать режим дня и др.;

3) у *школьников* – проверка знаний, получение плохой оценки и боязнь ошибки у доски, что вызовет критику и смех, страх наказания, боязнь расстроить родителей, школьная дисциплина, конфликты в семье, неоправданная требовательность учителей и др.

Тревога сопровождает жизнь человека с рождения.

Проявляется посредством ощущения внутреннего напряжения, дискомфорта, беспокойства, раздражительности, чувства неясной опасности, неопределенной неотвратимости чего-то, угрозы, тревожно-боязливое возбуждения, переживания ужаса, дезорганизации поведения.

Некоторые признаки тревоги проявляются уже у маленьких детей с ещё не развитой речью: беспокойное состояние, суетливость, плач или отчаянный крик при изменении обычной для него ситуации.

Тревога, у человека как социального существа, проявляется в виде переживания неопределенной, диффузной или часто беспредметной угрозы человеку при опасности, критики ценностных представлений, установок и действий, чем ставит его в неловкое социальное положение. В данном контексте тревога понимается как переживание возможности фрустрации социальной потребности.

Страх

Страх – это базовая эмоция, которая, в отличие от тревоги, возникает не при ожидании, а при «*витальной*», непосредственной угрозе биологического или социального выживания или существования организма. Страх обычно достигает силы аффективного настроения в виде панического ужаса и поведения в виде бегства, оцепенения или нападения.

Эмоции страха с его составляющими кратковременными эмоциональными реакциями испуга и ужаса, пожалуй, наиболее часто встречаемые среди других эмоций в повседневной жизни человека. Более того, эта эмоция сопровождала человека на протяжении всей его эволюции и сыграла важнейшую роль в его выживании. Возникла она в процессе эволюции как защитная реакция при переживании реальной и виртуальной чрезмерной и остро действующей опасности для его здоровья и самосуществования, выполняя защитную саногенную роль, благодаря чему и стала передаваться по наследству. Ее саногенность выражалась в том, что благодаря этой эмоции мобилизовывались все физические, физиологические и психические способности организма для устранения или избегания опасностей, после чего физиолого-биохимические параметры возвращались к исходному уровню. Однако, если опасность не устранялась и продолжала представлять угрозу, то основные функции жизненно важных органов и дальше находились в состоянии напряжения, из-за чего наиболее уязвимые, ослабленные функции нарушались, дискоординировались, вследствие чего эмоции страха приобретали диссаногенный характер.

С развитием культуры и научно-технической революции, количество опасностей устранение которых весьма трудно, а некоторых из них, невозможно, не уменьшилось, а, наоборот, увеличилось, что и предопределило детерминирующую роль диссаногенной эмоции страха в развитии психогенных расстройств здоровья, а также то, что она стала типичной характеристикой современного образа жизни человека.

Причины и факторы, вызывающие страх: все то, что осознается человеком, представляющим серьезную опасность, мнимую или реальную угрозу причинения физического или морального вреда, возможного ущерба для себя при внезапном приближении сзади: высота, темнота, боязнь животных; боязни физической боли и заболеть, воров, незнакомой обстановки; отсутствие гарантий безопасности жизни, одиночество, усомнения в своей значимости и авторитете; межнациональные, межличностные конфликты, произвол власти и много других факторов, оцениваемых субъектом как оскорбление чувства собственного достоинства.

Испуг, согласно Е. П. Ильину (2019), представляет собой фило- и онтогенетически первую форму страха, возникающую в ответ на неожиданно появляющийся сильный звук, какой-либо объект и проявляется быстро протекающими оцепенением или паническим бегством или несинхронным мышечным возбуждением.

Ужас и *паническое состояние* являются наиболее интенсивными формами выражения страха. В панике человек заряжается эмоцией страха от других людей и бежит от опасности, стремясь спастись, будучи растерянным и деморализованным.

При страхе достаточно выражены вегетативные функции: чаще всего имеет место усиление сокращения сердца, повышение артериального давления; ритм дыхания нарушен, зрачки расширены, кожа холодная, на лбу и ладонях выделяется «холодный пот», руки дрожат, глаза широко раскрыты, мышление замедлено, координация нарушается, т. е. ослабляется самоконтроль; реже могут наблюдаться и противоположенные сдвиги показателей функций соматовегетативных органов.

Согласно К. К. Платонова (1984), страх проявляется в двух основных формах:

- 1) через пассивно-оборонительные реакции (оцепенение, дрожи);
- 2) активно-оборонительные реакции (мобилизация своих возможностей для предупреждения опасного исхода в виде бегства).

Первичная эмоция страха на сильный раздражитель – испуг наблюдается уже у новорожденного. Страх перед незнакомыми людьми возникает на первом году жизни между шестью и десятью месяцами (Sroufe et. al., 1974), когда дети уже умеют отличать знакомые лица от незнакомых. Боязнь животных и темноты появляется после 3-летнего возраста. Факт раннего развития у детей эмоции страха предполагает необходимость оберегать детей от страшных рассказов, из-за которых ребенок начинает бояться.

Патологическое состояние страха – фобии, характеризующиеся навязчивостью страха перед абстрактными событиями, страха смерти, страха перед травмой, болезнью, страхом перед животными и пр.

Беспричинные страхи наблюдаются у психопатических личностей, завладевая их сознанием до такой степени, что делают их жизнь мучительной.

Ужас

Ужас – также является эмоцией, разновидностью страха и аффекта, проявляющийся как защитная реакция в виде оцепенения, дрожи, отсутствия активной реакции по устранению источника, оцененного

особо опасным для жизнеобеспечения, вызванными сильным испугом, природными катаклизмами, актами террора и т. д.

Гнев

Гнев – это эмоция, возникающая вследствие недовольства, сильного негодования в связи с чьей-то виной, из-за препятствий удовлетворения потребностей или ожиданий, ущемления жизненных интересов, ассоциируемая с желанием устранить фактор его вызывающий и проявляющаяся агрессивным настроением, затрудненным дыханием, стискиванием зубов, сжатием губ, сбивчивостью речи, топаньем ногой, сжатием кулака и др.

Эмоции гнева, как страха и тревоги, возникли в процессе эволюции, как защитная реакция при переживании реально возникающих препятствий тому, что человек намерен был сделать или к чему он был привязан, действительного нанесения или угрозы физического или морального вреда, блокирования или несправедливого решения волнующих его проблем, оцениваемых субъектом как опасность для жизнеобеспечения и своего здоровья, что мобилизует организм для избавления от угрозы физического или морального вреда, решения конфликтной ситуации, для продолжения прерванной деятельности и целей, восстановления своей привязанности и пр. Эта, так называемая, саногенная роль эмоций гнева, что и предопределило, её передачу по наследству. Уже в первые дни жизни можно заметить рефлекторный приступ гнева стеснением движений. Но, если гнев по той или иной причине необычной силы, выраженной интенсивности проявления и выражающейся в виде крайней формы экстерииоризации гнева – ярости, и человек становится склонным к импульсивным поступкам, готовым наносить удар по источнику гнева или проявляет агрессию в вербальной или физической форме (скандалы, ругань, хлопанье дверью, стучание кулаком, швыряние предметов и т. д.) или не в состоянии сдерживать агрессивное поведение, то последствия его поведения приобретают, как для него, так и для субъекта, являющегося причиной гнева, и имеют диссаногенный характер.

Причины гнева: физическое ограничение, препятствия в осуществлении жизнедеятельности, привязанности, влечения, склонности, реальная воображаемая угроза физическому и моральному состоянию, оскорбления чести и достоинства личности, обман, ненависть, глумление, очернение деятельности, отвержение возлюбленной, гнев другого человека, пропаганда и действия идеи, с которой субъект принципиально не согласен, обструктивное поведение, обвинения, ультиматумы и др.

Одним словом, причин, препятствующих действиям и достижению потребностей и целей современного человека и обуславливающих проявление гнева и ярости, запускающих агрессивные реакции, бесконечно много. Этим и объясняется столь широкая распространенность агрессии в современном обществе. Агрессивное поведение начинается с возникновения конфликтной (при общении) или фрустрирующей (при деятельности) ситуации, играющей роль внешнего стимула. На формирование мотива агрессивного поведения, обычно, влияет обида, злость, негодование, досада, гнев, ярость. Переживание этих состояний приводит к возникновению потребности (желание) субъекта общения, устранить психическое напряжение, разредить его. Выбор способа поведения определяется как внешними обстоятельствами, так и опытом, воспитанием человека, которые могут блокировать прямое агрессивное поведение.

При гневе человек раздражен, частота сердечных сокращений и кровяное давление повышены, тонус периферических кровеносных сосудов повышен, дыхание учащенное и глубокое, в моче появляется сахар, падает секреция желудочного сока, мышцы рук, шеи, лица и ног напряжены, человек ощущает жар. Эти и другие изменения детерминированы тем, что в первобытном обществе гнев приводил людей к драке, которая предполагала энергичные мышечные сокращения и усиление активности вегетативных органов для обеспечения мышечной работы. Импульс движения обычно направлен в сторону триггера эмоций. Маленькие дети кричат, брыкаются, катаются по полу, царапаются, кусаются и пр.

Гнев является наиболее опасной эмоцией для окружающих, потому что протестующие демонстранты, разгневанные могут пытаться нанести вред объекту своего недовольства. Вместе с тем, гнев предупреждает других и нас самих о том, что мешает исполнению наших намерений, побуждает пытаться изменить мир, добиваться социальной справедливости, бороться за свои права.

Эмоции гнева являются одним из факторов риска возникновения ишемического состояния, при котором вероятность сердечного приступа повышена. У людей, уже страдающих сердечными заболеваниями, приступ гнева ухудшает состояние их организма, что может стать причиной смерти.

Гневные действия и гневные силы могут стать триггером психогенных расстройств и социальных отношений.

Ярость

Эта эмоция, обусловленная бурно проявляющимся гневом, характеризующаяся приступом бешенства, необычной силой, необузданным проявлением чувства агрессии, физической несдержанностью (удар кулаком по столу, пощечина собеседнику, хлопанье дверью), крайним возбуждением, неукротимостью, состоянием неистовства, перенапряжением соматических и вегетативных функций и пр.

Только эмоция ярости, максимально мобилизующая все физические и психические способности организма, могла обеспечить успех в борьбе с неожиданно возникшей особо сильной опасностью – выживание и самосохранение с возможными диссаногенными нарушениями. В современном обществе ярость, главным образом, играет диссаногенную роль.

Агрессия

Агрессия – это чрезмерно выраженная эмоция, обусловленная состоянием фрустрации, созданной другими, в частности, страхом и неадекватными сильно выраженными потребностями самовыражения своего *Я*, обусловленная препятствием на пути реализации значимой цели, потребностей, трудностью выражения своего статуса, витальными опасностями, личностными чертами и проявляющаяся неприязнью, враждебностью, склонностью к нападению, агрессивным настроением, резким деструктивным поведением, изменением вегетативных функций не только у себя, но и у других. Агрессия, главным образом, приводит к диссаногении, патогении или к физическому вреду. Агрессия, провоцируемая витальной опасностью, имеет саногенный характер.

Аффективные эмоции

Аффективные эмоции это стремительно проявляющаяся при приступах гнева и ярости, вызванная неуспехом в решении жизненно важных потребностей или оскорблении личного достоинства, реакция организма, характеризующаяся сильным нервным возбуждением, высокой экспансивностью, кратковременной продолжительностью, взрывным, бурным поведением и обычно с потерей самоконтроля, разрядкой психического напряжения и переживанием эпизода.

Аффективные эмоции обуславливаются неудовлетворенностью каких-либо жизненно важных для субъекта потребностей, конфликтом противоположно направленных навязчивых взглядов, жизненных стратегий, личностных, трудовых и семейных проблем, необоснованными препятствиями в решении значимых вопросов, болезненным воздействием на организм всякого рода агрессивных раздражителей,

словами, оскорбляющими личное достоинство, инфекционными заболеваниями мозга и пр. Они выполняют роль тонической функции, определяя готовность организма к действию. Экспрессируются агрессивным двигательным бурным возбуждением с потерей самоконтроля, вызывают дезорганизирующую деятельность организма, будучи подчас опасными для собственного здоровья. Аффективное поведение может проявиться посредством повышенной обидчивости, упрямства, негативизма, замкнутости, эмоциональной неустойчивости с сохранением самоконтроля и пр. Аффективная реакция в этом случае выполняет защитную функцию.

Дети и подростки при аффективной возбудимости капризны, обидчивы, конфликтны, часто чрезмерно подвижны, легко озлобляются, всякие запреты вызывают у них бурные реакции протеста со злобностью и агрессией, гневом, плачем, обидчивостью, мстительностью, горем и пр.

Аффективные эмоции чаще всего проявляются у людей с завышенным уровнем притязаний при диссаногенных эмоциональных переживаниях, возникающих в результате неуспеха в реализации жизненно важных для него потребностей, влечений и пр.

Одна из причин проявления аффективной возбудимости – это высокая раздражительность, что и предопределяет склонность к легкому возникновению чрезмерно бурных реакций, по своей выраженности не соответствующей силе триггера. Другая причина – эта гневливость субъекта, характеризующаяся быстрым возникновением аффекта гнева, сопровождающаяся речедвигательным возбуждением и разрушительно агрессивным поведением.

Раздражительность

Раздражительность – это одна из разновидностей аффекта, отличающаяся незначительной интенсивностью, обусловленная повседневными неприятными впечатлениями, проявляющаяся ежедневно ухудшением настроения, вербальной агрессией, вспышками недовольства, ориентированных на кого-либо или на что-либо.

Боль как эмоция

В связи с тем, что по настоящее время считается, что боль как таковая не соответствует требованиям, предъявляемым к реакциям, генерируемых психогенными факторами, событиями, ситуациями, которые можно признать эмоциями, из-за чего даже в таких монументально обобщающих монографиях Е. П. Ильина «*Эмоции и чувства*» (2019), С. Рубинштейна «*Основы общей психологии*» (2019) и Пол Эк-

мана «*Психология эмоций. Я знаю, что ты чувствуешь.*» (2018), боль выпала из поля зрения авторов, что вынудило нас привести свои доводы в пользу её оценки как эмоция.

Боль возникла в процессе эволюции как средство, при помощи которого оценивалось и отражалось общее состояние организма, нарушения структуры и функции отдельных органов или систем (если таковые имели место), значимые для здоровья организма. Эта роль проявлялась за счет переживания болевых ощущений, которые, естественно, рефлексировались на общем тоне нервно-психической деятельности. Но боль, как таковая, выполняла еще одну функцию, суть которой выражалась в роли внутреннего фактора (в противовес внешним факторам), последствия действия которой оценивались как значимые для своего здоровья и сказывались на общем психофизиологическом состоянии организма. Одним словом, боль служила не только сигналом о нарушении функций и структуры органов и систем, но и выполняла роль внутреннего фактора, последствия действия которого оценивались как значимые для состояния своего здоровья, что предопределило эмоциональное реагирование.

Эмоции боли сыграли важную роль в защите здоровья человека и выживании его как биосоциального вида. Вместе с тем, эмоции боли, в зависимости от интенсивности и продолжительности, могут приобрести диссано- или патогенный характер и стать патогенетической основой развития психогенных расстройств.

Эмоции печали и эмоции горя

Эмоции печали и эмоции горя нельзя отнести к базовым, поскольку они не передаются по наследству, а формируются в онтогенезе под влиянием психогенных факторов, ситуаций, обстоятельств (болезнь или смерть близких, потеря имущества, катастрофы, бедствия с тяжелыми последствиями и др.), вызывающих глубокое душевное сострадание, чувства печали, скорби, горечи, уныния. Эти эмоции с самого начала их проявления имеют психодиссано- или психопатогенную коннотацию.

Мы рассматриваем их вместе в связи с тем, что печаль сменяется горем, а горе – печалью и, как видно из разработанных нами их дефиниций, достаточно трудно их дифференцировать.

Эмоции печали обусловлены сильным переживанием несчастья, душевной горечью, состоянием грусти, уныния, горести, очарованием, скорбью, представляющих опасность для психического здоровья и благополучия организма, проявляющихся ощущением тяжести во всем теле, замедлением физической, физиологической и психической активности, беспомощностью, безнадежностью, пассивностью и потерей самоконтроля.

Эмоции горя, обусловлены переживанием горестных событий и обстоятельств, душевных страданий, бед, несчастья, глубокой печали, скорби, представляющие опасность для психического здоровья, благополучия и проявляющиеся растерянностью и беспомощностью с потерей самообладания, с последующим активным воздействием на триггер горя.

Эмоции горя истощают энергию организма, а печали сохраняют для последующего восстановления их ресурсов. Проявляются эмоции печали и горя: потерей контроля над своими действиями, слезливостью, неприятными ощущениями в шее, голове, лице, спине, животе, ощущением вины, развитием депрессии, которая при горе имеет ажитированный, а при печали – затяжной характер.

Эмоции удовольствия / неудовольствия

Эмоции удовольствия / неудовольствия возникли в процессе эволюции как реакции по оценке общего состояния организма, оценки успеха / неуспеха, полноценности / неполноценности действия организма при воздействии значимых факторов и ситуаций, вызывающие переживание, ощущения удовольствия / неудовольствия, которые мотивируют человека поддержать или максимизировать его саногенную деятельность.

Эти эмоции играют ключевую мотивирующую роль в организации повседневной жизнедеятельности человека, однако их значимость в оценке общего состояния организма недооценивается, хотя они являются первым интегральным оценочным сигналом о саногенности и диссаногенности организма. На всем протяжении истории человечества они сыграли важную роль, ибо благодаря им оценивалось общее состояние здоровья. Эмоции удовольствия возникают по поводу удовлетворения желания, достижения целей, реализации потребностей, саногенном состоянии организма, при полноценной выполнении желаемой работы, при взаимно доброжелательных отношениях и др. Удовольствие служит подтверждением успешной реализации саногенности эмоций, а эмоция неудовольствия – при нереализации потребностей, неустранении опасного фактора, неуспешной деятельности, диссаногенном состоянии организма и др.

Эмоции удовольствия / неудовольствия, как и остальные 16 общепринятых эмоций побуждают нас делать то, что идет на пользу организму, поощряют людей к осуществлению максимизирования деятельности необходимой для получения удовольствия. Однако стремление к удовольствию, наслаждению не должны быть одноличным, эгоистичным, главной целью жизни.

Сигналами удовольствия являются – улыбка, веселье, *fiero*, *naches*, удовлетворенность, моторное возбуждение, сенсорные удовольствия, экстаз, звуки голоса, комфортное состояние.

Эмоции удовольствия / неудовольствия передаются по наследству, о чем может свидетельствовать, что их признаки наблюдаются уже у новорожденных: у трехнедельного ребенка проявляются знаки, по которым можно определить улыбку.

Известны ненормальные случаи получения удовольствия от причинения себе нравственных страданий, самоистязания (садизм) или нанесения партнёру физической боли при половом извращении (мазохизм), но это психодиссаногении.

Обобщая вышесказанное, следует подчеркнуть, что базовые эмоции возникли в процессе филогенеза, будучи обусловленные действиями внезапно возникающих факторов, опасных для жизни, выполняя защитную функцию организма и играя важную роль в выживании и самосохранении *Homo sapiens*. Общим знаменателем их эффективности, саногенности является элементарное состояние удовольствия.

Однако с развитием культурной и научно-технической революции, люди стали более реально осознавать свою беспомощность в решении многих естественных, социальных и технологических проблем, устранении многих факторов, угрожающих жизни, наряду с неуверенностью в завтрашнем дне, являющихся мощными факторами генерации диссаногенных базовых эмоций, сопровождающие современного человека на протяжении всей его сознательной жизни, чем они приобрели психодиссано- или психопатогенный характер и стали основными факторами психогенных нарушений. Общей сходной субъективной оценкой диссаногенного влияния эмоций является состояние неудовлетворенности. Свообразным «*пеллингом*» места нарушения уязвимых функций могут служить: болевые ощущения в том или ином органе, нарушение сна, астения, гипохондрия, страхи, головные боли, головокружение, кардиалгия, психогенные расстройства ритма сердца, аффективные кризы, гипо- или гипертензия, дизурия, расстройства аппетита, сексуальные расстройства и др.

Исходные реакции базовых диссаногенных эмоций характеризуются генетически детерминированными, свойственными всем им, в той или иной степени, общими, проявлениями – раздражительностью, ощущением потребности в нападении или удалении от источника эмоции, утратой или снижением способности действовать, фрустрированием, повышением функций жизненно важных органов и систем, т. е. готовностью организма к защите. Однако общество вы-

работало этические нормы поведения, которые вступают в противоречие с генетически детерминированными естественными проявлениями защитных реакций, из-за чего филогенетически закрепленные физиологические механизмы не могут быть реализованы в повседневной жизни, в связи с чем они утратили саногенный и приобрели диссаногенный характер.

Общество выработало правила поведения, которые противоречат фактическому осуществлению одного из компонентов триединой генетически детерминированной психо-физиологической саногенной реакции эмоций: хотя человек адекватно оценивает и предвидит значимость для себя и общества того или иного фактора, ситуацию, в соответствии с чем организм мобилизуется для организации действий, однако, их реализация сообразно с генетически детерминированным способом (нападение, бегство, оцепенение, фрустрирование) не одобряется этическими нормами поведения, выработанным самим обществом. Более того, с развитием общества и психики, человек стал объективнее оценивать всё увеличивающееся количество угрожающих его существованию факторов, которые ему не под силу устранить, что обуславливает продолжительное проявление диссаногенных эмоций, их хронизацию, вследствие чего, функции жизненно важных органов и систем организма перенапряжены, в связи с чем нарушается координация между различными компонентами физиологических систем, и, тем самым, генетически детерминированная саногенная функция базовых защитных эмоций приобретает патогенный характер. К тому же, не только эмоции тревоги, страха, гнева, ярости, неудовольствия, агрессии, но и отсутствие гарантии безопасности, неуверенность в завтрашнем дне, конкуренция за свое место в обществе, высокий темп жизни стали психогенными факторами, вызывающими нейропсихическое напряжение, психогенный стресс, т. е. приобрели диссаногенный характер.

2.4. Настроение – генератор и индикатор общего психофизиологического состояния организма

При рассмотрении роли эмоций в жизнедеятельности человека, в развитии психических расстройств, естественно, встал вопрос о значении настроения в реализации функций эмоций.

Состоянием проблемы настроения занимались такие ведущие психологи, как Б. Г. Ананьев, Л. И. Анцыферов, А. Н. Леонтьев, А. Р. Лурии, В. Н. Мясищев, К. К. Платонов, С. Л. Рубинштейн, W. James, A. Adler, C. G. Jung, C. R. Rogers, A. Maslow и др., однако, общего

взгляда относительно того, что надо понимать под понятием «настроение» не было достигнуто. Поэтому мы были вынуждены придерживаться, разработанной нами концепции, согласно которой, «настроение – это психо-физиологическое состояние, рефлектирующее в общем плане физиологическое, эмоционально-обогащенное и общее душевное состояние организма, являющееся своего рода, генерализатором и индикатором психо-физиологических состояний организма». Имеются многочисленные исследования, в которых было установлено, что особенности настроения (переживание благополучия или неблагополучия) вызывают разнообразные значительные изменения в организме, личности и межличностных отношениях.

Одна из характеристик настроения состоит в том, что фактор или субъект, испортивший настроение, давно мог исчезнуть из поля зрения индивида, а плохое настроение осталось, и еще долго будет отравлять ему самому настроение, да еще и другим близким людям. Настроение зависит от самой личности, его индивидуальных физиолого-психологических особенностей, физиологического состояния, опыта, мировосприятия и т. д. Оно многообразно, трудно диагностируется, проявляется во всех сферах жизни человека и влияет на психическое здоровье, из-за чего нельзя его не учитывать при разработке концепции о психофизиологических нарушениях и расстройствах.

На настроение влияют даже незначительные события, но главными факторами, его детерминирующими, являются:

- 1) функциональная активность физиологических систем – нервной, гормональной, сердечнососудистой и др.;
- 2) факторы и события внешней и внутренней среды, оцениваемые организмом как значимые;
- 3) индивидуальные психофизиологические особенности организма, в частности – тип характера, воля;
- 4) личный опыт (хранящиеся в памяти воспоминания прошлого и др.).

Настроение весьма лабильно, возникает и может меняться вне зависимости от желания и воли человека под влиянием, по-существу, любого фактора или события, для чего достаточно, чтобы они были оценены как психогенно значимые. Даже такие, на первый взгляд, не очень значимые, но часто встречающиеся в повседневной жизни выражения, определения и паттерны поведения, оказывают деструктивное влияние на настроение и психическое здоровье, среди которых следует отметить: оскорбление, обман, неоправданные обвинения и упреки, неуспех, несбывшееся обещанное, собственная неудача,

неудача близкого, грубые выражения, фрустрация, непреодолимые препятствия к достижению цели, обмен раздраженными репликами, крики, угрозы, физическая агрессия, настойчивые советы, резкая критика, унижительные упреки, «навешивание ярлыков», бранные слова, обструктивное поведение, необъективная интерпретация намерений, ирония, поддразнивание, уничижительные заявления, высказывания, имеющие целью «выпустить пар», проклятия, сарказм, обвинения, ультиматумы, разлука, разочарование, ощущение одиночества, утрата перспективы, скука, безысходность ситуации, утрата чувства собственной значимости, нарушение представления о самом себе, изменение социальной роли и социального окружения, «потеря корней», смерть и разрыв любовных отношений близкого человека, болезнь или увечья самого себя или близкого человека, потеря источника средств к существованию, апатия, неудача в каком-нибудь деле, презрение, насмешки со стороны других, осознание того, что высказанное или совершенное неправильно или неприлично, негативное представление о какой-то своей особенности, привлекающей внимание других, негативное представление о какой-то черте своей личности, самообвинение, связанное с осознанием совершенного проступка или нарушения моральных принципов, вербальная агрессия, неадекватная реакция на свой неуспех, повышенная обидчивость, упрямство, негативизм, замкнутость, эмоциональная неустойчивость, несовпадение своей позиции с позицией других, огорчение, физическая боль, столкновение интересов, возмущение и масса других, не учитываемых мелочей.

Всякого рода психогенные воздействия на организм человека вызывают модификацию настроения, психические реакции и процессы, которые детерминируются способностями организма дифференцированно оценить их значимость для себя и других, предвидеть их последствия, заблаговременно подготовиться к предстоящей деятельности за счет мобилизации психо-функциональных и физических возможностей психических реакций и процессов, представляющих собой эмоции.

Чаще всего настроение классифицируется на: позитивное, негативное и нейтральное, с чем нельзя согласиться, ибо любой фактор, влияющий на настроение, в зависимости от интенсивности, продолжительности действия и значимости его в данный момент, может способствовать либо хорошему, либо, так называемому, плохому настроению. Поэтому нами, на базе возможных последствий влияния тех или иных воздействий на организм и, вызывающих конкретные эмоции, была разработана психофизиологическая классификация на-

строения, которая более адекватно отражает возможный комплементарный эффект эмоций. Они классифицированы на:

- 1) агрессивное (раздражительное);
- 2) астеническое (апатичное);
- 3) стеническое (вдохновенное);
- 4) саногенное, созерцательное (добродушное, медиативное).

Саногенное (медиативное) настроение характеризуется такими психическими состояниями, как благополучие, жизнерадостность, доброжелательное расположение; способствующие реализации желательным потребностям и позволяющие достичь наилучших результатов за наименьшее время.

Из-за стрессогенности образа жизни современного человека, чаще всего у него проявляются агрессивное (раздражительное) или астеническое (апатичное) виды настроения. Настроение, как эмоциональное реагирование, присутствует всегда, но мы можем этого не замечать.

Функцией настроения является информирование об общем состоянии и потребностях человека.

Настроение, как было сказано, служит индикатором, который отражает общее состояние организма и зависит, как от внутренних, так и внешних факторов, причем, даже малозначимые вербальные факторы, особенно у интеллектуально развитого человека, могут кардинально его изменить и стать генератором развития агрессивности или астеничности. Вместе с тем, от настроения во многом зависит, запустится ли механизм развития психодиссаногений или сохранится высокий уровень психического здоровья.

Следовательно, настроение рефлектирует общее психофизиологическое состояние организма, является генератором и индикатором общего психофизиологического состояния и определяется оно как общее эмоциональное состояние человека.

Выводы

1. Вся жизнь человеческого общества в процессе истории его развития протекала в достаточно агрессивных условиях борьбы за существование, что детерминировало развитие специальных механизмов самозащиты организма человека от опасности – за счет развития и проявления базовых эмоции, функцией которых стала оценка значимости воздействующих факторов для себя и других, предвидение их последствий, мобилизация жизненно важных органов и систем для самозащиты организма, которые сыграли исключительную роль в самосохранении человека.

2. Для обеспечения срочной реализации защитной функции эмоций по устранению внезапно возникшей опасности для человеческой жизни, в процессе филогенеза сформировалась специальная эмоционально-когнитивно-поведенческая защитная система, вовлекающая и мобилизующая жизненно важные органы и системы в действие по самозащите и выполняющая саногенную функцию по самосохранению организма, что и предопределило её генетическое закрепление и передачу по наследству.

3. Проявление базовых эмоций обусловлено действием психогенных факторов и ситуаций, оцененные как опасно значимые или препятствующие повседневной деятельности человека, вызывающие переживания, предопределяющие направленность модификации функций жизненно важных органов и систем.

4. Разнообразие базовых эмоций (тревога, страх, гнев, аффект, горе / печаль, боль, неудовольствие / удовольствие) возникло в процессе эволюции как биологически оправданные самозащитные реакции при влиянии на организм множества разной степени оцененных по значимости последствий их опасности на его здоровье и благополучие, на реализацию потребностей, важных жизненных проблем, предполагающих разную степень мобилизации защитной активности, которые, при продолжительном их проявлении, из-за неустранения опасности, приобретали психодиссано- или психопатогенный характер, оказывая деструктивный эффект на состояние психического здоровья.

5. Базовые эмоции выполняют роль «*движущей силы*» в организации и регуляции деятельности человека: они осуществляют не только защитную, регуляторную и оценочно-исполнительную функции, но и информационно-сигнализирующую об эффекте деятельности организма – при устранении опасностей и благополучной деятельности, человек ощущает удовольствие, а при недостижении желаемого – переживает состояние неудовольствия.

6. При кратковременном действии психогенных факторов и ситуаций, базовые эмоции, мобилизуя организм на деятельность по устранению опасностей, выполняют саногенную функцию, а при продолжительном их воздействии и недостижении желаемого, они становятся этиодиссаногенным фактором, дезорганизирующим поведение, жизнедеятельность и психическое здоровье.

7. Учитывая важнейшую роль эмоций в обеспечении здоровья и повседневной жизнедеятельности человека, для улучшения эмоциональной жизни людей, превенции эмоционально обусловленных диссано- и патогений, повышения контроля за своим конструктивным

поведением во время эмоций, целесообразно ввести в медицинскую практику составление эмоционального паспорта, который должен содержать информацию о способностях субъектов контролировать свое поведение во время эмоций, об уровне эмоциональности (высокий, умеренный, низкий), о коэффициенте эмоциональности, о частоте и событиях с наибольшей вероятностью вызывающих диссаногенные эмоции и пр., на базе которого разработать алгоритм эмоционального поведения.

8. Настроение, которое бывает агрессивным, астеничным, стеничным и саногенным, оказывает влияние на межличностные отношения и общее психофизиологическое состояние и является индикатором общего эмоционального статуса организма.

3. АФФЕКТИВНО-ЭМОЦИОНАЛЬНО-ЗАЩИТНАЯ РЕАКЦИЯ. ХРОНИЧЕСКОЕ ПРОЯВЛЕНИЕ БАЗОВЫХ ЭМОЦИЙ – ТРИГГЕРЫ РАЗВИТИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПСИХОГЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ.

3.1. Нервная регуляция аффективно-эмоционально-когнитивно-поведенческо-защитной реакции

Как было показано в главе «эмоциональная обусловленность жизнедеятельности человека, психосано- и психодиссаногении», основной причиной этих нарушений и расстройств являются чрезвычайные или хронические эмоции, психогенный стресс. Это предопределило необходимость рассмотрения в отдельной главе механизм регуляции аффективно-эмоциональной реакции и разработанной на их основе концепции о развитии психогенных расстройств.

Известно, что в регуляции аффективно-эмоциональной реакции участвуют симпатическая и парасимпатическая нервная система, многочисленные образования мозга, гипоталамус, как важнейший центр вегетативной регуляции, который инициирует и интегрирует периферическую автономную систему с соматической активностью (Leon Dănilă, 2018).

Рассматривая роль аффективно-эмоционально-когнитивно-поведенческо-защитной реакции в развитии психогенных нарушений и расстройств, мы имели в виду те эмоции, которые возникли в процессе эволюции, как защитные реакции от опасностей жизни человека: тревога, страх, гнев, ярость, боль. Они, кстати, имеют много общего в регуляции их проявления и в развитии диссаногенных последствий. Это, в первую очередь, экстериоризируется через проявление аффективного поведения, феноменология которого, в виде нападения при опасности или его избегания, обусловлена, главным образом, гипоталамусом и симпатической нервной системой. У человека гипоталамус отвечает за проявление эпизодов тревоги, ярости, гнева, страха при чрезвычайных воздействиях или при лишении или ограничении пищи (Swaab D. F., 1998; Augustine J. R., 2008). Эти эмоции и агрессивное поведение могут возникнуть и в случае нарушения так называемых *medial temporal lobe* или *orbitofrontal cortex*. У людей Swaab D. F. (The Human Hypothalamus, 2003) показал, что разрушение части гипоталамуса, коры мозга сказывалось на поведении. Деструктивные нарушения вентромедиального гипоталамуса у человека тормозят эмоциональное поведение (Heather L. Gelgorn et al., 2007) в то время,

как стимуляция области заднего гипоталамуса экстремализирует симптоматику гнева и страха (Keiji Sano M.D., 1970). Стимуляция вентромедиального гипоталамуса вызывает спокойное состояние организма. Билатеральное разрушение вентромедиальной области гипоталамуса индуцирует выраженный аппетит, жажду, раздражительность и агрессивность, а такое же разрушение латерального гипоталамуса вызвало потерю интереса к еде, воде и полную пассивность у животных (Leon Dănilă, 2018).

Одним словом, гипоталамус влияет на поведение тремя путями: координирует моторную деятельность, автономную систему и эндокринные составляющие поведения, провоцируя адекватное, по интенсивности воздействующего фактора, поведение.

Еще в 1925 году Cannon and Britton показали, что гнев, тревога, ярость могут быть вызваны у предварительно декортицированных животных, путем обильного введения адреналина, норадреналина и кортикостерона.

Реакция гнева, ярости может возникать в результате стимуляции амигдалного комплекса, *olfaction tubercle*, *stria terminalis*, а также *periaqueductal grey matter*, формации, которая соединяется с гипоталамусом.

Мозговые структуры: кора мозга, таламус и другие *prosencephalic*, структуры которые оказывают важное влияние на гипоталамус, обуславливая его реакции (Papez, 1937; Y. Oomura et. al., 1969; William Shapiro et al., 1970; Каримова Г.М. и др., 2019).

Hansperger еще в 1956 году установил, что префронтальная область и *the grey matter of the mesence* играют важную роль в экспрессировании гнева и ярости. Индуцированные гипоталамусом реакции ярости, гнева, страха могут быть заблокированы разрушением мезенцефала, что свидетельствует о том, что эта структура существенно влияет на агрессивное поведение.

Гипоталамус представляет собой важный компонент автономной нервной системы играет существенную роль в эмоциональном поведении. Разрушение ядер вентромедиального гипоталамуса ассоциируется с повышением раздражительности, агрессивности, пилоэрекции, расширением зрачка.

Роль гипоталамуса в поведении и эмоциях проявляется через его отношения с лимбической системой. Структурные связи между лимбической префронтальной корой и задним гипоталамусом являются важным связывающим звеном в автономном эмоциональном ответе (Ingram, 1952; Clark et.al., 1950). Электрическое стимулирование ядер

амигдалного комплекса вызывает изменение поведения настолько, что напоминает таковое при ярости, тревоге, страхе. Однако, когда ядра базолатерального амигдалоидного комплекса стимулировались одновременно с гипоталамусом, то гипоталамус блокировал проявление указанных эмоций. Блокирование этих эмоций индуцируется билатеральным разрушением *basal frontal lobes optic chiasma* (Carman, et.al., 1964).

Kupfermann (1991) демонстрировал, что гипоталамус интегрирует все эндокринные и моторные ответы эмоционального поведения, в то время как теленцефалон имеющий связи с гипоталамусом, тормозит эмоциональные ответа.

Эссенциальное место для выражения эмоций и адаптации к социальной жизни принадлежит неокортексу (Clark et.al., 1950; Leon Dănilă, 2018).

В настоящее время общепринята роль мамиллярных тел и ядер переднего таламуса в проявлении эмоционального поведения. Их структуры связаны с процессами памяти (Jones, 1985; Каримова Г.М. и др., 2019). При этом, амигдала, которую Пейпец (Papez) не включил в свой круг, выполняет важную роль в проявлении эмоций, передавая нужную когнитивную информацию в гипоталамус, которая отличается от *mamillary bodies*. Амигдала включает многочисленное число аффективных путей. Её различные ядра непосредственно связаны с кортикальными, гиппокампическими, гипоталамическими и другими структурами, включаясь в регулирование гомеостатических функций.

LeDoux (1989) указывает на то, что таламус непосредственно передает мотивационные ответы с короткой латентностью амигдалы для восприятия более сложной информации из высших центров.

Учитывая многочисленность кортико-субкортикальных связей и тот факт, что гипоталамус является мультифункциональным регуляторным центром эндокринных и нейровегетативных функций, его ведущая роль в мотивационном, защитном и адаптационном поведении, интегрирует и координирует экспрессию эмоционального поведения.

Осознанные эмоциональные реакции базируются на функциональной активности амигдалы, которая включает автономные эффекторы и обратную связь от кортикальных структур, в особенности от префронтальной области.

Экспрессия эмоций осуществляется за счет анатомических связей от различных структур нервной системы, в частности, фронтальной лобной части и лимбической системы, которые оказывают регуляторную функцию на другие структуры, в том числе на гипоталамус.

Согласно многочисленным опытам на животных и при терапевтических вмешательствах на человеке с использованием электростимуляции определенных участков мозга, были установлены целые структуры мозга, раздражение которых вызывают различные эмоции, вследствие чего возникло достаточно распространенное мнение о существовании «эмоционального мозга», или, так называемого, «круга Лейденца».

«Эмоциональный мозг» представляется структурным комплексом из: а) лимбической системы переднего мозга (гиппокамп, перегородка, периферическая кора и другие образования); б) гипоталамуса; в) лимбической области среднего мозга.

Установлено, что активация различных эмоциональных состояний связана с различными ядрами миндалины (клеточная структура в височной доле) (Whalen, 1998). Ее повреждение приводит к потере чувствительности; она участвует в оценке, вызывавших эмоцию стимулов, а также в стимуляции мышечных и вегетативных систем (LeDoux, 1995). Различные ее ядра участвуют в активации различных эмоциональных состояний. Следует указать на то, что миндалина связана с рядом других областей мозга, принимающих непосредственное участие в эмоциональном реагировании (Ledoux, 1995, 1996).

Кроме того, было показано, что передняя часть островка, задние отделы гипоталамуса, покрышка, миндалевидное ядро связаны с эмоцией страха, миндалина и средний центр таламуса – с яростью, передний центр гипоталамуса, зона перегородки и фронтальные области – с переживанием удовольствия.

В проявлении эмоциональных реакций участвуют, безусловно, корковые области больших полушарий.

Лимбической системе приписывается роль координатора различных образований мозга, участвующих в генерации и регуляции эмоций, их реагирования, поскольку она имеет двустороннюю связь как с подкорковыми структурами, так и с различными областями коры больших полушарий.

При рассмотрении механизмов развития аффективных расстройств, важно подчеркнуть, что строгая локализация эмоций в структурах мозга установлена лишь для типов эмоций:

1) тех, которые обеспечивают мобилизацию жизненного потенциала организма на его защиту от возможных агрессивных, неблагоприятных воздействий, генерирующих страх, ярость, тревогу, ассоциированные с переживанием, из-за недостижением желаемого и продолжения их действия. Функция этих структур достигает уровня

перенапряжения с последующим истощением и возможными психическими нарушениями, проявляющимся состоянием длительной подавленности, тоской, печалью, двигательной и когнитивной заторможенностью, мучительно переживаемых субъектом и с последующим развитием депрессии;

2) тех, которые обуславливают состояние удовлетворенности, удовольствия, проявляющихся психическим возбуждением, повышенным настроением, гиперактивностью, ускоренным мышлением, приглушением чувства тревоги, страха и ярости и другими симптомами, характерными для маниакального синдрома.

Учитывая многочисленность структур мозга, участвующих в генерации и регуляции эмоций, их взаимосвязь и связи с другими образованиями мозга, чем предопределяется степень возможного их нарушения, многочисленность значимых психогенных факторов и ситуаций, воздействующих ежедневно на современного человека, часть которых не может быть сразу устранена или же они не имеют желаемого решения, из-за чего нейро-психические блоки или соответствующие структуры мозга держатся в напряжённом функциональном состоянии, что, несомненно, сказывается на реактивности, на уровне взаимодействия структур мозга и возможности поддержания эмоционального статуса организма, в том числе и на их уязвимости, при которой в случае возникновения состояний аффекта, вероятность развития аффективных расстройств весьма высока.

Величина эмоционального висцеро-моторного ответа зависит от психо-функциональных особенностей индивида, его прежнего опыта, способностей контролировать эмоции, а последствия висцерального ответа – от уровня активности неокортекса, гипоталамуса и других мозговых структур.

Вышеизложенные данные свидетельствуют, что аффективно-эмоциональное поведение регулируется:

1) многочисленными нервными образованиями – гипоталамусом, ретикулярной формацией, лимбической системой, амигдалой, гиппокампом, неокортексом, мамиллярными телами, передним таламусом и др., непосредственно или опосредованно участвующими и в регуляции других реакций и функций;

2) вегетативной нервной системой, интегратором, центром деятельности которой является гипоталамус, представляющий собой мультифункциональный центр.

3.2. Аффективно-эмоциональная реакция возникла в эволюции как защитная реакция на оперативные опасности

Столь большое количество мозговых структур, участвующих в обеспечении аффективно-эмоциональных реакций обусловлено тем, что базовые эмоции возникли в процессе эволюции как комплексные защитные реакции, обеспечивающие ограждение от посягательств различного рода опасностей, представляющих угрозу жизни на каждом шагу.

Естественно, что эффективная реализация защитной реакции предполагала необходимость вовлечения всех физических, физиологических и психических способностей организма. Главной предпосылкой этому было задействование регуляторных и интегративных нервных структур, обеспечивающих когнитивные функции для оценки значимости опасностей, для установления, каким способом обеспечить защиту и для определения каков будет результат эмоциональных действий; вовлечение в действие вегетативных функций жизненно важных органов и систем для обеспечения энергией и пластическими веществами защитную реакцию; моторную деятельность непосредственно осуществляющие действия по избавлению от угрожающей жизни опасности. Эту функцию могли выполнять нервные структуры, регулирующие когнитивную активность, функции сомато-висцеральных органов и систем, психическую деятельность, обеспечивающие непосредственно реализацию защитных реакций при эмоциональных воздействиях, т. е. эмоционально-защитная система сформировалась и закрепились в эволюции за счет нервных структур, регулирующих когнитивную, поведенческую и коммуникативную деятельность, переживание, как таковое, и функции вегетативных органов и систем, обеспечивающие аффективно-эмоциональную реакцию энергетическими и пластическими веществами.

При неоднократном повторении проявления опасностей, задействованные структуры и мозговые связи закреплялись в памяти, чем обеспечивалось более быстрое развитие защитной реакции, что повышало шанс на устранение опасности и самовывживание. Будучи полезной, связь между этими структурами, формирующими защитную реакцию, она стала передаваться по наследству. Поскольку комплексная защитная реакция от опасностей ассоциировалось с психическими переживаниями, они оцениваются как эмоциональные.

Если учесть, что современный образ жизни человека является стрессогенным, эмоциогенным, то само собой понятно, что он ока-

зывает большую функциональную нагрузку на эмоциональные системы, тем самым, делая их достаточно уязвимыми при чрезвычайных или хронических эмоциях, что и предопределяет возможные частые нарушения их функций.

Данные об участии в проявлении аффективно-эмоциональных реакций многочисленных нервных образований, непосредственно и опосредованно связанных между собой с неодинаковой функциональной активностью, выполняющих различную регуляторную роль; о различном уровне активности сано- и диссогенной сомато-висцеральных функций; об индивидуальной психогенной реактивности различных людей и аксиома о возникновении в процессе эволюции эмоциогенных реакций как быстродействующие комплексные защитные реакции на возникшие для жизни человека опасности свидетельствуют о том, что развившиеся в процессе эволюции аффективно-эмоциональные комплексные быстродействующие реакции на опасности, угрожающие жизни человека, выполняли защитную функцию.

В процессе исторического развития *Homo sapiens* его жизни угрожали всякого рода опасности, от которых он должен быть защищаться. Самый простой метод защиты осуществляется за счет поведения: обходить или избегать опасность или нападать, устранить её. Осуществление физической динамической деятельности предполагает необходимость энерготрофического обеспечения, что осуществимо за счет вовлечения в поведенческую деятельность таких жизненно важных физиологических систем как сердечнососудистая и респираторная. Для оценки возникшей ситуации: определения значимости опасности, предвидения последствий её влияния, мобилизации потенциальных возможностей организма, оценки последствий действий, в реакцию включается когнитивная система психики, а для речевой коммуникации и информации других партнеров о ситуации – коммуникативная система, т. е. аффективно-эмоциональные реакции осуществляются за счет комплексной системы – двигательной, сердечнососудистой и респираторной систем и нейропсихической деятельности, в частности, когнитивного, личностно-смыслового и коммуникативного компонентов, генерирующих само переживание (эмоции). Следовательно, аффективно-эмоциональные реакции имеют комплексный характер и возникли в процессе эволюции как эмоционально-когнитивно-поведенческие защитные реакции (ЭКПЗ-реакция) от опасностей, угрожающих организму.

Частое возникновение опасности, угрожающей жизни человека, генерирующей ЭКПЗ-реакцию за счет определенных мозговых структур, физиологических и психических систем закрепились в памяти в виде эмоционально-когнитивно-поведенчески-защитной системы и, будучи полезной, стала передаваться по наследству.

Этим самым, в процессе эволюции сохранилась быстро проявляющаяся защитная реакция как биологически полезная. Поэтому, когда на человека действует осознанная опасность или препятствие, в реализации жизнедеятельности человека автоматически задействуется, включается генетически закреплённая эмоционально-защитная реакция со всеми её компонентами: в первую очередь, когнитивным и поведенческим, и тем самым, обеспечивается быстрая защита организма.

Если опасность или препятствия быстро устраняются, через 5-10 минут задействованные функции возвращаются в исходное состояние и организм продолжает действовать в обычном для него ритме. Но если опасность или препятствия оценены как значимые и не могут быть устранены за счет генетически закреплённой аффективно-эмоциональной реакции, то когнитивный и личностно-смысловой компоненты эмоциональной реакции, продолжая оценивать воздействие фактора как значимый для субъекта, поддерживают в напряжённом состоянии функцию всех составляющих компонентов эмоциональной системы, которая в зависимости от продолжительности, уровня напряжённости и уязвимости компонентов системы может провоцировать срыв наиболее уязвимого и, тем самым, нарушаются сложившиеся взаимоотношения между составляющими компонентами эмоциональной системы.

Сказанное свидетельствует, что ЭКПЗ-реакция возникла в эволюции для защиты от кратковременного действия опасностей и препятствий в деятельности организма, поэтому они выполняют биологически полезную реакцию, обеспечив защиту организма. При чрезмерном остром проявлении указанная реакция, как и при относительно продолжительном действии психогенных факторов, оцененных как значимые в плане опасности, ЭКПЗ-реакция становится триггером диссаногений, психогенных нарушений.

Данные об остром развитии психогенных нарушений при чрезмерной силе аффективно-эмоциональной защитной реакции будут представлены в следующей главе *«Особенность развития психосоматических расстройств эмоциональной этиологии»*.

3.3. Рефлектирование в клинической картине и в исследовательских диагностических критериях психических расстройств психогенной этиологии, признаков аффективно-эмоциональных реакций и нарушений функций ЭКПЗ-системы

Клиническая картина, исследовательские диагностические критерии, сопутствующие симптомы, изучались также по «*Исследовательским диагностическим критериям UDK-10*», являющихся производными из главы V «*Классификатора психических расстройств МКБ-10*», изданным Всемирной Организацией Здравоохранения (The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders, 1993).

Эта система классификации психических расстройств предназначена обеспечивать сравнимость сбора, обработки, классификации и представления на международном уровне в плане заболеваемости и смертности. Десятая ревизия *UDK-10* используется государствами-членами ВОЗ с 1994 года. Классификатор касается умственных и поведенческих расстройств и является результатом широких клинических исследований, выполненных более 100 медицинскими центрами из 40 стран.

Психические расстройства сгруппированы в соответствии с клинической симптоматикой в 10 рубриках (блоках), которые включают 100 групп со специфической симптоматикой [F0 – F99], содержащие 416 нозологических единиц. Анализировалась клиническая симптоматика и диагностические критерии психических расстройств всех 10 рубрик через призму установления специфических критериев, рефлектирующие состояние эмоций, поведения, личностно-смысловой и коммуникативной сферы.

Оказалось, что в клинической симптоматике и диагностических критериев можно обнаружить относительно специфические критерии, рефлектирующие:

1) *когнитивную и личностно-смысловую* сферы – характер восприятия и интерпретации предметов, людей, событий; формирование отношений и образов Я; ухудшение памяти, ослабление условия новой информации, затруднение повседневной деятельности, трудности в фиксации, хранении воспроизведении событий, местности и др.; в той или иной степени выраженности выявлены фактически во всех нозологических единицах расстройств;

2) *поведенческую* сферу – расторможенность, заторможенность, мышечная слабость, огрубление социального поведения, физическое

беспокойство, конфликтное поведение и др., – в 350 нозологических расстройствах;

3) *эмоциональную* и *коммуникативную* сферы, их относительно специфические критерии проявляются, соответственно, – в 90 и 45 единицах расстройств.

Детальный анализ сходства клинической картины, исследовательских критериев и критериев, не являющихся обязательными для диагностики психических расстройств психогенной этиологии, с репрезентативными признаками проявления аффективно-эмоциональной реакции, нарушений эмоциональной системы и нейро-психических блоков, формирующих психическое здоровье, показал, что клинические симптомы и диагностические критерии, хотя и в разной степени выраженности, сходятся по ряду аспектов между ними, что, на наш взгляд, свидетельствует о вовлеченности аффективно-эмоциональных реакций, эмоциогенных систем и нейропсихических блоков – когнитивного, поведенческого, эмоционального, личностно-смыслового и коммуникативного, в развитии и проявлении психических расстройств, указанной этиологии (таб. 1, рис. 1).

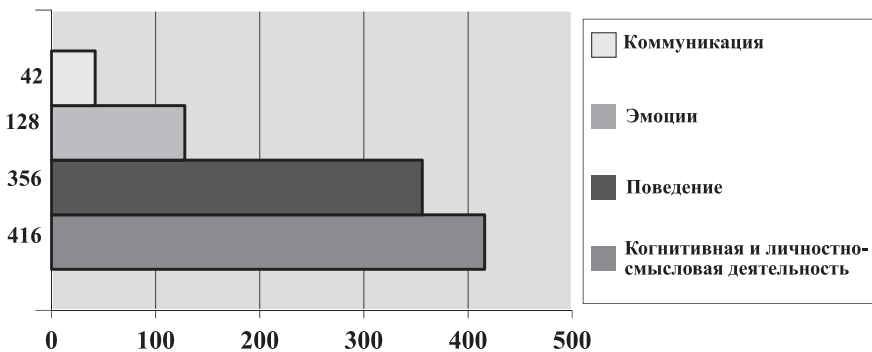


Рисунок 1. Доля нозологических единиц, рефлектирующие клинические симптомы нарушений эмоциональной, когнитивной, поведенческой и коммуникативной сфер

Вовлечение нервно-психических блоков, аффективно-эмоциональных реакций и ЭКПЗ-системы в проявление психических расстройств, указанной этиологии свидетельствует, что механизм развития и проявления этих психических расстройств являются поликомпонентной природы, интегрально в разной степени вовлекая всю психику.

Группы психических расстройств в клинической картине, которые рефлектируются признаками нарушения эмоциональной сферы

Рубрики	Группы	Нозологические единицы												
		F00.0	F00.1	F00.2										
F00-F09	F00	F00.0	F00.1	F00.2										F00.9
	F30	F30.0	F30.1	F30.2										F30.8
	F31	F31.0	F31.1	F31.2	F31.3	F31.4	F31.5	F31.6	F31.7					F31.8
F30-F39	F32	F32.0	F32.1	F32.2	F32.3									F32.8
	F33	F33.0	F33.1	F33.2	F33.3	F33.4								F33.8
	F34	F34.0	F34.1											F34.8
	F38	F38.0	F38.1											F38.8
	F39													
	F40	F40.0	F40.1	F40.2										
F40-F49	F41	F41.0	F41.1	F41.2	F41.3									F41.8
	F42	F42.0	F42.1	F42.2										F42.8
	F43	F43.0	F43.1	F43.2										F43.8
	F44	F44.0	F44.1	F44.2	F44.3	F44.4	F44.5	F44.6	F44.7					F44.8
	F45	F45.0	F45.1	F45.2	F45.3	F45.4								F45.8
	F48	F48.0	F48.1											F48.8
	F90	F90.0	F90.1											F90.8
	F91	F91.0	F91.1	F91.2	F91.3									F91.8
	F92	F92.0												F92.8
	F90-F98	F93	F93.0	F93.1	F93.2	F93.3								
	F94	F94.0	F94.1	F94.2										F94.8
	F95	F95.0	F95.1	F95.2										F95.8
	F98	F98.0	F98.1	F98.2	F98.3	F98.4	F98.5	F98.6						F98.8
F99	F99													

Примечание – темным цветом указаны нозологические психические расстройства, рефлектирующие нарушения эмоциональной сферы.

3.4. Концепция развития психогенных нарушений, обусловленных относительно продолжительным действием психогенных факторов

В процессе эволюции защитные реакции, эмоции, поведение, когниция и коммуникация сыграли главную роль в обеспечении выживания *Homo sapiens*, который на всем протяжении истории своего развития встречался со многими, угрожающими жизни факторами.

Для того, чтобы *Homo sapiens* выжил и существовал в опасных для его жизни условиях, он должен был обладать способностями адекватно и своевременно оценивать значимость тех или иных факторов, предвидеть их влияние на свой организм, осуществлять мобилизацию физических и физиологических потенциалов организма для самозащиты или извлечения из них пользы, что и предопределило становление и генетическое закрепление специальной функциональной системы – ЭКПЗ-системы, обеспечивающей самосохранение организма.

Это стало возможным за счет таких психических реакций, как эмоциональные, познавательные, поведенческие и коммуникативные. Эмоции и когнитивная деятельность обеспечивали оценку значимости и возможных последствий влияния факторов внешней и внутренней среды организма; коммуникация – совместные действия членов социума, а поведение – соответствующую физическую активность организма (для нападения, убегания или фрустрирования). Одним словом, они, проявляясь совместно, интегрально в виде эмоциональной защитной реакции, сыграли в процессе эволюции *Homo sapiens* биологически полезную саногенную роль.

Важно подчеркнуть, что эти психические реакции возникли и играли саногенную роль при кратковременном действии психогенных факторов, ибо, благодаря эмоциям с их системными функциями – оценки и предвидения значимости последствий их влияния, мобилизации организма, проявляющихся через поведение, направленное на устранение угрожающего фактора, организм самосохранялся. С устранением опасности, эмоции диминуировали или уступали место состоянию удовольствия и необходимость в активном поведении отпадала, а физиологические параметры организма возвращались к исходному уровню.

Но в случае, если факторы, обуславливающие эти нейропсихические реакции, действовали продолжительное время из-за невозможности их устранения, то эмоции с их функциями когниции, поведения и коммуникации проявляются на всем протяжении существующей

опасности, вследствие чего эмоциогенная система, обеспечивающая мобилизацию организма, находится в состоянии хронического перенапряжения, т. е. эмоции становятся триггером развития психических нарушений психогенной этиологии.

Диссаногенная и патогенная роль эмоций, когниции, поведения, лично-смысловой и коммуникаивной деятельности, с развитием цивилизации и научно-технической революции, становится все более и более ощутимой. Дело в том, что эволюция общества ассоциируется с резким увеличением количества и интенсификацией хронического действия психогенных факторов, оцененных как опасно значимые для себя и других или мешающих повседневной деятельности, устранение которых, фактически, не представляется возможным, из-за чего, вызванные ими эмоции, приобретают патогенетическую роль в возникновении многих психосоматических заболеваний современного общества.

Сказанное, естественно, предполагало необходимость разработки концепции развития психических расстройств, обусловленных относительно продолжительным действием психогенных факторов, которая могла бы стать ориентиром при разработке мер по превенции психогенных нарушений и расстройств.

ЭКПЗ-реакции являются комплексными, состоящими из: когнитивного компонента, осуществляющего оценку значимости воздействующих на организм факторов, предвидение последствий их влияния; мобилизацию организма к действиям, к защите; оценку результата действий; личностно-смыслового компонента, осуществляющего самооценку своих способностей и самовыражения как личности; коммуникативного компонента, проявляющегося через речевую информацию о действиях, взаимодействиях; поведенческого компонента, как реализатора действий и, конечно, компонента, генерирующего само переживание (эмоции как таковых), а также включающие в свой состав и нервные структуры, обеспечивающие регуляцию проявления этих реакций, и деятельность органов, снабжающих организм энергией и пластическими веществами.

На базе данных об участии многих мозговых структур и вегетативной нервной системы в реализации ЭКПЗ функциональной системы, о её возникновении и закреплении в эволюции, как защитной реакции от опасностей и препятствий в обеспечении жизнедеятельности человека и аксиомы об увеличении количества и агрессивности стрессогенных факторов и ситуаций с развитием общества, была разработана концепция развития психогенных расстройств, относительно хроническом действии психогенных факторов, согласно которой,

если воздействующий фактор признан субъектом, как значимый и опасный для себя и других и/или мешает повседневной деятельности и провоцирует переживание тревоги, страха, гнева, паники, ужаса, ярости, боли, мнительности, агрессии, на фоне тревожно-аффективного или тревожно-депрессивного состояния, его неустранение или, если не достигнуто желаемое и он продолжает действовать, вызывая перенапряжение функций составляющих компонентов эмоционально-когнитивно-поведенческо-защитной системы, из-за чего нарушаются установившиеся между ними связи, а их координация дезинтегрируется за счет наиболее реактивных, функционально ослабленных и уязвимых из них, чем предопределяется специфика и разнообразие вегето-соматической (сердечнососудистой, респираторной, желудочно-кишечной, половой систем и др.) и психической диссаногении и доминирование в клинической картине признаков расстройств органов, систем и нейропсихических блоков, функция которых больше всего нарушена, интегрально рефлектируя и формируя общую клиническую картину психо-соматических заболеваний психогенной этиологии.

Преимущество указанной концепции состоит в том, что она не только определяет основные факторы, вызывающие психические расстройства психогенной этиологии, условия при которых они оказывают диссано- и патогенное влияние – признание их субъектом как значимые и опасные и вызывающие переживание. Подчеркивается, что ведущая роль в развитии психогенных нарушений принадлежит аффективно-эмоциональной реакции – тревога, страх, ярость, боль, мнительность, агрессия. Она проливает свет на причины специфики и многообразия симптоматики и форм психических расстройств психогенной этиологии. Кроме того, указывается путь превенции психических нарушений.

Выводы

1. В генерации аффективно-эмоционально-когнитивно-поведенческо-защитной реакции участвуют многочисленные структуры мозга – гипоталамус, ретикулярная формация, лимбическая система, миндаля, гиппокамп, неокортекс, мамиллярные тела, передний таламус, периферическая нервная система и др., а их интегратором и координатором является гипоталамус.

2. При продолжительном или интенсивном действии психогенных факторов, оцененных субъектом как опасные для себя и других

или препятствующие в повседневной деятельности, генерирующие аффективно-эмоциональные реакции тревоги, страха, ярости, гнева, мнительности, агрессивности, из-за длительной фрустрации и перенапряжения функций составляющих компонентов ЭКПЗ-системы, становятся триггером психогенных нарушений.

3. Специфика и разнообразие симптоматики психических расстройств психогенной этиологии, обусловлены неодинаковым уровнем стабильности, напряжения и реактивности функций и резервных возможностей функциональной активности сомато-висцеральных органов и систем, нейропсихических блоков, генерирующих аффективно-эмоциональные реакции, на момент действия опасности, что детерминирует их неодинаковую способность поддерживать морфофизиологический и психический гомеостаз и разнородность в проявлении уязвимости и подверженности функциональным нарушениям, чем и предопределяются отличительные особенности нарушений и симптоматики психогенных расстройств.

4. Сравнительное изучение структуры клинической симптоматики и диагностических исследовательских критериев нозологических единиц психических расстройств психогенной этиологии, изложенных в классификаторе болезней МКБ-10 (глава V), с целью выявления специфики экспрессии признаков нарушения психической сферы, показало, что больше всего проявляются симптомы, рефлектирующие нарушения поведенческой, эмоциональной и когнитивной деятельности.

5. Психические расстройства психогенной этиологии, в клинической картине, которых преобладает симптоматика, рефлектирующая нарушения эмоциональной, когнитивной и поведенческой деятельности, с ремиссией разной продолжительности проявления, обусловлены интенсивностью или продолжительностью проявления аффективно-эмоциональной реакции на действия факторов, оцененных как опасные или препятствующие деятельности субъекта.

6. Разработана концепция, объясняющая механизм возникновения психических расстройств психогенной этиологии, согласно которой главной их причиной развития являются чрезмерной силы или продолжительного проявления аффективно-эмоциональные защитные реакции.

4. ОСОБЕННОСТЬ РАЗВИТИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ЭМОЦИОГЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ

4.1. Психодиссано- и психопатогенные расстройства с позиции научной концепции развития психогенных расстройств

Согласно концепции развития психогенных расстройств, триггером психогенных нарушений являются различной природы факторы, которые признаются субъектом как значимые и опасные для себя и других или мешающие повседневной деятельности, провоцирующие переживание тревоги, страха, ярости, боли, мнительности, агрессии и, если они не устранены и не достигнуто желаемого, а продолжают действовать, то они вызывают перенапряжение, дезинтеграцию и расстройство функций составляющих компонентов эмоционально-когнитивно-поведенчески-защитной системы и психического здоровья. Изучение с позиции этой концепции факторов и ситуаций, провоцирующих психогенные нарушения, их механизм развития и этиопатогении известных психопатогенных расстройств, поможет, на наш взгляд, раскрыть механизм их возникновения и разработать методы и способы их коррекции.

Уровень психического здоровья человека в каждый данный момент детерминируется многими социальными, психологическими и биологическими факторами и ситуациями и весьма лабилен, что, естественно, затрудняет раннюю диагностику возможных нарушений.

Ранними диагностическими критериями психодиссаногенных нарушений, в соответствии с концепцией о психическом здоровье, являются:

- относительно неадекватное психическое отражение мозгом внутренней и внешней среды через потребности, мотивации, устремления, ощущения удовольствия / неудовольствия, боли / комфорта, чувственные образы объективной реальности, речь, коммуникации, способности ориентироваться во времени и пространстве, потребности противостоять воздействиям, могущих нанести вред себе и обществу и др.;

- раздражительность, агрессивность, расторможенность, мышечная возбудимость;

- переживание эмоций: тревоги, страха, ярости, гнева;

- трудности сосредоточиться, снижение внимания;

- нарушение социальных взаимоотношений;

- девиантное поведение;

- апатия, мышечная слабость;

- депрессия;
- фрустрация;
- изменения ЧСС, дыхания, холодные руки и потливость рук;
- ухудшение общего состояния организма. при наличии сопутствующего заболевания.

При этом следует отметить, что для определения нарушений психогенной природы принято пользоваться критериями в виде триады, предложенной Ясперсом для диагностики реактивных психозов:

- 1) состояние вызывается (следует по времени за ситуацией) психической травмой;
- 2) психогенно-травмирующая ситуация прямо или косвенно отражается в клинической картине заболевания, в содержании его симптомов;
- 3) состояние прекращается с исчезновением, вызвавшей его причины.

Однако эти критерии весьма относительны, поскольку:

- 1) реактивные состояния могут возникнуть отставлено;
- 2) психотравмирующая ситуация может отражаться в содержании сопутствующего заболевания другой природы (например, при шизофрении);
- 3) не всегда прекращение воздействия психотравмы приводит к окончательному выздоровлению;
- 4) реактивный психоз является последствием психогенных нарушений, являющихся не нозологическими психическими расстройствами психотического уровня, а начальным этапом развития болезней.

Критерии диагностики психогенных нарушений обычно проявляются в двух вариантах:

- 1) *гиперактивный*, характеризующийся ажитацией, психомоторным возбуждением, раздражительностью, девиантным поведением, тревогой, гневом, фрустрацией;
- 2) *гипоактивный*, особенностью которых являются: мышечная слабость, апатия, депрессия, трудность сосредоточиться, снижение внимания.

Вегетативные изменения (ЧСС, дыхание, потливость, ухудшение сопутствующих болезней) проявляются при обоих вариантах.

Пожалуй, для современного человека, как ни парадоксально покажется, наиболее многочисленными и распространенными нарушениями и расстройствами являются психодиссоциации и психопатологии, многие из которых приводят к развитию психосоматических

расстройств. По данным ВОЗ, сегодня каждый пятый человек в мире страдает от поведенческого или психического расстройства. При этом прогнозируется, что с развитием цивилизации увеличится количество психогенных стресс-факторов и их агрессивность и, как следствие, вектор психосоматических нарушений будет иметь восходящую направленность. К сожалению, на них не обращали внимания из-за существующего мнения о их малозначимости в возникновении психических расстройств и из-за трудности их идентификации. Дальнейшее игнорирование этих психофизиологических нарушений, представляющих собой, по существу, практический аспект проблемы психического здоровья, в плане аффективных психодиссаногений, психопатогений и психосоматических расстройств, значит обресть миллионы людей на страдание, психофизиологическое состояние которых можно улучшить или вернуть к прежнему уровню, и тем самым, предупредить развитие на их основе психофункциональных нарушений и психосоматических расстройств, т. е. предостеречь человечество от реальных, целого ряда психических нарушений, психосоматических заболеваний, обусловленных психофизиологическими нарушениями, и, стало быть, упустить один из шансов решения проблемы психического здоровья и повышения эффективности труда людей.

Субъекты с психодиссано- и психопатогениями остаются вообще вне поля зрения медицины или попадают под наблюдение врачей самых различных специальностей, в связи с явной недооценкой имеющих у них соматовегетативных изменений, ибо у них не удастся ни объективизировать, ни отвергнуть хронические жалобы. С малыми формами психофизиологических отклонений встречается, прежде всего, не специалист-психиатр, а семейный врач или педиатр, школьный врач или врач сельского участка. Но, если субъекты с психодиссано- и психопатогениями и попадают в поле зрения психиатров, то пациенты с психосомато-вегетативными нарушениями направляются на консультацию и лечение в зависимости от преобладания жалоб: то к терапевту, то к какому-либо другому специалисту, который чаще всего не обладает достаточными знаниями в области психосанокреатологии, из-за чего их лечение недостаточно объективно, и подобным пациентам не могут вернуть работоспособность и радость жизни, избавить их от мучительных ощущений самого различного характера.

Психогенные болезненные ощущения, не имеющие определенной *«отправной точки»* в соматической сфере или явно не соответствующие ей по характеру (бесчисленное множество страданий и болей всякого рода), их приближенность к клинической картине страданий

подлинных сомато-вегетативных заболеваний, делают психосомато-висцеральную нестабильность наиболее частой, если не основной причиной бесполезного лечения. По существу, нет такой отрасли медицины, где бы под личиной симптомов соответствующего профиля не скрывались психо-соматовегетативные нарушения и расстройства, которые обуславливают, практически, любые соматовегетативные страдания.

Психогенные нарушения изучены недостаточно, что является одной из причин неустановленного механизма их возникновения и столь частым их развитию, неэффективности их превенции и коррекции, что послужило одной из причин изучения их механизмов с позиции научной концепции развития психогенных нарушений.

Согласно указанной концепции, возникновение психогенных нарушений обусловлены многочисленными факторами различной природы, которые оценены человеком как опасные для себя и других или мешающие повседневной деятельности, вызывают ощущения переживания и перенапряжение функций составляющих компонентов ЭКПЗ-системы.

Диссаногенные факторы провоцируют эмоциональное возбуждение, которое сопровождается неспецифическими висцеро-вегетативными реакциями органов и систем ЭКПЗ-системы, (психодиссаногении, аффективные реакции, физиологические отклонения, снижение работоспособности, и др.): чем сильнее и продолжительнее воздействие психогенного фактора, тем более значимы и стойки сомато-вегетативные нарушения и тем больше оснований для развития соматических расстройств и, соответственно, ипохондрического развития личности.

Интегративность и стереотипность архитектоники ЭКПЗ-системы возникла и закрепились в процессе филогенеза, как полезная для выживания и самозащиты, ибо дала возможность немедленной оценки значимости для организма, неожиданно возникшей опасности, и мобилизации всего психического и соматовегетативного потенциала для нападения или избегания жизненной опасности. Эти качества передались по наследству и организм приобрел возможность мгновенно вовлечь основные органы и нейропсихические структуры в процесс развития ЭКПЗ-реакции, вследствие чего, в зависимости от интенсивности и их продолжительности, на «сцену» могут выходить феноменология расстройств основных составляющих ее, и поэтому симптоматика принимает полиморфный и динамический характер. Нарушения динамического физиологического равновесия, однажды возникшие и

проявляющиеся при стрессогенном образе жизни, могут сохраняться и обуславливать дальнейшую дезинтеграцию нейропсихического, соматического и вегетативного компонента ЭКПЗ-системы, вовлекая другие органы или усиливая дисфункции, ранее втянутые в защитные реакции, с последующим доминированием висцеро-вегетативного компонента эмоциональной системы над, собственно, психическими ее проявлениями. Задержка развития психовегетативных реакций в отдельных случаях возможна при проявлении воли и самообладания, достигнутых за счет воспитания. Подавление эмоций, осознание чувства тревоги или тоскливости не ослабляет вегетативных влияний психогенных факторов, речь может идти лишь о переводе выражения эмоций с одних эффекторных органов на другие.

Стереотипность и устойчивость всего, что обусловлено ЭКПЗ-системы, является одной и главных причин частого возникновения психогенных нарушений и психо-соматовегетативных расстройств. Установившаяся и сохранившаяся в процессе эволюции архитектура ЭКПЗ-системы выполняла полезную функцию немедленной мобилизации потенциала соответствующих органов и систем для самозащиты при относительно кратковременной эмоции. При этом после быстрого устранения опасности, функция органов и систем, вовлеченных в активность, возвращалась к исходному уровню, и организм продолжал функционировать в спокойном состоянии. Однако, при часто возникающих ЭКПЗ реакциях, что характерно для современного человека, вовлекаемые в деятельность организма одни и те же органы и системы, закрепившиеся в процессе эволюции архитектурой ЭКПЗ-системы, истощают их, ослабляют их взаимную функциональную согласованность, взаимодействие и, в конечном счете, интегрированность самой ЭКПЗ-системы: одни органы частично дискоординируются, другие – становятся более восприимчивы к влиянию психогенных факторов, из-за чего даже незначительные эмоции резко усиливают их деятельность, вследствие чего дезинтегрируется психо-соматическое взаимодействие и проявляются различного рода сомато-вегетативные нарушения и расстройства. Какие конкретные психо-соматовегетативные нарушения или расстройства возникнут, зависит от функциональных возможностей органов и систем эмоциональной системы, от продолжительности и интенсивности действия психогенного фактора.

Несомненно, что развитие психосоматических нарушений при продолжительном проявлении эмоций зависит от функционального состояния организма, от паттерна поведения, импринтированного в

процессе онтогенеза, от специфики энграммы следа в памяти, воспроизводящей ощущения удовольствия / неудовольствия, от того, насколько адекватно оценен соответствующий эмоциональный фактор, представляющий угрозу и от надлежащих действий организма.

Стереотипность архитектуры вовлеченных органов и систем в функциональную ЭКПЗ-систему, среди которых следует указать: мозговые структуры – гипоталамус, лимбическая система с ее составной частью – гиппокампом, кора мозга, нейропсихический когнитивный и эмоциональный блоки; гипоталамо-гипофизарно-адренокортикальная система, сердечнососудистая и респираторная системы, локомоторный аппарат, предопределяют частоту нарушений, в первую очередь, этих органов и систем.

Вопрос о том, каким образом эмоции незамедлительно оценивают значимость воздействующего фактора и мобилизуется организм для соответствующих действий по его устранению, решается, если учесть, что составным компонентом ЭКПЗ-системы является и нейропсихический когнитивный блок, а также то, что в раннем онтогенезе, в первую очередь, формируется след в памяти в целях выживания организма, на базе генетически передаваемых по наследству базовых эмоций, биологическая роль которых состоит в выполнении своего рода образца, модуля, через который информация воздействующего фактора сравнивается в соответствии с таковой в энграмме следа в памяти и, в случае соответствия, немедленно включается ЭКПЗ-система для мобилизации организма по устранению действующего фактора и выживанию и самосохранению. Эти следы в памяти формируются первоначально на символы и признаки, а впоследствии – на понятия и образы, рефлектирующие информацию о базовых эмоциях и через них оценивается значимость и вредоносность / благоприятность факторов внешней среды, события, явления и служат, как бы, цензорами. Роль этой психической инстанции состоит в сохранении информации наибольшей вредоносности / благоприятности последствий эмоциогенных факторов, в соответствии с которой сравнительно оценивается действие конкретных психогенных факторов, и, если информация о них соотносится, то немедленно вовлекаются генетически детерминированные компоненты функциональной ЭКПЗ-системы и *после устранения воздействующего* фактора, функция указанных органов и систем, возвращается к исходному уровню. Если по той или иной причине (неадекватная оценка значимости или неверное прогнозирование последствий эмоций и др.) эмоциогенный фактор не устранен,

напряженность функций органов и систем, обусловленная эмоцией, сохраняется, в результате чего может наступить дезинтеграция ЭКПЗ-системы с последующим развитием психосоматических нарушений.

Оценка социальных событий, явлений и пр. осуществляется через импринтированные в памяти в процессе воспитания жизненные установки, ценностную ориентацию, проявляющиеся через общечеловеческие обязанности перед другими людьми, чувства долга или через беспринципность, безнравственность. Оценка значимости факторов окружающей среды, событий, явлений, прогнозирование последствий влияния эмоциогенного воздействия осуществляется нейропсихическим когнитивным блоком, участвующим в формировании психического здоровья.

Эмоции и мышление взаимообусловлены, одна без другой не может проявиться. Они обусловлены функциональной активностью аналогичных мозговых структур, ответственных за долговременную память, включая лимбическую систему. Лимбическая система и гиппокамп, наравне с корой мозга, являются ключевыми мозговыми структурами в проявлении эмоций и консолидации памяти. В них, по всей вероятности, происходит формирование следа в памяти на эмоциогенные воздействия. То, что дорсальная часть гиппокампа имеет обширные связи с корой мозга, а вентральная – с частью гипоталамуса, можно рассматривать как их участие в проявлении функций эмоции: осознание значимости психогенных факторов и событий, прогнозирование последствий эмоций; в мобилизации потенциала организма; а также в формировании и консолидации следа в памяти. Несомненно, что эти образования мозга являются детерминирующими в возникновении и развитии психосоматических нарушений и расстройств.

Комплексность функциональной ЭКПЗ-системы, естественно, предполагает возможность развития многочисленных психофизиологических нарушений, среди которых, в первую очередь, следует выделить *астению* и *раздражительность*, которые развиваются первоначально.

Повышенная *раздражительность* чаще всего находит проявление в виде агрессивного раздражительного настроения, негативизма, гнева, озлобленности, крика, истерии, плача, резких движений и необдуманных поступков, трудности контролирования поведения. Даже малая неприятность вызывает неоправданный шквал отрицательных переживаний. Если повышенная раздражительность рассматривается со стороны симптоматики, то она представляет собой излишнюю возбудимость со склонностью субъекта проявить диссаногенные эмоции.

Говоря о приступах нервозности, мы имеем в виду не раздражительность, обусловленную отсутствием внутренней культуры, недостатком воспитания, следствием заболеваний или наследственности, а психикой (психогенный стресс): аффективные состояния, фрустрация, тревога, недосыпание, нервно-психическое истощение, недовольство собой и др.) или физиологическими процессами: нехватка в организме витаминов, гормональные нарушения, употребление алкоголя и др., т. е. той раздражительности, причиной которой чаще всего является несоответствие желаний субъекта и имеющихся возможностей, несовпадение существующей действительности внутренним требованиям личности, неприятности в жизни (психогенные стрессовые ситуации), продолжительное проявление генетически детерминированных эмоций и др., которые чаще всего находят проявление в различных формах агрессии, негативизма, гнева и озлобленности, требующих внешнего выражения в криках, плаче, необдуманных поступках и др.

Астения проявляется через астеническое апатичное настроение и представляет собой важнейший тест сокращения энергетических ресурсов нервных процессов, жизненного тонуса организма. Сокращение энергетических ресурсов нервных процессов заметно уменьшает потенциальные защитные приспособительные способности организма, его активность по отношению к окружающему миру и резистентность ко всякому условно-патогенному воздействию.

Астения, как и раздражительность, чаще всего предшествует развитию психосоматических нарушений и расстройств. Раздражительность и астения, крайне частые явления, и они сопряжены с эмоциональными расстройствами. Именно астения и раздражительность выступают, между тем, в качестве основного фона любого психического, психосоматического и неврологического заболевания, либо патологических процессов вообще. Вызываемые не только физиологической или психической нагрузкой, но и резкими эмоциональными возбуждениями, они являются важнейшими факторами, порождающими и поддерживающими диссаногенные эмоции. По существу, и апатия, и раздражительность, определяющие тонус организма, в конечном счете, заметно уменьшают потенциальные защитно-приспособительные возможности организма, его взаимоотношения с окружающим миром и резистентность. Они, естественно, отражаются и на вероятности достижения цели (удовлетворение доминирующей потребности). Об определенном несоответствии между доминирующей в данный момент мотивацией и ослабленными потенциальными возможностями организма, свидетельствует снижение порога эмоциональности

стимулов – характерное состояние для начальной степени астении и раздражительности. Даже незначительный повод, в виде внешнего или внутреннего фактора, вызывает при этом эмоциональный взрыв, причем он может быть обусловлен и отдаленными воздействующими факторами, что делает это аффективное состояние почти постоянным. Возрастающая чувствительность, в связи с повышением порога восприятия факторов внешней и внутренней среды, свидетельствует об изменении функционального состояния ЦНС, включая кору головного мозга, и о готовности организма к развитию определенной симптоматики. Физиологически детерминированная сопряженность астении и раздражительности с диссаногенными эмоциями (чувство уныния и внутреннего беспокойства), указывает на фиксацию астении и раздражительности в матрицах долговременной памяти.

Частое или длительное пребывание организма в состоянии эмоциональной возбудимости, аффективных перегрузок вызывает разочарованность, утомление и апатию (периодическая или постоянная ингибция общего жизненного тонуса, снижение биологической активности и адаптационных возможностей, истощение функциональных резервов, чувство усталости и собственного бессилия, беспокойство, заметное снижение трудоспособности).

Эмоциональные перегрузки и тревожно-депрессивные переживания оказываются не менее важными причинами нарушения психо-функционального состояния организма, чем различного рода физические и интеллектуальные нагрузки, сопряженные с усиленной работой сердца (чрезмерное физическое напряжение, повышенная сексуальная активность, стойкая бессонница и т. д.).

Жалобы на вялость и чувство усталости, которые отмечаются наряду с неприятными ощущениями в области сердца и расстройствами дыхания, предъявляют подавляющее большинство субъектов с психо-вегетативными нарушениями.

Вообще эмоции могут утомлять организм и, в особенности, нервную систему в большей степени, чем напряженная физическая или умственная работа.

Характерна для начала развития астении – раздражительность, эмоциональный «взрыв». Раздражительность постепенно сменяется раздражительной слабостью, а затем – эмоциональной индифферентностью субъекта ко всему окружающему.

Астения сопутствует и чаще всего предшествует развитию психосоматических расстройств. Она выступает в качестве основного фона любого сомато-висцерального, неврологического и психического за-

болевания и обусловлена эмоциями. Ее следует воспринимать как сигнал опасности, снижение потенциальных возможностей организма, нарушение интегративной деятельности.

Учитывая ее распространенность и различную степень психофизиологических расстройств, естественно, необходимо было структурировать астению на психосано-, психодиссано-, психопато- и психотогению.

Саногенное утомление и его субъективное ощущение развивается после продолжительной физической и интеллектуальной деятельности, проявляющейся жалобами на уменьшение мышечной силы и стремление отдохнуть, а после отдыха или сна ощущается прилив энергии.

Диссаногенная астения как показатель начала эволюции психосоматических расстройств, проявляется субъективно через изначальную аффективную раздражительность, возбудимость с достаточно сильной степенью, частую вспыльчивость с последующей слабой раздражительностью и наступлением апатии, обусловленной психоневротическим срывом в связи с тяжелыми жизненными эмоциональными обстоятельствами и трудностями адаптации, и экстериоризуется через периодические жалобы на слабость в руках и ногах, сердцебиение, снижение настроения, чувство разбитости, усталости, относительную инертность и равнодушие, вялость, недомогание, умственную лень.

Психопатогенная астения проявляется в случае развитого психосоматического расстройства, жалобы на повышенную усталость и резкую утомляемость, чувства страха и тревоги за свое психосоматическое состояние, беспокойства за свое здоровье могут иметь различную локализацию: в прекардиальной и подложечной области, в позвоночнике, голове, ногах, в других органах или во всем теле. Собственно тело воспринимается как тяжелое бремя, ставшее своего рода грузом, поясница болит, а ноги ослаблены, как после тяжелой имobilизирующей болезни. Подобные жалобы часто становятся причиной госпитализации субъекта в неврологическое отделение. О том, что эта астения психогенного происхождения, свидетельствует то, что даже наиболее слабый, истощенный в результате перенесенного патологического процесса больной, не доходит до состояния «полной протрации» и не воспринимает ее столь трагично.

Психотогенная астения с чувством неимоверной усталости, доходящей до полного изнеможения, особенно по мере прогрессирования расстройств сна, наступает у субъектов с осознанной тяжестью своей болезни от постоянной аффективной напряженности и тревоги, чрезмерного «волнения» и перевозбуждения, страха и «злой тоски

ожидания», изнуряющих размышлений по поводу своего состояния и тревожной концентрации внимания на неприятных соматических ощущениях и, наконец, от одной мысли о смерти и болезни. Постоянная тревога и страх субъекта за свое здоровье усиливают астению, а нарастающая астения способствует повышению тревоги и страха, т. е. между астенией, тревогой и страхом возникает порочный круг.

Астения, как показатель психо-сомато-висцеральной деградации проявляется через субъективное ощущение хронической усталости, разбитости, слабости, пароксизмальные висцеро-вегетативных расстройства, резкое снижение физической, умственной работоспособности, физической силы, сонливости, тягостное ощущение после сна, плохое настроение, иными словами, эта такая степень усталости, бессилия, когда субъект вынужден ходить с остановками.

Постоянная аффективная напряженность и тревога, чрезмерное волнение и перевозбуждение, страх и ожидание неприятности и тревожная концентрация на неприятных ощущениях от сомато-висцеральных расстройств, субъект ощущает тотальную астению с чувством усталости до изнеможения, особенно, при расстройстве сна.

О психогенном характере астении свидетельствует выраженная зависимость ее от аффективного статуса субъекта, его интереса к тому или иному событию, занятию и пр.: ощущение тяжелой усталости при одних видах деятельности, при других, эмоционально захватывающих субъекта, он не ощущает усталости.

О том же говорит и ощущение усталости, не связанное с объемом и длительностью работы, например, при функциональной кардиалгии со страхом смерти от болезни сердца.

Учитывая психогенность возникновения астении и раздражительности, профилактика их развития и самих психосоматических расстройств возможна за счет повышения устойчивости организма к эмоциям и снижения его контакта с интенсивными эмоциональными ситуациями, включая регламентирование повседневных жизненных и профессиональных сильно действующих или хронических эмоций, выработки способностей субъектов к решению саногенных жизненных и процессиональных проблем, закаливания и тренинга, адекватности и безболезненности социоадаптации и пр.

При рассмотрении механизмов нейропсихических расстройств необходимо учесть, что с развитием у человека сознания и креативности повысилась нагрузка на психику и психическое здоровье: он стал осознанно оценивать все то, что его окружает, все то, что ему предстоит сделать, потребности и возможности их реализации и пр.,

вследствие чего, функция мозга чаще всего находится в состоянии перенапряжения, из-за чего возникают предпосылки физиологических и нейрофизиологических нарушений. С развитием общества и интеллекта и осознанием трудностей в решении своих физиологических, социальных и интеллектуальных потребностей, резко возросло количество переживаемых эмоций, особенно, эмоций тревоги, страха, гнева, негодования и др., хронизация которых приводит к различного рода психическим нарушениям, последствия которых сказываются на деятельности всего организма, прежде всего, на составных компонентах функциональной ЭКПЗ-системы – сердечнососудистой и респираторной систем, которые вовлекаются при разного рода эмоциях, вследствие чего они являются наиболее уязвимыми при современной эмоционально насыщенной жизнедеятельности.

4.2. Диссаногенные признаки, сигнализирующие о возможном развитии психогенных расстройств при аффективно-эмоциональных реакциях и относительно хроническом действии психогенных факторов

При рассмотрении детерминирующей роли эмоций в возникновении конкретных психогенных нарушений наиболее часто вовлекаемые органы и системы в реализацию функции ЭКПЗ-системы и первичных психогенных признаков, имелось в виду, что эмоции могут быть обусловлены не только внешними, но и внутриорганизменными факторами, оцененные субъектами как опасные для его жизни.

Последствия влияния диссано- и патогенных эмоций на функции тех или иных органов и систем зависят от общего психофизиологического состояния организма, от уровня функционального напряжения жизненно важных органов и систем, их резервных возможностей, реактивности и устойчивости координации их функций, но все же, наиболее уязвимыми представляются органы и системы, являющиеся составными компонентами ЭКПЗ-системы.

Наиболее существенное эмоциональное влияние проявляется, в первую очередь, на сердечнососудистую и респираторную системы, вызывая различные функциональные нарушения в их деятельности, которые при их хронизации эволюционируют в виде различных нозологических единиц психосоматических болезней.

Поскольку симптоматика психосоматических заболеваний представлена неплохо в соответствующей литературе, наша цель состояла не в описании их клинической картины, а в установлении и выделении изначальных симптомов, представляющих собой, так называемое, диссаногенное состояние, сигнализирующее о возможном развитии психосоматических болезней. Это было обусловлено и тем, что вероятность предупреждения развития психосоматических заболеваний и поддержания здоровья значительно больше при своевременном распознавании первых симптомов начала развития болезни, в плане принятия мер по опережению проявления психосоматических заболеваний в самом начале обнаружения функциональных нарушений, чем при терапии клинически оформившейся конкретной нозологии.

Этим и была обусловлена задача по изучению проявления диссаногений при развитии отдельных известных конкретных психических расстройств психогенной этиологии, сигнализирующих о возможном развитии психосоматических заболеваний. Симптоматика изложена на базе анализа ряда опубликованных библиографических работ.

При изучении диссаногенных признаков функциональных нарушений сердца, да и других органов, следует иметь в виду, что характерная для диссаногений эпизодичность проявления дисфункций органов и систем может рефлексировать и более глубокие психогенные нарушения органического характера, т. е. служить не только тестом начала развития, но и степени манифестации заболевания, поэтому необходимо учесть, что только первые 2-3 эпизода диссаногенных признаков, в виде неприятных болезненных ощущений или нарушения ритма сердца и пр., могут служить реперами. При этом надо также принять во внимание, что диссаногенные нарушения, как, например, неприятные ощущения, дискомфорт, болевой синдром в левой половине грудной клетки, сердцебиение, отдышка, обусловленные эмоциями страха, гнева, тревоги и др., могут служить реперами и симптомами таких психосоматических нарушений, как кардионевроз, кардиалгия и др.

Известно, что эмоции печали, тоски, тревоги, страха, боязни причиняют неприятные ощущения около предсердия, стеснение в груди, затрудненное дыхание, боли в области сердца (тупая, глухая, давящая, режущая, колющая, сжатие), возникающие на фоне депрессивного или тревожно-депрессивного аффекта, и могут быть мгновенными. Локализации и характер, испытываемых субъектом неприятных ощущений, чрезвычайно разнообразны, мигрирующие, изменчивы. Психогенные наслоения на вышеуказанные эпизодические диссаногенные ощущения в прекардиальной области и функциональную бради- и тахикардию, на фоне проявления экстрасистолий, инфаркта миокарда, недостаточности кровообращения предопределяют развитие эмоций страха, которые еще больше ухудшают психо-функциональное состояние организма.

Осознанный субъектом тимопсихический страх необходимо рассматривать, как психосоматический, обусловленный психоневрологическими расстройствами.

Кардионевроз – это самостоятельная форма психосоматических расстройств, обусловленная действием эмоций, доминирующим симптомом которого являются неприятные ощущения, дискомфорт и болевой синдром (локализирующийся в левой стороне грудной клетки), изменение ритма сердца и его нестабильность, сопровождаемые тревогой, навязчивым страхом, сильным эмоциональным возбуждением, психогенным хроническим стрессом. Для этих субъектов характерна болезненная подозрительность, ипохондрическое настроение, обидчивость.

Кардионевроз проявляется с определенной частотой приступов, посредством:

- нарушения ритма сердечных сокращений;
- лабильного учащения сердцебиения;
- ощущения давления и болевого синдрома в левой половине грудной клетки;
- иррадиации боли в область левого плеча или верхней части спины;
- перепадов артериального давления;
- усиленной потливости;
- тремора конечностей;
- психогенной одышки.

Реперами возможного развития кардионевроза являются первые два-три эпизода диссаногений в виде неприятных ощущений, дискомфорта, болевого синдрома, локализованного в левой половине грудной клетки, нестабильного сокращения миокарда на фоне тревожно-аффективных или панических эмоций.

Кардиалгия. Большая часть указанных признаков кардионевроза, особенно болевые ощущения, постоянные ноющие боли или щемящие ощущения, жжение или горение в прекардиальной области, выявляются и при кардиалгии. Приступы болевого синдрома возникают в покое после эмоциональной перегрузки на фоне тревожно-депрессивного синдрома; характер боли – тупые, ноющие, колющие, которые локализуются диффузно в левой половине грудной клетки или в области верхушки сердца, левого соска; продолжительность боли от нескольких часов до нескольких суток, не имеющая связи с физической нагрузкой.

Реперами возможного развития кардиалгии являются первые два-три эпизода диссаногений в виде возникновения в покое после эмоциональной перегрузки на фоне тревожно-депрессивного синдрома, множественных и пролонгированных болей в левой половине грудной клетки или в области верхушки сердца, левого соска с иррадиацией в левую руку, левое плечо, левое подреберье.

Кардиофобия – это психосоматическое расстройство, обусловленное эмоциями страха смерти от сердечного заболевания. Основными причинами развития кардиофобий является выраженная тревожность, беспокойство, нервное перенапряжение, психогенный стресс, затяжные конфликты, нервный срыв, эмоции печали, тоски (разлука, смерть близкого человека), неспособность справиться с жизненными обстоятельствами.

Симптомами кардиофобии являются:

- страх остановки сердца;
- боязнь возникновения сердечных приступов;
- боль в груди;
- учащенное сердцебиение;
- нарушение дыхания;
- повышенная потливость;
- замирание сердца;
- экстрасистолия;
- ощущение сдавливания или сжимания в области груди;
- нарушение сна;
- фиксация на работе сердца и дыхания.

Чувство беспокойства, тревожности, мнительности, прекардиального дискомфорта, ощущение сдавленности или сжатия в области сердца, усиливающееся состояние тревоги, возникающее первоначально при эмоциональном возбуждении, в случае астенизации, обуславливающей нарастание тревоги, настороженности и ипохондрической фиксации на состоянии сердца, способствующие ожиданию сердечного приступа, в плане остановки сердца, становятся причиной развития кардиофобий. Источником ипохондрии являются сильные эмоции, обусловленные случаем неоднократного переживания интенсивного сердечного дискомфорта, мнительности и страха смерти.

Возникающие первоначальные приступы кардиофобий на высоте аффективного состояния в условиях сильной эмоциональной ситуации, проявляются в дальнейшем и при эмоциях иного характера, на фоне аффективного состояния. Субъекты с кардиофобией в любое время следят за деятельностью сердца, тщательно анализируют любые изменения сердечной деятельности, болезненно реагируют на неприятные ощущения в левой половине грудной клетки, отказываются от всего, что может взволновать, требуют особого к себе отношения.

Реперами возможного развития кардиофобии являются первые два-три эпизода диссаногений в виде первичного страха возникновения боли в груди, нарушения дыхания, замирания сердца, сдавливания и сжатия в области сердца и др.

Психогенное расстройство ритмичной функции сердца. Другое распространенное психогенное расстройство сердца – это нарушение сердечного ритма. Эмоции тревоги и страха обычно являются причинами различного рода нарушений сердечного ритма. Хорошо известно, что этот ритм зависит от настроения субъекта и что по нему чаще всего можно составить представление о соматовегетативном

состоянии организма. Нарушение привычной для данного субъекта ритмической деятельности сердца при указанных эмоциях продолжительностью нескольких минут, сопровождаемые страхом за деятельность сердца и повторяющиеся 3-4 раза, может приобрести характер психодиссаногений или психопатогений. Ипохондрическая тревога и страх остановки сердца, определяющие его поведение, усугубляет тяжесть расстройств ритма сердца и затрудняет их купирование, а мысли тревожно-депрессивного содержания, характерные для ипохондрических состояний, усиливают паническое состояние субъекта и приобретают психосоматический характер – пароксизмальной суправентрикулярной тахикардии, аритмий или кардиалгий. Приступы пароксизмальной суправентрикулярной тахикардии центрального происхождения наблюдаются чаще всего у вегетативно лабильных, астенического телосложения субъектов, провоцируемых эмоциональным стрессом.

Психогенные приступы пароксизмальной тахикардии, экстракардиальных экстрасистол с ощущением страха разрыва или остановки сердца, в ряде случаев сопровождаются ощущениями озноба, невозможностью полного вдоха и нехватки воздуха, дыхательной аритмией, онемением конечностей, прилива крови к голове и шее, страха смерти, являются наиболее яркими ощущениями больных с тревожной депрессией. О психическом генезе жалоб больного свидетельствует ЭЭГ, которая не претерпевает особых изменений. Проявление вышеуказанных расстройств, да и других, при отсутствии структурных нарушений в миокарде признаков сердечной декомпенсации, клинических и ЭЭГ изменений, следует расценивать как признаки нейро-функциональной природы.

Расстройства сердечного ритма, в частности острых аритмий, при тревожных и прочих эмоциях, так или иначе, видимо, связаны с изменениями активности эмоциональных структур гипоталамуса и гиппокампа, входящих в рецепторную дугу рефлексов, определяющих деятельность сердца. Развитие психогенно детерминированных психо-нейро-функциональных расстройств, обусловленных психогенным стрессом, отмечали еще Э. Гельгорн, Дж. Луфборроу (1966), связывая их, прежде всего, с изменениями функционального состояния.

Первичные психогенные признаки расстройства ритмичности функций сердца – экстракардиальные экстрасистолии и другого характера аритмии, возникающие под влиянием эмоций тревоги, страха и пр., могут быть реперами возможного развития психосоматических хронических нарушений, если субъект расценивает их и приписывает

им особую значимость в обеспечении нарушений деятельности сердца являются основой для развития тревожно-ипохондрического состояния и могут фиксироваться как неприятные ощущения в области сердца, и приобрести диссаногенный и психопатогенный характер.

Ишемическая болезнь сердца с нормальными коронарными артериями. Рассматривая роль эмоций, психогенного стресса в развитии ишемической болезни сердца, следует отметить, что хотя для трансформации функциональных стрессогенных нарушений в структурные требуется, как правило, определенная готовность к этому венечных сосудов и самой сердечной мышцы для проявления коронарной вазоконстрикции и регионального расстройства гемодинамики, однако общепризнанно, что психогенный стресс даже при интактных коронарных сосудах может привести к развитию ишемической болезни сердца. Инфаркт миокарда при неизмененных, по данным ангиокардиографии, венечных сосудах встречается чаще всего у лиц моложе 45 лет и даже у подростков.

Ощущение нехватки воздуха и повышенная потребность в O_2 , заметное усиление окислительных процессов на высоте аффекта при эмоциональных расстройствах, свидетельствует о несоответствии метаболических запросов миокарда возможностям кровоснабжения сердца, чем, при повторяющихся чрезмерных эмоциях, создается известная готовность интактных венечных артерий к развитию клинической картины коронарной недостаточности и создается возможность перехода психогенно возникающих расстройств в типичный приступ стенокардии. Эмоции страха и тревоги, провоцирующие ангиозные ощущения в прекардиальной области, усугубляют тот незначительный баланс между метаболическими запросами сердца и возможностью кровоснабжения, возникший при первичных 2-4 разовых действиях психогенного стресса, сопровождаемых болезненными ощущениями в области сердца, усиливающих функциональные нарушения, чем создается возможность перехода психогенно возникающих расстройств в типичный приступ стенокардии, для образования стойкого условного рефлекса.

Эмоции (страх, тревога, ярость, ненависть, фобии, ужас, чувства собственного бессилия, отчаяние), провоцирующие спазм и болевые приступы в прекардиальной области, являются патогенетическими факторами развития ишемической болезни сердца, о чем свидетельствует проявление ангиозных приступов, при попадании человека в обстановку, в которой возник первый ангиозный приступ, связанный с предшествующими эмоциями, которые казались уже забытыми.

Эмоциональные чрезмерные воздействия также способствуют увеличению частоты желудочковой экстрасистолии, предрасполагающей к фибрилляции желудочков на высоте аффекта страха или тревоги (Lown, 1987).

Другая форма неврологического характера развития инфаркта миокарда при неизменных коронарных сосудах, может развиваться при эмоциональных стрессогенных воздействиях, индуцирующих гиперкатехоламинемии, провоцирующих не только спазм сосудов, а и тромбообразование – внутрисосудистую агрегацию с последующей реканализацией тромба, а тромбоцитарные массы вызывают окклюзию коронарных сосудов и тем самым становятся причиной инфаркта миокарда.

Такая возможность развития ишемии миокарда была доказана еще в 1976 году N. Salky, который обнаружил у больных инфарктом миокарда при интактных венечных артериях повышенную адгезивно-агрегационную функцию тромбоцитов. Кроме того, общепризнан факт усиления агрегации тромбоцитов и гиперкоагуляции при стрессовых ситуациях и воздействии катехоламинов.

Реперами возможного развития стенокардии, спазма коронарных сосудов являются жгучая и острая боль, которая нередко возникает даже в состоянии покоя, а приступ стенокардии, предвестник инфаркта миокарда и ишемической болезни сердца – сильная продолжительная боль за грудиной, отдающая в левую руку, шею и спину, характерна для развивающегося инфаркта миокарда.

Рассматривая роль эмоций, психогенного стресса на развитие ишемической болезни сердца, следует указать на некоторые черты личности, представляющие повышенный риск в развитии психосоматических сердечнососудистых расстройств: артериальная гипертония, ишемическая болезнь сердца, пароксизмальная тахикардия, болезнь *Рейно*.

Считается, что факторами риска ишемической и других психосоматических болезней сердца, является, так называемый, поведенческий тип *A* [Type *A* Behavior Pattern] (Rafanelli and Ruini, 2012).

Согласно Friedman M., Rosenman R. Y. (1959), характерными чертами этого типа поведения являются:

- стремление достичь высотных позиций в профессии и обществе за счет повышенной требовательности к дисциплине труда, уважения к семье и руководству, жесткости к ошибкам сотрудников;
- комплексные нейровегетативные реакции, вызванные невыраженными эмоциональными факторами.

Поведенческие факторы, которые используются для прогнозирования последствий эмоций, психогенного стресса у этого типа поведения *A*, считаются:

- «чувства соревнования» (амбиции к самоутверждению даже в конфликтных ситуациях, враждебность, игнорирование симптоматики, гиперактивность, полностью вовлекается в работу);
- «чувства срочности» (частый кризис времени, спешность, включается сам в делопроизводство, нетерпелив, быстро ест).

Другой тип поведения, тип *D*, который характеризуется угрюмостью, мрачностью, боязливостью и постоянной озабоченностью, встревоженностью, так называемый, тип дисстресса, который испытывает диссаногенные эмоции и стремиться их скрывать в социальном контексте. Их настроение подавлено, чаще всего они недооценивают себя, плохого мнения, строят лимитированные и недружелюбные межличностные отношения, некомфортабельные. Этот тип предрасположен к неблагоприятному развитию ишемической болезни сердца и к неадекватному ответу на соответствующее лечение.

Развитие артериальной гипертензии при хронических эмоциональных ситуациях. В 1922 году Г. Ф. Ланг (1950) выдвинул гипотезу о нейрогенном генезе артериальной гипертонии, развитой его учеником А. Л. Мясниковым в учении о гипертонической болезни. А. Л. Мясников (1965) приводил сведения о том, что почти все жители блокадного Ленинграда страдали той или иной степенью артериальной гипертензии. П. И. Буль (1955) писал о почти поголовном подъеме артериального давления у населения затопленного Ленинграда при разливе реки Невы. Общеизвестно, что у около 90% советских узников в фашистских лагерях, на фоне постоянного стресса, развивалась артериальная гипертензия. После прорыва блокады Ленинграда и освобождения из лагерей АД приходило в норму. Эти и другие данные позволяют утверждать о совершенно исключительной роли эмоций в клинике сосудистой патологии. Доказана возможность возникновения артериальной гипертензии при размещении животных в условиях перенаселения и постоянной борьбы за пищу и воду, при непрерывном ожидании повреждающих воздействий в неопределенной ситуации у самцов обезьян, разлученных с подругами, отсаженными в соседнюю клетку к другому партнеру (Konecny R., Vouchal M., 1979).

При хронизации артериальной гипертензии могут включиться и другие «гипертензивные механизмы»: эндокринный, почечный, гемический, удельный вес которых в проявлении гипертонической болезни зависит от индивидуальных физиолого-генетических особенностей индивида.

Из эмоциональных факторов, могущих спровоцировать развитие артериальной гипертензии, следует указать на длительные психотравмирующие ситуации, тревожность, страх, раздражительность, возбудимость, фобии и пр., которые, в плане нарушения психической сферы, ассоциированной с повышением артериального давления, могут проявляться достаточно быстро у эмоционально нестабильных субъектов с повышенной фиксацией внимания на возможном расстройстве своего здоровья, на фоне ипохондрической настроенности и склонности к вазоконстрикторным реакциям на самые различные раздражители, и у субъектов, неспособных активно реализовать свои претензии, контролировать свое поведение в соответствии с требованиями общества, из-за чего они постоянно находятся в эмоциональном напряжении.

Решающую роль в развитии артериальной гипертензии имеют не столько какие-либо экстраординарные, экстремальные эмоциональные ситуации, сколько затяжная аффективная эмоциональная напряженность, вызванная тревогой, страхом, гневом и пр., на фоне психогенной астении. Аффективная эмоциональная напряженность, вызвавшая депрессивно-ипохондрический синдром и тревожно-топливое настроение, обуславливает ипохондрическую фиксацию на состоянии артериальной гипертензии и поддерживаемую в дальнейшем физиологически обусловленными неприятными ощущениями в различных частях тела, приобретает психосоматический характер и становится причиной развития артериальной гипертензии.

Болезненные ощущения, вызванные сосудистыми расстройствами: головокружения, кратковременные обморочные состояния, шум в ушах, ухудшение зрения («туман» в глазах, мелькание точек, кругов) обычно фиксируются в сознании и проявляются при всякого рода неприятностях (сердцебиение, головная боль, потливость, зябкость, утомляемость и пр.), ассоциируясь с повышенным систолическим артериальным давлением, которое на фоне явной эмоциональной лабильности и диффузной тревоги, трактуется как эссенциальный синдром гипертензии. Согласно докладу Комитета экспертов ВОЗ (2014), *«повышение кровяного давления не связано с первичными органическими изменениями в организме»*. Эмоциональная нестабильность и затяжная эмоциональная аффективная напряженность при повышенной раздражительности, ипохондрических нарушениях должны расцениваться как расстройства психофизиологической регуляции на фоне, вначале преимущественно эмоциональной, а в дальнейшем, по мере развития структурных изменений – все более соматогенной астении.

Развитие лабильной артериальной гипертензии в инициальной стадии обусловлено, с одной стороны, индивидуальными нейропсихическими особенностями субъекта – повышенная раздражительность, высокая чувствительность к определенным ощущениям и впечатлениям, склонность к вазоконстрикторным реакциям на различные раздражители и, с другой стороны, дефектными в социальном воспитании, в плане формирования таких качеств, как мнительность, тревожность, склонность к фобиям, подозрительность, эгоцентризм.

Затяжные эмоции, которые у интеллектуально развитого субъекта сопровождают его повседневно и обуславливают мотивацию и деятельность, провоцируя комплекс вегетативных реакций, процессов, являются главными психодиссаногенными факторами, вызывающими развитие артериальной гипертензии. В пользу указанного отметим, что еще в 1950 году Г. Ф. Ланг писал, что *«основными патогенетическими факторами гипертонической болезни является психическая травматизация и психическое перенапряжение»*.

Подтверждением ведущей роли эмоций в развитии артериальной гипертензии служит и, так называемое, *«экзаменационное», «военное», «полётное»*, более или менее выраженное и продолжительное повышение артериального давления на фоне эмоционального стресса при этих формах деятельности.

Часто повторяющееся эмоциональное возбуждение, с изменением сосудистого тонуса и состояния внутренних органов без адекватной им *«разрешающей»* двигательной реакции, сопровождается уже переходом транзиторной артериальной гипертензии в стабильную.

Известно, что эмоциональные реакции, сопровождаемые повышением артериального давления при повторных стрессогенных состояниях, наряду с электрическим раздражением гипоталамуса, приводят к развитию уже необратимого патологического процесса, как бы, модулируя патогенез эссенциальной гипертонии.

В отличие от возникновения психосоматических нарушений функций сердца, обусловленных интенсивностью и значимостью эмоционального воздействия, для сосудистой дистонии ведущее значение имеет затяжная, аффективная значимость эмоционального раздражителя (тревога, беспокойство, отсутствие гарантии безопасности, растерянность, гнев, подавление агрессии, страх потери места работы, борьба за получение признания и продвижения по службе, боязнь не справиться с поручением, хроническая нехватка времени, необходимость постоянного контроля над собой и др.).

Печальное, мрачное, угрюмое, подавленное настроение, выраженный эгоцентризм, постоянное ожидание какого-то несчастья, тенден-

циозность, болезненное восприятие высказываний других, беспричинная тревожность с немотивированными опасениями со страхом за себя и свою семью, болезненная реакция на любые мелочи, мрачные прогнозы, в плане своего будущего и своего здоровья, обуславливают затяжную эмоциональную насыщенность ипохондрических представлений, становятся психо-патогенными эмоциональными факторами нарушений артериального кровообращения, а частности, гипертензии.

Решающее значение эмоциогенных механизмов в развитии гипертензии подтверждается физиологическими данными и клиническими наблюдениями, например: повышение плотности животных в клетках приводит к повышению артериального давления, свидетельствующие о регуляции артериального давления и кровообращения на всех уровнях интеграции ЦНС, и данные о чрезмерной активации корковых функций, коркового контроля при эмоциях, вызывающей выраженные подъемы систолического артериального давления и уровня катехоламинов в циркулирующей крови (J de Champlain et. al., 1970).

Репером возможного развития артериальной гипертензии является повышенное систолическое и диастолическое артериальное давление продолжительностью не менее 4-х дней.

Артериальная гипотензия. Известны случаи крайнего эмоционального перенапряжения и психической травмы, синкопальные эпизоды болевого происхождения при инъекциях (при виде крови, при представлении о несчастных случаях со своими близкими), депрессии, обусловленные снижением системного артериального давления. У детей и подростков при конфликтных ситуациях в школе или дома, несоблюдении четкого режима дня может проявиться посредством артериальной гипотензии. Гипотензия может возникнуть в процессе адаптации, акклиматизации к условиям высокогорья, заполярья, тропического климата, на фоне выраженной соматической астении, после спортивной нагрузки и др., но мы рассмотрим лишь артериальную гипотензию, провоцируемую психогенными стрессогенными факторами.

Феноменологическим признаком артериальной гипотензии является снижение артериального давления (ниже 100/60 мм рт. ст. для лиц моложе 25 лет и ниже 105/65 мм рт. ст. для лиц старше 30 лет). Davis R. (1947) в свое время предложил формулу, которая используется в практике для определения гипотензии достаточно широко: $100 + \text{возраст} - 35$ для мужчин и $100 + \text{возраст} - 45$ для женщин.

Кстати, о функциональных расстройствах аппарата кровообращения стало известно еще со времен гражданской войны в США, крымской кампании, военных действий в Индии, первой мировой войны (Da Costa, 1871; Lewis, 1995).

Соматические изменения в виде стойкой артериальной гипотензии или транзиторной артериальной гипотензии оценивались как «нейроциркуляторная астения», «дистония», «невроз тревоги», «невроз страха» или, по классификации Н. Н. Савицкого (1974), как нейроциркуляторная дистония.

В современной клинической практике часто встречаются с острой или хронической патологической гипотензией различного генеза, особенно, острыми гипотоническими кризами, вызванными выраженной соматической или психогенной астенией, профессиональными факторами (работа под землей, в атмосфере избыточной влажности и высокой температуры, воздействием ионизирующей радиации, сверхвысокочастотного электромагнитного поля, вибрации, шума, интоксикации продуктами перегонки нефти, окисью углерода, соединениями свинца, ртути, фтора и др.), механизмы развития, методы профилактики и лечение которых исследуются специалистами различных областей медицины.

Артериальная гипотензия, обусловленная чрезмерными эмоциями, в частности, эмоциями страха смерти, индуцированные инфарктом миокарда или кровоизлияниями в мозг, протекает как психогенно вызванная транзиторная или долго проявляющаяся артериальная гипотензия. Доминирующие в сознании субъекта идеи об опасении за свою жизнь, навязчивые, астено-истероипохондрические состояния представляют собой психопатогенные факторы сосудистой дистонии.

Впервые в жизни, возникший гипотензивный криз, обусловленный внезапным сильным эмоциональным состоянием, вызывает у субъектов чрезвычайную тревогу и неуверенность в своем благополучии своего аппарата кровообращения.

Повторные приступы могут обуславливать формирование стойких ипохондрических страхов и опасений, убежденность в повторении своего страдания и возможности надвигающейся смерти.

Чаще всего эмоциональные ситуации становятся психопатогенными для артериальной гипотензии на фоне астении и ипохондрии при тревожно-депрессивном состоянии.

Физиологической основой стойкой артериальной гипотензии является усиление вагусного (парасимпатического) тонуса и нарушение функциональных вегетативных центров вазомоторной регуляции, вызывающие стабильное понижение общего периферического сопротивления сосудов.

Жалобы у этих субъектов весьма полиморфны, но чаще всего они проявляются утомляемостью, слабостью по утрам, даже после дли-

тельного сна, постоянной усталостью, вялостью и апатией, ухудшением запоминания и неустойчивостью внимания, снижением трудоспособности, раздражительной слабостью, эмоциональной неустойчивостью, аффективными вспышками с агрессивными тенденциями, являющиеся реперами развития гипотонии.

Другие жалобы – ставшая привычной головная боль, возникающая обычно после сна, особенно, дневного или после физической либо умственной работы *«на фоне усталости»*, продолжающаяся от нескольких часов до 2-3 суток: головокружения с пошатыванием при ходьбе, иногда и с помрачением сознания (*гипотензивные кризы*); плохо переносящие пребывание на высоте, переход из горизонтального положения в вертикальное – развивается ортостатическая гипотензия.

Психопатологическими синдромами при сосудистой дистонии являются астено-истероипохондрическое, депрессивно-ипохондрическое состояния. Функциональные расстройства аппарата кровообращения не могут рассматриваться как ранние признаки органического страдания сердца или сосудов – речь идет еще только о нарушениях центральной регуляции сосудистого тонуса.

Следует отметить, что увеличивающаяся по интенсивности продолжительная аффективная психическая напряженность на фоне психогенной астении, вызывает трансформацию артериальной гипотензии в лабильную артериальную гипотензию, о чем писал в 1976 году А. В. Вальдман: *«...массовая артериальная гипотензия, остро развивающаяся среди населения Ленинграда в начале 1942 года, сменилась осенью того же года столь же острой массовой гипертензией, а последняя – «затухла» в 1944 году после прорыва блокады»*.

Психогенные расстройства дыхания. Согласно нашей концепции о функциональной ЭКПЗ-системе, возникшей в процессе эволюции и передающейся по наследству для обеспечения защиты организма, от внезапно представляющих опасность стрессогенных факторов, ее составным компонентом, наряду с когнитивной, сердечнососудистой и двигательной системами, является и *дыхательная система*, предназначение которой состояло в обеспечении повышенной потребности в O_2 в период защитной деятельности организма, требующая мобилизацию всего физического, физиологического потенциала организма, в том числе и окислительного, для снабжения его энергией.

Насколько реактивна респираторная система на эмоциональные воздействия и всякого рода деятельности организма, можно убедиться при обследовании частоты дыхания: если пациент осознает, что врач следит за его дыханием, то его ритм достаточно нестабилен. Это,

видимо, обусловлено множеством уровней систем регуляции функции дыхания и разного рода мотивации модификации дыхательных движений (варьирующие физиологические потребности организма в поступлении O_2 в организм и выделения из него CO_2 для жизнеобеспечения, для реализации своего потенциала, при действии различной природы и интенсивности факторов среды, эмоциональных и другого характера психогенных факторов и пр.).

Неравномерность дыхательного ритма, более или менее выраженная функциональная дизритмия дыхания, в виде вариации интенсивности и глубины дыхания чаще всего наступает при эмоциях всякого рода, последствия которых могут сохраниться и после эмоционального аффекта.

Психогенные респираторные нарушения проявляются форсированным поверхностным дыханием: частые короткие дыхательные движения, напоминающие таковые при обтирании или обливании холодной водой, которые могут чередоваться с произвольными глубокими вдохами, не приносящими чувства облегчения. При этом часто могут возникать короткие паузы, напоминающие неустойчивое дыхание *Чейна-Стокса*, наблюдающееся иногда при истерических расстройствах. Ощущения кратковременной остановки дыхания вызывают у субъектов выраженную тревогу и часто становятся объектом ипохондрической фиксации. Приступы психогенной одышки часто сопровождаются привычными сердцебиениями, усиливающимися при эмоциональном аффекте, кардиалгиях и затруднении выдоха.

Хотя каждая из реакций организма обладает определенными особенностями дыхательного компонента, при эмоциях тревоги и развитии тревожно-ипохондрического состояния, дыхание характеризуется начальным глубоким вдохом, переходящим в мелкие и частые дыхательные движения, а на высоте тревоги – дыхательной дизритмией и преобладанием инспираторного компонента. Флуктуация интенсивности глубины дыхания наступает на высоте аффекта и может при определенном аффективном состоянии сохраниться надолго. Испытанные однажды, независимо от каких эмоций, проявившиеся ощущения нехватки воздуха, при определенных воздействиях этих эмоций или психогенного стресса, могут зафиксироваться в долговременной памяти и в дальнейшем воспроизводиться под влиянием эмоционального стресса любой природы. Образующийся в итоге патологический стереотип нередко приобретает психосоматическое выражение эмоциональных воздействий на респираторную систему.

Расстройства дыхания, обусловленные и поддержанные в виде гипервентиляции, могут приобретать навязчивый характер или, наоборот, хроническую гипервентиляцию.

Эмоции тревоги, страха, ярости, гнева могут вызвать приступы мнимой невротической астмы – пароксизмальные обострения психогенной одышки, характеристикой которой является цикличность ухудшений состояния субъекта в соответствии с колебаниями эмоционального аффекта, с воздействием психогенного стресса.

Частые конфликтные ситуации на работе, неустроенность в семейной жизни и пр. могут привести к проявлению *ларингоспазма* – «внезапное возникновение произвольного сокращения мускулатуры гортани» на срок от нескольких минут до нескольких часов. Он может возникнуть перед контрольной работой, перед экзаменом, публичной защитой какой-либо работы, при испуге и пр. При ларингоспазмах на первый план выступают дыхательные расстройства.

Любые дыхательные нарушения психогенного характера, как правило, являются одним из проявлений гипервентиляционного синдрома, обусловленного психогенной дисфункцией ЦНС, характеризующейся устойчивым патологическим типом дыхания.

При стрессовых ситуациях, эмоциях у этих личностей при разговоре, выполнении физических нагрузок появляется ощущение нехватки воздуха, в результате чего сбивается дыхательный ритм, и они начинают учащенно и углубленно дышать (возникает гипервентиляция), что, в свою очередь, провоцирует дыхательные нарушения.

Если пребывание в психогенно-стрессорной ситуации совпадает по времени с действием какого-то другого фактора или каким-то соматическим нарушением, то в дальнейшем при одном действии этого фактора или проявлении соматического нарушения, по условно-рефлекторному механизму может воспроизводиться картина гипервентиляционного синдрома.

Наиболее ранним признаком гипервентиляции являются периодические вздохи, аритмичность дыхания, немотивированная зевота, сопение, покашливание. Они свидетельствуют о гипокапнии и респираторном алкалозе и о возможном развитии гипервентиляционного синдрома.

Депрессивная настроенность. Согласно данным ВОЗ, депрессия является одним из наиболее распространенных психических расстройств: около 5 % населения планеты испытывают страдание от этого заболевания и к 2020 году прогнозировалось, что она выйдет на первое место в структуре заболеваемости населения.

Депрессивная настроенность, проявляющаяся своеобразным аффективным состоянием, тягостными ощущениями и представлениями различной «*соматической локализации*» аффекта (в голове, шее, прекардиальной или подложечной области), чувством, тревогой, тоски, уныния, горести, страха, которые должны рассматриваться не столько как отсутствие воли субъекта «*держат себя в руках*», нежелание «*самонастраиваться на саногенный лад*», сколько как психосоматическая дезинтеграция в проявлении ощущений, нарушений личностно-смысловой сферы.

Субъект при депрессии испытывает нарастающую в себе неуверенность, недовольство собой, неудовлетворенность своим состоянием, тревожное ощущение, эмоции страха, гнева и др., недостаток энергии, бодрости, утомление, астению. Тревожные ощущения утраты жизнестойкости и снижение общего жизненного тонуса порождают пугающее чувство собственной изменчивости, душевной тревоги, ощущение какой-то угрозы, опасности. Постоянная аффективная напряженность и тревога, чрезмерное волнение, страх и тоска ожидания, изнуряющие размышления о своем состоянии и мысли о болезни, все более и более вызывают ощущения какой-то нависшей опасности. Ожидания чего-то неизвестного и тяжелого. Именно тревога с ее переживаниями, беспокойством, страхом, ужасом, паникой – эмоциональное состояние, связанное с реальной или воображаемой угрозой психического или физического порядка – не случайно рассматриваются уже давно, как ξ и Ω в психиатрии, при включении в себя фобий и нарушения личностно-смысловой сферы, могут привести к достаточно выраженным психосоматическим расстройствам.

О депрессивной настроенности на фоне аффективных переживаний свидетельствует снижение настроения, неподдающиеся контролю мысли и воспоминания тревожно депрессивного содержания (обо всем плохом и тяжелом, что было в жизни), навязчивый анализ своих ощущений и возможных причин их возникновения, выскивание у себя все новых и новых «*симптомов*» соматического неблагополучия, выраженная ипохондрическая фиксация, нередко с переоцененным отношением к своим патологическим ощущениям и функциональным расстройствам, неверие в возможность улучшения своего состояния, более пессимистическая оценка не только настоящего, но и будущего – все это усугубляет депрессивные расстройства и способствует преобразованию депрессивной настроенности в клиническую форму депрессии с психосоматическими симптомами. Главными из них являются:

- апатия;
- нарушение сна;
- снижение уверенности в себе;
- трудности концентрации внимания;
- частая слезливость;
- чувства безнадежности, социальной отгороженности;
- снижение разговорчивости;
- негативная оценка прошлого;
- снижение интереса и удовольствия от деятельности, обычно ранее приносящей удовольствие;
- неспособность справиться с рутинными обязанностями повседневной жизни;
- пессимистическое отношение к будущему;
- тоска;
- тревога;
- неприятие какой-либо ситуации и нарушения личностно-смысловой сферы в виде:
 - ценностной ориентации;
 - смысловой установки;
 - смыслообразующих мотивов и др.

К наиболее частым проявлениям соматизированной депрессии относятся расстройства сна: нарушение засыпания из-за наплыва тягостных мыслей, из-за произвольных воспоминаний тревожно-депрессивного содержания, из-за неприятных и гнетущих ощущений в тех или иных органах и частях тела. Раннее пробуждение сопровождается вялостью, сонливостью в течение дня и др. Также по утрам больше всего выявляется астения, когда субъект чувствует себя разбитым, испытывает недомогание и неприятные ощущения сердцебиения. Во второй половине дня отмечается улучшение самочувствия: неприятные ощущения в области сердца и других органах явно ослабевают, страх и опасения по поводу своего состояния заметно дезактуализируются, астеническая симптоматика значительно смягчается.

Как пишут В. Д. Тополянский и М. В. Струковская (1986), пациенты со стойкими психосоматическими нарушениями не только не веселы, скучны, грустны, печальны, унылы, тоскливы, тревожны, малодушны, раздражительны, но и всем недовольны, назойливы, упрямы, злобны, завистливы, сварливы и недоверчивы.

Для депрессии характерны такие диссаногенные эмоции, как чувства тоски, уныния, горести и тревожности, подавленного на-

строения, отчаяния, озлобленности, а также и нарушения личностно-смысловой сферы (*ценностная ориентация, самооценка, жизненный смысл субъекта, эмоциональная окраска и т. д.*), проявляющиеся в виде безразличия ко всему, апатии, склонности к вспышкам агрессии, навязчивой идеи беспомощности и безвыходности, неуверенности в себе, разочарованности, утраты интересов к действию, обусловленные, как и диссаногенные эмоции, дефектом воспитания и учебы.

Чувство тревоги, тоски, уныния, горести и др. нередко фиксируются в матрицах долговременной памяти в виде алгий определенной локализации, активируемых в дальнейшем по условно-рефлекторным механизмам при любом, более или менее выраженном снижении настроения, общего жизненного тонуса.

Механизм же развития депрессии, согласно концепции о механизмах развития нейропсихических нарушений, обуславливающих психосоматические расстройства, предопределяется:

1) индивидуальными нейропсихическими особенностями субъекта, детерминированными генетическим, нейропсихическим эмоционально-чувственным и частично поведенческим нейропсихическими блоками, изменяющихся под влиянием факторов среды;

2) дефектами в процессе учебы и воспитания при стихийном формировании личностно-смысловой сферы, чувств, свойства способностей (*эгоцентрическая ориентация личности, подавленное настроение, неуверенность в себе, подозрительность, сомнения, злость, отчаяние, озлобленность, чувства тоски, уныния, социальная отгороженность, пессимизм, и др.*), за счет функциональных нарушений когнитивного, коммуникативного и личностно-смыслового и поведенческого, и нейропсихических блоков, при влиянии чрезмерных или постоянно действующих эмоциональных факторов, *на протяжении не менее двух недель.*

Учитывая чрезвычайное характерологическое разнообразие, затруднительно говорить о какой-то одной исходной преморбидной симптоматике.

О возможности развития депрессии может служить стойкая бессонница, наплыв тягостных мыслей, гнетущие ощущения чувства беспокойства в тех или иных органах и частях тела, пониженное настроение, астения, чувство тревоги и тоски.

Диссаногенные эмоции и спонтанные болезненные ощущения в различных частях тела, невралгии. Разного рода спонтанные болезненные ощущения в туловище и конечностях, в спине и груди, пояснично-крестцовой области, позвоночнике, головная боль, ишиалгия,

зубная боль – эти своеобразные аффективные состояния с определенной локализацией аффекта, в происхождении алгических расстройств которых, ведущая роль принадлежит эмоциональным аффектам.

Важнейшей особенностью психогенных невралгий (гиперестезий) в структуре аффективных расстройств является выраженная подвижность болезненных ощущений: область болезненных ощущений часто выходит за пределы мест, иннервируемых тем или иным нервом. Больные гиперестезией в течение своей жизни хотя бы раз испытывали приступ прекардиальной тоски, в виде ощущения гнета в груди или эпигастрии, подавленности, отчаяния и психогенной невралгии.

То, что психогенные невралгии сочетаются со спонтанными болезненными ощущениями в разных частях тела, типа миалгий и невралгий, и чаще всего проявляются после конфликтной ситуации, истерий, эмоциональных переживаний и др., послужило основой для разработки концепции возникновения психогенных расстройств чувствительности, согласно которой гиперестезии развиваются вследствие действия эмоционально значимого «взрыва» на фоне миалгий и невралгий, радикулита или инфекций и раннего испытания, хотя бы раз в жизни, приступа с ощущением непереносимого гнета с подавленностью, унынием, отчаянием, безнадежностью; психического страдания с преобладанием страха или тревоги и наплыва мыслей тревожно-депрессивного содержания, ставшие объектом гипохондрической фиксации.

Психогенная гиперестезия. Издавно, одним из наиболее известных проявлений общей «гиперестезии чувствительности» является диффузная или локальная кожная гиперестезия, которая проявляется спонтанным болезненным ощущением в коже, повышенной болезненностью при пальпации особо болезненных зон. Даже при незначительном прикосновении к волосистой части головы возникают очень неприятные ощущения в этих зонах. Однако, возможно и понижение тактильной и болевой чувствительности кожных покровов и слизистых оболочек, вплоть до анестезии слизистых оболочек носа и глаз с отсутствием реакции зрачков на болевые раздражения.

Слуховая гиперестезия. Одним из мучительных проявлений психогенной гиперестезии при аффективных расстройствах является выраженная слуховая гиперестезия, сочетающаяся, как правило, со стойким нарушением сна. Непереносимость резких звуков, их чрезвычайная аффективная напряженность порождает конфликты с окружающими и превращает их жизнь в сплошные мучения: посторонние шумы доводят их до отчаяния, злобы, ярости. Субъекты, несмотря на жалобы на

глухоту, реагируют на неречевые слуховые раздражители. Нарушение сна часто сопровождается мутизмом. Психогенная глухота и сурдомутизм наблюдаются только при истерии и истерических реакциях.

Зрительная гиперестезия. Она проявляется характерными аффективными расстройствами зрения, обусловленные переживанием чрезмерных эмоций, являются: снижение остроты зрительного восприятия, повышенная утомляемость глаз при чтении, ощущение вуали, тумана перед глазами. Ощущению головокружения способствуют жалобы на постоянную либо эпизодическую смазанность, бледность рельефности окружающих предметов. Выраженная зрительная гиперестезия с необычным обострением зрения чаще всего проявляется жалобами на «молнии», «искры», цветные круги в глазах или резкое усиление головной боли от яркого света.

Синдром беспокойных ног – это ночная парестезия нижних конечностей, исчезающая при движениях, на фоне бессонницы и мыслей тревожно-депрессивного содержания; преходящее либо постоянное «беспокойство» в ногах с неопределенными ощущениями тепла или холода, «ползания мурашек», покалывания, изматывающих ощущений: ноги ломят, зудят, подошвы горят, их расчесывают до крови и т.д. Синдром беспокойных ног формируется при отсутствии органических изменений.

Психогенный характер этих расстройств, как и вышерассмотренных, подтверждается тем, что эти нарушения курабельны и купируются в процессе тщательно подбираемой комбинированной психотропной терапии с использованием антидепрессантов.

Корешковый синдром. Психогенная боль в пояснично-крестцовой области, болезненные ощущения в спине и позвоночнике с преобладанием тревоги и страха, нередко расценивается как ишиас и люмбаго и становится в последнее время одной из всё более распространенных масок тревожной депрессии. Боль в области позвоночника возникает или усиливается в начале депрессии, периодически обостряясь или ослабевающая в соответствии с суточными аффективными колебаниями. Болезненные ощущения по ходу позвоночника – спонтанные и при надавливании, то преимущественно в области остистых островков, то распространяющиеся паравертебрально – могут фиксироваться в области определенных позвонков или локализоваться одновременно в нескольких разных участках, и, наконец, «перемещаться» с места на место.

Возможны также потеря вкуса, расстройство обоняния, непереносимость целого ряда пищевых продуктов и различных запахов. Указанные расстройства – эмоционального и истерического происхождения.

Психогенная головная боль. Обычно возникает на фоне постоянного эмоционального напряжения. Hegglin R., (1961) считает, что психогенная головная боль встречается намного чаще, чем все другие формы головной боли, вместе взятые. Эта боль (в основном тупая, ноющая, иногда интенсивная и даже мигренеподобная), чаще всего диффузная, реже – в одной половине головы или в ограниченной, четко очерченной области, постоянная, временами усиливающаяся. Возникает, как правило, на фоне нарастающей аффективной напряженности, длительных эмоциональных перегрузок и неотрагированных дисаногенных эмоций. Характерно появление или усиление болезненных ощущений в голове при подавлении смутной тревоги или раздражения. О психогенном происхождении головной боли свидетельствует обусловленность этих жалоб (о болезненных ощущениях профессиональными факторами и условиями домашней жизни).

Чаще всего болезненные ощущения изменчивы и мимолетны: субъект может ощущать боль то слева, то справа, то в затылке, то в области лба, меняется интенсивность, характер, время проявления.

Неопределенность болевых ощущений, воспринимаемых субъектом как свидетельство какого-то общего неблагополучия в организме, обрастает в ипохондрию, фиксирующейся в памяти, приобретая стойкий и выраженный страх, обусловленный возможным развитием инсульта и других тяжелых заболеваний.

Психогенные головокружения и обморочные состояния. К числу психогенных расстройств относятся также головокружения, обмороки и «пароксизмы упадка сил», с выраженной вегетативно-сосудистой неустойчивостью.

Причиной обморочного состояния чаще всего служит острая сосудистая недостаточность, анемия головного мозга при падении сосудистого тонуса на высоте эмоционального аффекта, а также психогенная гипервентиляция с падением артериального давления, уменьшением венозного возврата и минутного объема сердца, резкий подъем артериального давления при каком-то неожиданном воздействии, являющимся экстремальным для организма и провоцирующим острый стресс или испуг.

Психогенное головокружение и обморочные состояния чаще всего обусловлены состоянием сильной тревоги и внутреннего беспокойства, страха из-за тяжелой болезни, тоски, агорафобии, внезапного испуга и др.

Многие эмоционально-нестабильные люди с психовегетативными расстройствами испытывают головокружение и обморочное состоя-

ние при всякого рода опасениях, вызывающих страх. Головокружение может возникнуть и при умственном перенапряжении. Особенно легко развивается головокружение при сочетании интенсивной умственной нагрузки с аффективной напряженностью на фоне выраженной астении. Сам факт проявления обморочного состояния или головокружения при аффектах свидетельствует о том, что эмоции берут верх над разумом. Нейрофизиологической основой головокружения является состояние тревоги, подавленности, страх. Среди возможных механизмов развития психогенных головокружений и обморочных состояний следует указать на проявление общей психической гиперестезии, на резкий подъем или снижение артериального давления при какой-либо неожиданности или испуге, анемию головного мозга при падении сосудистого тонуса на высоте аффекта, психогенную гипервентиляцию с падением артериального давления, уменьшение венозного возврата и минутного объема сердца.

Возникновение несистемных головокружений и обморочных состояний при аффективных значимых воздействиях и их прекращение при нормализации общего жизненного тонуса и настроения субъекта, доказывают ведущую роль эмоциональных факторов в их проявлении.

Острый и хронический психогенный и сомато-висцеральный стресс. При рассмотрении вопроса о роли стресса в возникновении психогенных нарушений необходимо сделать некоторые уточнения, дело в том, что биологическая целесообразность ЭКПЗ-системы и стресса, их проявление и последствия на организм, имеют достаточно идентичных признаков влияния на организм человека т.е. возникает вопрос не являются одним и тем же физиологическим феноменом, а если нет, то, в чем разница?

Что касается стресса, то он, как неспецифическая защитная реакция организма – уходить (избегать, убегать) и приблизиться (нападать, бороться) – возникла на самых ранних этапах эволюции животного мира, когда его представители еще не обладали дифференцированными, специализированными тканями и органами и сыграл положительную роль в их выживании. Будучи биологически полезной реакцией, он генетически закрепился и стал передаваться по наследству, поэтому проявляется и у животных, возникших на более поздних стадиях эволюции, естественно, расширив диапазон его проявления, в частности, в виде фагоцитоза, повышения температуры органов и организма в целом при воспалении, кашля или чихания при раздражении слизистой горла или носа, факторов различной природы, безусловных рефлексов и др. Это, так называемый, физиологический стресс.

С развитием ЦНС, в частности, коры больших полушарий и проявления сознания, когда человек стал осознавать, что его окружает достаточно много агрессивных факторов, угрожающих его жизни, в процессе естественного отбора он смог выжить благодаря развитию сознания, позволяющего адекватно оценить значимость и предвидеть последствия их влияния на организм. Для сохранения целостности организма необходимо было обладать способностью мобилизовать все его резервы, чтобы противостоять действию опасных для организма факторов и ситуаций. Таким механизмом стало переживание, т.е. психическое состояние, вызванное какими-либо сильными ощущениями, впечатлениями. Необходимость мобилизовать организм для противостояния угрожающим его жизни факторам и обусловило развитие базовых эмоций, сыгравших важнейшую роль в защите организма, что и предопределило их передачу по наследству.

Реализация указанных способностей, качеств предполагала синхронное вовлечение в их осуществление определенных морфофизиологических и психических структур, т. е. естественное формирование специальной психо-нейрофизиологической системы, обеспечивающей комплексную защиту, сохранность организма, синхронно мобилизуя психические, физиологические, физические и интеллектуальные его способности. Эта система представлена органами чувств, ощущения, которые не только отражают отдельные свойства, воздействующих факторов, но и сказываются на психическом состоянии, провоцируя волнение (эмоции) и составляющих другого компонента системы, обеспечивающего общую мобилизацию организма; когнитивные структуры, оценивают значимость факторов и ситуаций, и предвидят последствия их действия; реализующие защитную реакцию, которая в зависимости от природы, интенсивности и продолжительности воздействующего фактора, могут вовлекать в защитную реакцию организма различные органы и системы.

ЭКПЗ-система и генерируемая ею реакция, на наш взгляд, представляет собой высшую форму защиты организма, которая внешне манифестируется, в отличие от стресса, не только избеганием или нападением на источник опасности, или фрустрацией, а и за счет когнитивных и личностно-смысловых способностей, эмоций, модифицированного поведения, когнитивных реакций и психической деятельности, т. е. ЭКПЗ реакция является более комплексной, вовлекая в действие больше структурно-функциональных органов и систем, чем повышает гарантия защиты организма, но при этом увеличивается вероятность нарушения функций составляющих компонентов системы.

Главное отличие эмоционально-когнитивно-поведенчески-защитной от стрессовой реакции состоит в том, что ЭКПЗ реакция характеризуется не только неспецифическими составляющими компонентами, являющимися основной особенностью стресса, сколько специфическими для воздействующего фактора, отражающими его значимость, опасность для себя и других, последствия его действия.

Поскольку последствия влияния стресса достаточно хорошо известны, а ЭКПЗ-система еще требует дополнительных исследований, поэтому посчитали целесообразным далее рассмотреть, с позиции механизма развития психогенных нарушений, лишь стресс, как таковой.

Связь между стрессом и нейрофизиологическими изменениями, приводящими к психическим расстройствам и соматическим нарушениям, хорошо документирована в медицинской литературе на протяжении многих лет.

Сомато-висцеральный стресс – это относительно стереотипные неспецифические биохимические, физиологические и структурные реакции, обусловленные сравнительно продолжительным действием, различных по качеству раздражителей, на сомато-висцеральные органы. Объективными признаками стресса по *Селье*, являются повышение функции надпочечников, атрофия вилочковой железы и лимфатической системы и желудочно-кишечные изъязвления. Впоследствии было установлено, что при стрессе имеют место также расстройства энзимозависимого метаболизма углеводов, липидов, сказывающихся на резистентности организма.

Селье, в свое время, считал, что стресс проходит три фазы: а) тревоги; б) резистентности; в) истощения. На определенной стадии развития сомато-висцерального стресса в соответствующую реакцию вовлекается гипофиз, подбугорная область и другие образования мозга.

В случае осознания дискомфорта и симптоматики сомато-висцерального стресса, как угрозы для своего здоровья, он автоматически становится психогенным стрессом с проявлением дополнительной психогенной симптоматики. Но в человеческом обществе с хорошо развитой психикой чаще всего стресс обусловлен непосредственным влиянием на организм психогенных факторов или ситуаций, т. е. в человеческом обществе больше всего распространен психогенный стресс.

Следует подчеркнуть, что как только физиологический стресс и его симптоматика осознается субъектом и оценивается его значимость для себя и других, фактически это уже не стресс, описанный *Selye*, со своими неспецифическими реакциями, хотя мы его рассматриваем так, как это принято в МКБ-10, а эмоционально-когнитивно-пове-

денческая защитная реакция, характеризующаяся, главным образом, осознанными, специфическими реакциями для каждого конкретного психогенного фактора.

Психогенный стресс испытывали и предки современного человека, т.е. он является проблемой для всех типов общества. Но современный человек испытывает состояние стресса иначе, чем испытывали люди, жившие 100-200 лет назад. Дело в том, что эти люди имели другие потребности, заботы и планы. Главная проблема, которая их беспокоила, это обеспечение себя и своей семьи пищей, жильём и физическое выживание.

Современный человек, будучи достаточно образованным, встревожен гораздо большими проблемами: это симпатoadреналовый образ жизни, постоянная борьба за свое место в обществе, работа на конкурсной основе, неуверенность в завтрашнем дне и многие другие аспекты его жизни, которые не поддаются решению, как ему хочется.

Стремительный ритм современной жизни, многочисленные нервно-психические нагрузки вызывают чрезмерный острый или хронический стресс, который не только влечет за собой различные физиологические нарушения органов и систем организма, но и становится причиной возникновения многих серьезных заболеваний. Об этом мы писали в своих трудах «*Стресс и его патогенные механизмы*», Кишинев, 1973; «*Актуальные проблемы стресса*», Кишинев, 1976; «*Физиологические механизмы стресса и адаптации при остром действии стресс-факторов*», Кишинев, 1986; «*Механизмы развития стресса*», Кишинев, 1987; «*Стресс и здоровье*», Кишинев, 1990; «*Стресс и здоровье детей и подростков*», Кишинев, 1994; «*Стресс, адаптация, функциональные нарушения и санокреатология*», Кишинев, 1999.

Актуальность проблемы стресса и предопределила, пожалуй, столь значительное количество научных работ, посвященных изучению различных его аспектов, однако, его распространенность никак не убывает, а, наоборот, повышается. На сегодняшний день имеется достаточно научных данных о влиянии стресса на поведение, когнитивную и коммуникативную деятельность, на функцию различных органов и систем, на психику, на развитие таких болезней, как астма, аменорея, ишемическая болезнь сердца, мигрень, психозы, сахарный диабет, язвы, психосоматические заболевания и др.

Рассматривая вкратце влияние психогенного сомато-висцерального стресса, следует отметить, что в литературе необоснованно уравнивают последствия проявления соматогенного стресса и психоэмоционального сомато-висцерального стресса. Это было обусловлено,

на наш взгляд, тем, что не была принята во внимание аксиома о их возникновении в разные периоды эволюции и различные механизмы их развития. Соматогенный стресс возник на первых этапах развития общего предка животного и растительного мира, когда их организм не был еще дифференцирован на органы и системы, выполняющие специфические функции, а защитная роль стресса реализовалась за счет общих, неспецифических гуморальных реакций. Будучи биологически полезными, они стали передаваться по наследству и организмам растительного и животного мира, возникших на основе их общего предка.

Базовые же эмоции, являющиеся триггером психоэмоционального сомато-висцерального стресса, сформировались на этапе филогенеза, когда у человека начали проявляться элементы сознания и эмоции, за счет которых стало возможным психически оценить значимость воздействующего фактора, предвидеть его последствия и синхронно мобилизоваться для устранения опасности. Эмоциональные защитные реакции связаны с мотивационной, когнитивной и поведенческой сферой человека, т. е. с психической деятельностью и механизм их развития совсем иной, чем у соматогенного стресса. Следовательно, стресс как защитная реакция проявляется на гуморальном уровне структурной организации организма, а эмоциональные защитные реакции и психоэмоциональный стресс – на сознательном нейропсихическом уровне, имея психогенное происхождение. Поэтому нет никаких оснований приписывать диссаногенные соматовегетативные последствия влияния опасных факторов среды соматогенному стрессу, поскольку на самом деле психогенный сомато-висцеральный стресс обусловлен эмоционально-защитными реакциями.

Психогенный стресс, по существу, это последствия эмоционально-когнитивно-поведенческих эмоций. Суть в том, чтобы какие-либо факторы или ситуации начали влиять на психическое состояние, т. е. стать психогенными, они должны быть оценены ЭКПЗ функциональной системой, как значимые для себя, и действовать определенный период времени, приобретая эмоциональную окраску, и вызвать переживание в виде тревоги, беспокойства, страха, горя, гнева, вины, ревности, стыда, радости и др., которые и обуславливают развитие психогенного стресса.

Анализ критериев развития психогенного стресса, представленные в МКБ-10, свидетельствует, что они по-существу имеют коннотацию эмоционально-когнитивно-поведенческо-защитной реакции: а) уход от предстоящих социальных взаимодействий; б) суженное внимание; в) проявление дезориентации; г) гнев или словесная агрессия.

сия; д) отчаяние или безнадежность; е) неадекватная или бесцельная гиперактивность.

Первым признаком развития эмоционально-когнитивно-поведенчески-защитной реакции стресса могут быть: волнение, агрессия или апатия, импульсивное поведение, рассеянность, сужение внимания, фонетические расстройтва (словесная агрессия или замедление темпа речи).

Посттравматическое стрессорное расстройство («вьетнамский» синдром, «афганский» синдром) – это повторяющееся навязчивое воспроизведение в памяти психотравмирующего события, обусловленное единичным или повторяющимся травмирующим воздействием (военные действия, угроза смерти, землетрясение, наводнение, изнасилование и др.) и проявляющееся психопатологическими переживаниями, избеганием или частичной, или полной амнезией, повышенной психологической чувствительностью, возбудимостью, высокий уровень тревожности, повторяющиеся кошмарные сны, соматические расстройства, депрессия, тревожность, фобии и др.

Тот факт, что посттравматические стрессовые расстройства развиваются вследствие психотравматических ситуаций, является еще одним доказательством того, что патогенетическим фактором служат диссаногенные эмоции.

В соответствии с *МКБ-10*, для установки диагноза посттравматического стрессового расстройства субъект должен не только находиться под стойким воспоминанием о травме в навязчивых реминисценциях, но и должен проявлять: а) затруднение засыпания; б) раздражительность или вспышки гнева; в) затруднение концентрации внимания; г) повышение уровня бодрствования.

Вероятнее всего, что первичными симптомами этих расстройств являются: произвольные воспоминания пережитой травмы, повторяющиеся кошмарные сны, частичная психогенная амнезия, ожидания угрозы, тревожность, страх.

Расстройство адаптации – это переменные по форме и тяжести симптомов расстройства адаптации, проявляющиеся в течение месяца после подверженности идентифицированному психосоциальному обычному или некатастрофическому стрессору в виде нарушения привычного функционирования субъекта, психо-функциональной, профессиональной и социальной деятельности и тревожного настроения, ощущением неспособности справиться с ситуацией, облигатно сопровождающейся соматовегетативными дисфункциями.

Диагностическими критериями расстройств адаптации, согласно *DSM-III-R*, могут служить:

1) реакция на явный психосоциальный стресс, которая появляется в течение одного-трех месяцев после начала воздействия стресса;

2) на реакции дезаптивного характера, указывающие на: а) симптомы, выходящие за рамки нормы и ожидаемых реакций на стресс; б) расстройства в профессиональной деятельности, обычной социальной жизни или во взаимоотношениях с другими лицами;

3) расстройство, являющееся не реакцией на чрезвычайный стресс или обострение, а последствием ранее существовавшего психического заболевания;

4) реакция дезадаптации, длищаяся не более шести месяцев.

Если симптомы сохраняются более шести месяцев, диагноз *расстройства адаптации* пересматривается.

Вегетативные нарушения могут проявляться преимущественно в одной системе, чаще в кардиоваскулярной, желудочно-кишечном тракте, дыхательной системе, а с течением времени расстройства приобретают полисистемный характер.

По большей части дезадаптация характеризуется тревожным настроением, ощущением неспособности справиться с ситуацией и даже снижением способности функционировать в повседневной жизни. Тревожность проявляется диффузным, часто неопределенным настроением, опасением чего-то, ощущением угрозы, повышенной раздражительностью. Тревога может проявиться конкретными страхами, в частности, опасением по поводу собственного здоровья.

Расстройство адаптации чаще всего обусловлено стрессовыми событиями, не достигающими количественные и качественные характеристики чрезвычайного стресса, но вызывающими необходимость психологической адаптации (конфликты в межличностных отношениях, супружеские конфликты, служебные проблемы и др.).

Среди первичных симптомов *расстройства адаптации* можно указать на диссомнию, чувство выраженной усталости, раздражительность, ощущение безнадежности, трудности при концентрации внимания.

Реакции на стресс могут проявиться посредством развития коротких и пролонгированных депрессий, с преобладанием нескольких эмоциональных типов, таких как тревога, депрессия, беспокойство, гнев. Категория расстройств с преобладанием нескольких эмоциональных типов должна также использоваться для реакций у детей, у которых присутствует регрессивное поведение, такое как энурез или сосание пальцев.

Невротические расстройства, обусловленные стрессом. Невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства, проявляются в виде тревожно-фобических, тревожных, обсессивно-компульсивных реакций на стресс и посттравматических, диссоциативных (конверсионных), деперсонализационных и соматоформных расстройств.

Распространенность тревожных расстройств, по данным Т. W. Strine с соавт. (2005), составляет 15 %, а распространенность смешанного тревожного и депрессивного расстройства – 12 % у женщин и 7 % у мужчин (А. Ferriman, 2001), что объясняется социально-стрессовыми факторами.

Эмоциональные перенапряжения, стрессовые ситуации при психических или физических перегрузках на организм или при действии факторов, способствующих ослаблению организма, могут привести к развитию первых признаков неврастения – выраженной раздражительности, повышенной психической возбудимости. Человек легко теряет самообладание: его раздражает малейший шум, звуки, разговоры окружающих и др., утрачивает свою работоспособность за счет быстро наступающего утомления, психической несобранности. Из-за нарушения сна (засыпает с трудом, часто просыпается, видит сновидения, навязанные эмоциями), просыпается не отдохнувшим, с плохим настроением. При неустранении причин эмоционального перенапряжения и отсутствия физиологического укрепления организма, повышенная возбудимость и раздражительность с утомляемостью и быстрым истощением, перерождается, в так называемую, раздражительную слабость. Когда человек утрачивает способность контролировать внешние проявления своих эмоций (частая слезливость) и при проявлении вялости, апатии, подавленности, сонливости, эмоциональной лабильности, он часто высказывает ипохондрические жалобы и фиксирует свои мысли на своих внутренних соматических ощущениях.

Обязательным условием развития неврастения является длительно длящееся эмоциональное напряжение, стрессогенные ситуации на фоне ослабленного психического и физиологического статуса.

Сильные эмоциональные переживания, чрезмерные затяжные стрессогенные воздействия (эмоциональные или физические насилия, побои, смерть или тяжелая болезнь близкого человека, пытки, лишения свободы, изнасилование, унижение, плохое обращение в детстве и пр.) могут вызвать симптомы расстройства деперсонализации / дереализации, которые, как правило, носят эпизодический характер, а интенсивность которых колеблется и проявляется в виде периодических или

относительно стойких жалоб о том, что их чувства или ощущение внутреннего состояния отделено, чуждо, не собственное, что его эмоции или движения принадлежат кому-то другому, ощущает собственную жизнь как бы со стороны (деперсонализация) или отчуждение от реальной действительности, ощущение, что определенные объекты выглядят измененными, плоскими, бесцветными (дереализация). Деперсонализация и дереализация могут приобрести хронический характер.

Симптомы деперсонализации – это отсутствие контроля над тем, что они делают или говорят, чувство отстраненности от собственного тела, разума, нереальности своего существования, отрешенности, а дереализации – чувство отстраненности от реального мира: людей, предметов, объектов, ощущение себя как во сне или как в тумане, мир им кажется бесцветным или безжизненным.

Эти субъекты сохраняют понимание того, что их состояние обусловлено изменениями, имеющими место в их организме и не навязанных со стороны.

Их состояние провоцирует дискомфорт и обременяет социальную и профессиональную деятельность, сопровождается тревогой и/или депрессией.

Тревога, тревожные и панические расстройства, фобии.

Тревога в процессе эволюции возникла как саногенный психофизиологический ответ организма на угрожающие или стрессогенные воздействия. Она выполняла сигнальную и мобилизационную функцию по оценке значимости угрожающей опасности и осуществлению психической мобилизации организма к выполнению важной для организма деятельности – по устранению или обходу, или фрустрированию, возникающему из-за невозможности достижения желаемого.

Тревога – это эмоциональное переживание, при котором человек испытывает дискомфорт от неопределенности перспективы. Эволюционное значение тревоги заключается в мобилизации организма в экстремальных ситуациях. Определенный уровень тревоги необходим для нормальной жизнедеятельности и продуктивности человека. Саногенная тревога помогает защитить свой организм от всяких угроз, она усиливается в условиях высокой субъективной значимости своего выбора действия внешней угрозе, при недостатке информации и времени. Патогенная тревога, чаще всего может провоцироваться внешними чрезмерными или хроническими обстоятельствами, оцененными как опасными для себя, и обусловлена внутренними психологическими и физиологическими причинами. Она не адекватна реальной угрозе, и зависит от многих субъективных факторов.

Проявляется патогенная тревога по-разному и может носить приступообразный или постоянный характер, как с психическими, так и соматическими симптомами.

Грань между саногенным ответом на угрозу и патогенным тревожным расстройством часто весьма размыта и, возможно, существует континуум от дистресса до психического расстройства.

Концепцию возникновения соматических симптомов-эквивалентов тревоги предложил З. Фрейд: он констатировал, что такие соматические симптомы, как расстройства сердечной деятельности, спазм сосудов, нарушения дыхания, диарея, дрожь, приступы потливости, голода, парестезии и др., сопровождают приступ тревоги в качестве его эквивалентов или как «маскированные» состояния тревоги. Эти симптомы часто замещают ощущение тревоги, как таковой. Он же, более 100 лет назад, первым описал «тревожный невроз».

Соматические проявления тревоги, а также острого и хронического стресса и депрессии, чаще встречаются в таких социально-культурных общностях, где психические расстройства считаются «недопустимыми», «неприличными», а соматические заболевания – «бедой», «несчастьем». К «соматизации» тревоги предрасполагает ряд конституциональных, приобретенных и внешних факторов, таких как психологический склад личности, особенности телесной чувствительности, длительность стресса, а также, так называемая, алекситимия (недостаточная способность человека распознавать и выражать собственные чувства).

Согласно современным классификациям психических расстройств МКБ-10, тревожные расстройства распределены в восемь дискретных категорий: паническое расстройство, генерализованное тревожное расстройство, тревожное расстройство, агорафобия, обсессивно-компульсивное расстройство, социальная фобия, специфические фобии, посттравматическое стрессорное расстройство, острое стрессорное расстройство.

Среди хронических форм тревоги паническое расстройство и генерализованное тревожное расстройство наиболее часто диагностируются врачами общей практики.

Тревога или страх может стать причиной панических расстройств (эпизодическая пароксизмальная тревожность), генерализованных тревожных расстройств, смешанных тревожных и депрессивных расстройств.

Панические расстройства проявляются внезапным дискретным интенсивным, повторным паническим приступом резко выраженной

тревоги (паники) из-за возможности их рецидивирования, которые непосредственно не обусловлены определенными, конкретными ситуациями или обстоятельствами и сопровождаются соматическими или когнитивными симптомами, а также опасениями по поводу будущих приступов. Обычно они возникают в молодом возрасте, реже – в зрелом и повторяются не менее одного раза в течение месяца. Их продолжительность может варьировать от одной до 10-30 минут.

Причинами возникновения панических атак, оцененные, как особо значимые для субъекта, могут быть: чрезмерная травматическая ситуация, глубокие ссоры, неблагоприятные перемены в жизни, серьезные конфликты, чрезмерные стрессогенные ситуации и др., провоцирующие сильную тревогу, панику.

Паническая атака обычно начинается с боли в области груди, ощущением нехватки воздуха, учащением сердцебиения, ощущения тоски, подавленности. Типичные симптомы включают: страх смерти или боязнь сойти с ума, потливость, озноб, тремор, головокружение, тошноту, чувство дереализации и деперсонализации.

Паническая атака, согласно *МКБ-10*, характеризуется следующими признаками: 1) дискретным эпизодом страха или дискомфорта; 2) внезапным проявлением; 3) достижением максимума в течение нескольких минут и продолжительностью нескольких минут; 4) присутствием минимум четырех симптомов из следующих: а) учащенное сердцебиение; б) потливость; в) тремор; г) сухость во рту; д) затруднение в дыхании; е) чувство удушья; ж) дискомфорт в груди; з) тошнота; и) чувство головокружения; к) ощущение нереальности предметов и отдаленности своего Я; л) страх сумасшествия или наступление смерти; м) озноб; н) онемение.

Самым частым из тревожных расстройств является генерализованное тревожное расстройство, которое представляет собой психическое нарушение, особенностью которого является ощущение хронической общей устойчивой тревоги, не поддающейся контролю, с относительно специфической симптоматикой и не обусловленной определенными, конкретными объектами, ситуациями, событиями.

Механизм развития генерализованных тревожных расстройств еще не установлен, но нами выявлено то, что при хронической тревоге, которая не известно чем обусловлена, на фоне возможного перенапряжения или функционального нарушения эмоциональной функциональной системы, в частности, гипоталамуса, лимбической системы, гиппокампа, базальных ганглиев при какой-либо психотравматизации, видоизменяется оценка значимости восприятия и перера-

ботка информации, а отсюда и принятие решения консолидируется в памяти, становясь патогенетическим фактором их эволюции и проявления. Первые атаки оставляют неизгладимый след в памяти субъекта, что ведет к появлению синдрома тревоги «ожидание» приступа, который, в свою очередь, закрепляет повторяемость атак. Повторение атак в сходных ситуациях (в транспорте, пребывание в толпе и т. д.) способствует формированию ограничительного поведения, т. е., избегание потенциально опасных для развития генерализованных тревожных расстройств мест и ситуаций.

Генерализованные тревожные расстройства возникающие, как правило, между подростковым возрастом и третьим десятилетием жизни, проявляются хронически годами с выраженной флуктуацией симптомов.

Согласно *МКБ-10*, для диагностики генерализованного тревожного расстройства должны присутствовать, по меньшей мере, шесть месяцев четыре симптома из следующих: 1) учащенное сердцебиение; 2) потливость; 3) тремор; 4) сухость во рту; 5) тошнота; 6) чувство головокружения; 7) страх, потеря контроля; 8) страх умереть; 9) озноб; 10) онемение; 11) мышечное напряжение; 12) беспокойство; 13) чувство нервозности; 14) затруднение в сосредоточении.

Основным критерием в постановке диагноза является наличие у субъекта субъективной тревожности, сопровождающейся страхами и тревогой, которые делают его жизнь невыносимой, другими словами – эта чрезмерная тревога или беспокойство по поводу обыденных событий, которые пациент не может контролировать.

В основе социофобии лежит навязчивый страх негативной оценки возможных общественных действий субъекта со стороны других людей и проявляется она панической боязнью выступать перед публикой, развитием состояния ужаса от того, что он должен заниматься чем-либо и за ним кто-то наблюдает, страхом и беспокойством при исполнении каких-либо общественных действий. Она может наблюдаться у лиц разных возрастов и различных социальных категориях, но чаще всего развивается в подростковом возрасте. Назойливые алогичные мысли и ритуальные действия соседствуют с неврозом навязчивых состояний. Ее часто сопровождает депрессивное расстройство. Социофобия развивается чаще всего в детские годы, вследствие влияния и сильного переживания аффективных диссаногенных эмоций (пережито унижение и стыд, обусловленные неприятной социальной ситуацией, недружеская социальная обстановка, боязнь насмешки, негативные оценки его поведения и деятельности окружающими

людьми и др.), вызывавшие страх, тревогу, на которых фокусируются собственные мысли, ощущения и чувства и которые вытесняются из сферы сознания. Но, когда субъект сталкивается с ранее пережитыми эмоционально-травмирующими ситуациями, событиями, из подсознания вытесняется социально ранее пережитое и он снова охвачен эмоциями страха и тревоги.

Социофобия характеризуется избеганием субъектом любых контактов с людьми, особенно, с незнакомыми, избыточной потливостью, тошнотой, трудностями с дыханием, дрожью конечностей, учащением сердцебиения, покраснением кожных покровов лица, невозможностью мочеиспускания в присутствии других.

Клинический диагноз, согласно критериям *МКБ-10*, основывается на: 1) выраженном страхе оказаться в центре внимания или страхе повести себя так, что это вызовет смущение или унижение; 2) выраженном избегании пребывания в центре внимания или ситуаций, связанных со страхом повести себя так, что это вызовет смущение или унижение.

Первичным симптомом развития социофобии следует признать избегающее поведение любых обстоятельств, провоцирующих у него тревогу или страх.

Агорафобия, как и социофобия, является тревожно-фобическим расстройством, разновидностью навязчивых страхов и проявляется в виде страха и тревоги, испытываемых субъектом из-за гипотетически невозможного оказания ему необходимой помощи при его нахождении на открытых пространствах, прохождении по безлюдной улице, использовании общественного транспорта, пребывании в закрытых пространствах, нахождении в очереди и других ситуациях, которые сложно покинуть. Беспокойство, что приступ страха случится в общественном месте, еще больше подстегивает агорафобия.

Обычно агорафобия проявляется в возрасте 20-25 лет и причиной ее развития является сильно травмирующие индивида ситуации или события, эмоциональные потрясения высокой силы, провоцирующие тревогу и панический страх в пустых или многолюдных местах или открытом пространстве.

При обострении агорафобии, т. е. тревоги и страха, у субъекта учащается сердцебиение, затрудненное дыхание, сухость во рту, дрожь во всем теле, усиливается потоотделение и др., которые могут служить диагностическими критериями.

Согласно диагностическим критериям *МКБ-10*, обязательным условием агорафобии является отчетливый и постоянно появляющийся

страх, по меньшей мере, в конкретных ситуациях, или их избегания: 1) толпы; 2) публичных мест; 3) путешествия в одиночку; 4) передвижения вне дома.

Один из первичных признаков развития агорафобии – проявление тревоги открытых пространств и стремление избегать их.

Неврастения, как правило, вызванная длительным действием психогенного стресса. Характерным признаком неврастении являются пониженная работоспособность, нарушение сна, засыпание с трудом, частое просыпание, тревожные сны, утреннее вставание с чувством усталости и разбитости и др. Субъект часто проявляет бурные реакции, выраженное раздражение, слезливость, нетерпеливость, суетливость, неспособность контролировать свои эмоции и сосредотачиваться на необходимом деле. Первыми диссоциативными реперами являются выраженная раздражительность и повышенная возбудимость, утомляемость и пониженная работоспособность. Кстати, возможность развития нейропсихических расстройств в современном мире огромна. Практически любой человек может быть подвержен нейропсихическим расстройствам, но наиболее уязвимы это субъекты тревожного типа, часто переживающие и упрекающие себя по пустякам, трудоголики, злоупотребляющие алкоголем, субъекты с заниженной оценкой и пр.

Диссоциативные (конверсионные) расстройства. Это группа психогенных расстройств, обусловленных психотравматической ситуацией, эмоциональными жизненными обстоятельствами, стрессом, конфликтами, стихийными бедствиями и др., и характеризующихся нарушениями ряда психических функций – сознание, память, личностная идентичность, а также нарушениями контролирования движений. Эти расстройства названы и конверсионными, подразумевая неприятный эффект, который порожден неразрешенными проблемами и конфликтами.

В DSM-IV-TR описаны пять диагнозов (амнезия, фуга, расстройство идентичности, расстройство деперсонализации, расстройство без дополнительных уточнений), в новом издании DSM-V – шесть диагнозов (расстройство идентичности, амнезия с диссоциативной фугой, расстройство деперсонализации, фуга, дереализации, другое уточненное диссоциативное расстройство и неуточненное диссоциативное расстройство), а в МКБ-10 – восемь главных и семь второстепенных диагнозов. Конкретно в этом издании группа диссоциативных (конверсионных) расстройств представлена следующим образом:

- 1) диссоциативная амнезия;

- 2) диссоциативная fuga;
- 3) диссоциативный ступор;
- 4) транс и одержимость;
- 5) диссоциативные расстройства движений и ощущений:
 - 5а) диссоциативные двигательные расстройства;
 - 5б) диссоциативные конвульсии;
 - 5в) диссоциативная анестезия или потеря чувствительного восприятия;
- 6) смешанные диссоциативные (конверсионные) расстройства;
- 7) другие диссоциативные (конверсионные) расстройства:
 - 7а) синдром Ганзера;
 - 7б) расстройство множественной личности;
 - 7в) транзиторные диссоциативные (конверсионные) расстройства, возникающие в детском и подростковом возрасте;
 - 7г) другие уточненные диссоциативные (конверсионные) расстройства;
 - 7д) диссоциативное (конверсионное) расстройство неуточненное).

Диссоциативные (конверсионные) психические расстройства не связаны с физическими или неврологическими нарушениями, применением алкогольных или наркотических веществ, а также не являются частью другого психического расстройства.

Конверсия и диссоциация затрагивают исключительно те сферы, которые могут только произвольно и постпроизвольно регулироваться – речь, хождение (первоначально как произвольные, затем автоматизировались).

Диссоциативная амнезия – это частичная или полная утрата памяти вследствие психотравмирующего или эмоционального жизненного обстоятельства. Она наступает внезапно и длится от нескольких минут до нескольких дней, реже – месяцев. Субъект осознает потерю памяти.

Общими критериями для диссоциативной амнезии являются: убедительная связь во времени между наличием частичной или полной амнезии и событиями или проблемами, которые были, или в настоящее время остаются травмирующими или стрессорными, и отсутствие соматической или психической патологии, черепно-мозговых травм, алкогольных и наркотических интоксикаций.

Диссоциативная амнезия оканчивается внезапно, рецидивы немногочисленны.

Диссоциативная fuga – это утрата памяти о собственной личности в сочетании с неожиданным отъездом из дома или с места рабо-

ты, или уход от социальной активности в продолжении в основном самообслуживаться под влиянием травмирующих, эмоциональных событий. Сведения общего характера остаются в памяти субъекта, сознание не нарушается.

Считается, что это расстройство является защитным психическим механизмом, призванным уберечь субъектов от невыносимых переживаний и запредельного стресса. Чаще возникает при непосредственной угрозе физическому или психическому существованию. Начинается внезапно, обычно – после ночного сна и проходит после ночного сна.

Обязательными критериями ее дифференцировки от других диссоциативных расстройств является: отъезд из дома в начале фуги и полная или частичная утрата воспоминаний о первой (собственной) личности в период фуги и о второй (собственной) личности после выхода из патологического состояния.

Характерный и, видимо, первый признак этого расстройства – это раздвоение личности.

Сенсорные диссоциативные расстройства характеризуются проявлениями таких состояний как парестезия, гиперестезия, анестезия, потеря зрения, глухота и туннельное зрение, обусловленные остротой психотравмирующей ситуации. Основные отличия этих расстройств от органических нарушений заключаются в том, что их распространенность не соответствует иннервации, степень выраженности этих нарушений изменчива, симптомы расстройства могут уменьшаться при внушении и самовнушении.

Расстройства, вызванные явлениями амнезии, гиперестезии и парестезии не соответствуют иннервации и чаще всего затрагивают только конечности. Состояния гипер- и парестезий описываются субъектами как ощущения жжения или боли. Парестезия конечностей проявляется по типу «носков» и «чулок».

Психогенная анестезия – внезапная потеря субъектом памяти, обусловленная стрессом или эмоциональным событием. Сознание субъекта не нарушено, он осознает потерю памяти и у него сохраняется способность к усвоению новой информации. Нарушения носят временный характер. Такого рода расстройства проявляются у участников военных операций, жертв террористических актов и стихийных бедствий.

Симптомы диссоциативной глухоты, слепоты и туннельного зрения могут быть унилатеральными или билатеральными, нарушения зрения при диссоциативной анестезии редко достигают степени полной слепоты, а чаще всего имеет место ограничение полей видимости

по типу туннельного зрения, снижения остроты зрения. Это ухудшение зрения не сказывается на ориентировке в обстановке. Нарушение слуха и обоняния по диссоциативному типу встречается редко.

Критериями сенсорных расстройств, согласно МКБ-10, могут быть: 1) частичная или полная потеря некоторых или всех видов кожной чувствительности участка или всего тела; 2) частичная или полная потеря зрения, слуха или обоняния.

Среди первых признаков сенсорных диссоциативных расстройств следует указать на дезориентированное, спутанное поведение, бесцельное блуждание, неузнавание хорошо знакомых лиц.

Диссоциативное расстройство идентичности (множественность личности, раздвоением личности, одержимость демонами) – это диссоциативные психогенные нарушения, проявляющиеся тем, что человек идентифицируется с несколькими личностями, которые как бы существуют в нем одном, что личность субъекта разделяется на несколько, чередующихся между собой, которые в момент «переключения», когда одна личность сменяет другую, из-за наступившей временной амнезии, новая личность неспособна вспомнить события повседневной жизни, личную информацию, что происходило пока была активна другая личность – причиной которых являются тяжелые эмоциональные травмы в раннем детстве, повторяющееся экстремальное физическое, сексуальное или эмоциональное насилие.

Каждая личность периодически доминирует, определяя его взгляды, поведение и отношение к самому себе так, как если бы другие личности отсутствовали. Они не помнят свою исходную личность.

Расстройство может начаться произвольно в любом возрасте, начиная с раннего детства до старческого возраста. Субъекты говорят и действуют несвойственным им образом, как будто в них вселился другой человек. Они, как правило, страдают диссоциативной амнезией. Она проявляется в виде пробелов в памяти, касающихся событий личной биографии или того, что сделал или сказал.

Диагноз диссоциативного расстройства идентичности, согласно DSM-5, базируется на: 1) наличии 2-х личностных состояний или идентичности; 2) страдании от пробелов в памяти, касающихся повседневных событий; 3) дискомфорте или затруднении социальной и профессиональной деятельности. Симптоматика нарастает и спадает спонтанно.

Среди симптомов, характерных для этих расстройств – это глубокая эмоциональная привязанность к своим обидчикам.

Диссоциативный ступор – это двигательное расстройство, обусловленное психотравмирующей, эмоциональной ситуацией, стихийными бедствиями, промышленными катастрофами, представляющими непосредственную угрозу для субъекта, и проявляется выраженной психомоторной заторможенностью, сопровождающейся мутизмом, выраженным аффективным напряжением, нарушением чувствительности, часто амнезией.

Обычно продолжается от нескольких минут до нескольких часов.

При диссоциативном ступоре (истерический ступор, психогенный ступор, псевдокататонический ступор, эмоциональный ступор) происходит не только утрата целенаправленного движения, но наблюдается и отрешенность, погруженность в себя, отчаяние и страдание.

Выход из состояния ступора может быть внезапным или постепенным, после чего наблюдается переходящая астения различной степени выраженности.

Согласно МКБ-10, при ступоре мышечный тонус поддерживается нормально, дыхание в пределах нормы, координированные движения глаз часто ограничены.

Диагноз устанавливают на основании осмотра пациента и информации, представленной сопровождаемыми лицами за счет трех критериев: наличие ступора, отсутствие соматического, неврологического и психического заболевания и данные о психотравме.

Диссоциативные судороги (псевдоприпадки) – это внезапные и неожиданные нестереотипные спастические движения, напоминающие имитирующие любые варианты эпилептических судорог, характеризующиеся определенной драматичностью и театральностью, но без последующей потери сознания и жизнеопасных проявлений (опасных падений, прокусывания языка, с сохранением памяти на события этого периода) и обусловленные психотравмами, эмоциональными событиями (психогенным стрессом, сексуальным насилием, катастрофическими ситуациями, зомбированием в тоталитарных сектах и др.).

Основным признаком диссоциативных судорог являются внезапные и неожиданные признаки, повторяющихся спастических движений, в отличие от генерализованного эпилептического припадка – не стереотипен и сознание на период судорог сохраняется, такой припадок, как бы, нуждается в «зрителях», никогда не развивается в одиночестве и прекращается, если на него никто не обращает внимания. Кроме того, важнейшим дифференциально-диагностическим критерием является зависимость между проявлением симптоматики расстройства и стрессовыми событиями, а также отсутствие объек-

тивно подтвержденных неврологических синдромов и заболеваний, равно как и отсутствие цианоза, прикусов языка, ушибов, поврежденных вследствие падения, мочеиспускания и др.).

Другие диссоциативные двигательные расстройства, не имеющие в своей основе объективно регистрируемых поражений нервной системы – псевдопаралич, псевдопарезы, нарушения координации, неспособность стоять без посторонней помощи, утрата способности к движению конечности, диссоциативный тремор, тики, афония, мутизм, основной причиной возникновения которых является острый психологический стресс, обуславливающий избегание конфликта бегством в болезнь. Обычно указанные расстройства проявляются внезапно и исчезают также резко. Приступ может длиться на протяжении нескольких дней.

При расстройстве ощущений наблюдается потеря чувствительности кожи в определенных анатомических зонах, полная потеря слуха либо нарушение зрения.

Для диагноза должны быть следующие два критерия: 1) отсутствие физического расстройства, которое могло бы объяснить симптомы; 2) наличие связи во времени между проявлением симптоматики расстройства и стрессовой ситуацией, проблемами; и один из двух следующих: а) полная или частичная утрата способности к произвольным движениям (включая речь); б) различные нарушения координации или атаксия, или неспособность стоять без посторонней помощи.

Среди первых признаков диссоциативных двигательных расстройств – нарушение походки, которое усиливается привлечением внимания на личность.

Трансы и состояния овладения – это психогенные расстройства, при которых проявляется временная потеря, как чувства личностной идентичности, так и осознание окружающего, а поступки субъекта в определенных случаях управляются другой личностью, обусловленные эмоциональными травмами и психическим напряжением, вызванным профессиональной деятельностью, например, в специальном контингенте силовых структур.

Трансы, согласно МКБ-10, характеризуются временным изменением сознания, проявляющегося потерей обычного чувства личной идентичности, сужением осознания непосредственного окружения или необычно узкой и избирательной концентрацией на стимулы окружающей среды и ограничением движений, поз и речи, и повторением их маленького набора. Субъект убежден, что в него вселился дух, сила, божество или другая личность. Состояния овладения и трансы возможны как индуктивные состояния у членов религиозных сект.

Симптомами диссоциативных психических расстройств транса и овладения могут служить произвольность или нежелательность возникновения состояния транса и овладения, затрудняющие повседневную деятельность субъекта.

Соматоформная вегетативная дисфункция эмоциональной, психогенной этиологии. Учитывая, что этиологическими факторами соматоформных вегетативных дисфункций могут быть стрессовые или невротические расстройства, поражения подкорковых структур, постоянное раздражение периферических вегетативных структур, мы коснемся лишь вегетативных дисфункций стрессогенной или невротической этиологии.

Соматоформная вегетативная дисфункция с эмоциональным диссаногенным проявлением психогенной этиологии – это хроническое вегетативное расстройство, которое обусловлено нарушением вегетативной регуляции внутренних органов и систем, не подтверждающееся объективными клиническими исследованиями или органическими изменениями, характеризующееся неприятными телесными ощущениями в области сердца, желудочно-кишечного тракта, головы, и пароксизмальными приступами с выраженной тревогой ожидания, хроническим переживанием тревоги (не менее шести месяцев), смешанным тревожно-депрессивным расстройством, депрессией, фобией, истерией, ипохондрией, которые не связаны с конкретными обстоятельствами.

Соматоформное расстройство характеризуется такими феноменологическими индикаторами общего характера, как тремор, повышенная потливость, учащенное сердцебиение, длительное небольшое повышение температуры, жалобы на расстройство работы какого-либо конкретного органа или системы, неприятное онемение или чувство покалывания, ощущение тяжести, чувство вздутия, тахикардия, аритмия, повышенное или пониженное артериальное давление, боли в животе, тошнота, рвота, одышка, непостоянная боль в суставах, в груди и др., которые достаточно изменчивы, меняющие локализацию, не имеющие клинического подтверждения.

Симптомокомплекс вегетативных расстройств, обусловленный нарушением вегетативной регуляции внутренних органов и систем с эмоциональными, аффективными проявлениями, представляет *«психовегетативный синдром»*, который, согласно МКБ-9, рассматривался как нарушение физиологических функций психогенной этиологии, а, согласно МКБ-10 – как *«соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы»*.

Следовательно, соматоформные расстройства характеризуются симптомами, напоминающими соматические заболевания, но, поскольку, при этом не обнаруживаются структурные патологические нарушения, которые можно было бы отнести к какой-то известной в медицине сомато вегетативной болезни, это свидетельствует о функциональном характере и о психогенном происхождении соматоформных расстройств.

Преимущественное значение в развитии данных нарушений принадлежит состоянию эмоциональной тревожности, обусловленной такими психогенными факторами, как: хронический психогенный дистресс, вызванный нерешением значимых повседневных проблем, неуверенностью в завтрашнем дне, всякого рода личностными и коллективными конфликтами; хроническое психоэмоциональное напряжение; хроническое умственное и физическое перенапряжение; накопление невысказанных обид; утаивание душевной боли.

Еще одно доказательство сказанному представляет собой диагностическая рубрика из МКБ-9 «Нарушение физиологических функций психогенной этиологии», которая, являясь прототипом аналогичных рубрик из МКБ-10 – «Соматоформные расстройства» (F 45) или «Соматоформные вегетативные дисфункции» (F45.3), подтверждает их физиологическую обусловленность.

Предикторами соматоформных дисфункций могут служить:

- 1) беспричинные жалобы на состояние здоровья;
- 2) ощущение дисфункциональных психосоматических расстройств, не обусловленная и не совпадающая с симптоматикой, соответствующей повышенной активности вегетативной нервной системы;
- 3) хроническая тревожность;
- 4) болевые ощущения в различных частях тела;
- 5) беспричинная одышка;
- 6) потливость, тошнота, сухость во рту;
- 7) отсутствие признаков расстройств структуры и функции органов, которыми озабочен субъект.

К соматоформным расстройствам относятся ипохондрические расстройства (F45.2), которые проявляются стойкой убежденностью субъекта в наличии какой-либо болезни, физического дефекта или недостатка, в отсутствии соматических симптомов или физических аномалий, вызывающих постоянные страдания или социальную дезадаптацию, и обусловленные повышенной болезненной мнительностью и тревожностью, при этом субъект отказывается от медицинских заключений в нереальности предъявляемых жалоб.

Ипохондрические расстройства. Интенсивное развитие интеллекта в последнее время предопределило то, что человек стал признавать собственное здоровье относительно значимым, вследствие чего он начал переживать за состояние своего здоровья. Естественно, он периодически стал тревожиться, опасаться относительно своего здоровья, фиксировать внимание на ощущениях в своем теле, анализировать их, порою подозревая в себе наличие каких-то заболеваний. Это нормально, но ненормально то, что, когда человека обследовали, проконсультировали и не выявили никаких нарушений в его психофизиологическом статусе, он продолжает переживать за свое здоровье. Это чаще всего проявляют тревожно-мнительные, нерешительные субъекты, для которых характерно особое беспокойство, чрезмерный страх за свое здоровье, непонятные болезненные ощущения и необоснованный испуг за свою жизнь.

Мнительность, как состояние, сродни тревожности, подозрительности, страху за свое здоровье, посещает, пожалуй, всех. Длится такой *«приступ»* недолго, но если настигает субъекта в какие-то ранимые периоды, когда нервную систему легко расшатать, то может возникнуть, так называемая, *«ипохондрическая предрасположенность»*.

Однако, при повышенной мнительности и тревожности в случае, если они касаются собственного здоровья, речь идет об *ипохондрии*, для которой характерно страдание из-за навязчивой, мнительной идеи о собственном нездоровье. Мнительные субъекты в большей степени пребывают под властью самовнушения мыслей о тяжелом неизлечимом заболевании, а их воображение со временем превращается в *«болезненное»* и люди заражаются от своего же страха.

Следует отметить, что мнительность – это чувство, хотя и относится к свойству психики, не передается по наследству. Никто не рождается мнительным, она формируется в процессе онтогенеза. Чаще всего истоки этого качества нужно искать в детстве с периода проявления долговременной памяти и становления психики: в *период интенсивного когнитивного, речевого и личностно-смыслового развития и направленного на формирование эмоционального поведения; период социализации личности и структурно-функционального становления жизненно важных органов на уровне взрослого организма и период полового созревания и психоэмоциональной неустойчивости.*

Основную роль в формировании чувства мнительности, тревожности, заикленности на своем здоровье играют родители, учителя и близкие. Именно их установки делают будущего субъекта мнительным. Негативные замечания не проходят бесследно. Ребенок, есте-

ственно, больше всего доверяет своим родителям – если они навешивают ярлыки («ты самый некрасивый», «недотепа», «неуч»), к тому же внушают ему мысли о надвигающейся опасности для его здоровья, подозрительность к своим друзьям, недоверчивость к ним, мысли о намерении друзей обидеть его, то, естественно, в нем развивается повышенная тревожность, мнительность, тяготение к нелогичным поступкам, излишняя обидчивость и ревность.

Причиной развития мнительности может явиться негативный опыт: предательство со стороны близких, коллег по работе, подорванное доверие, жизненные неудачи, частые случаи обмана по отношению к субъекту и т. д.

Стало быть, мнительность, тревожность и страх, как причины проявления ипохондрии, не являются свойством организма, передающиеся по наследству, а дефектом в обучении и воспитании этих свойств, генерирующих навязчивые идеи о собственном нездоровье, что служит еще одним доказательством необходимости направленного формирования и поддержания составляющих психики и психического здоровья. Это есть единственный путь саногенного формирования психического здоровья.

Учитывая задачи, решаемые в этой главе, мы дальше не станем рассматривать ипохондрию, как разновидность психической патологии, или которую сопровождают уже имеющиеся изменения психики на фоне основного заболевания, заслуживающей отдельного рассмотрения, а коснемся лишь, так называемой, *«ипохондрической настроенности, предрасположенности»*.

Ипохондрическая настроенность проявляется, как правило, у эмоционально нестабильных людей с тенденцией к чрезмерной фиксации состояния своего здоровья, у субъектов с повышенной раздражительностью, особой чувствительностью к определенным внешним впечатлениям, аффективно значимым для него. Быстрая утомляемость, снижение работоспособности, расстройства сна, эгоцентрическая регуляция эмоциональной деятельности и поведения, пассивность в достижении своих целей, невозможность активно реализовать целый ряд своих претензий и необходимость непрерывно контролировать свое поведение в соответствии с требованиями общества – становятся постоянным источником эмоциональной напряженности субъекта.

Таким образом, определенный дефект в социальном воспитании, обуславливающий одностороннюю, эгоцентрическую ориентацию личности, представляет собой, по существу, один из очень важных факторов риска физиологических, нейropsychических нарушений.

Дело в том, что если ипохондрическая настроенность, проявляющаяся в заикленности и навязчивости идеи о своем здоровье, может служить предиктором развития ипохондрии и других психических нарушений, могущих привести к сомато-психическим расстройствам и болезням, то естественная саногенная настроенность интеллектуального человека, проявляющаяся в периодическом, ненавязчивом слежении за своим здоровьем, за своими ощущениями, функциями органов и систем, за первыми реперами возможных нейропсихических расстройств, может способствовать саногении организма.

Из изложенного важно обратить внимание на то, что мнительность, тревожность и страх признаны как основные факторы развития психического нарушения, в том числе ипохондрии, т. е., психических свойств, формирующихся в онтогенезе, в процессе учебы и воспитания и могут стать причиной психических расстройств. Это, в свою очередь, означает, что дефекты в развитии тех или иных свойств, качеств и процессов психики в онтогенезе могут стать патогенетической основой нейропсихических расстройств.

Сказанное и аксиома о возможности направленного формирования и поддержания психических свойств, качеств и психики в целом, легли в основу концепции механизмов развития нейропсихических расстройств.

Развитие нейро-психогенных нарушений, как предикторов психосоматических расстройств, обусловлено:

1) индивидуальными нервно-психическими особенностями субъекта, предопределяемыми генетически детерминированными нейрофизиологическими блоками, эмоционально-чувственными и частично поведенческим, изменяющимися под влиянием ансамбля факторов среды;

2) дефектами в процессе учебы и воспитания при стихийном формировании личностно-смысловой сферы, чувств, свойств и способностей за счет когнитивного, поведенческого, коммуникативного и личностно-смыслового нейропсихических блоков;

3) действием чрезмерных или затяжных эмоций;

4) уязвимыми периодами психофизиологического развития организма человека.

Концепция базируется на основных принципах и положениях психосанокреатологии и на действиях психогенных факторов, вызывающих эмоционально-обусловленные психогенные нарушения, на аксиоме об онтогенетических структурах, формирующих личностно-смысловую сферу, свойства, способности, которые при стихийном их

становлении часто приобретают диссаногенный характер, становясь психо-патогеннозначимыми.

Согласно вышеуказанной концепции, развитие ипохондрии обусловлено индивидуальными нервно-психическими особенностями у эмоционально-нестабильных субъектов, предопределяемыми генетически детерминированными нейро-физиологическим, эмоционально-чувственным и частично поведенческим нейро-психическими блоками, изменяющихся под влиянием факторов окружающей среды, дефектами в процессе воспитания и учебы при стихийном формировании личностно-смысловой сферы, чувств, свойств и способностей (мнительность, тревожность, подозрительность, страх за свое здоровье, самовнушение), за счет когнитивного, коммуникативного личностно-смыслового и поведенческого нейропсихических блоков при действии затяжных значимых эмоций.

Сообразно этой концепции, предупреждение возможности развития ипохондрии за счет направленного формирования и поддержания таких свойств, качеств, как решительность, уверенность, доверчивость, смелость, умение управлять собой, системный анализ состояния организма, не допуская затяжных и чрезмерных действий эмоций.

Аффективные расстройства настроения. Аффект, согласно Е. П. Ильину (2019), есть не что иное, как сильно выраженная эмоция. А. Г. Фортунатов (1970) писал, что, «если эмоция – это душевное волнение, то аффект – это буря». Любая эмоция может достичь уровня аффекта, если она вызывается сильным или особо значимым для человека стимулом.

Аффект как разновидность эмоции проявляется:

- 1) острым возникновением;
- 2) выраженным интенсивным переживанием;
- 3) сильным и безудержным протеканием;
- 4) снижением сознательного контроля над своими действиями, неспособностью держать себя в пределах общепринятого поведения;
- 5) сужением внимания, которое фокусируется на объекте или субъекте, вызвавшем аффект.

Что касается эмоционального феномена настроения, то, по настоящее время, общепринятое мнение отсутствует. Мы в своих исследованиях базировались на представлении о настроении известного ученого в области эмоций Е. П. Ильина (2019), в соответствии с которым настроение нужно считать не особым видом эмоционального реагирования, а эмоциональным фоном (континуумом), в котором интенсивность может находиться в диапазоне от нуля (полного спокой-

ствия, безразличия, т. е. отсутствия эмоционального реагирования), до максимальной величины эмоционального реагирования (аффекта). В каждый момент времени наше настроение есть либо какая-то эмоция и ее след (радость = хорошее настроение, печаль = плохое настроение), либо эмоциональный тон ощущения (измученные жарой мы пришли в прохладное место – настроение улучшилось) и эмоциональный тон восприятия (слушая бодрую мелодию, можно улучшить настроение), либо отсутствие и того, и другого.

Джонсон-Лейрд и Оутли (1992), полагают, что основу настроений человека составляют четыре базовые эмоции: *счастье, печаль, страх, гнев* и, что эти эмоции, обусловлены не только социальными, психогенными факторами или их ситуациями, но и функциональным состоянием различных мозговых структур, участвующих в регуляции эмоций, их функционального взаимодействия.

Одним словом, аффективные расстройства настроения могут быть обусловлены и непосредственными изменениями гомеостаза функций структур мозга, генерирующих и регулирующих эмоции и взаимоотношения между ними и с другими образованиями мозга, вероятнее всего, имевшие место под влиянием острых или эпизодических повседневных аффектов, но и имевшие место в раннем и подростковом периодах, когда функции этих мозговых структур и их взаимодействия функционально полностью не созрели и окончательно не установились, а последствия аффектов легко фиксировались в долговременной памяти, проявляясь под влиянием психогенных факторов и ситуаций.

Гипомания психогенного происхождения характеризуется повышенным или раздражительным настроением, ускоренным мышлением с облегчением ассоциативных процессов, проявлением идей величия и повышенной двигательной активностью. Она может развиваться после двух-трех эпизодов в прошлом эмоциональных взрывов (аффектов), при токсических психозах, вызвавших церебральные нарушения, может быть, нейроэндокринными факторами, непосредственно связанными с биологическими ритмами или содержанием катехоламинов и серотонина, наркотиками, лекарственными средствами и сохранившиеся не менее четырех дней подряд.

Состояние гипомании не нарушает социальное функционирование человека и не сочетается с психотическими расстройствами.

Для определения гипомании, согласно МКБ-10, необходимо наличие минимум трех симптомов, из числа следующих:

- 1) повышенная активность или физическое беспокойство;
- 2) повышенная говорливость;

- 3) затруднения в сосредоточении внимания или отвлекаемость;
- 4) сниженная потребность во сне;
- 5) повышение сексуальной энергии;
- 6) небольшие кутежи или другие типы безответственного поведения;
- 7) повышенная общительность или фамильярность.

Первыми признаками гипомании могут служить эйфорические взаимоотношения.

Мания с психотическими симптомами психогенного происхождения характеризуется теми же критериями, как и мании без психотических синдромов, но с бредом (обычно грандиозный) или галлюцинациями (обычно голоса, обращающиеся непосредственно к субъекту), чрезмерной двигательной активностью, выраженной вспышкой идей, из-за чего субъект становится недоступным для обычного общения.

Дисфункции и нарушения координации эмоциональных мозговых образований, по всей вероятности, при этом типе расстройств более выражены и охватывают и другие структуры мозга, чем при гипомании.

Наличие бреда или галлюцинации может служить одним из первых симптомов указанной мании.

Депрессивный эпизод – это психическое аффективное расстройство, характеризующееся утомляемостью, снижением энергетичности, заторможенностью, утратой интересов, ухудшением самочувствия и настроения, пессимистическим видением будущего, сопровождаемое соматическими, когнитивными и эмоциональными нарушениями. Он может развиваться, как и маниакальный эпизод, после двух-трех эпизодов в прошлом эмоциональных взрывов, при инфекциях, токсикоинфекциях, органических психозах, на базе церебральных нарушений, главным образом, эмоциональных структур мозга, регулирующих эмоции тревоги, страха, гнева и ярости, и индуцирован нейрогенными факторами, вызывающими эмоции тревоги, страха, гнева и ярости или на базе дефицита катехоламинов и серотонина и др.

Согласно МКБ-10, общими симптомами для депрессивного эпизода, являются следующие восемь, из которых четыре должны быть представлены:

- 1) снижением интересов или снижением удовольствия от деятельности;
- 2) отсутствием реакции на событие или деятельность, которые в норме ее вызывают;
- 3) пробуждением утром за 2 или больше часа до обычного времени;
- 4) депрессией более тяжелой по утрам;

5) объективными свидетельствами заметной психомоторной заторможенности или ажитации (отмеченные или записанные другими лицами);

6) заметным снижением аппетита;

7) заметным снижением либидо.

Начальные явления, которые могут свидетельствовать о развитии депрессивного эпизода – это нарастающая забывчивость и заторможенность.

Депрессивный эпизод легкой тяжести. Критериями для его определения являются не менее двух из следующих трех симптомов:

1) депрессивное настроение ежедневно и не зависящее от ситуации, продолжительностью не менее 2-4 недель; 2) отчетливое снижение интереса и удовольствия от своей деятельности; 3) снижение энергии и повышенная утомляемость. Согласно МКБ-10, дополнительно должно проявляться не менее четырех из следующих семи признаков: 1) снижение уверенности, самооценки; 2) беспричинное чувство вины; 3) повторяющиеся мысли о смерти или суициде; 4) проявления и жалобы на уменьшение способности обдумывать; 5) нарушение психомоторной активности с ажитацией или заторможенностью; 6) нарушение сна; 7) изменение аппетита (повышение или понижение).

Среди первых критериев депрессивного эпизода легкой тяжести может служить заторможенность и снижение интереса или удовольствия от ранее приятной работы.

Тяжелый депрессивный эпизод с психотическими симптомами. Психогенный механизм и этого депрессивного эпизода соответствует общему для депрессивного эпизода. Критерии для его определения соответствуют общим критериям для депрессивного эпизода и дополнительно – ажитация или заторможенность.

Согласно МКБ-10, должны присутствовать любые из следующих: 1) бред или галлюцинации: бред ипохондрического, нигилистического или персекуторного содержания; 2) депрессивный ступор.

Первые критерии этого депрессивного эпизода могут быть теми, что и для депрессивного эпизода легкой тяжести.

Рекуррентное депрессивное расстройство – это психогенное нарушение психики, проявляющееся депрессивными эпизодами, отделяющиеся от предыдущего периода минимум в два месяца, в течение которого не наблюдалось каких-либо значимых аффективных симптомов в виде маний.

К основным агентам, способным спровоцировать рекуррентное депрессивное расстройство, могут быть отнесены психогенные фак-

торы, последствия органических заболеваний. Считается, что первые приступы депрессивных расстройств связаны с диссаногенным влиянием внешних факторов, в то время как повторные эпизоды не обусловлены внешними агентами.

Симптоматика рекуррентного депрессивного расстройства аналогична депрессивному эпизоду: астения, заниженная самооценка, общая подавленность, снижение настроения, расстройство сна, потеря жизненного интереса, необоснованное ощущение вины, ухудшение аппетита, сомнение в собственных силах. Главными симптомами считается наличие периодически повторяющихся приступов депрессии, продолжительностью от двух недель и дольше, с ремиссией от одного до нескольких месяцев. В случае, если в имеющейся симптоматике рекуррентного депрессивного расстройства проявляются и симптомы маниакального эпизода, то диагноз изменяют на биполярное аффективное нарушение.

Биполярное аффективное расстройство – это психогенное биполярное расстройство с преобладанием того или иного полюса маниакально-депрессивной симптоматики: (гипо) маниакальной либо депрессивной фаз примерным равенством фаз. Границы эпизодов определяются переходом в эпизод противоположной полярности или в ремиссию.

Хотя причины и механизмы развития биполярного аффективного расстройства полностью еще не ясны, одним из возможных его механизмов, согласно концепции психогенного развития аффективных расстройств настроения, состоит в дисфункции мозговых структур, генерирующих и регулирующих как эмоции тревоги, страха, ярости и гнева, так и эмоции удовольствия, радости, благожелательства, их реактивность, закрепившихся в памяти, под влиянием 2-3 эмоциональных взрывов в прошлом, а провоцирование дебюта проявления манифестных фаз зависит от психогенных и соматогенных факторов.

О важной роли эмоций в проявлении биполярного аффективного расстройства свидетельствует общепринятое мнение о том, что фактором риска биполярного аффективного расстройства считается эмоциональная неустойчивость, которая выражается в чрезмерных аффективных реакциях на внешние причины, а также спонтанные колебания настроения.

Длительность фаз колеблется от нескольких недель до 1,5 - 2 лет, (гипо) маниакальные фазы в среднем в три раза короче депрессивных, а интерфаз, интермиссии («светлые» промежутки) – от 3 до 7 лет или могут совсем отсутствовать.

Маниакальная фаза обычно проявляется посредством: повышенного настроения (гипертимия), двигательного возбуждения и идеаторно-психического возбуждения (таксипсия), а депрессивная фаза: подавленным настроением (гипотемия), замедленным мышлением (брадипсихия) и двигательной заторможенностью. При выраженной депрессии характерны тяжелые психотические аффекты тоски и тревоги, мучительно переживаемые субъектами, «депрессивный» ступор, анорексия, бредовые идеи, суицидальные мысли, психологические проявления тревоги – ощущение предельного напряжения, тревожное ожидание и тревожное предвосхищение, obsессивная и фобическая симптоматика.

Обязательным критерием диагностики являются как минимум два аффективных эпизода, из которых один должен быть обязательно (типо) маниакальным либо смешанным.

Сравнительное рассмотрение начала развития известных психогенных расстройств показало наличие относительной идентичности их возникновения, поэтому посчитали возможным ограничиться приведёнными выше психогенными расстройствами.

Анализ триггеров развития острых психогенных расстройств показал, что патогенетическими факторами, провоцирующими начало их развития являются чрезмерность эмоционального состояния, проявляющаяся ярко выраженными эмоциями тревоги, страха, паники, ярости, гнева, ужаса, агрессии, мнительности, отчаянием на фоне тревожно-аффективного или тревожно-депрессивного состояния в виде 3-4 эпизодов приступов болезненных ощущений, дискомфорта, неуверенности в своем благополучии, генерирующие первые признаки психогенных нарушений, которые при повторном проявлении аффективного состояния, приобретают стабильный характер.

Следует подчеркнуть, что хотя триггерами развития психогенных расстройств при остром действии факторов и обстоятельств и при хроническом их влиянии являются эмоции тревоги, страха, паники, ярости, гнева, ужаса, агрессии, мнительности, отчаяния на фоне тревожно-аффективного или тревожно-депрессивного состояния, однако из-за интенсивности и продолжительности воздействия и выраженности эмоционально-аффективной реакции, механизмы их становления различны.

Более подробно анализ данных этой, как и других глав осуществлен в разделе настоящего тома *«Трактата о научных и практических основах санокреатологии» – «Вместо эпилога».*

Выводы

1. Триггером острых психогенных расстройств являются психогенные факторы, обуславливающие переживание экстремально-ординарного эмоционального состояния тревоги, страха, ярости, гнева, агрессии, отчаяния, ужаса на фоне тревожно-аффективного или тревожно-депрессивного состояния, в виде 3-4 эпизодов приступов болезненных ощущений, дискомфорта, неуверенности в своем благополучии, генерирующие первые признаки психогенных нарушений, которые при повторном проявлении аффективного состояния, приобретают стабильный характер.

2. При хроническом действии психогенных факторов или обстоятельств, обуславливающих развитие эмоций (тревоги, страха, ярости, гнева, агрессии, мнительности) и оцененных как значимые и опасные для себя и/или мешающие повседневной деятельности и вызывающие перенапряжение функций составляющих компонентов ЭКПЗ-системы, вследствие чего нарушаются установившиеся между ними взаимосвязи, их координация за счет наиболее функционально ослабленных и уязвимых из них, чем и предопределяется специфика и разнообразие вегето-соматической и психогенной симптоматики и доминирование в клинической картине соответствующих признаков расстройств.

3. Психогенные факторы, в отличие от физических и химических, оказывают свое влияние на организм человека лишь после их осознания, как значимые и действуют через психику, провоцируя ощущение опасности, а последствия их влияния на тот или иной орган или систему детерминируется многими условиями, главными из которых являются нервная и душевная неуравновешенность; низкий уровень энергетического потенциала противостоять неблагоприятным воздействиям; перенапряженность функций органа или системы; ослабленность или легкая истощаемость их способности выдержать нагрузку на функцию органа или системы в филогенетически установленных лимитах; высокая реактивность или низкая толерантность; частота и степень функциональной нагрузки на орган или систему, вовлеченных в реализацию функциональной активности ЭКПЗ-системы; дезинтеграция координации их функций за счет наиболее реактивных, функционально ослабленных, уязвимых компонентов системы, чем предопределяется локализация, специфика и разнообразие вегето-соматических и особенности психических нарушений.

4. Наиболее ранними признаками, сигнализирующими о возможном развитии психогенных расстройств при аффективно-эмоциональ-

ных реакциях и относительно хроническом действии психогенных факторов, являются выраженное переживание эмоций тревоги, страха, паники, ярости, агрессии, мнительности, отчаяния; экспрессированная раздражительность, повышенная возбудимость; апатия, общая подавленность, заторможенность, выраженная усталость, сонливость, вялость, снижение работоспособности; эмоциональная неустойчивость, аффективные вспышки, ухудшение самочувствия, настроения, снижение удовольствия от деятельности; расстройства поведения, социальная дезадаптация, нарушение походки, дезориентирование; трудности в концентрации внимания, нарастающая забывчивость; нарушение сна, кошмарные сновидения; болевые ощущения в различных частях тела; повышенная потливость и др., которые должны стать индикаторами для организации превенции психогенных расстройств.

5. Преобладание психических нарушений над другими расстройствами организма человека обусловлено воздействием массовых факторов и ситуаций различной природы, характеризующих жизнь современного общества, которые оцениваются человеком, как значимые и представляющие опасность для себя и других или препятствующие повседневной деятельности, действия которых, из-за невозможности их устранения, вызывают перенапряжение и нарушение функции наиболее функционально ослабленных и менее толерантных компонентов ЭКПЗ-системы и которые в целом манифестируются в виде психогенных расстройств различной локализации.

6. Учитывая множество социальных факторов, оказывающих психодиссано- и психопатогенное влияние на организм человека и работоспособность, в целях превенции психогенных нарушений, сохранения психосаногенности и улучшения психоэмоциональной жизни, целесообразно разработать и принять закон, запрещающий использование в общественной жизни слов, выражений и действий, задевающих честь, благопристойность, достоинство и саногенные нормы поведения.

7. Основным путём предупреждения развития психогенных расстройств является направленное формирование и поддержание психики и психического здоровья, однако до его реализации в жизни, наиболее перспективными способами их превенции представляется: избегание факторов и ситуаций, оцениваемых субъектами как опасные для себя и других и как мешающие повседневной деятельности, самоуправление эмоциями, тренинг социальных добрых отношений, установка и мотивация на здоровье, нервно-мышечная релаксация, медитация, стратегии эмоционально-когнитивного поведения и *coping*, саногенный образ жизни.

5. ПАНДЕМИЯ COVID-19, КАК ПСИХОГЕННЫЙ ФАКТОР. ЕЁ ВЛИЯНИЕ НА ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ.

5.1. Психогенные нарушения, спровоцированные пандемией коронавируса

Пожалуй, лишь начало извержения Йеллоустонской кальдеры могло бы вызвать больше тревоги и страха в обществе, чем пандемия коронавируса, которой Всемирная Организация Здравоохранения 11 февраля 2020 присвоила официальное название COVID-19 („*Coronavirus disease 2019*”), а международный Комитет по таксономии вирусов – возбудителю инфекции «*SARS-CoV-2*».

Пандемия COVID-19, с позиции психосанокреатологии, как и любой другой фактор внешней среды, в случае если субъектом оценена как значимая для его жизни, то она становится психогенным фактором и окажет на него психогенное влияние. А если её воздействие на человека определено как опасно значимое для себя и других или мешающее его повседневной деятельности, то её влияние будет иметь психодиссо- или психопатогенный характер. Это не значит, что все мы станем психически больными при пандемии, однако ситуация повлияет на многих.

Пандемия коронавируса действует в глобальном масштабе уже больше года и, хотя люди в начале восприняли её по-разному – одни со страхом и ужасом, другие – спокойно, третьи – не верили в её серьёзности, а в последствии все её признали особо опасно значимой для жизни человека. При этом, если учесть, что при болезни коронавируса (*Coronavirus disease 2019*), кроме основных клинических проявлений – лихорадка, сухой кашель, одышка и острый респираторный дистресс-синдром, больные испытывают повышенное волнение, тревогу и страх, панику и фобии, то пандемию COVID-19 следует рассматривать как вирусное пандемическое заболевание, ассоциированное с психогенными нарушениями. Кстати, согласно психосанокреатологии, и любые другие инфекционные болезни, если субъект их оценил, как опасные для здоровья или препятствующими повседневное деятельности, то они становятся и факторами психогенных нарушений. Безусловно, пандемия сказалась на эмоциональном состоянии людей, повысилась тревога, появились страхи из-за недостатка информации о её последствиях или противоречивости, страх заболеть или умереть, обострились и существующие до этого проблемы, например, от-

ношения с детьми, нехватка общения с коллегами и друзьями, страх из-за одиночества и др.

Актуальная пандемия протекает на фоне беспрецедентной в человеческой истории усиленной целенаправленной атаки на психику и психическое здоровье, с целью программирования поведения и действий людей за счет их зомбирования, роботизирования, повседневного показа апокалиптических картин, чернухи, мерзости, бандитских разборок, гибридной холодной войны, технологического порабощения (интернет, цифровые технологии), уничтожения понятий истины, традиционной системы семьи и брака, национального патриотизма, размытия морали, привязанности к семье, изгнания из сознания людей их индивидуальности и прочие подобные воздействия, создающие в массовом масштабе общества состояние постоянной тревоги, страха, неуверенности в завтрашнем дне, плюс к этому, неизвестность откуда можно инфицироваться, высокий риск развития осложнений, необходимость сторониться людей усугубляют тревогу и страх, обусловленные пандемией. Очевидно, что все эти факторы являются стрессогенными, в ответ на которые генерируются стрессогенные реакции. Согласно результатам онлайн-опроса, проведенного Норвежским Университетом Регенсбурга Прикладных Наук и Карлтонским Университетом в Оттаве, пандемия особенно негативно сказалась на психическом состоянии людей в возрасте 18-25 лет, в частности, зарегистрирован заметный рост числа случаев с тяжелой депрессией.

С высокой вероятностью следует отметить, что эта психологическая атака, в условиях продолжительного действия пандемии, приведет к истощению психической и физиологической толерантности организма людей к агрессивным воздействиям окружающей среды, вследствие чего неблагоприятные их последствия скажутся в недалеком будущем и будут иметь далеко идущий деструктивный эффект не только на здоровье людей, но и на экономику. Она создала препятствия в развитии экономики и других областей деятельности общества, существенно повлияла на повседневную деятельность людей, на их планы и намерения. Люди стали жить беднее, многие остались без доходов или у них резко сократилась зарплата и расходы на питание.

На данном этапе пандемия изменила стереотип нашей жизни: у многих появились симптомы тревоги, страха, депрессии, люди стали испытывать стресс. У больных коронавирусом, наряду с соматовегетативными клиническими проявлениями – лихорадка, сухой кашель, одышка, острый респираторный дистресс-синдром, проявляются и психогенные расстройства в виде тревоги, страха, панической атаки,

фобии, но эти расстройства только начало нарушений психического состояния, вызванных пандемией.

Согласно концепции развития психогенных расстройств (Фурдуй и др., 2020а, 2020г; Чокинэ и др., 2020), тревога, страх, паника, будущи защитными эмоциями, в случае продолжительного их проявления, провоцируют развитие психогенного стресса, который становится обязательным симптомом осознанной субъектом, пандемии.

5.2. Психогенные нарушения при самоизоляции

Изначальное состояние эйфории, обусловленное отсутствием трудовой деятельности и некоторым отдыхом первых дней самоизоляции, сменилось испытанием тревоги и ипохондрии, фрустрации и депрессии. Кроме того, выявлялись и обсессивно-компульсивные симптомы: частая уборка, мытье продуктов питания, нежелание посещения даже самых близких людей, из-за боязни заразить их, ходить в магазины за продуктами питания. Навязчивые мысли и поведение, частое мытье рук возникают, как правило, не столько от боязни самим заразиться, сколько заразить родителей, детей, близких.

Самоизоляция, как отмечал Eduard Vieta (2020), научный руководитель, заведующий отделением психологии и психиатрии больницы «Clinic de Barcelona», вызвала у 16% пациентов испытание умеренной или сильной тревоги, а у 14% – депрессию. Более того, у части больных наблюдались симптомы обсессивно-компульсивного расстройства. Некоторые отказывались от госпитализации из-за боязни заразиться. Кроме того, согласно его заявлению, значительная часть людей страдает от агорафобии, боится выйти на улицу или испытывает проблемы со сном.

Наряду с главными психогенными признаками пандемии – тревога, страх, психогенный стресс, люди переживают расстройства сна. Самоизоляция, сопровождаемая изменением распорядка дня и выработкой нового режима деятельности, тревога и страх, вызывают нарушение сна. Он становится поверхностным, беспокойным, с частым просыпанием, трудным засыпанием, из-за чего сокращается выработка мелатонина.

Психогенные расстройства в виде тревоги, страха, паники, фобии на фоне тяжелой соматовегетативной симптоматики (лихорадка, сухой кашель, одышка) с развитием дыхательной недостаточности, становятся стрессогенными факторами, определяющими состояние психогенного стресса. Указанная симптоматика и пандемическая ситу-

ация как таковые, если оцениваются людьми как опасно значимые для жизнедеятельности своей и других и мешающие повседневной деятельности, то они приобретают коннотацию стрессогенных факторов.

Психогенными критериями психогенного хронического стресса у этих пациентов, являются неспецифические реакции на любые угрожающие факторы:

- раздражительность, агрессивность, расторможенность, мышечная возбудимость;
- снижение продуктивности и трудоспособности;
- переживание тревоги, страха, паники, фобий;
- трудности сосредоточиться, снижение внимания;
- нарушение социальных взаимоотношений;
- девиантное поведение;
- фрустрация;
- учащенное сердцебиения или колебания сердцебиения и дыхания;
- ухудшение общего состояния организма наступает при наличие сопутствующих заболеваний.

Чаще всего коморбидными соматическими заболеваниями при психогенном хроническом стрессе при пандемии являются артериальная гипертония, заболевания сердца, диабет, лишний вес. Наиболее часто психогенный стресс проявляется у медицинских работников, которые ежедневно сталкиваются с потоком пациентов, подвергая себя риску заражения, вынуждены работать в условиях высоких психофизиологических нагрузок и сменного графика, что негативно сказывается на их общем здоровье и когнитивном функционировании. Это состояние усугубляется и тем, что они сталкиваются с массовой смертностью и с условиями, когда привычные методы оздоровления не работают. На них давит и груз моральной ответственности. Этим объясняется, то, что среди медицинских работников практически повсеместно встречается, так называемый, синдром эмоционального выгорания (*work-related burnout syndrome*), являющийся критическим фактором развития патологических реакций. Этот синдром выгорания (*ICD-10: Z73 Problems Related to Life Management Difficulty*) проявляется состоянием деморализации, разочарования и крайней усталости и обусловлен высокой интенсивностью работы, быстрым расходом ресурсов и сложности их восстановления при пандемии или в условиях конкуренции.

Основными признаками эмоционального выгорания являются:

- постоянное чувство моральной и физической усталости, утомляемости, истощения;

- колебания артериального давления, деятельности сердечнососудистой и пищеварительной систем и головные боли;
- пренебрежительное отношение к работе;
- раздражительность, вспышка гнева по отношению к коллегам, агрессия;
- ощущение одиночества, недооценка себя как личность;
- состояние тревоги, депрессия, чувство вины, ощущение бессмысленности происходящих событий.

Кстати, уровень оснащения оборудованием, лекарственными препаратами, расходными материалами не гарантируют безопасность для медицинских работников.

Развитию состояния стресса в обществе при пандемии способствует неизвестность того, как можно самому заразиться, или кто представляет опасность инфицироваться, а также широкое распространение в обществе всякого рода конспирологических и лженаучных идей, на волне всеобщего волнения и отсутствия сформированной общественной мировоззренческой парадигмы.

В МКБ-10 выделяют острую стрессовую реакцию (*ICD-10: F43.0 Acute stress reaction; DSM-V: 308.3*), которая длится от нескольких дней и проявляется растерянностью, дезориентацией, оглушением; на поздних этапах проявляется паническая ажитация, ступор, часто наблюдается частичная или полная амнезия.

У части людей, лишившихся места работы, не имевших финансовых ресурсов для содержания семьи или внезапно потерявших близких людей, в условиях пандемии, когда невозможно организовать прощание с ними в соответствии с традициями, в первые дни, после возникновения тяжелых для решения проблем, развивается острое стрессовое расстройство, которое длится от 3 дней до 1 месяца. Признаки острого стресса возникают после того, как человек осознал невозможность решить волнующие его проблемы, а сама проблема возникла неожиданно, неожиданно.

Основными признаками острого стресса являются:

- острое, внезапное проявление какой-то травмирующей проблемы, решение которой затруднено или невозможно на данный момент;
- выраженное беспокойство, обусловленное навязчивыми мыслями или травматическими воспоминаниями;
- ярко выраженная раздражительность, нелюдимость;
- нарушение сна и тревожные сны;
- при активации воспоминаний, человек испытывает наплыв переживаний прошедших событий;

- избегающее поведение событий, мест или людей, вызывающих воспоминание о пережитых событиях;
- сниженное настроение и скачкообразное его изменение;
- трудности в концентрации внимания;
- состояние тревоги, страха;
- головные боли, высокая чувствительность к свету и звукам.

Если учесть роль предрасполагающих и детерминирующих факторов развития психогенных расстройств (острый стресс, хронический стресс, индивидуальные генетические и физиологические особенности, воспитание черт характера и др.), на фоне установленного бразильскими учеными факта о том, что COVID-19 атакует клетки центральной нервной системы, в частности, повреждаются клетки коры мозга, то имеется большая вероятность проявления посттравматического стресса спустя определенное время после событий, обусловивших развитие стресса.

Хотя и острый, и хронический, и посттравматический стресс в первоначальном периоде развития, их симптоматика существенно не различается (*ICD-10: F43.10 Post-traumatic stress disorder, unspecified; F43.11 Post-traumatic stress disorder, acute; F43.12. Post-traumatic stress disorder, chronic*), дифференциальной диагностической оценкой может служить их временная категория: острый стресс длится не более одного месяца, симптоматика хронического стресса сохраняется месяцами, а посттравматического – годами. Кроме того, при диагностике психогенного острого стресса необходимо учесть общее количество симптомов, особенно психогенной природы, тогда как для хронического и посттравматического следует учесть соматические, эмоциональные и поведенческие симптомы, их тяжесть и последствия на социальную деятельность. Посттравматический стресс, наряду с симптоматикой острого стресса, характеризуется признаками, схожими с депрессией: чувство отчуждения, самоизоляция, потеря интереса к ранее любимым занятиям, девиантное поведение, включая попытки преодоления страдания за счет алкоголя, наркотических веществ и др., негативные мысли о мире, о себе и пр. Важным различием между хроническим и посттравматическим стрессом является также усугубление, для последних диссоциативных процессов, психической деятельности в виде парамнезий, деперсонализации, дереализации, чем затрудняется осуществление терапии.

Следует иметь в виду, что согласно ICD-10 и DSM-V (309.81), до половины субъектов с диагностированным посттравматическим стрессом, ранее страдали от острого стресса.

Самоизолирование при пандемии коронавируса привело также к росту числа случаев депрессии среди населения, особенно в возрастной группе 18-25 лет, установленные при онлайн-опросе. Большинство пациентов с коронавирусом переживают состояние депрессии. Обнаружено, что состояние депрессии переживают, также большинство людей, которые стали свидетелями, как протекает болезнь у других лиц: они теряют веру и уверенность в завтрашнем дне, утрачивают способность получать удовольствие, настроение их подавлено и они впадают в угнетенное психическое состояние с нарушением концентрации внимания и двигательной заторможенностью.

В связи с тем, что понятие «*депрессия*» часто используется для описания плохого, подавленного настроения, являющегося следствием различных повседневных неприятностей, для такого состояния мы считаем, что более адекватно подходит понятие «*диссаногенное состояние*», обусловленное диссаногенными эмоциями, и оно, в отличие от депрессии, характеризуется тем, что:

- проявляется в виде вспышек, провоцируемых, как правило, краткосрочными действиями относительно опасных факторов или кратковременными препятствиями повседневной деятельности;
- диссаногенное (подавленное) настроение отступает после устранения провоцирующего фактора;
- не сопровождается устойчивым чувством никчемности, потерей интереса к жизни и привычной деятельности;
- обычно длится кратковременными периодами на протяжении двух-трех дней, а не двух и более недель, как депрессия.

Диссаногенное состояние стало одним из характерных признаков, как для людей, долго находящихся в самоизоляции, так и для людей, переболевших коронавирусом.

Для пандемии коронавируса психогенные расстройства характеризуются не только стрессогенными расстройствами, диссаногенным состоянием психического здоровья, но и проблемой депрессий. Чтобы составить адекватное представление о широком распространении депрессий, укажем на то, что официально, согласно DSM-IV, униполярная депрессия представлена многочисленными формами: большое депрессивное расстройство (клиническая депрессия), малая, атипичная, постнатальная, рекуррентная и дистимия, не говоря об иных депрессивных нарушениях (DS-NOS), обозначаемых кодом 311 (это те, которые не соответствуют критериям официального диагноза) и о биполярных депрессиях.

Мы исследовали рекуррентную скоротечную депрессию (*Recurrent brief depression, RBD*), которая отличается от большого депрессивно-

го расстройства преимущественно продолжительностью. Субъекты с *RBD* испытывают депрессивные эпизоды примерно раз в месяц, с отдельными эпизодами, длящимися менее двух недель, а обычно – менее 2-3 дней.

Нами было обнаружено, что депрессия чаще всего изначально проявляется в виде ощущения слабовыраженных сигналов в плане сна, раздражительности, отказа или нежелания нормально выполнять свои обязанности. Если эти симптомы в течение где-то двух недель усиливаются, то обычно это свидетельствует о начале развития депрессии, хотя полностью она проявится спустя месяц или позже. Средняя продолжительность составляет от 2 до 6 месяцев, но у части пациентов депрессия приобретает хронический характер.

Считается, что депрессия является наиболее распространенным психическим расстройством и что ею страдает каждый десятый в возрасте старше 40 лет, две трети – женщины, а среди лиц старше 65 лет – встречается в 3 раза чаще. По данным Всемирной Организации Здравоохранения депрессия является причиной подростковой заболеваемости и нетрудоспособности.

Депрессия вызывает когнитивные, психомоторные и другие типы дисфункций – нарушение концентрации внимания, повышенная утомляемость, снижение либидо, потеря интереса, отсутствие удовольствия от деятельности, ранее приносившей радость, снижение иммунитета и др.

Как показали наши исследования, определение случаев депрессии затруднено тем, что обычно пациенты стараются умолчать симптомы депрессии. Критерии диагностики разделяются на основные (типичные) и дополнительные.

К *типичным* (основным) критериям (симптомам) депрессии относятся:

- подавленное настроение, независимое от обстоятельств на протяжении от двух недель и более;
- потеря интереса или удовольствия от ранее приятной деятельности;

- выраженная утомляемость не менее двух недель.

Дополнительными симптомами являются:

- пессимизм;
- чувство тревоги и страха, вины;
- заниженная самооценка;
- снижение способности концентрировать внимание или мыслить;
- бессонница или гиперсомния;

- чувство бесполезности;
- психомоторное возбуждение или заторможенность.

Для диагностики депрессии, согласно диагностическим критериям DSM-IV-TR, на протяжении 2-х недель должны присутствовать 5 или более из 9 дополнительных симптомов, один или два из которых должны представлять основные критерии (депрессивное, подавленное настроение и/или утрата интересов или удовольствия).

Чаще всего при развитии депрессии первоначально ощущаются слабовыраженные сигналы в виде проблем со сном, раздражительность, отказ от нормального выполнения своих обязанностей. Если эти симптомы в течение двух недель усиливаются, то обычно это свидетельствует о начале или рецидиве депрессии.

Депрессия сопровождается когнитивными, психомоторными и другими типами дисфункций – нарушением концентрации внимания, повышением утомляемости, снижением либидо, потерей интереса, отсутствием удовольствия от деятельности, ранее приносящей радость, снижением иммунитета и др. Было установлено, что субъекты, страдающие депрессией, как правило, это люди с низкой самооценкой, невысокого мнения об окружающих и неясно видящих свою перспективу. Для них характерна двигательная замедленность, идеаторная заторможенность, тоскливое настроение, фиксированность на теме утраты близких, крушение надежд, разрыв социальных отношений. Онлайн-опрос показал, что каждый второй, переживший тяжелую форму коронавируса, страдает депрессией, а среди лиц старше 65 лет – каждый страдал депрессией. Более тяжело депрессия протекает у пациентов с гипотиреозом, ишемической болезнью сердца, с онкологической патологией и др.

Инфицирование SARS-CoV-2 может клинически проявляться и неврологической симптоматикой, которая может совпадать, либо предшествовать легочным проявлениям и лихорадке. Рецепторы ангиотензинпревращающего фермента II типа (ACE2) представлены в ЦНС, в связи с чем, нельзя исключить возможность непосредственного его поражения вирусом SARS-CoV-2. Наиболее часто описываемыми неспецифическими неврологическими симптомами являются головная боль, миалгия, головокружение и усталость. В ретроспективном исследовании 214 госпитализированных пациентов с COVID-19 в Уханьской больнице, 36,4% имели тот или иной тип неврологических проявлений, классифицированных как поражение ЦНС (24,8%), периферической (10,7%) и опорно-двигательной (10,7%) системы (Guan et al., 2020; Mao et al., 2020).

У людей с COVID-19, даже при отсутствии синусита и заложенности носа, проявляются расстройства обоняния и вкуса. Наиболее частыми симптомами были anosmia, кашель, миалгия и потеря аппетита. В исследовании Mao et al. (2020) у 15% пациентов с тяжелой формой COVID-19 наблюдались изменения уровня сознания, по сравнению с 2,4% пациентов с легкой формой заболевания. Энцефалопатия, связанная с COVID-19, может быть вызвана токсическими и метаболическими причинами, а также действием гипоксии. Пациенты, с повышенным артериальным давлением вместе с наличием тромбоцитопении и нарушением свертываемости крови, по-видимому, имеют более высокий риск развития как ишемического, так и геморрагического инсульта.

5.3. Психогенные и вегето-соматические нарушения у больных коронавирусом

При госпитализации пациентов с SARS-CoV-2 было установлено, что острый тяжелый респираторный синдром чаще всего развивающийся через неделю после появления симптомов, может привести к летальному исходу. Общая смертность оценивается 5-8% и обусловлена дыхательной недостаточностью с гипоксией или полиорганной недостаточностью. У части пациентов проявляется тяжелый синдром системного воспалительного ответа, возможно обусловленный высвобождением цитокинов, и напоминающий гемофагоцитарный лимфогистиоцитоз, вызванный другими инфекциями.

Психогенный стресс и депрессия у больных коронавирусом, причиной развития которых была самоизоляция, обусловленная пандемией, на наш взгляд, способствуют облегчению инфицирования организма вирусом SARS-CoV-2 и утяжелению течения болезненного процесса. Подтверждением сказанному служат научные данные исследователей из Сычуаньского Университета, Каролинского Института и Университета Исландии о том, что психические расстройства повышают риск заражения, тяжелого течения и смерти от SARS-CoV-2. На базе изучения 50815 человек с психическими расстройствами было показано, что психические проблемы могут приводить к изменению иммунных реакций, поведения и неспособности применять стратегию смягчения последствий пандемии. Наиболее опасной в плане заражения, тяжелого течения и смерти при коронавирусе, является депрессия.

Считается, что у большинства людей инфекция протекает в легкой форме или бессимптомно – по разным данным так её переносят 50-70% заразившихся.

Вирус SARS-CoV-2, попадает в организм через эпителий верхних дыхательных путей и эпителиоциты желудка и кишечника. SARS-CoV-2 – это бетакоронавирус, который содержит одну позитивную нить РНК. Его геном включает в себя специфические элементы, способствующие репликации вируса и образованию необходимых структурных белков. В организме он связывается с рецептором ангиотензинпревращающего фермента II (ACE2) и проникает в клетки, экспрессирующие этот рецептор. Рецептор ACE2 присутствует в альвеолах нижних дыхательных путей, которые являются главной мишенью сосудистых эндотелиальных клеток, почек, гладкой мускулатуры. После связывания происходит изменение поверхностного гликопротеина S, одного из четырех структурных белков (белок оболочки E, мембранный M-белок и нуклеокапсидный N-белок), необходимых для сборки и инфекционной способности SARS-CoV-2. Этот белок облегчает слияние оболочки SARS-CoV-2 с мембранной инфицированной клетки и проникновение геномной РНК во внутриклеточное пространство. Оказавшись внутри клетки, активируется процесс трансляции полипротеина, который, в свою очередь, расщепляется протеолизом на второстепенные белки до образования ряда неструктурных белков вирусного транскриптазно-репликационного комплекса. Это очень динамичный процесс, в котором РНК-полимеразы синтезируют субгеномную м-РНК, которая, в свою очередь, переводится в вирусные белки. Окончательная сборка геномной РНК и основных вирусных белков вирионов осуществляется в эндоплазматическом ретикулуме и аппарате Гольджи. Вирионы транспортируются в везикулах, и, наконец, высвобождаются для заражения других клеток в новом цикле.

Средний период инкубации составляет 5 дней (минимум 3, максимум 14 дней). У некоторых людей болезнь протекает с нормальной температурой или её кратковременным подъемом в течение 1-2 дней до 38°C, у других – кашель и насморк появляется сразу, у третьих – проявляется общей слабостью, болями в мышцах, с присоединением одышки на второй неделе. Эта несхожесть симптоматики в первые дни инфекции организма, на наш взгляд, зависит, как будет показано ниже, от степени экспрессирования генетически закрепленной защитной реакции организма при действии агрессивных факторов среды и иммунной системы.

На первой неделе болезни вирус активно мультиплицируется: его количество зависит от начальной дозы, полученной при заражении и от выработки интерферона, которая нередко происходит отсрочено, ближе к концу первой – началу второй недели заболевания. Это ведет к за-

паздалому ответу иммунной системы. Она начинает реагировать, когда вирус уже размножился, причем, не только в легких. В это время происходит мощный запуск синтеза интерферона, что ведет к искаженному ответу иммунной системы, вследствие чего возникают тяжелые поражения легких. Повреждаются эндотелии кровеносных сосудов, что провоцирует тромбообразование. По истечению первой недели, когда прекращается бурная репликация вируса и остаются лишь фрагменты вируса – отдельные белки и его РНК, которые чаще всего вызывают искаженную иммунную гиперреакцию, проявляющуюся сильнейшим воспалением и тяжелым осложнением. Эту чрезмерную реакцию можно подавить за счет препаратов, снижающих иммунитет и воспаление.

Чтобы перенести инфекцию в легкой форме, важно не только избежать иммунного взрыва на втором этапе болезни, но и успешно справиться со встречей коронавируса на первом этапе. Уже во время фазы репликации, у пациента могут наблюдаться легкие симптомы в результате воздействия вируса и врожденного иммунного ответа. Вовлечение нижних дыхательных путей происходит тогда, когда иммунная система не в состоянии остановить распространение и репликацию вируса, а респираторные симптомы возникают в результате цитопатического воздействия вируса на клетки легких.

Клиническими проявлениями COVID-19 являются тревога, страх, фобия, паника, слабость, боль в мышцах, боль в горле, боль в груди, тошнота, рвота, миалгия и аносмия. Если психогенные симптомы (тревога, страх, фобия, паника, нарушение сна) встречаются у подавляющего большинства больных коронавирусом, то частота вегетосоматической симптоматики чаще всего проявлялась у больных в следующих пропорциях:

- повышение температуры выше 37,5°C – у 90%;
- нарушение обоняния и вкуса – у 50%;
- слабость, утомляемость – у 40%;
- кашель – у 40%;
- одышка – у 30%;
- головная боль – у 20%;
- боль в горле – у 10%;
- расстройство пищеварения и нарушения стула – у 10%.

Указанная симптоматика появляется в период от 2 до 12 дней после заражения. У большинства больных (≈95%) это происходит в диапазоне от 2 до 6 дней.

Если анализировать этиогенез и клиническую симптоматику COVID-19 через призму концепции о механизме развития заболе-

ваний, вызванных действием факторов, оцененных субъектами, как опасные или мешающие поведенческой деятельности, согласно которому ответные реакции на их воздействие первоначально имеют защитную функцию и лишь впоследствии проявляются специфические для воздействующего агента адаптивные или патологические реакции, то становится очевидным, что эта последовательность реакций организма на вирусную инфекцию была обусловлена процессом эволюции человека в условиях постоянной встречи и контакта с различными факторами окружающей среды, многие из которых оказывали отрицательное влияние на состояние их организма, затрудняя тем самым, борьбу за существование. Естественный отбор отсекал субъектов, которые не могли справиться с опасностями и выдержать прессинг окружающей среды. Продолжали существовать и производить потомство только те субъекты, которые обладали способностями противостоять этим действиям среды обитания.

Преимущество в выживании имели те организмы, которые обладали способностями оперативно мобилизовать физиологические, биохимические и физические ресурсы на защиту от неблагоприятных факторов среды обитания. Эти способности проявлялись за счет набора неспецифических, генерализованных защитных реакций со своими особенностями экстерииоризации при действии внутренних и внешних факторов. Они генерируются перенапряжением функций жизненно важных органов и систем, срочно вовлекаемых в обеспечение сохранения целостности и функциональности организма. При действии внутренних неблагоприятных факторов, защитные реакции обусловлены за счет перенапряжения функций вегетативных органов и тканей, обеспечивающих повышение иммунореактивности, изоляцию или устранение действующего чужеродного агента, а при действии агрессивных внешних факторов, защитные реакции генерируются, в первую очередь, перенапряжением функций сомато-вегетативных органов и психики, активность которых обеспечивает избегание, устранение опасного фактора, фрустрацию или адаптацию к нему. Эти реакции проявили себя как особо важные для обеспечения самозащиты организма человека от ансамбля неблагоприятных факторов и ситуаций среды обитания, т. е. они были биологически оправданы и, естественно, стали передаваться по наследству, и в условиях постоянной встречи и контакта человека с многочисленными агрессивными факторами окружающей среды, закрепились, как одно из основных неотъемлемых свойств организма человека. Поэтому при действии на организм какого-либо фактора, оцененного субъектом как опасный,

автоматически срабатывает механизм проявления защитных реакций. Проявление защитных реакций даже у больных с тяжелыми инфекционными заболеваниями отметили и китайские ученые Mao L., Sin H., Wang M. et al., (2020) у больных коронавирусом: у тяжелых пациентов лихорадка встречалась у 45,5% больных (против 75% с легкой формы болезни), сухой кашель – у 34,1% (против 61,1% с легкой формой). Кстати, эти же защитные реакции при продолжительном действии неблагоприятных факторов выполняют роль предикторов возможного развития патогений.

5.4. Концепция механизмов развития патологических расстройств, соматогенного и психогенного стресса при коронавирусной инфекции

На базе вышеуказанного эволюционно закрепленного механизма первостепенного проявления защитных реакций, с учетом особой роли иммунореактивности и экспрессии рецепторов ангиотензин-превращающего фермента II при инвазии клеток вирусом SARS-CoV-2 и его репликации, а также данных о вредных последствиях влияния ангиотензина II, была разработана *концепция развития патологических нарушений, вызванных коронавирусом*.

Согласно этой концепции, первичная реакция организма на воздействие соматогенных агрессивных факторов среды проявляется филогенетически закрепленной неспецифическими защитными реакциями, которые при действии внутренних агентов (инфекция) экстериоризируются в виде фагоцитоза, стресс-синдромом на уровне соматических органов и физиологических систем, состоянием дискомфорта, лихорадкой, кашлем, заложенностью носа, за которой следует дальнейшая инвазия и развитие патологических процессов под влиянием вируса SARS-CoV-2, предопределяемые выраженностью иммунореактивности и степенью экспрессии рецепторов ACE2 клеточных мембран альвеолоцитов нижних дыхательных путей, являющихся главной мишенью вируса, который посредством поверхностных гликопротеидов оболочки вируса прикрепляется к рецепторам с последующим проникновением геномной РНК во внутреннее пространство клеток экспрессирующих рецептор ACE2, где в эндотелиальном ретикулуме и аппарате Гольджи происходит его репликация, нарушая, в первую очередь, функцию легких. SARS-CoV-2 размножается в пневмоцитах, вызывает образование диффузного интерстициального и альвеолярного воспалительного экссудата, а при более тяжелых фор-

мах – образование пленок, поэтому газообмен в альвеолах выражено нарушается. После поражения клеток легких вирус распространяется по всему организму, поражая сосудистые эндотелиальные клетки органов, содержащие соответствующие рецепторы (почки, гладкая мускулатура, мозг), макрофаги, астроциты и микроглию, а глиальные клетки способны секретировать провоспалительные факторы (интерлейкины 6, 12, 15, фактор некроза опухоли-альфа), чем мультиплицируются вредные эффекты ангиотензина и высвободившихся цитокинов, проявляющиеся в клинической картине симптомами, рефлектирующими степень поражения соответствующих органов, или в виде системного гипервоспаления, или полиорганной недостаточности. Все эти диссано- и патогенные нарушения являются признаками соматогенного стресса.

Психогенный стресс и психогенные нарушения возникают с момента, когда субъект осознал, что инфекция представляет опасность для себя и близких и проявляется в дальнейшем на всем протяжении коронавирусной болезни и даже после соматовегетативного выздоровления.

Указанная концепция о физиологических и психических механизмах развития коронавирусной инфекции и её патологических последствиях, её патогенических звеньях, о формировании симптоматики болезни, но и указывает причины высокой уязвимости к инфекции SARS-CoV-2 пациентов с артериальной гипертонией и сахарным диабетом (повышенный уровень ангиотензина II).

С позиции указанной концепции, клинические проявления болезни коронавируса SARS-CoV-2 – лихорадка, сухой кашель, одышка, острый респираторный дистресс-синдром, тревога, страх, фобия и др., как и любого другого заболевания, обусловленного первичным действием соматогенных факторов среды, следует отдифференцировать на:

1) симптоматику, рефлектирующую защитные реакции (в нашем случае), лихорадка, сухой кашель, фагоцитоз, тревога, страх, паника, фобия;

2) симптоматику, отражающую развитие соматогенного стресса обусловленного коронавирусом, одышка и острый респираторный синдром, атония, идеаторная заторможенность, боль в мышцах, обусловленные связыванием SARS-CoV-2 с рецепторами ангиотензин-превращающего фермента II – ACE2, проникновением его в клетки нижних дыхательных путей и проникновением геномной РНК во внутриклеточные пространства, нарушая их специфическую функцию;

3) симптоматика, рефлектирующая развитие психогенного стресса – страх, паника, фобий, потеря уверенности в завтрашнем дне,

идеаторная заторможенность, психо-вегето-соматические нарушения, эмоциональное выгорание;

4) полиорганная недостаточность, детерминированная системным гипервоспалением, наблюдаемое у некоторых больных, обусловленная тем, что иммунная система, не будучи в состоянии остановить распространение и репликацию вируса, из-за чего он поражает и ЦНС, периферические и опорно-двигательные органы, вследствие чего увеличивается выделение количества цитокинов, являющихся причиной системного гипервоспаления.

По наличию и выраженности составляющих компонентов клинической симптоматики, можно оценить тяжесть заболевания.

Следует указать, что у части пациентов были отмечены минимальные клинические проявления или их полное отсутствие, так называемая, «*толерантность к инфекции*». Причиной этого может быть:

1) генетические и метаболические индивидуальные особенности, препятствующие прикреплению вируса с рецептором ACE2, через который вирус попадает в клетку, где происходит его репликация; подобные казусы проявляются и при невозможности отдельных субъектов заразиться ВИЧ инфекцией;

2) хорошо развитый врожденный иммунитет, в частности, на начальном этапе действия вируса, выработка белка интерферона проявляется, но если интерферон синтезируется в большом количестве, то SARS-CoV-2 не способен его подавлять;

3) кросс-иммунитет, выработанный вследствие действия возбудителей сезонных простуд, чем подавляется инфекция на начальном этапе действия вируса.

5.5. Концепция и меры по реабилитации функций органов и систем, вовлекаемых в развитие патологических процессов при коронавирусной инфекции

В соответствии с вышеуказанной концепцией, реабилитация пациентов, болевших коронавирусом, должна быть направлена на восстановление и стабилизацию, главным образом, функций иммунной и дыхательной систем, психического и общего состояния здоровья организма.

Реабилитация лучше всего должна проводиться сразу после того, как пациент получил отрицательный результат анализа на коронавирус и выписался из больницы. Ранняя реабилитация позволит быстрее и с лучшим исходом разрешить проблемы своего здоровья, в том числе восстановить поврежденные фиброзом ткани легких.

Обязательным условием для успеха реабилитации, как и для поддержания здоровья своего организма, является высокая мотивация и сила воли по восстановлению общего состояния организма.

Задача реабилитации состоит не только в улучшении и восстановлении функционального состояния органов, вовлеченных в развитие коронавирусной болезни, восстановлении психического состояния, но и в улучшении качества жизни и помощи пациентам вернуться к прежнему образу жизни.

Реабилитацию психогенных нарушений следует осуществить психо- и социотерапией, а при более тяжелых случаях и общеукрепляющими способами. Однако самоизлечение может спонтанно купировать психогенные нарушения, в частности, когда они носят легкий характер.

Если психогенные нарушения являются следствием соматогенных расстройств, то реабилитация должна быть направлена на купирование причин наблюдаемого состояния. В случае суицидальной тенденции может быть эффективным применение антидепрессантов.

Пациентов, которые стесняются факта наличия психогенных нарушений, необходимо убедить в том, что психогенные расстройства, вызванные коронавирусом, не отражают изменения их характера и что прогноз психического состояния в результате реабилитации благополучен, что вселит уверенность в себе. Также важно убедить пациента в необходимости повседневной социальной активности с тем, чтобы это стало желанием самого пациента.

Наиболее эффективными психотерапевтическими методами реабилитации могут быть когнитивно-поведенческая и межличностная терапия.

Когнитивно-поведенческая психотерапия позволяет идентифицировать когнитивные искажения, вызванные коронавирусной инфекцией, излишние и пессимистические мысли, препятствующие потенциальной полезной активности. Ею возможно уменьшить выраженность тревоги, страха, фобий, негативных представлений человека о себе, окружающем мире и будущем. Межличностная терапия помогает пациентам ставить задачу повышения активности, тренировки самообладания, избегания неприятной деятельности, диминуации психогенных нарушений, приобретения социальной компетенции. Эффективность указанных психотерапий резко повышается при их сочетании.

Эффективен и метод снятия собственными усилиями психического напряжения – аутогенная тренировка, метод *Resolving Grief*, разработанный *Steve* и *Conniral Andreas* и др.

Техника утилизации указанных и других методов психотерапии описана в этом томе Трактата о научных и практических основах санокреатологии.

Обладает антидепрессивными и антистрессовыми действиями пищевая добавка – омега 3 в дозе 1-2 г один раз в день.

Реабилитация психогенных нарушений должна обеспечить не только восстановление психического состояния пациента, но и способствовать анализу жизненной его деятельности, найти новую мотивацию жизни, социализации, переоценки духовных и жизненных ценностей через призму психосанокреатологии.

Существующая практика диагностики COVID-19, основанная на эпидемиологическом анализе, клинических проявлениях и подтверждении инфекции SARS-CoV-2 (RT-PCR), показала себя достаточно эффективной, быстрой в реальном времени.

В целях научной организации реабилитации пациентов, болевших коронавирусом, была разработана соответствующая концепция, которая базируется на системе взглядов о механизме развития патологических процессов и расстройств функций при коронавирусной инфекции и предусматривает проведение реабилитационных действий, направленных на восстановление и стабилизацию функций органов и систем, детерминирующих развитие соответствующих патологических процессов, рефлектирующихся в клинической симптоматике.

Выводы

1. Пандемия COVID-19 после того, как обществом она была осознана опасной для себя и других, мешающей повседневной жизни, приобрела коннотацию психодиссано- и психопатогенного фактора, вследствие чего коронавирусная инфекция, стала оказывать патогенное влияние не только на соматовегетативные органы и системы, но и на психику и психическое здоровье.

2. Основными реактивными психогенными состояниями, обусловленными пандемией коронавируса, являются высокая эмоциональная тревожность, острые стрессогенные расстройства, эмоциональное выгорание, посттравматические стрессовые расстройства, депрессивное состояние.

3. Пандемия COVID-19 оказала свое неблагоприятное влияние и на социальное здоровье, нарушив сложившиеся в предыдущее время межличностные социальные отношения и стереотип жизнедеятельности, ухудшив организацию культурных и спортивных мероприя-

тий, качество жизни людей, усугубив тревожное состояние и неуверенность в завтрашнем дне, что обусловило подавление настроения общества, испытание им недовольства, усиление раздражительности, стрессогенности и общей напряженности людей, за которыми следует агрессия, могущая стать пусковым механизмом расстройства ритуального социального поведения.

4. Сложная эпидемиологическая ситуация, высокая профессиональная нагрузка, стрессогенная эмоциональная атмосфера, с которыми ежедневно сталкиваются медицинские работники, стали причиной развития у них синдрома эмоционального выгорания с последующим возможным возникновением психосоматических расстройств.

5. Развитие и закрепление в памяти психогенных нарушений, обусловленных пандемией коронавируса, оказывающих негативное влияние на качество жизни, межличностные отношения и трудовую деятельность, становятся факторами риска возникновения новых или обострения существующих психических расстройств.

6. Патологию коронавируса следует лечить не только как инфекционную и соматовегетативную болезнь, но и как психогенные расстройства.

7. На базе концепции об эволюционном закреплении механизмов первичного проявления защитных реакций при действии факторов, оцененных человеком опасными для себя и других, разработано научное представление о развитии патологических расстройств при коронавирусной инфекции, согласно которому при действии внутриорганизменного агрессивного агента (инфекции), первичное проявление защитных реакций экстериоризируется в виде фагоцитоза, стресс-синдрома на уровне органов и систем, общим дискомфортом, лихорадкой и др., за которой, в зависимости от выраженности иммунореактивности и экспрессии рецептора ангиотензин превращающего фермента II – ACE2 клеточных мембран альвеолоцитов нижних дыхательных путей, являющихся главной мишенью вируса, который, посредством поверхностных гликопротеидов оболочки вируса, прикрепляется к рецептору ACE2, с последующим проникновением геномной РНК в пространство клеток, где вирус реплицируется в эндотелиальном ретикулуме и аппарате Гольджи, соотносится со степенью нарушения функции легких и распространенностью вируса в другие органы, содержащие соответствующий рецептор, в макрофаги, астроциты, глиальные клетки, секретирующие провоспалительные факторы, развивается симптоматика соматического стресса, проявляющейся, главным образом, секрецией провоспалительных факторов,

которые совместно с высвободившимися цитокинами провоцируют полиорганный недостаточность и системное гипервоспаление.

8. На фоне соматического стресса, при осознании человеком, что коронавирусная инфекция является опасной инфекцией, развивается психоэмоциональный стресс.

9. Пандемия COVID-19 с её невероятными неблагоприятными последствиями на здоровье, экономику и культуру общества была обусловлена спонтанно сформировавшимся здоровьем общества, из-за чего функции жизненно важных органов и систем у большинства людей, в частности, иммунной и респираторной, были не в состоянии проявить толерантность или обеспечить адекватные защитные реакции на действие вируса ковида, вследствие чего структурно-функциональный гомеостаз органов-мишеней и здоровье в целом были нарушены, что служит ещё одним доказательством необходимости особого внимания здоровью человека в плане повышения защитных его способностей, его жизненного потенциала, за счет направленного создания гаммы антител к наиболее часто встречающимся вирусам, неспецифических защитных реакций, повышения адаптивных и функциональных возможностей жизненно важных органов и систем.

10. Реабилитация пациентов, болевших COVID-19, должна стать для всех них обязательной и быть направлена на восстановление нарушенного или ослабленного функционального состояния органов и систем, вовлеченных в развитие патологических соматовегетативных и психогенных расстройств, позволяющее вернуться к прежнему образу жизни.

6. РАЗВИТИЕ ВОЛИ – ВАЖНЕЙШЕЕ УСЛОВИЕ ДЛЯ ПОДДЕРЖАНИЯ И ПРЕВЕНЦИИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ДЕГРАДАЦИИ И КОРРЕКЦИИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

Воля представляет собой психический процесс, оказывающий существенное влияние на формирование и поддержание психического здоровья и проявление человека как личность. Это детерминировано тем, что повседневная деятельность человека состоит из целенаправленных действий, при совершении которых возникают всякого рода препятствия, помехи, требующие с его стороны определенных сознательных усилий для реализации поставленных целей, представляющих собой волевые усилия. Если при этом учесть, что в современном мире деятельность человека на каждом шагу встречается с многочисленными препятствиями, то становится очевидной особая значимость волевых качеств человека в его жизнедеятельности, особенно, для направленного формирования и поддержания здоровья, предусматривающего проявление специальных сознательных усилий, что и подвигло нас рассматривать волю, как важнейшее условие для реализации задач санокреатологии, в частности, психосанокреатологии.

Реализация направленного формирования и поддержания здоровья предполагает проявление постоянных волевых усилий по выполнению основных научных и практических положений санокреатологии, включительно и психисанокреатологии.

В литературе, и в повседневной жизни достаточно часто пишут и говорят о роли воли в проявлении различных подвигов, в решении тех или иных государственных и научных проблем и недостаточно значимых вопросов. Вряд ли найдется кто-либо, который не был согласным с тем, что волей обладают лишь особые личности и желательно было бы, чтобы каждый из нас владел ею. Однако, по сегодняшний день не известно является ли воля божьей даром, или она может быть сформирована направленно и стать достоянием каждого из нас. Но пока это станет возможным, мы должны использовать на благо здоровья хотя бы те волевые качества, которыми сейчас располагает каждый человек. При этом, мы понимаем, что воля, как психический процесс, недостаточно знакома и специалистам в области здоровья, поэтому мы посчитали необходимым вкратце представить информацию, непосредственно не имеющую отношение к здоровью, будучи при этом уверенными, что этим самым раскроем суть воли, составляющие ее компоненты и способности саморегулирования своим поведением.

6.1. Воля как психическая способность человека управлять своими действиями

Воля представляет собой психический процесс саморегуляции, проявляющийся как способность человека сознательно управлять своей деятельностью и поведением при преодолении всякого рода внутренних и внешних помех.

В повседневной разнообразной деятельности, в силу возникновения всякого рода объективных внутренних и внешних препятствий в реализации значимых мотивов, целей, задач, человек вынужден проявить волевые усилия довольно часто, которые, при сверхструктурных противоречивых побуждениях могут переходить в аффективное или импульсивное осознанное действие. Волевой процесс предполагает не только осмысленные действия, но и осознанный выбор цели, принятие решения, подбор средств для его достижения. Мыслительные процессы, являясь неотделяемым компонентом волевых усилий, обеспечивают и сличение степени реализации задуманных действий, с таковыми по их выполнению, для своевременной их коррекции.

Необходимой предпосылкой возникновения волевой деятельности является «опредмечивание» и осознание предмета, на которое направляется влечение, а объективное выражение потребности становится осознанным и предметным желанием, т. е. переход к предметным формам сознания. Волевые действия человека, будучи в первоначальных истоках, связаны с потребностями, однако не вытекают непосредственно из них, а опосредованы осознанием побуждений к действию, как мотивов и его результата, как цели, т. е., исходя из побуждений определяется осознанная цель. Осознанная цель играет существенную роль в волевом действии и определяет весь его ход. Таким образом, волевая деятельность обусловлена побуждениями, источником которых являются потребности и интересы человека; побуждения предопределяют цель, осознанная цель определяет весь ход волевых действий.

Важно подчеркнуть, что чем более значимы и притягательны для человека цели и задачи, тем сильнее будет его воля, напряженнее желание, стремление к их осуществлению. Значимыми целями и задачами является для человека то, что связано с личностными и общественными потребностями и интересами и исходит из побуждений.

Цель, детерминирующая волевой процесс, сама причинно детерминируется побуждениями, мотивами, которые являются отражением в психике потребностей, интересов и т. д. Под мотивами волевых

действий подразумеваются те причины, которые побуждают человека действовать. В основе мотивов волевых действий лежат потребности: эмоции и чувства, интересы и склонности, мировоззрения, взгляды, идеалы, которые формируются в процессе воспитания человека.

Что касается препятствий для совершения волевых действий, то следует отметить, что внутренние таковые проявляются в тех случаях, когда имеется конфликт, столкновение противоречащих друг другу побуждений. Внешние препятствия – это трудности работы, разного рода помехи в работе, сопротивление других людей и пр. Воля проявляется в умении заставить себя сделать то, что осознаётся значимым для себя и других, подавить те желания и влечения, которые этому препятствуют. Воля – это прежде всего власть над собой, управление своими действиями, сознательное регулирование своего поведения.

6.2. Основа волевых действий

Волевой акт представляет собой сложный сознательный процесс, состоящий из следующих стадий:

- 1) возникновение побуждения и предварительной постановки целей;
- 2) обсуждение и борьба мотивов;
- 3) принятие решения;
- 4) исполнение решения.

Весь сознательный волевой акт включает в себя «мыслительное действие»: осознание цели и средств её достижения, обсуждение различных возможностей действовать или воздержаться от действий, каким путем или способом действовать, и принятие решения. Одним словом, основа всего действия – это сознательная целеустремленная деятельность.

Волевой акт начинается с возникновения побуждения в стремлении. По мере того, как осознается цель, стремление переходит в желание, которое само по себе не содержит активного элемента. Прежде чем желание превратится в непосредственный мотив, а затем в цель, оно оценивается человеком через призму ценностей, и, если признано значимым, получает определенную эмоциональную окраску. Наличие желания ещё не является законченным волевым актом. Для того, чтобы оно переходило в подлинно волевой акт, необходимо к знанию цели присоединить установку на овладение целью, уверенность в её достижимости и направленность на овладение соответствующими средствами. Желание, влечение и устремленность на до-

стижение цели образуют исходное побуждение к действию. Между побуждением и действием проявляется вторая стадия волевого акта – обсуждение, размышление и борьба мотивов.

Внутренняя борьба мотивов разгорается из-за того, что обычно человеку присуще наличие многих потребностей и интересов, а некоторые из них оказываются несовместимыми, что и предопределяет конфликт между ними, внутреннюю борьбу мотивов. Желание, порожденное одной потребностью в конкретной ситуации, может быть осуществимым лишь за счет другого желания. Сила воли состоит не только в умении осуществлять свои желания, но и в умении подавлять некоторые из них, подчиняя одни из них другим, и любое из них – задачам и целям, которым личные желания должны быть подчинены.

Воля предполагает способность регулировать свое поведение на основании общих принципов, убеждений, идей, т. е. самоконтроль, умение управлять собой, господствовать над своими желаниями. При возникновении побуждения в виде желания, предварительно определяется цели, а её окончательное установление осуществляется в результате решения. Осознанное принятие решения, значит взятие на себя ответственности за последствия своего поступка.

Само решение, а затем и следующее за ним исполнение, обычно сопровождается выраженным чувством усилия. Наличие усилия свидетельствует не столько о силе волевого акта, сколько о том противодействии, которое эта сила встречает. Особенно большие усилия требуется проявить в случаях волевых решений, которые должны обеспечить торжество более отвлеченных принципиальных мотивов над укоренившимися в нас влечениями.

В борьбе с реальными трудностями, способность к волевому усилию приобретает существенное значение как важнейший компонент или проявление воли.

Последний акт волевых усилий – это исполнение решения. Трудности по исполнению решения определяются сложностью, отдаленностью и значимостью цели и задач.

Принятие и исполнение решения сопровождаются выраженным чувством усилия, которое чаще всего свидетельствует о противодействии, которое эта сила встречает при борьбе мотивов. Исполнение решения предполагает борьбу с реальными трудностями, поэтому на этой стадии необходимо проявить максимальную осознанность и способность к волевому усилию.

Борьба за исполнение решения, за осуществление желания, идеи и идеалы, за изменение действительности, за подчинение её человеческой воле, заключается основное в проявлении воли.

Если в силу сложности цели и задачи, исполнение их решения отдалено, а действия растягиваются на более длительное время, то от решения отделяется намерение. Намерение представляет собой внутреннюю подготовку отсрочного или затрудненного действия, зафиксированную решением направленность на осуществление цели.

В сложном волевом действии для исполнения решения иногда недостаточно намерения, а требуется наметить план действий и средств, пригодных для достижения цели. Эти планы предполагают, что воля должна стать более или менее гибкой, ибо человек с сильной и гибкой волей, не отказываясь от своих конечных целей, способен внести в предварительный план действий изменения, которые, в силу вновь обнаружившихся обстоятельств, окажутся необходимыми для достижения цели.

Воля теснейшим образом связана с другими сторонами психической жизни. Могучим двигателем воли являются чувства; человек, ко всему равнодушный, не может быть человеком большой воли, который может контролировать свои чувства. Умение *«рассудку страсти подчинять»* является условием сильной воли. Часто сталкиваемся с ситуацией, когда чувства выступают препятствием к достижению поставленной цели, в связи с чем, приходится прилагать волевые усилия, чтобы противостоять диссаногенным воздействиям эмоций.

Целеустремленность, сознательный выбор цели, подбор средств для её достижения, выполнение задуманного действия, возможные изменения условий реализации действий, внесение коррективов, подразумевает задействование и проявление мышления. Без участия мышления волевые действия были бы лишены сознательности, т. е. перестали бы быть волевыми действиями.

Рассматривая вышеизложенное в этом подзаглавии через призму задач психосанокреатологии по направленному формированию и поддержанию психического здоровья, превенции его преждевременной деградации, следует подчеркнуть, что психический процесс – воля и её составляющие компоненты – сознательная, целенаправленная детерминация цели и действий, посредством которых человек планомерно осуществляет стоящую перед ним задачу, цель, при этом, подчиняя свои импульсы сознательному контролю и изменяя окружающую действительность, в соответствии со своим замыслом, могут сыграть особую роль в реализации задач психосанокреатологии.

Учитывая, что волевой акт является сознательным действием, в случае его направления на осуществление задач, цели по формированию и поддержанию психического здоровья, превенции его пре-

ждевременной деградации, сам субъект сможет оценить результат, к которым ориентированы его действия, сопоставляя их с осознанной целью, и внести соответствующие коррективы. Он сам сможет констатировать удачу или неудачу, внести поправки в свои действия, эмоционально пережить его результат. Все это реализуемо в случае, если субъект, кроме наличия воли, обладает и соответствующими знаниями в области психосанокреатологии.

Одним словом, воля или способность сознательной саморегуляции призвана выполнять важнейшую роль в формировании и поддержании психического здоровья, превенции преждевременной его деградации.

6.3. Волевые качества, их развитие – предваряющее условие поддержания психического здоровья

При описании волевых качеств сначала коснемся тех, которые больше всего проявляются при формировании мотивации волевого действия и при принятии решения.

Среди волевых качеств человека особо следует выделить интеллектуальность и умение составить стратегию своей оперативной и перспективной деятельности и иерархировать потребности, цели, средства для их реализации в зависимости от окружающих и общественных условий, развитие которых у людей сыграет важную роль в направленном формировании и поддержании психического здоровья. Развитие этих качеств предполагает обладание субъекта и такими качествами, как инициативность, самостоятельность, решительность, обдуманность и импульсивность.

Уровень развития современного общества весьма высок, поэтому обязательным условием для проявления себя в нем, как волевая личность, необходимо иметь хороший высокоразвитый интеллект, на базе которого можно овладеть необходимыми качествами и способностями. При ограниченности интеллектуального кругозора и недостаточно глубокой обдуманности, субъект не способен проявить критичность, глубоко анализировать обстоятельства, испытывать сомнения в принятии решения, вместе с тем, он часто подвержен влиянию чужих советов и объективно не может предвидеть и осознать до конца последствия своих действий.

Ценным свойством взяться за то или другое дело по собственному почину, не будучи инспирированным другим человеком, является инициатива, в проявлении которой важную роль играет интеллект, ин-

тенсивность и яркость побуждения, привлекательность новых идей, богатство воображения, рисующего перспективу реализации идей, целей. Не менее значимую роль на начальном этапе волевого действия играет самостоятельность, сознательность, мотивированность и обоснованность, что и детерминируют адекватность и объективность основания для осознания, цели и для принятия решения, действовать так, а не иначе.

Решительность, под которой разумеется способность, при наличии достаточных данных, и если обстоятельства требуют немедленных действий, своевременно принять устойчивое решение. Подлинная решительность предполагает умение задержать решение, если это позволяют обстоятельства, до того момента, когда оно может быть вынесено с наибольшим знанием дела и уверенностью, а в случаях, когда ждать нельзя – принимать решение немедленно. Решительный человек тверд в принятых им решениях, устраняет сомнения в нужный момент, тогда как нерешительный постоянно колеблется – сначала откладывает решение, а затем бесконечно пересматривает и отменяет его.

Решительность определяется соотношением импульсивности и обдуманности и обусловлена не столько абсолютной, сколько относительной силой импульса, по сравнению с задерживающей силой сознательного контроля. Импульсивный тип определяется не абсолютной силой импульса, а их доминированием над интеллектуальными моментами взвешивания и обдумывания.

В преодолении внешних препятствий, стоящих на пути исполнения решения, важную роль играют энергия, самоконтроль, настойчивость и самообладание, качества особо ценные в процессе формирования, поддержания психического здоровья и превенции преждевременной его деградации.

Люди с подлинно большой волей способны к длительному и неослабленному напряжению энергии, а сила их волевого натиска не ослабевает, а даже возрастает при встрече с трудностями, т. е. у них энергия как бы соединена с настойчивостью. Настойчивость проявляется в неослабленности энергии в течение длительного периода, невзирая на препятствия, поэтому она, наряду с умением принять решение и решительностью, считается существенным свойством воли.

Самоконтроль, самообладание обеспечивают доминирование высших мотивов над низкими, общих принципов – над мгновенными импульсами и минутными желаниями в процессе исполнения. В жизни часто говорят о самоконтроле и самообладании, как о силе воли, ибо без них невозможны даже самые обыденные проявления добро-

совестной работы. Владение собой проявляется в умении сдерживать нежелательные проявления чувств, эмоций и аффектов и допустить импульсивные действия. Не без основания считается, что воля это сознательное регулирование человеком своего здоровья.

Вышеизложенные волевые качества, будучи сознательными, целенаправленными и участвующие в регуляции хода значимых действий человека, должны стать объективами психосанокреатологии и служить важным инструментом в формировании и поддержании психического здоровья и превенции его преждевременной деградации.

6.4. Некоторые психические особенности и условия формирования волевых качеств

Учитывая, что воля, как психический процесс, представляет собой сознательное регулирование человеком своей деятельности в условиях возникновения препятствий посредством совершения осознанных целенаправленных действий и поступков, становится очевидной необходимостью, чтобы волевые качества стали индивидуальными чертами тех, кто осознал целесообразность формирования и поддержания своего здоровья.

Волевые действия личностей, которые обладают этими качествами, должны хотя бы частично быть направлены на поддержание своего здоровья, желательно стать одной из значимых целей своей жизнедеятельности. Для тех, кто таковыми не владеют, необходимо организовать процесс по их созданию, для чего были разработаны условия, требования к формированию воли, специальная концепция по направленному формированию волевых качеств, которая базируется на аксиоме о том, что воля не передается по наследству, а создается в онтогенезе в процессе социализации, учебной и трудовой деятельности, которые изложены в конце этого подзаглавия.

Необходимость разработки концепции, условий и требований к воспитанию воли с последующим созданием способов, методов и алгоритма направленного формирования волевых качеств, предполагала знания онтогенетических особенностей стихийного их становления.

В этой связи, согласно проведенных нами исследований и классификации наиболее реактивных периодов постнатального развития психики человека (Фурдуй и др., 1994а; 1995; 1997; 2018; 2019; Furdui et. al., 2018), отметим, что направленное влияние на формирование воли, её волевых качеств, будучи сознательными и целенаправленными, следует начать лишь после проявления признаков долговременной памяти и произвольного движения.

У новорожденного ребенка поведение и взаимодействие с окружающими осуществляются рефлекторными и инстинктивными действиями. Его желания неустойчивы, быстро сменяют друг друга и носят чаще всего неопределенный характер. Примитивным «волевым актом» следует считать осмысленное направленное на определенный объект поведение и избирательное действие.

Первые желания ребенка вызываются непосредственно действующими на него чувственными стимулами, особенно яркими и необычными. Избирательность сначала означает лишь некоторое многообразие мотивов, между которыми в силу этого возникает борьба, шансы на победу имеют непосредственно действующие стимулы. Уже в 3-х летнем возрасте дети могут отказаться от чего-нибудь приятного и проявить решимость сделать что-нибудь неприятное, т. е. проявляют способность к самообладанию. К 4-5 годам кроме проявления относительной самостоятельности, им становится доступно понимание того, что не всегда можно делать то, что хочется. Известны случаи развития воли уже в раннем возрасте у детей творческого типа, увлеченных каким-либо занятием и которые в состоянии часами самостоятельно заниматься любимым делом, что, видимо, обусловлено увлеченностью трудом. По-видимому, увлеченный труд способствует формированию волевых качеств, проявляющихся и в других сферах жизнедеятельности.

Существенную роль в развитии сознательного регулирования поведения играют привычки и навыки, если в них закреплены правила поведения.

Правила поведения, понятия «надо», «нельзя» осознаются детьми как таковые в возрасте 3-4 года, когда ребенок начинает задавать вопрос «почему?». Они превращаются в убеждения в связи с развитием умственных способностей ребенка по мере того, как у подрастающего ребенка формируется цельное мировоззрение.

Важно научить ребенка какое-то время подчинять свою деятельность определенной цели, решению какой-то задачи, проявлять настойчивость, учитывая, что внутренняя мотивация ещё неустойчива и при перемене ситуаций ребенок может оказаться во власти других побуждений, что и обуславливает бессистемность действий, и что не исключает частого многократного повторения одного и того же эмоционального привлекательного акта. Нужно развивать способность специально подчинить свое поведение будущему результату, иногда даже вопреки влекущим побуждениям, ибо без этого умения невозможно обучение в школе, выполнение жизненных обязанностей перед семьей и обществом.

При воспитании волевых качеств нельзя ребенка изнеживать, избавлять от необходимости делать какие-либо усилия, чтобы чего-то достигнуть, он должен осознать, что в жизни ничего не делается само собой, а всё требует употребление усилий. В то же время, нет ничего хуже в плане развития воли, чем допускать незавершение начатого дела. Настойчивость является одним из важнейших качеств воли.

Школа является существенным фактором в воспитании волевых качеств, столь нужных для жизни детей. Во время школаризации, естественно, у детей возникают определенные трудности, новые влечения, новые требования, которые нужно умело использовать в целях формирования у детей волевых качеств. Особенно педагогические и психические усилия со стороны учителей необходимо проявить в подростковом периоде, когда подросток стремится обрести свою собственную волю и свой путь развития, период весьма плодотворный для волевого развития. Все это свидетельствует об особой значимости личности учителя и школьного коллектива в воспитании воли.

Развитие самосознания, самоконтроля особенно усиливается в период окончания школьного обучения, выбора пути профессиональной подготовки, формирования характера и мировоззрения. Формирование волевых характеристик не прекращается и в старшем возрасте, когда молодой человек приступает к самостоятельной трудовой деятельности, в ходе которой они совершенствуются.

На основании существующих воззрений на природу воли, её содержание, опосредования волевых действий сознанием, осознания побуждений к действию, как и его мотивов, и его результата как цели, наличия значимых для себя целей и задач и др., была разработана преамбула *концепции о воле, как о психическом процессе, манифестирующимся с возрастного периода осознанной деятельности и проявляющимся определенными произвольными действиями, обусловленными осознанными потребностями, мотивациями, побуждениями, эмоциями, чувствами самовыживания, биологической и психической реализации своего потенциала, адаптации к среде, социального взаимодействия, а также получением удовольствия, тонизирующим жизнедеятельность и информирующим о реализации целей воли.*

Направленное формирование волевых качеств предполагает обучение людей, как реально формировать цели или задачи, определить пути, средства и приемы реализации целей, сроки их осуществления. Не менее важно знание условий и требований, способствующих воспитанию воли, главные из которых представлены ниже:

- осознание необходимости овладения и воспитания воли;
- осознание значимости целей или задач для себя и других, и во имя чего субъект должен проявить волевые качества;
- направленность своих установок, ценностной ориентации, мировоззрения, чувства долга и ответственности должна предусматривать и усилия по формированию воли;
- исполняемость и осуществляемость намерений;
- самокритичность к себе, к своим действиям и последствиям;
- наличие умения и опыта по преодолению препятствий.

В плане сознательного формирования воли, на базе преамбулы, была разработана соответствующая концепция, согласно которой, *воля, её волевые качества, будучи сознательными и целесообразными, их формирование следует осуществить в онтогенезе, с периода проявления долгосрочной памяти и сознательной деятельности в процессе социального взаимодействия субъекта со своей семьей, близкими, сверстниками, школьниками и взрослыми; ассимиляции знаний, научения, воспитания и трудовой деятельности посредством осознанного освоения правил, норм и навыков поведения при преодолении препятствий и трудностей; привития установок, ценностной ориентации, мировоззрения, навыков настойчивости, решительности, инициативности, самоконтроля, самообладания, умения иерархизировать потребности, цели, средства их выполнения и др., благоприятствующие развитию и проявлению воли.*

Условия, требования и концепция лягут в основу разработки конкретных методов, способов и алгоритма сознательного создания волевых качеств.

Только человек с большой силой воли способен направленнно формировать и поддержать свое здоровье, успешно реализовать свой потенциал, добиться существенных успехов в жизни, если все его волевые акты объединены общей линией, которые он твердо сохраняет и последовательно проводит одни и те же принципиальные установки в своих поступках.

Выводы

1. Принимая во внимание важнейшую роль волевых усилий в преодолении препятствий, возникающих при оперативной и перспективной деятельности, воля, как психический процесс и её волевые качества приобретают особую психическую значимость и существенную функцию в реализации практических основ направленного формиро-

вания и поддержания психического здоровья и превенции преждевременной его деградации.

2. Учитывая особую жизненную значимость воли, её волевых усилий в проявлении сознательных целенаправленных действий человека, в развитии способностей саморегулирования, самоконтроля и самоопределения, становится очевидным, что решение задач психосанокреатологии по направленному поддержанию психического здоровья и по предупреждению преждевременной его деградации предполагает отказ от произвольного возникновения воли и её качеств, в пользу сознательного их формирования на научной основе.

3. Существенная роль воли и её качеств в решении задач психосанокреатологии по направленному формированию и поддержанию психического здоровья реализуема, если субъект, кроме воли, овладеет и соответствующими знаниями в области психосанокреатологии.

4 . Разработаны условия, требования и концепция по направленному формированию волевых качеств, согласно которых воля, её волевые качества следует осуществить в онтогенезе в процессе социального взаимодействия субъекта со своей семьей, близкими, сверстниками, школьниками и взрослыми, ассимиляции знаний, научения, воспитания и трудовой деятельности посредством осознанного освоения правил, норм и навыков поведения для преодоления препятствий и трудностей; привития установок, ценностной ориентации, мировоззрения, настойчивости, решительности, самоконтроля, самообладания, умения иерархировать потребности, цели, средства их достижения и др., благоприятствующие созданию и поддержанию здоровья, качества жизни и реализации себя как личность, могут стать основой сознательного формирования воли.

7. САМОПОЗНАНИЕ И САМООСОЗНАВАНИЕ СВОЕГО ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ И ПРЕДИКТОРЫ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕГРАДАЦИИ – ВАЖНАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

7.1. Самопознание и самоосознание – неотъемлемая составляющая алгоритма поддержания и коррекции психического здоровья

Одно из уникальных качеств человека, отличающее его от животного мира и позволяющее ему выживать в борьбе за существование в реальных агрессивных условиях жизнедеятельности – это способность к самопознанию, к анализу своей деятельности, которое позволяет при воздействии соответствующего фактора, оперативно и сознательно вносить надлежащие коррективы в свои действия, чем обеспечивается более выгодное положение человека, по сравнению с животными.

Осознание первых признаков возможных нарушений в деятельности органов и систем организма, особенно, в современных условиях жизнедеятельности, когда практически, каждый третий человек страдает от различных функциональных нарушений, психодиссаногений, тех или иных болезней и когда имеет место преждевременная общебиологическая и психическая деградация человека, своевременное самоосознание первых признаков возникновения нарушений в деятельности организма должно стать превентивным сигналом для своевременной организации последующих инструментальных обследований и соответствующей коррекции.

Не случайно, что фактически на протяжении всей истории человечества, интерес к самопознанию, самоанализу психического и физиологического состояния оставался неизменным. Еще в эпоху Античности Сократ, Платон, Аристотель и другие мыслители оценивали самопознание как момент постижения не только себя, но и абсолютной истины.

В эпоху Ренессанса за человеком признается неограниченная свобода воли, которая позволяет не только постичь глубинную сущность, но и «творить» самого себя, выделить человека от остальной части природы. В теоцентрическом миропонимании Средневековья самопознание и собственные действия оценивались как способ существования Божественного разума, форма его реализации. Многие религиозные учения по настоящее время трактуют самопознание как средство

постижения единства с Богом, дающее возможность найти внутри себя неисчерпаемый потенциал и успешно применить его в жизни.

Философия Нового времени, выдвигая идею *«самоценности каждой личности»*, свела процесс самопознания к рациональному объяснению физиологической, психической и социальной сторон человеческой жизни. Гёте писал: *«Как можно познать самого себя? Благодаря созерцанию это вообще невозможно, оно возможно только при помощи действия. Пытайся выполнить свой долг – и тогда ты узнаешь, что в тебе заключено»* (Маралов, 2004).

Конечно, Гёте был прав, когда утверждал, что при действиях человек может себя познать, однако, нельзя отрицать и роль созерцания в самопознании.

Обращение к самопознанию прослеживается в работах Р. Декарта, Т. Гоббса, Дж. Локка, позднее в философии И. Канта и Г. Гегеля и многих других. Декарт, обращая внимание на самопознание своего внутреннего *«Я»* утверждал, что истину может дать только *«естественный свет разума»*. Лессинг и Кант утверждали, что самопознание – это начало и центр человеческой мудрости. Немецкий философ Карс Ясперс утверждал, что: *«Невозможно самопознание в отрыве от общения»* (Лега, 2009). К XX веку самопознание стало рассматриваться в качестве условия подлинного человеческого существования. Русские философы и литераторы Н. А. Бердяев, Н. С. Гумилев, С. Н. Булгаков, Б. П. Вышеславцев, И. А. Ильин, Н. О. Лосский, В. В. Розанов, В. С. Соловьев, Л. Н. Толстой, С. Л. Франк, Г. П. Федотов, С. Д. Максименко и др. прямо или косвенно обращались к комплексу проблем, связанных с индивидуальным и национальным самосознанием. Провозгласив приоритет личности, они высоко оценивали индивидуальность каждого человека и считали, что самопознание, самовоспитание и саморазвитие, рост духовного потенциала и нравственная культура каждой личности являются непременным условием ее социального и нравственного оздоровления (Лебедев, 2017).

А. Н. Леонтьев, характеризуя проблему самопознания как проблему высокого жизненного значения, венчающую психологию личности, расценивал ее в целом как нерешенную, ускользающую от научно-психологического анализа, считал, что *«самосознание – это осознание себя в системе общественных отношений»* (Леонтьев, 2014). Ю. Б. Гипшенрейтер определяет самосознание как образ себя и отношение к себе, а по Л. С. Выготскому – *«самосознание – это динамическая система представлений человека о самом себе, осознание им своих физических, интеллектуальных и других качеств, самооцен-*

ка этих качеств, а также субъективное восприятие, влияющих на данную личность, внешних факторов» (Немов, 2007).

Действительно, до настоящего времени не существует более или менее определенной и общепризнанной трактовки этой особой субъективной реальности, в результате чего в ряде психологических словарей отсутствует определение понятия «самопознание» (Мещеряков, Зинченко, 2008; Петровский, Ярошевский, 2003). Более того, в некоторых случаях определение данного феномена приближено к объяснению понятия «самоосознавание», что, на наш взгляд, некорректно, поскольку самопознание – это понятие, не ограниченное временными рамками и включающее в себя ряд составляющих, тогда как «самоосознавание – восприятие индивидом психических актов, в которых представлены его физические, психические и личностные качества, все то, что он ощущает и определяет как свое собственное Я» (Леонтьев, 2014).

Ряд определений понятия «самопознание», используемых на сегодняшний день психологией, в той или иной степени отличаются друг от друга формулировкой, но имеют, по существу, один смысл. Например: «самопознание – это изучение личностью собственных психических и физических особенностей, осмысление самого себя. Оно начинается в младенчестве и продолжается всю жизнь. Знание о себе формируется постепенно по мере познания внешнего мира и самого себя» (Леонтьев, 2014). Или: «самопознание – это познание самого себя, оно является инструментарием открытия неисчерпаемого личностного и творческого потенциала, выявления тех сфер жизнедеятельности, где этот потенциал может быть использован в полной мере» (<https://www.vitamarg.com/konsultacii/razvitie/1190-samopoznanie>). Как видно из приведенных определений самопознания, основное упущение данных формулировок, на наш взгляд, заключается в узконаправленной философской трактовке феномена «самопознание» и в оставлении без внимания идентификации общего психического состояния, психического здоровья и его составляющих – когнитивного, эмоционального, поведенческого, коммуникативного, личностно-смыслового, а также потребностей, мотиваций и других психических реакций и процессов.

Обобщая сказанное, отметим, что самопознание обеспечивает, своего рода, самоидентификацию психического состояния, а самоосознавание – осмысливание ощущений, психических особенностей, личностных характеристик и др.

Но, учитывая, что *Homo sapiens* обладает сознанием, процесс познания предполагает осознание познанного, поэтому, на наш взгляд,

разграничение познания от осознания не оправдано, хотя в жизни могут встречаться казусы познания без его глубокого осознания.

На базе анализа существующих определений феномена самопознания, с учетом основных положений психосанокреатологии, была разработана соответствующая концепция, согласно которой самопознание состоит в самовосприятии ощущений, других психических реакций и процессов, рефлектирующих отдельные свойства и признаки тканей и органов, состояний организма – эмоционального, поведенческого, когниции, коммуникации, потребности, намерения и др., и осознании их значимости, т. е. самопознание представляет собой умение читать свое психическое состояние и состояние психического здоровья. Концепция о самопознании психического состояния базируется на представлении о психических реакциях и процессах, рефлектирующих психосано-, психодиссано- и психопатогенные состояния эмоций, поведения, общения, когнитивной и личностно-смысловой деятельности, формирующих психическое здоровье. Согласно этой концепции, субъект изведывает (узнает на собственном опыте и ощущениях) специфику проявления субъективно переживаемых сознательных и бессознательных психических реакций, процессов и явлений, свои потребности, мотивации, установки, эмоции, поведение, манеру общения, когнитивную и личностно-смысловую деятельность, за счет рефлектирования относительной специфики соответствующих реакций, процессов и феноменов, соответствующих феноменологических индикаторов, являющихся сигнальными реперами психического состояния и психического здоровья.

В этих целях важно идентифицировать наиболее доступные к распознаванию проявления специфики своих психических реакций и процессов, рефлектирующих в той или иной степени состояние психического здоровья организма, которыми должен владеть каждый субъект, стремящийся предупреждать развитие психогенных нарушений и преждевременную психическую деграцию, направленно поддерживать или повышать существующий уровень психики или психического здоровья. Это тем более важно и актуально в связи с тем, что, согласно прогнозу ВОЗ, в ближайшем будущем процент психических нарушений и расстройств увеличится, а депрессия займет первое место в структуре заболеваемости населения планеты.

Затруднения в своевременном предупреждении развития психических нарушений и расстройств обусловлено многими факторами, среди которых и нечеткость, неспецифичность феноменологических признаков, симптоматики раннего их развития, поэтому представля-

ется важным, чтобы каждый субъект мог бы извлекать признаки, сигнализирующие не только о психодиссо- и психопатогениях, но и о психосаногении. Распознавание комплекса этих признаков может стать сигнальным репером изменения своего мышления, образа жизни или обращения за помощью к психосанокреатологу и проведения детального профессионального обследования.

7.2. Реперы, сигнализирующие об относительном состоянии саногенности психического здоровья

Описание феноменологии экстериоризации разновидностей здоровья (сомато-висцеральное, сенсорно-дистантное, психическое, социальное) представляется весьма трудным научным исследованием. Что касается конкретных репрезентативных характеристик для интегрального здоровья, учитывая недостаточный уровень изучения здоровья как такового, это задача со многими неизвестными. Можно лишь указать, что начальную ступень познания интегрального здоровья (саногению) следует осуществить за счет субъективного переживания ощущений общего комфорта, удовольствия, душевного покоя, благополучия, хорошего самочувствия, испытанной бодрости, уверенности, приятного физического состояния и бодрого настроения, реального восприятия и оценки значимости факторов среды, адекватной ориентации во времени и пространстве, которые могут служить лишь своего рода реперами здоровья.

В плане превенции расстройств разновидностей здоровья представляется важным определение предикторов и реперов, сигнализирующих о возможных нарушениях соответствующей саногении.

Особого внимания заслуживают первичные предикторы и реперы психогенных нарушений, поскольку они, по существу, могут служить источником информации, сигнализирующие не только об изменении общего состояния психического здоровья, но и о необходимости принятия мер по его восстановлению и предупреждению развития преждевременной психической деградации. Поэтому посчитали целесообразным представить некоторые реперы и предикторы, рефлектирующие относительное общесаногенное состояние психического здоровья, возможное развитие психогенных расстройств, начало и уже протекающую психическую деградацию.

Следует отметить, что под предиктором, имеется в виду не только первые 2-3 эпизода чрезмерных аффективных эмоциональных воздействий, оцененных субъектом как опасно значимые для его здоровья,

но особо важное значение имеют первые психогенные признаки, генерируемые диссаногенными эмоциями, главным образом, в виде неприятных, болезненных ощущений, переживаний, выраженных диссаногенных эмоций сильной тревоги, страха, ярости, гнева, паники, агрессии, боли и других психических реакций, которые представлены ниже.

Особая значимость, представленных ниже реперов и предикторов, являющихся первыми признаками возможного развития психогенных расстройств, предопределяет необходимость не только ознакомления с ними, но и освоения их каждым, даже далеким от медицины и психосанокреатологии, человеком.

7.2.1. Потребности, мотивации, ощущения, сила воли, социальное взаимодействие, как реперы, рефлектирующие психосаногению

- ощущение удовольствия от своей деятельности и адекватная оценка окружающей среды;
- ощущение общего комфортного состояния;
- желание и сила воли контролировать мотивации, потребности и свои действия;
- ощущение общего комфорта своего организма;
- стереотипное проявление и своевременная реализация базовых потребностей, ассоциированных с ощущением чувства удовольствия;
- постоянное ощущение потребностей в своём психическом развитии и актуализации, заложенных способностей к самоидентификации;
- упорядоченность и стереотипность проявления потребностей;
- потребность в самоутверждении, в признании своей деятельности, в положительной оценке собственных качеств, в уважении со стороны окружающих;
- потребность в социализации и налаживание добрых социальных отношений;
- умение поддерживать саногенное настроение, общий тонус организма и создавать добрые социальные взаимоотношения;
- потребность противостоять намерениями, могущих нанести вред себе или обществу.

7.2.2. Реперы, относительно отражающие саногенное состояние внутренней среды организма

- ощущение состояния комфорта организма;
- неощущение боли или чувств функционирования жизненно важных органов и систем;

- координация функций сердечнососудистой и респираторной систем;
- относительно стабильное самочувствие, общий психический тонус организма;
- регулярное проявление периодичности физиологических и интеллектуальных потребностей, ассоциированные с удовольствием после реализации;
- испытание наслаждения после отдыха и принятия трапезы.

7.2.3. Реперы, относительно рефлектирующие психосаногению за счет интегративно-когнитивной деятельности

- стремление к самоактуализации, самосовершенствованию;
- когнитивная, профессиональная, повседневная деятельность, сопровождаемая ощущением удовольствия;
- испытывание потребности в признании своей деятельности, своих профессиональных качеств и в уважении со стороны окружающих;
- способность быстро концентрировать внимание и оперативно переключать его;
- умение оперативно, реально оценить социальную или другого характера ситуации;
- стремление к социализации и установлению взаимоуважительных социальных отношений;
- способность оперативно, адекватно ориентироваться во времени и пространстве.

7.2.4. Реперы, относительно рефлектирующие психосаногению за счет поведения

- упорядоченность и структурированность поведения;
- экспрессивное поведение (улыбка, озаряющая лицо, бодрая походка, расправленные плечи и др.);
- способность сознательно контролировать поведение;
- доброжелательное неконфликтное поведение;
- поведение, соответствующее потребностям;
- креативное поведение;
- поведение, соответствующее культурным и моральным нормам;
- осознанное поведение с целью противостоять намерениям, могущим нанести вред себе, обществу или природе.

7.2.5. Реперы, относительно рефлектирующие психосаногению за счет эмоций

- способность контролировать свои эмоции, мотивации и потребности;
- общее стабильное комфортное состояние, чувство бодрости и ощущение удовольствия;
- стремление к соблюдению моральных, юридических и других норм;
- доброжелательные, благоразумные, неконфликтные межличностные отношения;
- эмоции, сообразные значимости эмоциогенным факторам и ситуациям;
- адекватная оценка значимости последствий влияния психогенных факторов и организация соответствующих действий.

7.2.6. Реперы, относительно рефлектирующие психосаногению за счет коммуникации

- способность к оперативному общению;
- умение понимать и реально воспроизводить информацию;
- доброжелательная, лаконичная и адекватная речь;
- темп и экспрессивность речи, не вызывающие раздражения у других.

7.2.7. Реперы, относительно рефлектирующие психосаногению за счет личностно-смысловой деятельности

- адекватная самооценка;
- проявление чувства уверенности в себе;
- стремление создать благоприятные взаимоотношения;
- целеустремленное желание проявить себя в обществе;
- стремление руководствоваться юридическими и моральными нормами.

7.3. Предикторы, отражающие возможное развитие психогенных нарушений

- проявление раздражительности, возбудимости, неуравновешенного поведения на протяжении 3-4 дней;

- проявление апатии, безразличия, слабости, пониженной работоспособности, равнодушие к тому, что происходит вокруг себя на протяжении 3-4 дней;
- затруднение в адекватном определении значимости / незначимости ситуаций, факторов среды;
- отсутствие силы воли преодолеть диссаногенную ситуацию;
- чрезмерное переживание 3-4 эпизодов эмоций тревоги, страха, ярости, паники, агрессии или хроническое их действие;
- отсутствие ощущений удовольствия от выполненной работы, своей деятельности, реализации биологических и интеллектуальных потребностей;
- ухудшение или игнорирование социальных отношений, взаимодействия;
- переживание 3-4 эпизодов выраженных диссаногений в виде ощущений дискомфорта, болевого ощущения;
- отсутствие желаний и силы воли противостоять намерениям, могущих нанести ущерб себе или другим;
- болевые ощущения в различных частях тела после выраженного переживания эмоций, оцененных субъектом как опасные для себя;
- нарушение сердечного и дыхательного ритма после аффективно-эмоциональных реакций на протяжении боде 3-4 дней;
- повышение артериального давления или его лабильность на протяжении более 3-4 дней;
- повышенная потливость, тошнота, рвота;
- дискоординация функций сердечнососудистой и респираторной систем;
- эмоциональная неустойчивость, аффективные вспышки;
- расстройства поведения, походки;
- нарушение сна, кошмарные сновидения;
- ощущение физического и психического дискомфорта на протяжении нескольких дней;
- затруднение концентрации внимания, нарастающая забывчивость;
- ослабление способностей сознательно контролировать свое поведение;
- трудности засыпания и нарушение сна;
- частая фрустрация;
- болезненная подозрительность или ипохондрическое настроение на фоне депрессивного или тревожного состояния.

7.4. Предикторы, сигнализирующие о начале деградации психического здоровья

7.4.1. Потребности и мотивации, рефлектирующие начало деградации психического здоровья

- нестереотипное проявление и несвоевременная реализация базовых потребностей, ассоциированные либо с состоянием индифферентности, либо с чувством неудовольствия;
- отсутствие потребностей или индифферентность к психическому саморазвитию, актуализации способностей, заложенных в субъекте;
- отсутствие мотивации к самоутверждению, к признанию своей деятельности, к положительной оценке своих качеств;
- отсутствие потребностей в социализации и тенденция к аутизации;
- отсутствие ощущения удовольствия от стимуляции сенсорных рецепторов (вкусовые, тактильные, обонятельные и др.);
- отсутствие силы воли направленно формировать мотивации и потребности на поддержание здоровья.

7.4.2. Психогенное рефлектирование начала деградации психического здоровья за счет отражения внутренней среды организма

- ощущение состояния общего дискомфорта, апатии, слабости, упадка сил, пониженной работоспособности, быстрой утомляемости;
- стойкие нарушения сна;
- ощущение «наличия» тех или иных органов (дискомфорт, тяжесть в области их расположения);
- эпизодические головокружения, шум и звон в ушах;
- тремор рук;
- непроизвольное слюнотечение;
- эпизодические ощущения боли и недомогание, неприятные или необычные ощущения в теле;
- слабость в одной половине тела, онемение или покалывание в одной половине тела;
- эпизодические появления иллюзий (зрительные, слуховые, тактильные).

7.4.3. Психогенное рефлектирование начала деградации психического здоровья за счет интегративно-когнитивной деятельности

- отсутствие стремления к самопознанию, к познанию окружающего мира, самоактуализации и самосовершенствованию;

- когнитивная деятельность, не сопровождаемая состоянием удовольствия;
- рассеянность, неумение оперативно сконцентрироваться и удерживать внимание;
- затруднение в оперативной реальной ориентации во времени и пространстве;
- затруднение в актуализации стратегии своей жизнедеятельности;
- эпизодическая забывчивость отдельных имен, понятий, слов, событий;
- использование не к месту или в нужный момент отдельных слов, понятий, затруднение при вспоминании отдельных личностей, действий, событий;
- затруднение в освоении новой и воспроизведении усвоенной ранее информации;
- профессиональная деятельность, не ассоциируемая с состоянием удовольствия;
- флуктуация психических состояний, затрудняющих когнитивную деятельность;
- неспособность или затруднение оперативного принятия наиболее реальных решений в преодолении повседневных стрессовых ситуаций.

7.4.4. Психогенное рефлексирование начала деградации психического здоровья за счет поведения

- эпизодическая неконтролируемость поведения;
- периодическое девиантное поведение, несообразное юридическим, культурным и моральным нормам;
- эпизодически конфликтное, раздражающее, недоброжелательное поведение;
- поведение, вызывающее ухудшение межличностных, социальных отношений;
- кратковременные и относительно интенсивные гиперкинетические расстройства;
- повышение порога агрессивного поведения;
- частое импульсивное, раздражительное, дезориентированное поведение.

7.4.5. Психогенное рефлексирование начала деградации психического здоровья за счет эмоций

- неспособность контролировать эмоции;
- частая эмоциональная лабильность, раздражительность, проявления недовольства;

- эпизодические аффективные или депрессивные расстройства;
- повышенная склонность к болезненной фиксации своих переживаний;
- немотивированная тревожность, фобии, страх, боязнь, хроническое фрустрирование;
- частые вспышки гнева, проявления капризов, самодраматизации, театральности;
- мало выраженное чувство сострадания к другим, частое проявление плаксивости;
- эпизодические появления иллюзий (зрительные, слуховые, тактильные).

7.4.6. Психогенное рефлектирование начала деградации психического здоровья за счет коммуникации

- затруднение в оперативном общении;
- затруднение в реальном понимании и воспроизведении прочитанного материала;
- недоброжелательная, раздражающая речь;
- ускоренный или замедленный темп речи, смазанная речь;
- несвоевременное вовлечение в процессе коммуникации;
- нарушение артикуляции – дизартрия или анартрия;
- изменение фонации – дисфония (осиплость);
- заикание, логорея или мутизм;
- нарушение координации мышц мимики и речи.

7.4.7. Психогенное рефлектирование начала деградации психического здоровья за счет личностно-смысловой деятельности

- неуверенность в себе, низкая самокритичность;
- проявление безразличия к созданию благоприятного отношения к себе и другим;
- проявление безразличия к оценке своей личности со стороны общества;
- пренебрежительное отношение к юридическим и моральным нормам;
- временами проявляющаяся неспособность адекватно идентифицировать себя, других, события, явления;
- навязчивые расстройства (субъект не может оторваться от бессмысленных идей или действий);
- отсутствие мотивации к профессиональной деятельности, снижение уровня работоспособности;

- мегаломания, стремление доминирования и «выпячивания» себя;
- гипертрофированная тяга к уединению;
- озабоченность быть критикуемым или отверженным в социальных ситуациях;
- повышенная озабоченность к своей внешности, равнодушие к другим, подозрительность, педантичность, ограниченные способности принимать решения без советов со стороны окружающих.

7.4.8. Психогенное рефлексирование начала деградации психического здоровья за счет нейрофизиологической деятельности

- эпизодическая головная боль;
- болевые ощущения в глазах;
- шум в ушах;
- ощущение жара или озноба;
- эмоциональная нестабильность, вспыльчивость;
- появление фотопсии (светящиеся точки или искры в глазах);
- появление беспричинной диплопии (раздвоение видимых предметов);
- высокая утомляемость, снижение работоспособности.

Предлагаемые вышеуказанных реперов и предикторов, относительно рефлектирующие психосаногеннию, возможного развития психогенных нарушений и начало психической деградации, обусловлено отсутствием, из-за чрезвычайной сложности проблем психического здоровья, легко доступных объективных возможностей для их определения, поэтому мы были вынуждены предложить вышеуказанные реперы и предикторы, признавая, что они достаточно относительны, при этом надеясь, что позже или раньше, психосанокреатология разработает достоверные и легко доступны методы.

Для заключения о состоянии относительно общей психогенности организма субъект должен информироваться относительно проявления у него психических реакций, способностей, качеств, свойств и деятельности реперам всех 7 уровней формирования психического здоровья. Что касается выявления начала возможного развития психогенных нарушений, достаточно совпадение 4-5 предикторов из 21, сигнализирующих о развитии психических расстройств. Для установления начало психической деградации достаточно, чтобы 3 предиктора из каждого из 7 нейропсихических уровней, формирующих психическое здоровье совпали с таковыми из 6-8, сигнализирующих о состоянии начавшейся деградации.

Вышеописанные признаки проявления некоторых психических реакций и процессов и их феноменология, рефлектирующие формирование психики и психического здоровья, их самопознание самим субъектом, могут служить сигнальными реперами для дальнейшего уточнения состояний психосано-, психодиссано- и психопатогений и осуществления направленных действий в целях поддержания психосаногений, профилактики психодиссаногений и предотвращения развития психопатогений и преждевременной деградации.

Хотя эти реперы и предикторы лишь только предвосхищают состояние психосаногении и возможное развитие психических нарушений и преждевременной деградации, однако, мы посчитали возможным представить их широкому кругу читателей, будучи убежденными, что изведывание, умение хотя бы поверхностно прочесть свой психический портрет, должно стать одной из базовых потребностей для каждого субъекта, небезразличного к своему психическому здоровью. При этом, мы не исключаем того, что они, с накоплением опыта их применения, будут уточнены и усовершенствованы.

8. ПУТИ, МЕТОДЫ И СПОСОБЫ ПОДДЕРЖАНИЯ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ, ПРЕВЕНЦИИ И КОРРЕКЦИИ ПСИХОГЕННЫХ НАРУШЕНИЙ

Решение проблем психогенных расстройств и обеспечения психического здоровья и реализации интеллектуального, социального, биологического потенциалов и качества жизни возможно в случае, если психическое здоровье будет формироваться и поддерживаться не спонтанно, а направленно. Но пока общественное сознание не осознало неоспоримость аксиомы о направленном формировании и поддержании психического здоровья, мы, учитывая широкое распространение психических нарушений и расстройств и неблагоприятный прогноз об увеличении в ближайшем будущем психических заболеваний, посчитали необходимым определить пути и способы поддержания спонтанно сформировавшегося уровня психического здоровья, которым располагает каждый человек. Для этого, на базе научных данных о психосано-, психодиссано- и психопатогений, изложенных в предыдущих главах этого выпуска, в других наших изданиях (*Стресс, адаптация, функциональные нарушения и санокреатология*, 1999; Фурдуй Ф. И. и др., 2004; Фурдуй Ф. И. и др., 2005; Фурдуй Ф. И. и др., 2012а; Фурдуй Ф. И. и др., 2012г; Фурдуй Ф. И. и др., 2016; Фурдуй Ф. И. и др., 2018; Фурдуй Ф. И. и др., 2000а, 2000б; *Современные проблемы физиологии и санокреатологии*, 2005; Фурдуй Ф. И., 2005) и данных других авторов (Ушаков, 1972; Судаков, 1984; McEwen et. al.: 1993; Краткий психологический словарь, 1999; Семичев, 1987; Лазарус, 2001; Психическое здоровье населения Европейского региона ВОЗ, 2003; Клуcман, 2004; Виттхен, 2006; Карпенко и др., 2007, Психическое здоровье: укрепление психического здоровья, 2007; Доклад о состоянии здравоохранения в Европе, 2012; Ачинович, 2019;), была разработана концепция по поддержанию психического здоровья и предупреждению психогенных нарушений и расстройств, преждевременной психической деградаци (Фурдуй Ф. И. и др., 2008; Фурдуй Ф. И. и др., 2012а, 2012б, 2012в; Фурдуй Ф. И. и др., 2016; 2020а, 2020б).

Цель этой главы, логически вытекающая из предыдущих, состоит в том, чтобы ознакомить читателей с научно-аргументированной концепцией, принципами, путями и способами решения важнейшей практической задачи – поддержание психического здоровья и превенция психогенных нарушений. Хотя материал изложен кратко, одна-

ко полагаем, что он довольно убедителен для реальной ориентации в многочисленности путей и методов сохранения уровня психического здоровья и профилактики его психогенного нарушения, их практического использования, а также для пополнения знаний и умений по самоорганизации стратегии саногенной жизнедеятельности. Для детального их рассмотрения, учитывая весьма широкое распространение психодиссано- и психопатогенного влияния большого числа психогенных факторов и ситуаций, потребовалась бы не одна книга.

8.1. Концепция о поддержании психического здоровья и предупреждении психогенных расстройств

На базе научных положений психосанокреатологии: а) о том, что психическое здоровье формируется в онтогенезе под влиянием психосоциальной среды в процессе ознакомления с окружающим миром, ассимиляции знаний и жизненного опыта в процессе обучения и воспитания, работы, творческой деятельности; б) о механизмах развития психогенных расстройств, была разработана концепция, согласно которой *поддержание здоровья и превенция его нарушения и преждевременной деградации возможны за счет: избегания от действия факторов и ситуаций, которые оцениваются субъектом как опасные для себя и других или как мешающие повседневной деятельности; направленного влияния саногенными эмоциями и факторами социальной среды; действий по поддержанию жизненного тонуса организма и координации жизненно важных органов и систем; навыков саморегулирования психических реакций и процессов (поведения, когниции, речевой, эмоциональной и личностно-смысловой); использования психотерапевтических методов и способов; адаптации к конкретным условиям жизнедеятельности, при соответствующей установке и мотивации субъектов на поддержание здоровья и обязательном проявлении силы воли.*

Преимущества, новизна и реальность концепции состоит в том, что она базируется на научных положениях психосанокреатологии о детерминирующей роли психосоциальной среды, обучения, воспитания и др. в формировании психики и психического здоровья и на механизмах развития психогенных расстройств; определяет условия, пути и методы направленного влияния и указывает на значимость организации саногении, стратегии повседневной жизнедеятельности и на личностные особенности субъектов (установка, волевые качества и др.).

8.2. Пути поддержания психического здоровья и превенции психогенных расстройств

Согласно этой концепции, поддержание психического здоровья и превенция психогенных расстройств возможны следующими путями:

1) направленное саногенное влияние психогенными факторами:

- создание в семье, на работе и в других социальных группах доброжелательных и взаимоуважительных социальных отношений, атмосферы доверия;

- обеспечение политической стабильности в стране, принятия государственными властями решений, гарантирующих благосостояние, безопасность граждан, веру в завтрашний день, детерминирующие адекватное и просоциальное поведение;

- развитие экономического уровня страны, с тем чтобы люди не чувствовали материальной нужды и который обеспечивал бы высокое качество жизни;

- создание социальной и экологической среды, которая вызвала бы у людей чувства удовлетворения;

- избегание со стороны руководителей любого ранга неуважительного поведения к своим подчиненным и конфликтных ситуаций в коллективе;

2) направленное саногенное обучение и образование:

- обучение и воспитание должны быть направлены на адекватное восприятие и отражение внешней и внутренней среды, развитие умения к самоуправлению поведением, эмоциями, речью, когнитивной и личностно-смысловой активностью, адекватно ориентироваться во времени и пространстве; на формирование отношения к своему здоровью как к самому ценному достоянию, и мировоззренческих ценностей, способностей реально оценить значимость воздействующих на него факторов, на социальную адаптацию; на владение методами поддержания здоровья и превенции его нарушения;

- саногенное воспитание, формирование бережного отношения населения к здоровью;

- повышение уровня знаний о причинах, факторах, влияющих на психическое здоровье;

- формирование установки на поддержание своего здоровья и превенции его диминуации;

- формирование силы воли в реализации интеллектуального, саногенного и социального потенциала;

- освоение и использование на практике знаний о формировании и поддержании саногенного образа жизни;

- приобретение знаний об условиях и факторах, предопределяющих развитие стресса, и о навыках диминуации последствий стресса;
- формирование способностей по предупреждению нарушений и на поддержание психического здоровья в повседневной жизни;
- развитие креативности в целях реализации своего интеллектуального, саногенного и физического потенциала, как в собственных жизненных интересах, так и в интересах общества;
- формирование навыков к самообразованию в области здоровья, предупреждения нарушений и поддержания психического здоровья в повседневной жизни;
- формирование научного мировоззрения об индивидуальном психическом здоровье, социальном и общественном здоровье, об адекватности и неадекватности восприятия и рефлексирования внутренней и внешней среды организма;
- формирование общественного сознания в плане осмысления значимости для жизнеобеспечения своего и общественного здоровья.

3) управление проявлением психических реакций и процессов (поведением, эмоциями, когницией, коммуникацией):

- выработка способности произвольного регулирования поведения во время действия стрессогенных факторов за счет регулирования ритмического дыхания, массажа рук и легкодоступных частей тела, перемещения тяжести тела то на одну, то на другую ногу;
- развитие способностей подавить по собственному усмотрению ипохондрическое состояние, преувеличенную мнительность, подавленность, угнетенность;
- внушение саногенных норм жизнедеятельности;
- контроль выражения поведения, эмоций и общения;
- когнитивная регуляция: отклонение, переключение, снижение значимости, контрфактическое мышление;
- вызов саногенных эмоций: актуализация эмоциональной памяти, использование музыки;
- устранение нежелательных эмоциональных состояний посредством другой эмоции, когнитивной и моторной регуляции;
- создание эмоционального состояния покоя и диминуация психических расстройств посредством методов медитации, ауто-тренинга, нервно-мышечной релаксации;
- избегание агрессивных вербальных, физических действий, враждебного поведения, жестокого обращения, ситуаций, которые могут генерировать эмоции тревоги, страха, злобы, ярости, агрессии;

сии, мнительности, тоски, зависти, индуцирующие фобии и ипохондрии, след которых фиксируется в памяти.

4) избегание или ограничение факторов или ситуаций, оцененных субъектами опасно значимыми для себя и близких или препятствующим повседневной деятельности:

- выработка способностей адекватно оценить значимость для себя и близких, факторов и ситуаций в плане опасностей и препятствия повседневной жизнедеятельности и, если субъект осознал их как угрозу его безопасности, то при всякой возможности следует их избегать.

5) повышение адаптивных способностей и толерантности за счет закаливания, тренинга, психосоматического иммунитета;

6) самоконтроль за реперами информационных индукторов саногенного психического состояния и реперов инициации развития психогенных нарушений;

7) соблюдение саногенного образа жизни;

8) использование психических методов, эффективность которых подтверждена психологической практикой, в частности, практикуемых буддистами, по освобождению от диссаногенных эмоций;

9) «кодирование» психики на время тяжелых психических испытаний;

10) организация стратегии саногенной повседневной жизнедеятельности.

8.3. Принципы организации стратегии саногенной жизнедеятельности человека по поддержанию психического здоровья и превенции его психогенного нарушения

Весь ансамбль психических реакций и процессов поведения, эмоций, когнитивных, речи, личностно-смысловой деятельности обусловлен влиянием психогенных факторов социальной и экологической среды. Направленность изменения их проявления в значительной степени зависит не только от интенсивности, продолжительности и значимости психогенных факторов в плане опасности и препятствования повседневной жизни, но и от личностного умения использовать исторический опыт людей диминуировать их нежелательные последствия на психическое состояние организма. Это и предопределило целесообразность представить некоторые принципы по диминуации влияния психогенных факторов на психические расстройства. Они также призваны обеспечить более благополучное преодоление агрессивных, стрессогенных жизненных ситуаций с их последствиями и обеспечение более саногенного образа жизни.

Для превенции психогенных нарушений и поддержания психического здоровья рекомендуется придерживаться изложенных ниже принципов.

Вышеизложенная концепция и пути поддержания психического здоровья и превенции психогенных нарушений, свидетельствуют о множестве факторов и ситуаций, влияющих на психическое здоровье, последствия которых в значительной степени зависят от стратегии организации своей повседневной жизнедеятельности, обеспечивающей поддержание уровня психического здоровья и профилактику его психогенных нарушений. Этим и была обусловлена необходимость разработки принципов и условий по организации стратегии саногенной жизнедеятельности человека, обеспечивающая поддержание психического здоровья и превенции его психогенного расстройства.

8.4. Основные принципы и условия стратегии организации саногенной жизнедеятельности

- Вы уникальны и имеете право на жизнь, радуйтесь этому.
- Ваше здоровье и качество жизни зависят от запаса знаний и умений об окружающей среде и своем организме, совершенствуйте свои знания.
- Не зацикливайтесь на неудачах, ищите позитивное и концентрируйтесь на будущем.
- Свою жизнь и свои действия организуйте в соответствии с саногенным образом жизни.
- Не поддавайтесь тревоге, страху, ярости, гневу, унынию, измените свой образ жизни.
- Учитесь управлять собой, своими мыслями, своими чувствами, своими эмоциями, поведением и действиями.
- Цените свое здоровье, как самое дорогое достояние, чем владеете, и не наносите ему вреда.
- Психическая деятельность является «двигателем» человеческой жизни, сосредоточьте внимание на развитии креативности и придерживайтесь общечеловеческих ценностей.
- Старайтесь осуществлять ежедневные динамические физические и умственные усилия, они выполняют существенную роль в поддержании здоровья и превенции его нарушения.
- Не будьте злопамятными, прощайте, как сказал Иисус Христос «до семижды семидесяти раз» «врагов ваших» и приобретете себе не больше вреда, чем они.

- Учитесь и научите своих детей творить здоровье, добро и блага и обретете радость.

- Не жалеете о том, чего у вас нет, а радуйтесь тому, что у вас есть.

- Верьте в свои силы, занимайтесь своим делом, отстаивая свои права и принципы, и успех последует.

- Настраивайте умонастроение обратить минусы в своей деятельности в плюсы.

- При трудностях и препятствиях не отчаивайтесь, а старайтесь продолжить упорно работать и Вы достигните вашей цели.

- Будучи социальными субъектами, проявляйте заботу не только о себе, но и о других и налаживайте взаимоуважительное отношение с окружающими вас людьми.

- Стремитесь постоянно предвидеть и обходить возможно опасно значимые факторы, ситуации или препятствия в вашей жизни.

- Старайтесь долго не перегружать себя физической или психической деятельностью, вырабатывайте привычку по вечерам расслабиться и восстановить нарушенную за день координацию функций жизненно важных органов и систем.

Естественно, реализация принципов затруднена, но если субъект осознал, что психическое здоровье является детерминирующим фактором в жизни людей, то он обязан их освоить и ими руководствоваться ими в своей жизнедеятельности.

Прежде, чем рассмотреть сущность предлагаемых путей, методов и способов превенции психогенных нарушений, расстройств и диминуции психики и психического здоровья, посчитали необходимым анализировать условия, влияющие на поддержание психического здоровья и превенции его расстройств.

8.5. Личностные условия по поддержанию психического здоровья и превенции его психогенного нарушения

Дезорганизующее психогенную деятельность психодиссано- и психопатогенных факторов зависит не только от их психогенной коннотации и оцененной опасной значимости, но и от личностных способностей субъектов противостоять психогенным воздействиям, в первую очередь, проявлению их последствия, т. е. психогенных нарушений. Эти личностные способности являются обязательными условиями для субъекта противостоять психогенным нарушениям и приобрести саногенный образ жизни. Этим и было обусловлена необходимость выделения отмеченных личностных качеств, как условие

для успешного решения задач превенции и коррекции психогенных нарушений и поддержания психического здоровья.

8.6. Развитие воли – важнейшее условие для поддержания и превенции преждевременной деградации психического здоровья

Волевые качества, их развитие, как предваряющие условия поддержания психического здоровья, учитывая их значимости в саногенной организации повседневной жизнедеятельности организма, рассмотрены в отдельной главе монографии *«Развитие воли – важнейшее условие для поддержания и превенции преждевременной деградации психического здоровья»*.

8.7. Формирование установки как основа готовности субъекта к направленному реагированию, поддержанию психического здоровья и превенции его расстройства

Психическая установка представляет собой психическое состояние, формирующееся в процессе онтогенеза, и играет значительную роль в обеспечении направленного действия по поддержанию психического здоровья и по превенции его психогенного расстройства. Она предваряет, определяет развертывание любой формы психической деятельности и детерминирует определенное реагирование тем или иным конкретным способом, на то или иное психогенное воздействие, т. е. предопределяет готовность организма к совершению определенной деятельности, направленную на удовлетворение актуальной потребности. Установка как таковая обусловлена сформировавшимися в процессе обучения, воспитания, влияния социальных и других значимых для субъекта факторов, научных принципов, взглядов, убеждений, духовных ценностей, моральных и этических норм.

Поскольку установка определенным образом побуждает субъекта к деятельности, отражает актуальную потребность, прошлый опыт, она предопределяет готовность действовать по отношению к значимому объекту определенным образом и поэтому представляется важным способом в организации стратегии поддержания здоровья и превенции его расстройств. Она должна стать задачей не только каждой семьи, дошкольных и школьных учреждений, но и органов здравоохранения, соцобеспечения и пр. В этой связи, следует подчеркнуть, что по настоящее время установка на здоровье формируется, как и психи-

ческое здоровье, пассивно, чем объясняется неадекватное отношение современного общества к своему здоровью.

Как известно, поступки людей часто расходятся с их словами, убеждения и чувства порой отличаются друг от друга, а влияние социальных факторов выходит на первый план при сравнении с установкой и личностными качествами. Установка, несомненно, играет важную роль в организации стратегии по поддержанию психического здоровья, тем более, если она конкретно направлена на формирование и поддержание здоровья, а не возникает стихийно, как это происходит в настоящее время. Её необходимо специфично сформировать с раннего детства в процессе обучения, воспитания и социализации, направленно развивать соответствующее мировоззрение о здоровье как о самом ценном достоянии человека.

При направленном формировании установки на здоровье необходимо учесть, что её влияние на поведение становится очевидным, если она является следствием опыта, конкретна, т. е. специфична, достаточно сильна и осознанна. При этом надо принять во внимание, что она сказывается не столько на отдельных поступках человека, а сколько на его совокупном или обычном поведении.

Критериями сформированности саногенной установки и мотивации являются степень информированности о сохранении и укреплении здоровья, об осознанном отношении к здоровью как особой ценности, о навыках и умениях сохранять и укреплять свое здоровье и здоровье окружающих.

Формирование установки на поддержание здоровья – одна из важнейших и трудных задач в плане создания адекватного общественного мнения. Наряду с органами здравоохранения и образования большое значение в этом принадлежит СМИ, роль которых весьма ответственна в плане формирования здоровья населения. Не меньшая ответственность лежит на каждом из нас.

8.7.1. Формирование осознанной потребности и мотивации поддержания психического здоровья

Одним из условий успешной профилактики и коррекции психогенных нарушений является осознанная потребность и мотивация поддержания здоровья. Дело в том, что источником регулирования поведения, направленности мышления, чувств и воли человека, выступает потребность, представляющая собой состояние субъекта, создаваемое испытываемой нуждой в чем-то необходимом для существования и развития, требующее удовлетворения: убеждение провоцирующее

твердое решение, вынуждающее субъект к какому-то определенному поведению – это такое же жизненное условие его существования, как и обмен веществ. Когда потребность осознается, то происходит её «опредмечивание», конкретизация и она приобретает форму мотива, который, по существу, является осознанной потребностью, обогащенной представлениями о способах и целях поведения. Этим обусловлена необходимость формирования осознанной потребности к поддержанию здоровья.

Хотя известный психолог А. Маслоу в своей работе «Мотивация и личность» (2014) считал, что все потребности человека являются врожденными, инстинктивными, однако этот взгляд можно отнести лишь к физиологическим потребностям и к безопасности, однако, к так называемым, интеллектуальным и эстетическим потребностям, к которым следует отнести и потребность здоровья, познания, самоактуализации, этого сделать нельзя, ибо они формируются под влиянием социальной и культурной среды.

Известно, что для того, чтобы осуществлялась деятельность, необходима также мотивация.

Мотивация – это совокупность факторов, механизмов и психофизиологических процессов, обеспечивающих возникновение на уровне психического отражения побуждений к удовлетворению жизненно необходимых потребностей, целей, в частности, поддержания здоровья, задающие направленность и устойчивость поведения для превенции нарушений психического здоровья и её коррекции.

Поскольку проявление активности человека, соответственно, его жизнедеятельность и целенаправленная деятельность напрямую зависят от осознанных потребностей и мотивации, которые предполагают свое удовлетворение, естественно, они, в соответствии с концепцией о превенции и коррекции психогенных нарушений, являются одним из необходимых условий, обеспечивающих эффективность методов и способов психотерапии, поэтому они должны стать одним из ключевых вопросов специального обучения.

Потребность и мотивация к поддержанию здоровья – уникальный процесс, направленный на побуждение субъекта организовать свое поведение, деятельность и осознать значимость и личностной смысл в поддержании своего здоровья.

При организации работы по формированию потребности и мотивации к поддержанию здоровья, во-первых, необходимо побуждать у субъекта стремление к продуктивной познавательной деятельности, активному освоению знаний в области здоровья. Свообразие учебной

мотивации состоит в том, что в процессе деятельности по её осуществлению субъект усваивает новые знания не только о своем организме, но и об организации своей стратегии саногенного образа жизни. Во-вторых, надобно диагностировать учебную мотивацию субъекта, определить уровень мотивации, значимость мотива формирования мотивации с тем, чтобы адаптировать учебный материал в соответствии с уровнем знаний субъектов для создания мотивационной сферы.

Процесс формирования потребности и мотивации к поддержанию здоровья должен стать значительной частью работы учителя и врача.

Формирование осознанной потребности и мотивации к здоровью, а также установки на здоровье, с тем, чтобы субъект всю деятельность анализировал через призму её последствий на свое здоровье – означает, что субъект добьётся в дальнейшем научно обоснованной профилактики и диминуации психодиссан- и психопатогений, повышение качества жизни и продления жизни людей.

8.8. Полифакторная обусловленность, методы и способы поддержания психического здоровья и превенции психогенных нарушений. Два случая из собственной жизни коллектива Института физиологии и санокреатологии, которые показывают влияние решения губернаторов науки на психическое состояние коллектива ученых и исход развития науки

Предлагаемые методы и способы превенции нарушений и поддержания психического здоровья достаточно многочисленны. Обязательным условием их успеха является использование комплекса методов, включающие устранение факторов, оцененных субъектом как опасные и провоцирующие диссаногенные эмоции, улучшения социального взаимодействия, самоконтроль, проявление силы воли и саногенный образ жизни. Большая часть методов и способов предполагает освоение их самими субъектами. Эффект их влияния зависит также от успешного освоения и вероятности строгого их использования. Кстати, удачность положительного результата в плане превенции психогенного нарушения и поддержания здоровья, зависит не в малой степени и от экономического, политического и общего социального состояния в стране.

Обязательным условием превенций нарушений психического здоровья и его поддержания является восстановление нарушенной координации функций органов и систем, обусловленной интенсивной интеллектуальной или эмоциональной деятельностью, за счет динамической физической активности.

Несомненно, что читатель нуждается в быстро действующих методах и способах, позволяющих ему предупредить нежелательные последствия для своего здоровья, давно волнующие и представляющие для него и его семьи опасность. Психологически это понятно, потому, что человек почти ежедневно встречается с множеством вопросов, которые он оценивает как значимые для себя или других, вызывающие волнение и психофизиологическое напряжение его организма.

Однако следует отметить, что здоровье быстро нарушается, а его восстановление или предупреждение возникновения дисфункций жизненно важных органов и систем требует много времени, усилий и силы воли. Особенно, если это касается волнующих государственных условий и факторов социальной природы, на действие большинства из которых обычный человек мало может повлиять, а чаще всего государственный функционер и не вникает в суть проблемы. Осознавая и понимая это, все-таки, нельзя действовать по формуле Дейл Карнеги «живите в «отсеке» сегодняшнего дня». Часто это путь в никуда. Волнующие проблемы сами по себе, как показывает жизнь, не решаются и вряд ли «жизнь в отсеке сегодняшнего дня» успокоит интеллектуального креативного человека, не говоря о том, что без предвидения событий и действий завтрашнего дня с учетом прошлого опыта, весьма сомнительно достичь успеха и одновременно сохранить свое спокойствие, свое здоровье. Чтобы решать волнующие вопросы и одновременно предупреждать возможные психогенные нарушения, надо не ограничиваться «отсеком сегодняшнего дня», а бороться, отстаивать, искать пути решения, предвидеть и опережать события, а не «примириться с самым худшим», как пишет Д. Карнеги.

С нашей точки зрения важно, чтобы субъект осознал конкретную суть и истинную значимость волнующего вопроса, который должен стать мотивацией к действию и рассматриваться как установка и жизненная потребность бороться за свое благополучие, а также владеть знаниями и умением управлять своими эмоциями и поведением.

Но, если при этом все же не удалось избавиться от опасностей или препятствий в повседневной жизнедеятельности, то следует спокойно проанализировать действия и события, не давшие возможности добиться успеха, определиться относительно условий, неточностей или ошибок, не позволивших решить вопрос, внести поправки в стратегию дальнейшего решения и начинать снова действовать. Только действуя, что-то можно изменить.

Описать условия и факторы, вызывающие психогенные нарушения, методы и способы устранения их действия из-за многочислен-

ности, специфики их действия и состояния организма на момент их воздействия весьма затруднительно, тем более, когда условия и факторы обусловлены негативно настроенными людьми к конкретному вопросу или проблеме.

И все же коснемся двух случаев из нашей жизни, в которых саногенная или диссаногенная направленность психогенного влияния зависела от конкретных решений, волнующих коллектив научного института вопросов государственного значения – организация и проведение международного научного форума и финансирование научных исследований по развитию новой науки – психосанокреатологии. В первом случае – от желания государственного чиновника вникнуть в суть вопроса, его честности и смелости зависело разрешение или отказ на проведение первого Всесоюзного научного форума по проблеме стресса, которая оценивалась многими вышестоящими чиновниками как табу, выдуманной и даже противоречащей идеологии страны. Считалось, что в Советском Союзе, в котором установлена самая демократическая система управления, отсутствует исходная основа для развития стресса. Во втором случае – от отношения государственных чиновников зависела судьба целой науки – психосанокреатологии, недавно созданной и призванной разработать научные и практические основы направленного формирования и поддержания психики и психического здоровья, а также превенции развития психических расстройств, которые, согласно прогнозам ВОЗ и многих ученых, в ближайшее время выйдут на первое место в структуре общих хронических заболеваний, т. е. науки, призванной решить вопросы, которые входят в круг служебных обязанностей государственных чиновников.

С первым случаем мы столкнулись с чиновниками науки в процессе начала проведения в бывшем Советском Союзе официальных исследований в области стресса. На протяжении многих лет группа исследователей занималась проблемой стресса. Это было в 70-80 годы прошлого столетия, когда на нее был наложен табу в бывшем Советском Союзе. Это было обусловлено тем, что, согласно основателю учения о стрессе Hans Selye, с развитием общества увеличивается количество стрессогенных факторов, а в Советском Союзе, считавшимся самым демократическим государством, якобы отсутствовали всякие основы для развития стресса, чем и объяснялся негласный запрет на исследования в области стресса. Но, будучи молодым исследователем, поддержанным известным русским ученым-физиологом, профессором Анатолием Анатолиевичем Зубковым, осмелился начать проводить опыты в нерабочее время в плане возможности создать экспериментальную

модель диффузного неврогенного токсического зоба путем хронического стрессогенного раздражения подопытных животных. Первые же научные попытки показали возможность развития этого эндокринного заболевания, имеющего достаточно широкое распространение в Молдавии при хроническом эмоциональном стрессе. Это вдохновило группу молодых исследователей заняться всерьез проблемой стресса.

Понимая актуальность проблемы стал убеждать ответственных работников Центрального Комитета Коммунистической Партии Советского Союза (Москва) в необходимости проведения научного форума по обсуждению значимости этой проблемы. В 1972 году было дано добро на проведение в 1973 году в Кишиневе первого Всесоюзного Симпозиума по стрессу, в работе которого приняли участие многие ведущие ученые страны. Этот форум по-существу признал актуальность проблемы стресса, а Институт зоологии и физиологии Молдавской Академии Наук, который выступил инициатором этого симпозиума, был признан базовым научным учреждением в области стресса в Советском Союзе.

Это случай, когда от мудрого решения государственного чиновника, были начаты и поддержано широкое развитие исследований в бывшем Советском Союзе, по столь значимой проблематике как стресс, оказал благоприятное влияние на научную работу коллектива, результаты деятельности которого стали основой назначения Института ведущим научным учреждением страны по этой проблематике.

Второй случай имел место, в 2019 году, после многолетних исследований в области стресса и создания санокреатологии – науки о направленном формировании и поддержании здоровья. К этому времени стало общепринятым, что хронический чрезмерный стресс оказывает влияние не только на функцию различных органов и систем, на психику, психическое и физиологическое здоровье, но и на генетическом уровне. Кроме того, было доказано, что современный образ жизни является стрессогенным, а хронический стресс может стать причиной развития многих хронических заболеваний. Но самыми тревожащими были данные, свидетельствующие о том, что современное общество, по существу, является больным.

Естественно, стоял вопрос о том, каковы пути решения проблемы здоровья общества. Учитывая остроту проблемы, Институт зоологии и физиологии Молдавской Академии Наук активно включился в её исследование. Было доказано, что единственный путь, кстати, не имеющий альтернативы – это целенаправленное формирование и поддержание здоровья человека в соответствии с условиями его жизнедеятельности.

На протяжении более 10 лет были разработаны научные и практические основы направленного создания и сохранения психики и психического здоровья, которые были доложены, обсуждены и положительно оценены на различных международных научных форумах. Более того, было начато многотомное издание «Трактат о научных и практических основах санокреатологии». Уже издано два тома и готовился к изданию настоящий том.

На этом фоне, в 2019 году, неожиданно и необъяснимо «прогремел гром среди ясного неба». При конкурсе научных исследований, вследствие субъективного отношения государственных чиновников к руководителю научного проекта, предусматривающего развитие новой науки – психосанокреатологии, в частности, разработать практические методы и способы формирования психического здоровья и превенции психогенных расстройств, проект был отвергнут, этим самым, признан ненужным, вопреки известным международным данным о том, что психические расстройства вышли на первое место в структуре общей заболеваемости населения, т. е. значимость и актуальность проблемы психического здоровья бесспорна, но только не для предвзятых государственных чиновников.

Многочисленные обращения ученых ко всем тем, кто должен решать государственные проблемы, не были приняты во внимание. Даже усилия известных ученых добиться аудиенции у них, чтобы обсудить пути решения проблемы здоровья народа своей страны, были безуспешными. Такое отношение со стороны государственных чиновников, естественно, оказало диссаногенные последствия на исполнителей тематики и затормозило развитие столь важных научно-практических работ, при этом, ни один из них не понёс никакой, хотя бы моральной, ответственности.

Эти случаи свидетельствуют о том, что решения руководителей различного ранга могут оказать как саногенное, конструктивное (первый случай), так и диссаногенное деструктивное влияние (второй случай) на общее состояние здоровья коллективов и их деятельности, т. е. многое в жизни и деятельности людей зависит от мудрости руководителей решать возникшие вопросы. Но не в меньшей мере успех, в частности в поддержании здоровья, предопределяется способностями и качествами тех, кто являются подчиненными: установка, мотивация, вера в свои силы, умение управлять своими психическими реакциями и налаживать социальные взаимоотношения, сила воли, настойчивость добиться верного решения и др.

Учитывая существенную определенность этих личностных психических характеристик человека, обуславливающих, в конечном сче-

те, поддержание психического здоровья и превенцию его нарушений, представилось целесообразным вкратце, в общих чертах остановиться на методах и способах, которые базируются на этих качествах и в той или иной степени оказывают влияние на психическое здоровье. Детально они представлены во втором томе «Трактата о научных и практических основах санокреатологии».

На протяжении многих веков человечество пыталось повлиять на поведение, на эмоциональный статус и психику в целом. Больше всего этим занимались великие мировые религии и всякого рода конфессии. Ими были разработаны методы и способы по поддержанию духовного равновесия человека, исцелению душевных страданий, проявлению таких положительных человеческих качеств, как сострадание и сочувствие.

Наиболее распространенным способом влияния на психику и психическое здоровье являются обряды, которые складывались веками и встречаются у каждого народа и которые сопутствуют человеку на всём пути от рождения до самой смерти.

Главенствующее влияние религий на сознание осуществляется через эмоции, для чего создаются условия для усиления чувств, посредством всякого рода ритуалов, как фактора, освобождающего сознание от логики, т. е. фактически, приводящего его к медиативному состоянию, когда человек ощущает себя погруженным в непрерывный поток. Тогда сознание переходит на наглядно-действенные и наглядно-образные виды мышления. Для усиления ритуалов используются приемы, создающие и поддерживающие согласованность биологических и социальных ритмов – ритмические танцы, регулируемое дыхание, хоровое песнопение, рецитация мантр и другие ритмические действия. Культовые действия способны ввести человека в состояние сопереживания и довести его до экстаза, и даже вызвать катарсис. Эмоции достигают такой силы, что подавляют логическое мышление и провоцируют галлюцинации.

В рамках большинства религий для изменения состояния сознания используются медиативные практики и психосоматические методы.

За счет медиативных методов, управление функциями психики осуществляется посредством концентрации внимания на блестящем предмете, созерцания деревянного шарика, визуализации, словесного и кинестетического внушения.

К психосоматическим методам можно отнести статические позы, подобные упражнениям йоги, особые движения, вибрации, пение повторяющихся звуковых сочетаний, кружение на одном месте и другие

методы, воздействующие на сознание через систему психосоматической регуляции.

Буддистская система медитации, позволяющая избавиться от беспокойства, чувства неудовлетворенности жизнью и, как следствие, напряженности, тревоги, достигается за счет: познания; практического деяния, аскетизма; созерцания и медитации; веры в спасательную силу Будды.

Вышеуказанные направленные влияния на состояние психики и психическое здоровье обусловлены посредством воздействия на органы чувств, сознание и подсознание, вызывающие аттенуацию диссаногенных эмоций и бессознательных иррациональных влечений, вычленение из сферы сознания людей, волнующие их проблемы, формирование конкретных нравственных ценностей для превращения человека в социально-пассивное существо, системы запретов и правил и др., путем обучения по созданию обычаев, обрядов, ритуалов, культовых поклонов, по поддержанию определенных пищевых запретов, выполнению ментальных упражнений, формированию веры в Бога и наземного рая, а также за счет методов и способов психотерапии: медитации, мышечной релаксации, мультимодальной терапии, рационально-эмоционально-поведенческой терапии, когнитивной, поведенческой, бихевиоральной, суггестивной, позитивной терапии, арт-терапевтических методов, методов социальной терапии, эриксоновского гипноза, кататимно-имагинативной психотерапии (символдрамы) и пр., которые с позиции психосанокреатологии следует дифференцировать на методы и способы превенции психогенных нарушений и методы и способы психотерапии, хотя некоторые из них могут оказывать двойное влияние, что и было осуществлено.

8.9. Поддержание психического здоровья и превенция его психогенного нарушения за счет создания саногенных социальных взаимоотношений

Согласно концепции о развитии психики и психического здоровья детерминирующую роль при структурной целостности и функциональности ЦНС и ненарушенном мозговом кровообращении имеют социальные факторы и состояние коммуникации между людьми, в качестве системы связи которой служит языковое поведение, т. е. от этих факторов в значительной степени зависит уровень и качественное состояние психического здоровья людей. Этим подчеркивается необходимость особого отношения каждого человека к этим психо-

генным факторам. Создание саногенных социальных взаимоотношений между людьми является одним из важных путей поддержания психического здоровья и превенции его психогенного нарушения.

Homo sapiens стал создателем материальной и духовной культуры в значительной степени, благодаря возникновению и развитию сигнальной системы – уникальности языка. В отличие от «языка» животных, который служит средством коммуникации, «язык» человека – средством познания и управления и механизмом общения между людьми.

Язык человека, это инструмент формирования человеческой личности, освоения всего что создала цивилизация за время её существования, превращения *H. Sapiens* в *H. santoscreatimus*, формирования саногенных социальных взаимоотношений и, конечно направленного создания и поддержания психического здоровья.

Чтобы язык выполнял свою роль соответствующего инструмента, средства, необходимо с самого раннего детства стимулировать научение языку и языковому поведению. Обучение языку должно обеспечить то, чтобы он стал средством саногенного форсирования и поддержания психического здоровья. Для этого особое внимание надо обратить на освоение и использование речи в повседневной жизни с тем, чтобы формировать и поддерживать доброжелательные отношения, дипломатические манеры вести беседу, чтобы ни в коем случае не оскорблять достоинство других, не провоцировать психогенный стресс, воздерживаться от конфликтной речи и пр.

Предупреждение развития диссано- и психопатогений психогенной этиологии во многом зависит не только от саногенного использования языка и языкового поведения, но и от социальных взаимодействий и взаимоотношений субъектов. Вежливые межличностные взаимоуважительные отношения, способность легко адаптироваться к изменяющимся социальным условиям, социальная среда выполняют саногенную роль в поддержании психического здоровья, поэтому все административные структуры и общественные организации должны держать в поле зрения и способствовать формированию этих социальных условий. При этом нужно признать особую значимость создания установки на проявление своего поведения в соответствии с требованиями и нормами закона и морали.

Минимализация последствий психогенных воздействий на организм обеспечивается за счет способностей субъекта встречать всякого рода трудности в хорошем настроении, уважительного взаимодействия с членными социума, адекватной оценки возможных последствий действия диссаногенного фактора через призму своих способностей про-

тивостоять им, оптимизма, юмора, альтруизма, способностей подавления или избегания воздействия, быстрой адаптации, реактивности когнитивно-поведенческой реакции, коммуникабельности, креативности, позитивного менталитета, мотиваций и установок к действию, ответственности, веры в свои силы и др. Успех сопутствует тому, кто адекватно оценивает и переоценивает свои устремления, чаяния и потребности через призму реальных возможностей и личных способностей.

Исключительная роль в поддержании психического здоровья принадлежит органам власти, поэтому они должны строить свои взаимоотношения со своим народом таким образом, чтобы люди осознали, что государственные структуры работают в интересах своего народа. В этом же ракурсе необходимо указать на то, что работодатели следуют организовывать взаимоуважительные отношения со своими подчиненными, не задевающие их личные достоинства.

8.9.1. Направленное формирование социальных взаимодействий, социального поведения, социальных действий в соответствии с существующими нормами

В системе путей, методов и способов превенции психогенных нарушений и поддержания психического здоровья, учитывая, что психика и психическое здоровье формируются, главным образом, посредством влияния социальных факторов, особая роль принадлежит методам и способам саногенного формирования социального взаимодействия, социального действия, обучению и воспитанию.

Человек, является социальным субъектом, на его психику и психическое здоровье детерминирующее влияние оказывает социальная среда – социальные отношения, процессы, изменения, социальная структура, статусы, роли и пр. Необходимость направленного влияния на социальные взаимодействия обусловлена и тем, что лишь во взаимодействии с другими людьми человек проводит свою жизнь и может удовлетворить подавляющее большинство своих потребностей и ценностей. Само взаимодействие является основной жизненной потребностью. Человеку вне взаимодействия с социумом суждено психически деградировать.

8.9.2. Создание доброжелательного и взаимоуважительного социального отношения, атмосферы доверия в семье, на работе и других социальных группах

Первым и детерминирующим инструментом формирования мировоззрения, социального взаимодействия, социального действия

и социального поведения является семья. Подготовка к жизни, становление семейных установок на социальное взаимодействие, социальное поведение, отношение к своему здоровью у детей зависит от воспитательной атмосферы семьи, структуры и факторов семьи, материальных условий, личностных характеристик родителей (социальный статус, уровень образования, психологический климат, характер взаимоотношений и др.). Взаимоотношения взрослых и детей должны строиться в демократическом, сотрудническом стиле, а не во вседозволенности или авторитарности. Демократический стиль предопределяет формирование доброжелательных социальных взаимодействий, взаимоуважительное социальное поведение и социальные действия и взаимодействия с окружающим миром. На семью ложится и формирование ценностной ориентации подрастающего поколения, особенно в условиях социальной и политической нестабильности.

Учитывая значимость семьи в формировании установок на социальные взаимодействия и взаимоотношения с другими лицами, на отношение к своему здоровью, и на ценностные ориентации, проявляющиеся на протяжении всей последующей жизни человека, становится очевидным необходимость определиться на государственном уровне относительно задач и способов по воспитанию ребенка в семье.

Одной из форм развития психики и психотерапевтической работы, адекватной и целесообразной, представляется арт-терапия, которая помогает «включить» особый способ видения событий окружающего мира – способность видеть, одновременно воспринимать часть внутри целого, связанные между собой и с целым, способность видеть и чувствовать то, что находится непосредственно перед человеком, не обращаясь к словесным понятиям.

Арт-терапия традиционно рассматривается как инструмент прогрессивной психологической помощи, способствующий формированию здоровой и творческой личности, а также реализации на практике функциональных аспектов социализации личности, как адаптация личности, социальная мобилизация, саморегуляция, самопрофилактика социальных дисфункций (Киселева, 2007). Рисуя, занимаясь лепкой или описывая в литературной форме свою проблему или настроение, человек как будто получает закодированное послание самого себя, из собственного подсознания.

Современная арт-терапия включает в себя достаточно большое разнообразие методов и технических приемов – это работа с текстами (сказки, истории, притчи), работа с рисуночными и пластическими материалами (глина, пластилин), маскотерапия, музыкальная терапия, элементы драматизации.

Другим целесообразным приемом является использование сочинения сказочных историй, сказкотерапия, который предполагает использование разнообразных жанров: притчи, басни, легенды, былины, саги, детективы и др., несущие информацию о том, как люди ищут, переживают наличие или отсутствие общечеловеческих ценностей.

Интегрирование методов сказкотерапии с основными направлениями психотерапии (гештальт-подход, клиент-центрированная терапия, психодрама и пр.) является мощным инструментом в направленном формировании социального взаимодействия, превенции психогенных нарушений и поддержания психического здоровья.

Родители должны хорошо осознать, какой вклад вносит семья в процесс влияния на личность ребенка и на формирование его отношения к своему здоровью. Это важно для того, чтобы не возникли ситуации, когда в семье требуют одно, а в микросоциумах (детский сад, школа, детский коллектив и т. д.) – другое. Залог успешности саногенного воспитания в семье лежит в подготовке в области здоровья и в психологической характеристике каждого из членов семьи.

Следующим важным институтом направленного формирования знаний и привычек, в плане поддержания здоровья, формирования социальных взаимодействий, социального поведения, социальных действий, моральных ценностей, являются дошкольные учреждения. Дети в этом возрасте весьма сенситивны, формируется эмоциональная сфера, произвольное поведение, усвоение морально-нравственных норм и эталонов правил поведения, эмпатии и др. Детский сад, как и семья – это важный институт социализации и создания практических основ правил санитарии и гигиены.

Формирование желаемых социальных взаимоотношений, социальной активности, в соответствии с существующими нормами, должно осуществляться за счет методов совместной деятельности детей со сверстниками и другими субъектами – игр, предусматривающих одновременно с другими решение задач, сообща выполнение сообща трудовых поручений, усвоение норм человеческих взаимоотношений, чем обеспечивается возникновение, реализация, развитие и преобразование отношений детей, сверстников и взрослых. В процессе освоения совместной деятельности дошкольника (деятельности, обладающей общими целями, задачами, содержанием) возникает необходимость в согласованности действий, контроле за выполнением правил, коррекции, тем самым, появляется возможность проявления отношения к сверстнику, как к себе самому. Чем выше степень со-

вместной деятельности, тем рельефнее проявляется отношение взаимной согласованности, сотрудничества, гуманности. Саногенные эмоции, испытываемые ребенком, чаще всего становятся мотивом для дальнейшей совместной деятельности.

Для формирования у дошкольников позитивного социального отношения необходимо обеспечить условия для проявления детьми отношения к другому, как к себе подобному, целенаправленно обучать детей умению управлять своим эмоциональным состоянием, создавать в себе и вокруг себя ситуации, способствующие возникновению саногенных эмоций. Это обусловлено и тем, что у детей до 6 лет отношения в детской группе строятся главным образом на эмоциях, и только после 6 лет возникает другой уровень проявления отношений реальной силы и ориентации – при совместной деятельности. В дошкольном возрасте важно, кроме коммуникативных навыков общаться в различных ситуациях, проявлять гибкость поведения, формировать культурно-гигиенические навыки (гигиена рук после прогулки и перед едой, чистка зубов утром и вечером, полоскание рта после еды, культура приема пищи, порядок в своих вещах и др.), социально-бытовые умения и креативное мышление, обеспечить ребенку условия для саногенного психоэмоционального развития, накопления опыта эмоционального отклика на разные воздействия, в частности, гигиенических и санитарных факторов.

Существенным институтом социализации и накопления знаний и навыков по формированию, поддержанию здоровья и превенции психогенных нарушений является школаризация. Школам принадлежит детерминирующая роль в формировании миропонимания и современного научного мировоззрения об идентификации факторов, способствующих развитию сано- и диссаногений, в предвидении последствий влияния на организм тех или иных факторов и ситуаций, в освоении методов и способов превенции психогенных факторов, в реальном ориентировании во времени и пространстве, в реализации саногенного потенциала организма.

Особое внимание в учебном процессе при обучении научных и практических основ поддержания своего здоровья и превенции его нарушения необходимо уделить идентификации социальных факторов и созданию благоприятных социальных взаимодействий, которые имеют психогенную коннотацию, т. е. тем, которые оцениваются субъектом как значимые для себя, для других или для общества, ибо они могут иметь как саногенную, так и диссаногенную коннотацию.

8.10. Об обеспечении политической и финансовой стабильности, безопасности и благосостояния населения страны

Среди факторов и условий, влияющих на психическое здоровье, следует указать на решения и действия государственных органов и политических групп: если они оцениваются субъектами, как направленными на решение социальных вопросов, включительно, на обеспечение саногенного уровня здоровья; на обеспечение безопасности, на удовлетворение физиологических и культурных потребностей, защиты экологической и социальной среды и провоцируют комплекс саногенных эмоций, то их влияние на организм скажется саногенно, положительно; в случае, если правительственные постановления и их практические применения оценены субъектами как значимые для себя и общества, но не обеспечивают эффективное решение экономических и коррупционных проблем, политическую и социальную стабильность, соответствующий уровень жизни, занятость населения, провоцируют миграцию населения, вызывают психофизиологический дискомфорт, фрустрацию, индуцируют раздражительность, тревожность, агрессивность, обескураженность и др., то они окажут на организм людей диссаногенный характер. Следовательно, правительственные органы и политические партии, при подготовке своих документов и решений, должны оценить их содержание через призму возможного влияния на благосостояние, безопасность граждан, веру в завтрашний день, на просоциальное поведение и пр., их саногенных или диссаногенных последствий, с тем, чтобы диминуировать возможные нежелательные психогенные и социальные их действия.

8.10.1. О создании здоровой социальной и экологической среды

Социальная среда может служить как метод превенции развития психогенных нарушений и поддержания психического здоровья, если она характеризуется доброжелательными социальными отношениями, доверием между ее членами, эмпатией, её члены самообеспечивают свои семьи, адекватно оценивают и рефлектируют внутреннюю и внешнюю среду и др., а экологическая среда – если она способствует тонизации и улучшению общего состояния организма, вызывает состояние удовольствия и экологический комфорт, поэтому государственные и местные власти, общественные организации должны осознать как жизненную задачу – создание здоровой социальной экологической среды.

8.10.2. Избегание со стороны руководителей любого ранга неуважительного поведения к своим подчиненным и конфликтных ситуаций в коллективах и создание атмосферы взаимодоверия

Как было указано ранее, одними из важнейших и достаточно распространенных диссаногенных факторов, провоцирующих психогенные нарушения являются эмоционально-диссаногенная и неуважительная атмосфера в коллективе, неэтическое отношение и поведение руководителей или отдельных членов коллектива к подчиненным или своим коллегам, частые конфликтные ситуации, бранные слова, тревожные настроения, некорректные и грубые обращения с подчиненными, которые, в конечном счете, вызывают психогенные расстройства. Поэтому одной из первейшей обязанностей каждого руководителя должно стать создание в своих коллективах саногенной психоземotionalной атмосферы, если осознается, что психическое здоровье является приоритетной задачей общества.

8.10.3. Избегание воздействий факторов и ситуаций, оцененных субъектами как опасные или препятствующие повседневной деятельности, могущих провоцировать интенсивные и продолжительные аффективно-эмоциональные реакции

Психодиссаногенное воздействие на организм человека могут оказать те психогенные факторы и ситуации, которые оцениваются субъектами как опасные для себя и общества или как препятствующие в повседневной жизнедеятельности. Они чаще всего провоцируют кратковременную или эпизодическую фрустрацию, вызывают психофизиологический дискомфорт, дискоординацию функций жизненно важных органов и систем организма, и в одних случаях, индуцируют раздражительность, импульсивность, агрессивность, тревожность, стресс и др., а в других – печаль, обескураженность, астению, апатию, депрессию, вследствие которых нарушается психическое здоровье. Поэтому, каждый человек в целях превенции психогенных нарушений психического здоровья должен заранее планировать основные предстоящие проблемы, которые ему предстоит решить и стараться предвидеть возможные опасности и препятствия, с которыми он столкнется, с тем, чтобы их избежать, а если это не представляется возможным, то диминуировать их влияние.

8.11. Направленное обучение и образование в плане превенции психических нарушений и поддержания уровня психического здоровья

8.11.1. Саногенное воспитание и формирование бережного отношения населения к своему здоровью

Образование и воспитание следует рассматривать не только как способ саморазвития человека, приобщения к культуре, науке и практике, формирования мировоззренческих ценностей и установок, образование должно становиться и способом создания саногенной разносторонней личности с креативными способностями направленно влиять на свое здоровье. При этом приобщение к культуре проявляется на содержании, организации и методах, используемых в образовании.

Цель образования, конечно, должна состоять в обеспечении подготовки высококвалифицированных кадров для жизнеобеспечения общества в конкретно-исторических условиях, в развитии производительных сил страны, общей культуры и цивилизованности, в укреплении гражданского статуса, отношений и морально-правовых устоев человеческого общества.

С позиции санокреатологии и психосанокреатологии образование и воспитание должно обеспечить и специальное развитие креативного и саногенного потенциалов, в овладении знаниями, умениями и навыками населения с возможностью их применения на практике в плане адекватного восприятия и отражения внешней и внутренней среды и бережного отношения к своему здоровью.

Раскрытие креативного и саногенного потенциалов не совершается автоматически. Оно требует целенаправленных усилий со стороны образовательных учреждений, семьи и социального окружения и их усилия должны быть однонаправленными на создание креативного и интегрально здорового потомства.

Сегодня человека можно назвать образованным, если он владеет знаниями, принципами, навыками и методами, которые определяют адекватный подход при рассмотрении различных явлений, фактов окружающей действительности и располагает способностями формировать и поддержать свое здоровье и умением применять на практике, полученные во время учебы, знания, креативно решая те или иные практические и теоретические задачи.

В процессе культурно-исторического развития общества представления о социальных и личностных функциях человека меняются. Это, в свою очередь, опосредует те социальные требования, которые

предъявляются к личности и формируют важнейшие составляющие образовательного и воспитательного процесса в конкретный исторический период. При этом, образование и воспитание детерминированы представлениями о социальных функциях человека, принятыми в обществе в данный момент времени, и от них зависит комплекс социально значимых знаний и опыта, усвоение которых необходимо подрастающему поколению для обеспечения качества жизни общества. В этой связи, образование и воспитание, с позиции санокреатологии и психосанокреатологии, должны быть направлены не только на усвоение индивидуумом опыта и знаний, накопленных в процессе культурно-исторического развития общества, на воспитание социально приемлемых и одобряемых форм поведения, навыков и интеллектуального развития, но и на формирование креативного и саногенного потенциала, что позволит формировать креативно-саногенную личность, способную решать многочисленные задачи существования, и содействовать дальнейшей эволюции общества в агрессивных условиях окружающей среды.

Направленное образование и воспитание в целях формирования креативного и саногенного потенциалов личностей, обладающих способностями управлять своим здоровьем, должно осуществляться в ходе педагогического процесса, представляющего собой комплекс целенаправленного педагогического воздействия путем передачи подрастающему поколению накопленного багажа знаний об окружающем мире, социальной среде, опыте решения различных проблем в процессе культурно-исторического общества, развития нравственности, а также знаний о своем организме: как возникает и функционирует, о мировоззренческих ценностях и установках, обеспечивающих адекватную оценку значимости среды, ориентирование во времени и пространстве, социальную адаптацию, противостояние действиям, могущих нанести вред себе, другим и природе и др. То есть, в рамках педагогического процесса направленного обучения и воспитания в значительной степени решится важнейшая задача по развитию креативности, здоровья и превенции нарушения состояния здоровья. С позиции психосанокреатологии воспитательная деятельность, обучение и самообразование должны проводиться на всем протяжении жизни.

Несомненно, что новые задачи в сфере образования и воспитания в плане особого направленного развития креативных и саногенных способностей, сыграют существенную роль в превенции столь частых психогенных нарушений, обусловленных психогенными факторами и ситуациями, которые с развитием общества увеличиваются, а

также в решении жизненно важных задач существования и эволюции общества. Поэтому их следует считать социальным заказом новых потребностей государства и общества.

8.11.2. Формирование общественного сознания о приоритетности здоровья

Успех поддержания психического здоровья и превенции психогенных нарушений зависит в немалой степени от общественного сознания, оказывающего, как известно, влияние на различные сферы общественной жизни, в частности, на сферу экономики, душевное развитие как общества в целом, так и отдельного человека. Но сложилось так, что современное общественное сознание, которое сформировалось стихийно, менее всего оказывает влияние на состояние здоровья населения.

До развития коронавирусной пандемии, общественное сознание, хотя на словах признавало важность здоровья, а люди при встречах и расставаниях желали обычно друг другу здоровья, однако, на самом деле, общество не оценивало его по достоинству и предпринимало недостаточно усилий для укрепления здоровья, что и предопределило высокую общую заболеваемость населения планеты. Его усилия были направлены на лечение болезней, считая, что, тем самым, и обеспечивается, само собой, состояние здоровья населения. Вместе с тем, жизнь показала, что здоровье, как таковое, требует своего отдельного внимания и решения. Медицина, будучи нозологической наукой, её доля в обеспечении здоровья составляет около 25% из общей 100% доли здоровья, а 75% приходится на образ жизни, окружающую среду и генетику организма, т. е. какие бы затраты не были бы на медицину, они решат лишь четвертую часть составляющую здоровье, а не здоровье в целом. Практика и наука о здоровье свидетельствуют о необходимости пересмотра общественного мнения о здоровье, как о первично значимом явлении, о самом ценном достоянии человека, требующим соответствующего отношения со стороны общества, а болезнь, как вторичное состояние, несомненно, также заслуживающая своего внимания. Общественное сознание должно осознать по существу ценностную значимость для общества феномена здоровья в соответствии с научными взглядами о детерминирующей роли здоровья в жизнеобеспечении общества. Вместе с тем, оно должно признать необходимость отказа от стихийного, спонтанного формирования здоровья, в том числе и психического, в пользу направленного его создания, как единственного пути решения проблемы здоровья.

Общественное сознание должно активно способствовать, стать толчком к мотивации индивидов и общества в целом относиться к своему здоровью как к самому ценному достоянию и бороться за свое здоровье.

Следовательно, успех в поддержании психического здоровья и в предупреждении его психогенных нарушений зависит от общественного сознания, которое является своего рода духовным стимулом в признании ведущей роли здоровья в жизнеобеспечении и ориентиром практической деятельности, поступков, поведения по удовлетворению его потребностей.

В соответствии со сказанным, усилия общества в процессе обучения и воспитания должны обеспечить формирование общественного сознания, признающего направленное создание и поддержание здоровья, включительно психического, как важный элемент жизнеобеспечения индивидуумов и общества в целом.

8.11.3. Совершенствование знаний о причинах, условиях и механизмах действия факторов, нарушающих психическое здоровье

Так как психическое здоровье формируется и нарушается главным образом под влиянием психогенных социальных факторов, естественно полагать, что превенция психогенных расстройств, поддержание и повышение уровня психического здоровья во многом могут быть осуществлены за счет знаний о причинах, условиях и психогенных факторах, детерминирующих их развитие. На психику и психическое здоровье могут оказать влияние только те условия и факторы, которые имеют психогенную коннотацию, т. е. оценены субъектом как опасно значимые для себя, для других, для общества или препятствующие жизнеобеспечению. Они могут быть диссаногенными, патогенными; при определенных обстоятельствах многие психогенные факторы могут оказать психосаногенное влияние.

Психосаногенными являются те психогенные факторы, которые оценены субъектом как значимые для себя, для других или для общества и при воздействии формируют долговременную память, обеспечивают адекватное восприятие и реальное рефлексирование внутренней и внешней среды организма и ориентирование во времени и пространстве, способствуют соответствующему поведению, благоприятствуют социальным взаимоотношениям, тонизируют саногенный эмоциональный статус организма, когнитивную и креативную способность и проявляются чувствами удовольствия, комфорта, социальной адаптацией и улучшением нейропсихического статуса.

Психодиссаногенные – это те факторы, которые оценены как опасно значимые для себя, для других или для общества, и при воздействии: провоцируют кратковременную или эпизодическую фрустрацию; вызывают психофизиологический дискомфорт; в одних случаях индуцируют раздражительность, тревожность, агрессивность, фобии, в других – обескураженность, астению, апатию, депрессию.

Психопатогенный фактор характеризуется тем, что провоцирует стойкое флуктуирование между относительно адекватным и неадекватным рефлексированием мозгом внутренней и внешней среды организма, эпизодически ассоциированное с дискомфортом, затруднением личностно-смысловой деятельности, девиантным поведением, социальной дезадаптацией, эмоциональной и коммуникативной неуравновешенностью, неустойчивостью характера, личностными и диссоциальными расстройствами, болезненно отражающимися на себе и окружающих, при сохранении относительной способности самостоятельно обеспечить свою жизнедеятельность.

Большая часть психогенных факторов обусловлены государственной, политической, экономической и социальной системами, живущими на базе конкуренции, получения наибольшей прибыли и пр., предполагающие максимальное напряжение физиологических и психических способностей, полную отдачу физических и интеллектуальных сил, тем самым провоцируют различного рода психофизиологические нарушения. Существует и масса других психогенных факторов – социальных, бытовых, экономических, угроза безопасности, потеря веры в завтрашний день и др., которые оцениваются человеком как опасные или препятствующие его жизнедеятельности.

Знание причин, условий и факторов, могущих оказать нежелательные последствия на психическое здоровье, является обязательным условием для успеха предупреждения психогенных нарушений и поддержания психического здоровья, поэтому совершенствование знаний в области психосанокреатологии должны стать постоянной потребностью каждого человека.

Психогенные нарушения включают дисфункции филогенетически детерминированной эмоционально-защитной системы, возникающие вследствие острого или пролонгированного чрезвычайного психогенного воздействия факторов и ситуаций, оцененные субъектом как опасные для себя и близких, являющиеся первичной и основной причиной переживания, формирования и долго сохраняющихся следов в памяти.

Они представляют собой предикторы, инициальным этапом возможного развития психогенных (реактивные психозы, истерический

психоз, психогенная депрессия, психогенные параноиды, острые депрессивные реакции, острая реакция на стресс), невротических (тревожные расстройства, фобии; неврастения, обсессивно-компульсивные расстройства; истерический невроз) и ряда психосомато-висцеральных расстройств.

8.11.4. Формирование креативного мышления, как необходимый фактор поддержания психического здоровья и превенции его нарушения

Проблема формирования креативного мышления всегда вызывала пристальный интерес различных научных школ. В последнее время она становится государственной проблемой, ибо стало очевидным, что будущее любой страны зависит от уровня подготовки личностей с высокими креативными способностями. Люди с развитыми креативными способностями и высоким уровнем знаний о своем организме, вне всякого сомнения, имеют больше шансов предвидеть последствия влияния тех или иных факторов на свой организм и предпринять соответствующие меры к их устранению или диминуации их последствий, и тем самым, повысить эффективность поддержания уровня психического здоровья. Вот почему важно формировать у людей высокие креативные способности. Они проявляются в процессе дивергентного мышления, в общении и поведении, в видении мира по-своему, в поиске решения того или иного вопроса по всем возможным направлениям и выявляются посредством способностей высказывать многообразие количества идей, нестандартные ответы на вопросы или решения, несовпадающие с общепринятыми и др.

Учитывая интерпсихическую связь между коммуникативной функцией, эмоциональной напряженностью, эмпатией и креативностью, организацию системы занятий по формированию креативных способностей следует направить на стимулирование любых способов общения, как формы совместной учебной деятельности между субъектами образовательного пространства.

Существуют различные методы развития креативности и важно то, что они устраняют препятствия, мешающие развитию креативного мышления, главное из которых – страх творчества. Раскрепостив свое сознание, люди уже не боятся провала или насмешки и предлагают свои идеи более активно. Развитие креативности в плане повышения эффективности действия субъектов по поддержанию уровня психического здоровья следует осуществить с детства и активизировать в подростковом возрасте, поскольку считается, что период 2-30

лет наиболее творческий активный, в последующие годы развитие творческих способностей, если и происходит, то более ограниченно.

8.12. Превенция психических нарушений и поддержание психического здоровья за счет управления эмоциями

Базовые эмоции возникли в процессе эволюции, как защитные реакции от опасностей и препятствий, мешающих повседневной деятельности человека. Они участвуют в качестве непроизвольного компонента в управлении поведением человека, начиная с процесса восприятия, осознания и оценки значимости воздействующего фактора, принятия решения по действию организма и оценки желаемого результата. Если вследствие действия организма не достигнута цель – устранение угрожающей опасности или мешающего повседневной деятельности фактора, то эмоции продолжают поддерживать физиологическое и психическое состояние организма в перенапряжении, последствия которого, в зависимости от продолжительности и интенсивности, имеют диссано- или патогенный характер. Более того, как было показано ранее, чрезвычайные и хронические эмоции являются этиопатогенетическими факторами, провоцирующими развитие психогенных нарушений. Все это свидетельствует, что своей избыточностью и интенсивностью эмоции могут дезорганизовать психическое здоровье и стать детерминирующим фактором в развитии психогенных расстройств.

Диссаногенные эмоции обусловлены факторами любой природы, если они оценены мозгом как опасные для субъекта и других, или как препятствующие повседневной деятельности. Во втором томе *«Трактата о научных и практических основах санокреатологии»* – *«Психическое здоровье. Психосанокреатология. Необходимость общества в ее развитии.»* были классифицированы основные группы психодиссаногенных факторов, однако, в целях психотерапии их диссаногенных нарушений, посчитали целесообразным выделить наиболее часто встречающиеся в повседневной жизни у современного человека обыкновенной семьи.

Чаще всего среди факторов, могущих провоцировать диссаногенные эмоции, следует указать угрозы, неуверенность в завтрашнем дне и в своей безопасности, конфликты в семье и на работе, материальные, финансовые и человеческие недуги, оскорбления личного достоинства, предельную физическую или психическую нагрузку, затруднения в реализации потребностей, жизненные неудачи и др.

Сказанное свидетельствует, что одним из путей превенции психогенных нарушений должен стать контроль и управление проявления эмоций.

Контроль выражения эмоций возможно осуществить в 3-х формах:

- «подавление», т. е. сокрытие выражения переживаемых эмоций;
- «маскировка», т. е. замена проявления эмоции выражением другой, непереживаемой в данный момент эмоции; и
- «симуляция», т. е. выражение непереживаемых эмоций.

О возможности осуществления контроля диссаногенными эмоциями свидетельствует то, что с возрастом увеличивается их подавленность: если для младенцев плач, вызванный желанием есть, является естественным, то в 6-летнем возрасте он не станет плакать по поводу того, что он должен немного подождать до обеда; так же обстоит дело и с подавлением вспышки гнева; маскировка эмоций доступна детям 8-10 лет.

Успех управлять эмоциями и контролировать их внешнее проявление, т. е. умение справиться со своими эмоциями социально приемлемыми способами, зависит от многих факторов и условий, среди которых, это приобретенные навыки поведения, сформировавшиеся установки, мотивации, сила воли, навыки удержаться от удовлетворения различных стремлений, своевременное устранение соблазнов, которые нельзя удовлетворить, умение отвлечь внимание новыми впечатлениями и пр.

Выражение своих эмоций в разных культурах имеет некоторые особенности. Так, в западной культуре не принято показывать при незнакомых не только саногенные, но и диссаногенные эмоции.

8.13. Превенция психогенных нарушений и поддержка уровня психического здоровья за счет адаптации к специфическим условиям жизнедеятельности

Каждый человек живет и работает в своих специфических жизненных условиях. Имеются в виду семейные отношения, система алиментации, отдыха и взаимодействия с другими семьями, профессиональная работа и характер связи с коллегами по работе, система мировоззрений, интересы, потребности, чаяния и др., поэтому в первую очередь он должен адаптироваться к своим, характерным для его семьи условиям жизнедеятельности. Но будучи социальным субъектом, человек должен адаптироваться к тем условиям, порядку, требованиям и законам, принятым в обществе, в котором он проживает.

Человек должен адаптироваться и к экологическим условиям его жизнедеятельности. Следовательно, адаптация является обязательным составляющим в его жизнеобеспечение. Речь идет об онтогенетической физиологической адаптации.

Физиологическая адаптация организма или его органов наступает тогда, когда их структура, генерирующая соответствующую функцию, адекватно модифицируется вследствие влияния факторов среды, а психическая адаптация начинает проявляться после сформирования следа в памяти, т. е. требуется определенное время и повторное воздействие соответствующих факторов со сложившейся их интенсивностью, чтобы наступила адаптация. При этом, следует указать, что для физиологической адаптации требуется больше времени, чем для психической, а для продолжительного сохранения их нужно периодически возобновлять.

Адаптация организма *Homo sapiens* в процессе эволюции сыграла детерминирующую роль в выживании и заселении всей Планеты, а в настоящее время – в выдерживании прессинга достаточно агрессивных факторов жизнедеятельности на функции современного человека.

Повышение адаптивных возможностей организма следует осуществлять посредством организации саногенного образа жизни, методов спортивной медитации, воспитания и обучения, когнитивно-поведенческой психотерапии, расслабления, гештальт-терапии, избегания диссаногенных ситуаций, управления эмоциями, аффективного поведения, создания благоприятной социальной среды и др.

Большая часть методов повышения адаптивных способностей предусматривает относительно длительное их воздействие на организм. Основное место в предупреждении неблагоприятных последствий диссаногенных факторов занимает «*повышение адаптации движением*», поскольку особенности энергетических и физиологических отклонений различных систем организма и организма в целом в каждом возрастном периоде определяются текущими показателями функционирования скелетной мускулатуры.

Пожалуй, больше всего работ, посвященных изучению возможностей повышения адаптивных возможностей и стрессоустойчивости к такому диссаногенному стресс-фактору, как гипоксия (Сиротинин, 1963; Агаджанян, 2003; Миррахимов, 1978). Пребывание в условиях высокогорья повышает адаптивные возможности и профилактирует функциональные нарушения. Возможность профилактики развития некоторых заболеваний и повышения адаптивных способностей установлена за счет гипоксии в условиях барокамер (Ф. З. Меерсон, V. Vovc), нормобарии (В. К. Чокинэ, Г. И. Каратерзи).

Повышение адаптивных возможностей может быть обеспечено использованием адаптогенов (элеутерококка колючего, женьшеня, дибазола и др.), антиоксидантов и пр. (О. И. Кириллов, И. И. Брехман, Ф. З. Меерсон), кратковременного острого стрессирования физическими нагрузками, сопровождаемыми действием перепадов температур (Ф. И. Фурдуй, В. К. Чокинэ).

К адаптивным методам превенции психогенных нарушений следует отнести создание благоприятного режима труда и отдыха, овладение навыками адекватного поведения, обучения восточному искусству расслабления.

Определить, какой метод наиболее эффективен невозможно без знания природы и характера диссаногенного воздействия и психофизиологического состояния организма, но представляется несомненным необходимость периодических действий по поддержанию адаптивных способностей.

8.14. Формирование саногенного образа жизни

Саногенный образ жизни базируется на основных научных и практических положениях санокреатологии и психосанокреатологии, других наук о механизмах формирования и поддержания здоровья, о механизмах функционирования жизненно важных органов и систем, о рациональном питании, о физиологической динамике как физиологическом способе поддержания и повышения функциональных возможностей сердечнососудистой, респираторной, моторной и других жизненно важных физиологических систем, о способах повышения общей резистентности организма и иммунной реактивности, о методах протекции и очищения организма, идентификации факторов риска и возможностей диминуации их влияния, о развитии ответственности и креативности.

Немаловажное значение в формировании саногенного образа жизни имеет осознание субъектом значимости состояния здоровья для качественной жизни, создание установки, мотивации и потребностей на обеспечение здоровья. Субъект должен захотеть действовать определенным образом, видеть пользу для себя.

Мотивацию, установку и потребность на поддержание здоровья и превенции его нарушения следует формировать с самого рождения, путем постепенного приучения к личной гигиене и саногенным действиям, правильного и регулярного питания, привития самообслуживания и соблюдения режима дня, самостоятельного выполнения саногенных действий и др.

Условием для реализации саногенного образа жизни является материальная обеспеченность семьи, владение основополагающими знаниями о своем организме и методами и способами протекции своего здоровья.

Формирование установки на саногенный образ жизни лежит в основе любой деятельности по поддержанию здоровья и превенции его нарушения, многочисленных программ, направленных на повышение здоровье общества.

Формирование саногенного образа жизни, его пропаганда является важнейшей функцией и задачей всех органов здравоохранения, учреждений образования, органов социальной защиты и др.

8.15. Внушение. Самовнушение.

Внушение – это один из методов психотерапии, эффект которого обеспечивается за счет вербального или невербального эмоционально окрашенного воздействия на человека, оказывающего целенаправленное влияние на психическое состояние, функциональные расстройства, сомато-висцеральные нарушения, эмоциональный статус организма и пр. При внушении информация воспринимается без должной критической обработки. Считается, что страх, гнев, экстаз и другие эмоционально насыщенные состояния способствуют резкому повышению внушаемости, чем создается возможность осуществления группового внушения наяву.

Существует несколько вариантов техники внушения, мы представим один из них: субъект усаживается удобно на стул или кресло. Психосанокреатолог становится напротив и негромким, но уверенным голосом приказывает *«Закройте глаза!»*. Затем кладет пальцы своих рук на виски субъекта и, слегка сдавливая голову, напряженным, уверенным голосом 3-4 раза подряд с интервалом в несколько секунд произносит формулу внушения: *«Вы спокойны, Ваши органы совершенно здоровы. Организм Ваш здоров»*. В интервалах между фразами нужно несколько уменьшить сдавливание висков.

Речь психосанокреатолога может быть тихой или, наоборот, нарочито громкой, но обязательно эмоционально окрашенной, выразительной и уверенной. Легкое изменение громкости во время произнесения встроенного внушения, установление небольших пауз перед внушением и после него, упоминание имени пациента – все это способствует усилению воздействия внушений.

Самовнушение является одним из распространенных методов внутренней саморегуляции и восстановления психического состояния.

Для этого человек должен сформировать индивидуальное словесное утверждение, направленное на регуляцию собственного состояния. Формулировки должны быть простыми, утвердительными, позитивно-окрашенными: *«Мой страх (моя наивность) полностью исчезает»*; *«Я спокоен, уравновешен, способен анализировать ситуацию»*; *«Мой организм способен выработать вещества, которые помогут сохранить спокойствия и разобраться в ситуации»* и т. д. Словесные формулировки наиболее эффективны при мысленном проговаривании в ходе самовнушения. Они должны быть краткими, уверенными и иметь позитивный характер. Мысленное проговаривание слов осуществляется в медленном темпе, в такт дыханию. Делайте это лучше на естественном выдохе. Если формула состоит из двух слов, то при выдохе произносится одно слово, а при вдохе – другое. Словесные формулы самовнушения каждый может составить для себя самостоятельно.

Во время сеанса субъект должен занимать удобную позу, сидя или лежа, закрыть глаза, расслабиться и шепотом, без всякого напряжения 20 раз произнести одну и ту же формулу самовнушения. Произносить формулу нужно монотонно, не фиксируя внимание на её содержании, негромко, но так, чтобы субъект обязательно слышал то, что говорит.

Сеанс самовнушения продолжается 3-4 минуты.

Следует отметить, что общество не осознало до конца возможности реального влияния внушения на психику, психическое здоровье и повседневную деятельность человека.

8.16. Произвольная регуляция дыхания

Произвольная регуляция дыхания является наиболее гибким и древним методом профилактики нежелательных психогенных воздействий на организм. Упоминание о сознательном контроле дыхания для достижения общей релаксации можно встретить в Древней Индии (*«пранаяма»* в системе хатха-йога), Древнем Китае (Тай Ши, Кунг Фу).

Произвольное регулирование дыхания при психогенных воздействиях предполагает сознательное изменение привычного его ритма, контролирование числа дыхательных движений, вдохов и выдохов. Эффект действия произвольного дыхания, в частности диафрагмальный тип, обусловлен временным возбуждением парасимпатической нервной системы.

Ниже представлены дыхательные упражнения, разработанные Everly G. S. (1981).

Этап 1. Займите удобное положение. Положите левую руку (ладонью вниз) на живот, точнее, на пупок. Теперь положите правую руку так, чтобы вам было удобно на левую. Глаза могут остаться открытыми. Однако с закрытыми глазами будет легче выполнять второй этап упражнения.

Этап 2. Представьте себе пустую бутылку или мешок, находящийся внутри Вас – там, где лежат Ваши руки. На вдохе представляйте себе, что вздох входит через нос, идет вниз и наполняет этот внутренний мешок. По мере заполнения мешка воздухом Ваши руки будут подниматься. Продолжая вдох, представляйте, что мешок заполняется воздухом. Волнообразное движение, начавшееся в области живота, продолжится в средней и верхней частях грудной клетки. Полная продолжительность вдоха для первой и второй недели занятий должна составлять 2 секунды, затем, по мере совершенствования навыка, её можно увеличить до 2,5-3 сек.

Этап 3. Задержите дыхание. Сохраняйте воздух внутри мешка. Повторяйте про себя фразу: *«Мое тело спокойно»*. Этот этап не должен продолжаться более 2 сек.

Этап 4. Медленно начните выдыхать – опустошать мешок. По мере того, как Вы делаете это, повторяйте про себя фразу: *«Мое тело спокойно»*. С выдыхом ощущайте, как опускаются, приподнятые ранее, живот и грудная клетка. Продолжительность этого этапа не должна быть меньше продолжительности двух предыдущих этапов или, спустя 1-2 недели занятий, на 1 сек дольше. Повторите это четырехступенчатое упражнение подряд 3-5 раз.

Если у Вас появится головокружение, остановитесь. Если при последующих занятиях головокружение возобновится, сократите продолжительность вдоха и/или число, выполняемых подряд четырехступенчатых циклов.

Делайте это упражнение ежедневно 10-20 раз. Превратите его в Ваш утренний, дневной и вечерний ритуал, а также используйте его при психогенных воздействиях. Поначалу Вы можете не заметить немедленной релаксации. Однако после 1-2 недель регулярных занятий Вы будете способны на время расслабляться моментально.

При психогенных воздействиях, в их начальном периоде, надо воздержаться от стимулирования ключичного и грудного типа дыхания, поскольку они активируют симпатическую нервную систему и, тем самым, усиливают и без того повышенное эрготропное состояние организма.

8.17. Медитация

Для достижения релаксации во всем мире практикуются, так называемые, медиативные методики.

Известна как индуистская медитация в Индии еще с 1500 года до нашей эры. В VI веке до н. э. в Китае получила развитие таосистская медитация, в Индии – буддистская, в XI веке н. э. в Японии – «дзадзен», а в 60-х годах 20-го столетия в США – «трансцендентальная». Общим для всех этих видов медитации является наличие стимула или предмета, на котором концентрирует свое внимание медитирующий.

Известны 4 вида медитаций, при которых объектами сосредоточения являются:

1) психический стимул – «мантра». Это слово или фраза, повторяемые про себя много раз;

2) физическое действие – повторяющиеся дыхательные движения (подсчет вдохов и выдохов) или некоторые народы Востока используют в практике продолжительные хороводные танцы с повторяющимися движениями;

3) классический пример, так называемых, дзеновских «коанов» (парадоксальный компонент какой-то проблемы), является коан «*Как звучит хлопок одной ладони*»;

4) зрительный образ – картина, пламя свечи, лист дерева и др.

Чтобы медитация была успешной нужно создать спокойную обстановку, исключить действие как внешних, так и внутренних раздражителей; принять удобную позу, чтобы расслабить мышцы, расслабиться; сосредоточить внимание на объекте концентрации; проявление пассивной установки, «*пассивное внимание*», обучаться приводить себя в «*восприимчивое состояние*», ибо высокий уровень психофизиологического возбуждения крайне затрудняет медитацию.

Психофизиологические цели медитации не могут быть достигнуты без тренировки.

Приводим пример, когда концентрация внимания на «мантре» – на вдохе и выдохе. Следует концентрировать свое внимание на дыхании. Переключите внимание на дыхание. Вдыхая, подумайте «вдох». Выдохните. Подумайте «выдох». Концентрируйте внимание и думайте «вдох», «выдох». Вдохнуть надо через нос и без всякого усилия выдохнуть через рот – открыть и дать воздуху выйти, выдох не надо форсировать. Свое внимание надо концентрировать только на вдохе и выдохе. Когда вдыхаете ощущаете вдыхаемый холодный воздух, а когда выдыхаете – теплый и влажный.

Переход к бодрствованию при медитации имеет много общего с нервно-мышечной релаксацией. Для перехода к бодрствованию считайте от 1 до 10. Когда досчитаете до 6-7, пошевелите ступнями и кистями, 8 – пошевелите руками и ногами, 9-10 – откройте глаза. Вы почувствуете себя бодрым.

Медитацией следует заниматься один раз в день либо утром, либо до обеда, её продолжительность – 15-20 мин. Наилучшие результаты получаются, когда до начала медитации применяются несколько приемов нервно-мышечной релаксации.

8.18. Аутогенная тренировка

Релаксация рассматривается как средство предупреждения, коррекции и устранения психогенных расстройств и считается одной из ведущих в ряду методик, позволяющих производить необходимые измерения функционального состояния организма.

Расслабление (релаксация) представляет собой метод саморегулирования психического состояния, в частности, невротических и психосоматических нарушений.

Мышечное расслабление по Jacobson. Расслабление мышц служит внешним выражением саногенных эмоций, состояния общего покоя и удовлетворенности. Поэтому достижение мышечной релаксации способствует снятию или уменьшению степени психогенного напряжения. Чаще всего релаксация используется для психотерапии тревожных субъектов. Техника включает ряд последовательных фаз, начиная от сокращения и затем расслабления по очереди различных групп мышц, что вызывает постепенное распространение расслабления на весь организм. В одной из последующих фаз, субъект осознает остаточное мышечное напряжение, провоцируемое аффективным воздействием, и вследствие чего постепенно наступает расслабление психики. Метод достаточно эффективен для контроля мышечных напряжений, возникающих при переживании сильных эмоций.

Другой аналогичный метод расслабления организма при сильном напряжении психики состоит в сокращении всех мышечных групп тела, в течении пока субъект считает до 10 с последующим расслаблением всего организма. Метод может быть использован для диминуции хронических болей, при бессоннице и пр.

Аутогенная тренировка по Шульцу. Аутогенная тренировка состоит в осуществлении сокращения мышц всего организма посредством психофизиологических упражнений. Аутотренировка осуществляет-

ся в 2 цикла упражнений: нижний и высший. Нижний (первый этап) призван развить способности контролировать соматические функции, высший (второй этап) – контролировать психические функции. Нижний цикл состоит в осуществлении упражнений, ориентированных на мускулатуру, кардиоваскулярную систему, респирацию, брюшную область и зоны головы. Упражнения тяжести посредством создания себе ощущений тяжести на уровне плеч (*«мои плечи тяжелые, более тяжелые, очень тяжелые, они как свинцовые»*), потом на уровне нижних конечностей и в последствии распространение ощущения тяжести на весь организм; затем следуют упражнения ощущения тепла сначала на уровне плеч, после чего на нижних конечностях и затем, обобщая на весь организм (*«приятное тепло охватило все тело»*); концентрации внимания на сердце, в плане уменьшения его ритма (*«мое сердце бьется спокойно, спокойно и ровно»*); контролирования дыхания для успокоения ее ритмики (*«мое дыхание становится спокойным и редкое, спокойное и ровное»*); регулирования функционирования органов брюшной области за счет концентрации ощущений на солнечном сплетении (*«мышцы брюшной полости расслаблены, напряжение исчезает, солнечное сплетение генерирует ощущение приятного тепла и успокоения»*); упражнения по вазоконстрикции зоны лобной области (*«чувствую холодок в лобной области, которая становится холодной, мозг становится ясным»*).

Второй, высший цикл предполагает практикование аутогенной тренировки на протяжении 6-ти месяцев до 2-х лет.

Метод трудоемок и сложен.

Аутогенная тренировка весьма эффективна при лечении психосоматических заболеваний, соматоформных расстройств (Лобзин, 1986). Состояние релаксации можно достичь и традиционными методами – различные виды бань (русская, сауна), функциональная музыка, тепловые, тепловоздушные воздействия и др.

8.19. Нервно-мышечная релаксация

Для современного человека, который по этическим соображениям сдерживает проявление двигательной активности при его стрессировании, важнейшими способами диминуации общего симпатического возбуждения и превенции психогенных расстройств является нервно-мышечная релаксация посредством физических упражнений. Снижение напряженности мышц, мышечная релаксация способствует снятию или уменьшению степени эмоционального напряжения (Jacobson

Е., 1964). Расслабление мышц служит внешним выражением саногенных эмоций, состояния общего покоя и уравновешенности организма.

Нервно-мышечная релаксация достигается за счет выполнения ряда физических упражнений, включающих изотонические и изометрические сокращения мышц, благодаря чему снижается нервная активность и сократительное напряжение поперечнополосатой скелетной мускулатуры.

Метод нервно-мышечной релаксации основан на работах Jacobson (1976), Everly и Rozenfeld (1981) и др. Он представляет собой набор упражнений, в ходе которых напрягаются (сокращаются) и затем расслабляются определенные мышцы и мышечные группы.

Сеанс расслабления начинается с нижних частей тела и заканчивается лицом. Для получения успеха необходимо:

1) выбрать удобное место, исключив всякие звуки и яркий свет с тем, чтобы как можно сильнее сконцентрироваться на телесных ощущениях;

2) иметь опору для тела, за исключением шеи и головы;

3) дышать, как обычно или же вдыхать во время напряжения и выдыхать во время расслабления;

4) напрягать каждую группу мышц 2-7 раз по 5-7 секунд.

После упражнения надо сделать паузу в 15-20 секунд для того, чтобы почувствовать расслабление.

Нервно-мышечная релаксация является эффективным методом, но для освоения необходимы терпение и тренировка.

Релаксацию лучше начинать с мышц груди. В начале сделайте очень глубокий вдох, затем некоторая задержка – и расслабление – выдохните весь воздух из легких и снова возобновите обычное дыхание. При этом на вдохе почувствуйте напряжение в области груди, а на выдохе – расслабление. После 5-10 секунд паузы снова вдохните как можно глубже, задержите дыхание, затем расслабьтесь и выдохните весь воздух. После этого дышите, как обычно. Упражнение повторите 3-5 раз.

Упражнения для глаз заключаются в зажмуривании, которое должно быть очень крепким. После этого необходимо расслабиться.

Упражнения для икроножных мышц. Обе стопы всей поверхностью поставьте на пол. Ноги не отрывать от пола, а пятки поднимать как можно выше, держа их так какое-то время, затем мягко опустить на пол. В задних отделах икроножных мышц чувствуется некоторое напряжение. При расслаблении ощущается покалывание, тепло. Упражнение для противоположной группы мышц состоит в поднятии обоих носков как можно выше, при этом пятки не отрывать от пола.

Подняв ноги высоко, надо держать их какое-то время на высоте, пока почувствуется покалывание, после чего мягко отпустить. При расслаблении ощущается тяжесть нижней части ног.

Упражнения для мышц бедра и живота. Ноги выпрямить, вытянуть прямо перед собой, держать в вытянутом состоянии, затем расслабить, медленно спустить на пол. Это делается с большим усилием. Когда ноги расслабляются, ощущается тепло в верхних частях ног. Пауза между упражнениями – 20 секунд.

Переход к бодрствованию осуществляется с помощью счета от 1 до 10: при счете 6-7 потянитесь кистями и стопами, 8 – руками и ногами, 9-10 – откройте глаза. С каждым счетом будете чувствовать себя более свежими и бодрыми.

8.20. Йога

Хатха-йога – древнее учение, направленное на *«освобождение разума и духа от бремени физического тела, сделав его сильнее, здоровее и привлекательнее»*, т. е. оно имеет психотерапевтическую направленность. В настоящее время имеются многочисленные разновидности йоги. Но их практические основы, главным образом, состоят из: исполнения поз – асан; техники дыхания – пранаям; отистики внутренних органов; медитации и глубокой релаксации. Большое внимание хатха-йога уделяют диете. Для успешного выполнения йогических практик важна вегетарианская диета. Хатха-йога считается базовым стилем, поэтому мы касаемся её. Хатха-йога – это один из стилей йоги, который на данный момент является очень популярным во всем мире, поэтому не было необходимости рассматривать технику её использования. Ей посвящены многочисленные книги не только индийских авторов (Шри Йогендра, С. Вишнудевананда, Рамачарака, Вивекананда, 1906; Шивананда и др.), но и других авторов (Айенгар, 1993; Зубков и др., 1991; Рамачарака, 2014 и др.).

Практика хатха-йоги большое значение придает изучению классических поз, основам медитации и дыхательным упражнениям.

Известно, что приступая к практике хатха-йоги или разнообразных её направлений, после освоения основных осанн (поз и углов) основное внимание сфокусировано на дыхание Уджайи, которое способно избавить организм от большинства проблем со здоровьем, как физических, так и психических и, учитывая, что освоение техники классических поз, из-за сложности их уровней последовательности (крийи), предполагает достаточно много времени, посчитали возмож-

ным представить лишь технику пранаямы Уджайи, как самостоятельный метод поддержания психического здоровья и коррекции его психогенных нарушений.

В практике йоги большое внимание уделяется дыханию – пранаями, за счет которой человек избавляется от большинства проблем со здоровьем, как физических, так и психических.

Имеются три техники дыхания – *успокаивающее, огненное и полное йоговское дыхание*.

Успокаивающее дыхание (уджайи) выполняется сидя в удобной позе, при этом позвоночник должен быть прямой, а веки прикрыты. Его можно практиковать и лежа на спине на ночь, поскольку оно способствует погружению в крепкий и спокойный сон. Оно предполагает в первую очередь сфокусировать свое внимание на дыхании, которое должно быть естественным и глубоким. Сами же вдохи и выдохи нужно делать так, чтобы при этом в области живота ощущалось легкое сжатие. Звук возникает из-за воздуха, который проходит через гортань. Важно, чтобы дыхание было растянутым, глубоким и равномерным, а глубина и продолжительность вдохов / выдохов должны быть примерно одинаковыми. Воздух, проходя через голосовую щель, создает мягкую вибрацию, которая способствует расслаблению психики. Обязательно расслабление мышц лица. Надо концентрироваться на ощущениях, которые возникают в теле во время дыхательной практики и не отвлекаться на построение мысли. Время на выполнение упражнения – от 3 до 10 минут, после чего следует перейти к привычному дыханию.

Эти упражнения нормализуют работу психики, успокаивает ЦНС, благотворно влияют на ССС, нормализуют артериальное давление и др.

Огненное дыхание (капалабхати) тонизирует организм, выводит токсины, ощущает энергетические каналы, повышает настроение, укрепляет мышцы живота, происходит массаж внутренних органов, улучшает пищеварение.

Требования к его выполнению такие же, как и для позы успокаивающего дыхания: спина должна быть прямой, позу можно подбирать подходящую для себя, мышцы лица расслаблены, глаза закрыты. Кисти рук следует положить на колени, а сами руки расслабить.

Дышать следует исключительно через нос. Свое внимание нужно сфокусировать на дыхании, которое должно быть спокойным и ровным. По завершению каждого выдоха требуется быстро и сильно сжать брюшные мышцы, что позволит резко выдохнуть оставшийся

в легких воздух. Сам живот нужно втягивать к позвоночнику, а выдох должен быть пассивным и коротким. Для того чтобы вдох получился правильным, брюшные мышцы следует расслабить. Грудная клетка должна оставаться неподвижной. Вначале нужно сделать резкий выдох через нос, а затем пассивный вдох.

Рекомендуется 3 подхода по 10 вдохов через 2 минут между циклами.

Полное йоговское дыхание – это дыхание, которое задействует всю дыхательную систему, все её мышцы и насыщает организм большим количеством кислорода. Требование к его выполнению такие же, как и для других видов дыхания.

Полное йоговское дыхание подразделяется на 3 этапа – нижнее дыхание или диафрагмальное (напрягаются мышцы живота), среднее дыхание или грудное и верхнее.

Прежде чем выполнить полный вдох надо выдохнуть весь воздух из легких, после чего плавно вдохнуть. Начинают с диафрагмального дыхания, которое предполагает движение живота вперед, в результате чего происходит заполнение кислородом нижнего отдела легких. На втором этапе задействуется грудь. С помощью межреберных мышц, расширяем грудную клетку, тем самым, наполняя воздухом средние легочные отделы. При этом живот, немного втягивается вовнутрь. Для постепенного перехода на ключичное дыхание подключаются мышцы шеи и подключичные мышцы, и верхние ребра слегка приподнимаются. При этом необходимо плечи расслабить и немного приподнять. Когда это все сделано, вдох окончен.

Для полного выдоха, требуется опустошать в первую очередь нижние отделы легких, подтягивая живот и начать плавно выталкивать воздух, далее опускаем ребра и с помощью межреберных мышц легко сжимаем грудь, затем опускаем вниз ключицы и ребра и, наконец, необходимо немного выпятить вперед расслабленный живот.

Продолжительность вдохов и выдохов должна быть одинаковой. Опытные йоги стараются сделать выдох в два раза длиннее, чем вдох. Такая практика считается более эффективной.

Рекомендуется вначале сделать три цикла, а со времени можно увеличить до четырнадцати циклов.

Полное йоговское дыхание устраняет застои в легких, стимулирует органы брюшной полости, очищает организм от токсинов, укрепляет сердечную мышцу, нормализует давление, успокаивает организм.

8.21. Психотерапевтические методы коррекции психогенных нарушений

8.21.1. Кратко о методах и способах, используемых в практике

В истории развития Homo sapiens были разработаны и используются по настоящее время различной эффективности методы и способы влияния на психику и психическое здоровье, профилактики и коррекции психических нарушений. Наибольшее распространение получили методы и способы религиозных конфессий (христианство, ислам, буддизм, иудаизм), религиозно-философское учение йоги Индии, шаманство, психотерапия (психоанализ, бихевиоризм); теория рекламы, суггестология (гипноз, внушение), нейролингвистическое программирование, дианетика, зомбирование и др.

Описание существующего множества методов и способов влияния на психику и психическое здоровье (формирование, поддержание, профилактика и исцеление) потребовало бы изложения их в нескольких томах, поэтому было решено отметить лишь те из них, воздействие которых оказывает наибольший эффект.

Феноменология религии сконцентрирована в основном на понятиях «*вера в Бога*» и «*святое*», которые стремятся сделать основой жизни верующих. Искренняя вера в Бога приносит определенное облегчение, забвение тягот жизни, помогает преодолеть трудности и невзгоды, страх, горе и способствует проявлению сострадания. Это достигается за счет влияния обрядов, ритуалов, обычаев, молитв, медитации, которые выполняют в основном иллюзорно-компенсаторную, регулятивную, коммуникативную функции. Иллюзорно-компенсаторное влияние осуществляется путем отодвигания из сферы сознания, прежде волновавшие проблемы, и аттенуируются диссаногенные эмоции, вследствие чего возникает своеобразное ощущение эйфории и эмоционального подъема. Регулирующая функция проявляется в наблюдении за всеми сторонами жизни её последователей с целью превращения человека в социально-пассивное существо, активность которого должна, главным образом, протекать в рамках общины. Регуляция жизнедеятельности осуществляется с помощью системы заповедей и правил формирования новых ценностей и норм поведения.

Основные способы влияния на психику и психическое здоровье направлены, главным образом, на интеллект, который детерминирует мировоззрение, на правила поведения, на эмоции и, по существу, на

все органы чувств человека. Снятие нервного напряжения, вызванного конфликтными, стрессогенными ситуациями повседневной жизни и создание состояния душевного покоя – в этом секрет живучести многих обрядов, ритуалов и др. Более того, религиозные методы способствуют формированию верований, в которых содержатся идеи и представления, дающие мнимое решение реально волнующих человека проблем, в частности, идеи загробного вознаграждения. Эффект религиозных методов влияния обусловлен и тем, что, они проповедают мысль о том, что если выполнять нормы и предписания религии в течение всей жизни, получишь воздаяние – после смерти ждет тебя рай, в противном случае – ад.

В рамках большинства религий для изменения состояния сознания используются медиативные практики и психосоматические методы. Управление функциями психики медиативными методами осуществляется с помощью концентрации внимания на блестящем предмете, созерцания деревянного шарика или за счет активного управления функциями воли, путем визуализации, словесного и кинестетического внушения. Практикующий одновременно отдает волевые команды, направленные на изменение психического состояния, и созерцает его, что позволяет контролировать результативность команд и корректировать их, а, тем самым, повышает шансы достигнуть желаемого эффекта. К психосоматическим методам следует отнести статические позы, упражнения йоги, особые движения, вибрации, пение, повторяющиеся звуковые сочетания и другие методы, воздействующие на сознание через психосоматическую систему.

Буддистские духовные практики изменения психики, избавления от чувства неудовлетворенности жизнью, от напряженности, тревоги достигаются за счет познания, аскетизма, созерцания, медитации и веры в спасительную силу Будды. Путь к прекращению страдания – достижение нирваны, поэтому буддисты стремятся «угасить» все желания и страсти, перейти от всего земного в небытие.

Достаточно широкое распространение в последнее время получило религиозно-философское индийское учение йоги, система физических упражнений, приемов и методов самопознания, позволяющие человеку управлять психофизиологическими функциями своего организма. Йога направлена на познание самого себя и внешнего мира и имеет свои практические методы исследования сознания и перехода с уровня обычного состояния сознания на более высокие уровни. Йога использует методы сосредоточения, медитации, самадхи (нирвана), путь прямого получения знаний. Один из этапов системы йоги – Раджа йога – со-

стоит в обеспечении господства сознания над физическим, умственно-эмоциональным состоянием, используя самовнушение, отвлечение от внешних и внутренних раздражителей, концентрацию внимания и др.

Психические механизмы влияния и перехода на другой интуитивный уровень постижения мира состоят в том, что при многократном повторении и мантры, и молитвы стираются, устраняются отвлекающие мысли и образы, чем человек успокаивает себя, ослабляются или стираются прошлые связи, волнующие его эмоции, т. е. разрушаются привязанности.

Влияние большей части методов и способов осуществляется через эмоции, для чего создаются условия для усиления чувств, используя при этом ритмические танцы, регулируемое дыхание, хорошее песнопение, рецитация мантр, причем, ритм чаще всего соответствует частотным характеристикам α -ритма ЭЭГ (8-14 Гц), чем возникает возможность изменения состояния сознания. Ритмы позволяют быстро и эффективно настроить согласованно множество людей, дав одинаковый такт их дыханию, биению сердца и, следовательно, и состоянию духа.

Вспомогательными средствами обострения чувствительности для сонастраивания чувств участников ритуалов или обряда применяют сенсорный голод, лишение сна и алиментарный голод. Аскетизм способствует возникновению состояния измененного сознания, аналогично тому, которое достигается приемом наркотических веществ.

Следует отметить, что большую возможность влиять на общее состояние психики и психическое здоровья, представляет метод внушения, который осуществляется с помощью слов, взглядов, жестов, образов и других средств передачи информации. Необходимым условием внушающего воздействия является авторитетность источника информации, знание техники внушения. Внушение основано на некритичности восприятия и неспособности внушаемого сознательно контролировать поток поступающей информации.

Самовнушение направлено на восстановление внутренней саморегуляции и восстановление психического равновесия. Для медитации человек должен сформировать индивидуальное словесное утверждение, направленное на регуляцию собственного состояния. Оно должно быть простым, утвердительным, позитивно-окрашенным и мысленно проговариваться медленно в такт дыхания.

Своего рода отгораживание сознания от внешнего мира можно достичь с помощью медитации – специальных видов концентрации, при которой сознание фокусируется на одном пункте или стимуле.

Со времен истоков цивилизации используется, с лечебным эффектом и для личных интересов, используется гипноз, представля-

ющий собой внушаемое временное состояние сужения сознания, за счет концентрации внимания и внушения определенных вербальных установок. В медицине гипноз применяется как метод лечения психических расстройств, извлечения «забытой» информации и программирования психики. Он позволяет отключить разум и критическое мышление и внушить определенные установки и определенную информацию, предопределяющие будущее поведение.

Руководители телевизионных каналов, радио, печатной прессы и др. используют процесс внушения в целях определенных политических и экологических доктрин, обескураживания населения, лишения уверенности в себе и в завтрашнем дне.

На Западе большое распространение в свое время получил метод психоанализа З. Фрейда, согласно которому поведение подчиняется влиянию подсознательных сил (влечениям). Они обусловлены инстинктами, но, прежде всего, подавленными желаниями, удовлетворение которых запрещено на уровне сознания, от чего они вытеснены в область подсознательного. Классический психоанализ представляет собой терапию, в ходе которой пациент называет врачу все свои мысли, сновидения, ассоциации.

Среди современных методов психотерапии следует указать на нейролингвистическое программирование, которое можно рассматривать, как процесс анализа и преобразования структуры субъективного опыта человека, обучения его новым формам реагирования на внешние и внутренние стимулы путем модификации старых программ или замены на новые установки, оценочные критерии и взаимодействия с окружающим миром.

Программирование психики, психического здоровья и поведения человека может осуществиться и помимо его собственной воли, это, так называемое зомбирование, с помощью специальных препаратов и психотехник (инфразвуковых устройств, ударных волн, торсионных излучений, сверхвысокочастотных (СВЧ) излучений). Посредством профессионального зомбирования с заложением программы самоликвидации после исполнения задания, были подготовлены камикадзе, шахиды, киллеры, самоубийцы и др.

8.21.2. Когнитивная психотерапия

Она направлена на осознание влияния мыслей на эмоции и поведение, выявление негативных автоматических мыслей и аргументов, поддерживающих и опровергающих их, на переосмысливание психогенных преодолимых проблем и ситуаций и на изменение нелогич-

ных, нецелесообразных мыслей и убеждений, дисфункциональных стереотипов мышления и восприятия более рациональных мыслей и действий.

Основателем когнитивной психотерапии является Аарон Бек. Особое внимание он обращает на сознательные понятия, конкретные мысли и фантазии, т. е. когниции, и считает, что ключ к пониманию и решению психологических проблем находится в самом сознании пациента.

Когнитивная терапия достаточно эффективна при самых различных диссаногенных и психических расстройствах, в частности, при повышенной тревожности, панических расстройствах, фобиях всех видов, приступах гнева, личностных расстройствах, антисоциальном поведении, депрессии, психозе, посттравматических стрессовых расстройствах, бессоннице, ряде хронических соматических состояний (боль в пояснице, колит, гипертония, синдром хронической усталости) и др.

Эффективность метода в значительной степени зависит от когнитивного психотерапевта. Психотерапевтические взаимоотношения терапевта и пациента А. Бек (1976, 1990) охарактеризовал «эмпирическим сотрудничеством». Пациент и терапевт должны вместе работать над представлением убеждений пациента в виде гипотез, проверкой их валидности, поиском альтернативы этим убеждениям. Совместно они должны прийти к соглашению о том, над какой проблемой им предстоит работать и ее решить. Терапевт должен обладать педагогическим тактом и большой эмпатией, высокой степенью активности и директивности. Он должен исследовать, что думает, что чувствует, каковы установки субъекта во время психотерапевтической сессии и в период между ними, выявить негативные автоматические мысли и аргументы, поддерживающие и опровергающие их, и совместно изменить ошибочные когниции на более рациональные мысли и действия.

Когнитивная терапия – это структурированное обучение, эксперимент, тренировки в ментальном и поведенческом планах, призванные помочь субъекту выявлять и изменять дезорганизирующие мысли, убеждения, ведущие к искажению навыков и опыта.

Техника и методики когнитивной терапии:

1. Записывание на бумаге возникающие мысли, когда он пытается сделать нужное действие или не делать нужное действие.

2. Когнитивная репетиция. Пациент воспроизводит в воображении ситуацию, вызывающую негативные эмоции, проговаривая вслух и события, и возникающие автоматические мысли.

3. Дневник мыслей. Пациент кратко записывает свои мысли в дневник в течение нескольких дней, чтобы понять, о чем человек чаще всего думает и насколько сильные эмоции испытывает от своих мыслей, какие мысли влияют на его самочувствие в течение дня.

4. Отдаление – это отражение от собственных мыслей, подразумевающее осознание автоматичности «*плохой*» мысли, её самопроизвольности, понимание того, что она возникла ранее при иных обстоятельствах, и что она вызывает страдание, страх или разочарование и что она не соответствует новым требованиям или новой ситуации.

5. Выявление искажений в автоматических мыслях, предполагающее:

- найти аргументы «за» и «против» автоматических мыслях, записывая их в дневник, чтобы субъект мог перечитывать их всякий раз, когда ему вновь приходят в голову эти мысли;

- взвешивать достоинства и недостатки автоматических мыслей с позиции долговременной перспективы;

- построение эксперимента для проверки суждения;

- предложение пациенту представить, как бы он посмотрел на ситуацию, не будь он в тревоге / панике или, если бы в той же ситуации оказался бы его друг;

- обращение терапевта к своему опыту, к художественной и научной литературе, статистике;

- уличение терапевтом: указывает на логические ошибки и противоречия в суждениях пациента и обучает его обнаружению и исправлению такого рода алогизмов.

6. Децентрация. Осуществляется эмпирическая проверка автоматических мыслей о том, что пациент чувствует себя в центре всеобщего внимания.

7. Декатастрофикация. Терапевт должен убедить пациента, что всё имеет временные рамки и автоматическая мысль исчезает.

8. Целенаправленное повторение. Проигрывание желаемого поведения, многократное опробование различных позитивных инструкций на практике, что ведет к усилению самоэффективности.

9. Использование воображения. В случае, когда у пациента преобладают не столько «*автоматические мысли*», сколько «*навязанные образы*», то следует воспользоваться громкой команды себе «*прекратить*» – негативный образ мышления или воображения прекращается, повторить несколько раз правильный образ мышления, чтобы разрушить сформировавшийся стереотип и позитивное воображение – положительный образ заменяет отрицательный, и оказывает релаксирующее действие.

10. Замена эмоций. Следует заменить эмоции обиды, злобы и ненависти на более мягкие и адекватные, которые позволят комфортнее построить свою дальнейшую жизнь. Надо привести пациента к состоянию подобной оценки произошедшего – *«...сожалею за случившееся, но не дам своим обидчикам испортить ещё и весь остаток жизни. Я буду жить настоящим и будущим...»*.

11. Смена ролей. Попросить пациента представить, что он пытается утешить друга, оказавшегося в подобной ситуации.

12. Переоценка ценностей. Если причиной депрессии являются чрезмерно завышенные требования, терапевт должен помочь субъекту отказаться от достижения этой цели, уменьшить запросы, поставить перед собой более реалистичные задачи и найти что-то замещающее, или напрячься и решить проблему.

13. Откладывание. Если субъект не в состоянии отказаться от своих несбыточных целей и мыслей, то можно предложить пациенту отложить эти цели и мысли о них на длительный срок.

14. План действия на будущее. Совместно с субъектом терапевт разрабатывает для пациента *«план действий»* на будущее с конкретными условиями, действиями и сроками, записывая все это на бумаге.

15. Выявление альтернативных причин поведения. Если при навязчивых мыслях сам процесс обдумывания часто приносит человеку большое удовлетворение и облегчение, позволяя мысленно вообразить себе *«спасателя»*, наказав в мечтах врагов, исправить свои ошибки, то постепенно это обдумывание затягивает человека все глубже, как своего рода наркотик, хоть субъект и понимает нереальность такого мышления.

Существуют специальные техники и методики когнитивной терапии, применяемые только при определенных видах тяжелых психических расстройств, в дополнение к лечению лекарствами.

8.22. Поведенческая психотерапия

Поведенческая психотерапия или бихевиоральная терапия базируется на принципах обусловливания, имитационного научения и когнитивной теории научения. Её целью является выработка поведения, которое будет оптимальным и желательным для конкретного субъекта, построение и укрепление способности к действиям, повышение самоконтроля, устранение нежелательных форм поведения и выработка полезных навыков поведения.

Широко используется при лечении тревожных расстройств, в частности, при панических расстройствах, фобиях, навязчивостях, депрессии, нарушении приема пищи, сексуальных проблемах, расстройствах сна и внимания, гиперактивности, аутизме, трудностях в обучении, при языковых и разговорных проблемах и др.

Постулатами поведенческой терапии является идея о том, что способности, манера поведения играют существенную роль в повседневной деятельности человека, в обеспечении его здоровья, в развитии стресса и различных психических расстройств и что поведение может быть изменено с помощью различных методов поведенческой терапии.

Терапевт играет активную и директивную роль, он работает по заранее выработанному плану, в котором после оценки состояния пациента, включается составленный совместно с пациентом список проблем, которые следует решить.

Терапевт в ходе терапии постоянно проверяет эффективность использования методов и в случае, если выбранные техники оказываются нерезультативными, он должен изменить стратегию терапии и использовать иные методы. Он также обучает клиента распознавать признаки возникновения или возвращения проблемы, поскольку это позволит субъекту принять заблаговременные меры для того, чтобы справиться с проблемой или уменьшить её негативный эффект. Он должен научить пациента, как справиться с трудностями, т. е. *«стать самому психотерапевтом»*.

На первом этапе поведенческой терапии составляется список паттернов поведения, которые имеют негативные последствия для пациента, затем выявляются ситуации и способы, которые вызывают страх, тревогу, избегание и т. п.; какие факторы обуславливают нежелательный паттерн поведения; определить какие сильные стороны в характере пациента могут быть использованы в терапевтическом процессе; каковы ожидания субъекта от психотерапии и какие формы адаптивного поведения следует выработать для замены проблемных паттернов поведения. Эти данные используются для оценки эффективности терапии.

Поведенческая терапия – это группа психотерапевтических методов, основу которых составляет классическое обуславливание, оперативное обуславливание, имитационное научение и когнитивная теория научения. Основным приемом бихевиоральной терапии это постоянная тренировка целевого поведения. Этапами указанной терапии являются: конкретный анализ поведения субъекта, определение учебных этапов, проведение научения малыми шагами, тренировка

нового поведения, этапы самоконтроля, закрепляющие новое поведение с целью актуализации изученного после завершения терапии.

Методы поведенческой терапии:

1. Метод имитационного научения – это научение по образу, согласно которому можно учить и учиться правильному поведению, наблюдая и имитируя желательные паттерны поведения. Для этого может использоваться не только реальный человек, но и виртуальная модель, которой может быть герой книги или образ, созданный воображением самого субъекта. Метод ориентирован преимущественно на оперантное обуславливание. В работе с детьми подкрепляющим стимулом могут быть конфликты, а промптингом для взрослых может служить жетонная система вознаграждения. Успех имитации предполагает постепенную целевую тренировку желаемого поведения.

2. Метод отучивания чаще всего состоит в избегании факторов и ситуаций, вызывающих нежелательные формы поведения, хотя и не отучивают от неверно сформировавшихся навыков, однако это увеличивает вероятность успеха терапии. Для отучения, например, от злоупотребления алкоголем, используют аверсивный раздражитель, запах, который вызывает рвоту.

3. Метод устранения, используемый для систематической десенсибилизации при разложении невротических реакций страха с помощью трех шагов: тренировки глубокого мышечного расслабления, составления списка страхов, чередования расслабления и раздражения из списка страхов в нарастающей последовательности.

4. Метод конфронтации – это форсированные контакты с пусковыми стимулами страха относительно центральных или периферических фобий при психических расстройствах. Основной метод – флудинг (штурм раздражителями с использованием твердых приемов Й. Маркс). При этом клиента подвергают интенсивному или непосредственному (англ. *flooding – in – vivo*) мысленному (англ. *flooding – in – imagination*) влиянию стимулов страха.

5. Ролевой тренинг – методика, используемая для научения определенным типам поведения (например, тренинг навыков общения), является разновидностью ролевой игры. Эффект тренинга основан на сочетании приемов конфронтации систематической десенсибилизации (что способствует снижению тревожности) и подкреплению удачного поведения в виде положительной обратной связи со стороны терапевта. При применении этой техники пациент и терапевт разыгрывают проблемную ситуацию. Эта техника может быть также использована в групповой терапии. Чаще всего пациент играет самого

себя, а иногда кого-то из членов группы, что позволяет пациенту увидеть свою проблему со стороны, а также понять, что можно действовать по-другому.

Методы когнитивной терапии используют в тренировке когнитивного научения. Основной метод – рационально-эмоциональная поведенческая терапия (Эллис, 2002).

Поведенческая психотерапия противопоказана в следующих случаях:

- психозы в стадии обострения;
- тяжелые депрессивные состояния;
- глубокая умственная отсталость.

8.23. Рационально-эмоционально-поведенческая терапия

Рационально-эмоционально-поведенческая терапия, базируясь на суждениях о том, что развитие психических расстройств обусловлено ошибочными, иррациональными когнитивными установками (верования, долженствования, убеждения, предложения, идеи и т. д.), а не на прошлом опыте индивида, как считает психоанализ, направляет действия терапии на выделение догматических, иррациональных когнитивных установок и на прямое и непосредственное их устранение, посредством обучения рациональной социальности, осмысленному опыту совладения с жизненными проблемами, со своими эмоциями и поступками, и на тренировки навыков мышления и рационального поведения.

Рационально-эмоционально-поведенческая терапия разработана Альбертом Эллисом в 1955 году под названием *«рациональная терапия»*, в 1961 году он изменил её название на *«рационально-эмоциональная терапия»*, а в 1993 году ещё раз переименовал её на *«рационально-эмоционально-поведенческую терапию»*.

Один из постулатов данной терапии указывает на то, что люди сначала интерпретируют ситуацию в соответствии со своими укоренившимися верованиями, а затем действуют на основе этих интерпретаций. А это значит, что люди испытывают проблемы не столько из-за событий, а сколько из-за их восприятия через призму верований и что нет другого способа справиться с этим, как работать, практиковаться всю оставшуюся жизнь.

Суть теории рационально-эмоционально-поведенческой терапии раскрывается *«модельно терапевтическими изменениями»* или *«АВС-теорией личности»* развития эмоциональных расстройств, которая не

только описывает процесс возникновения дисфункциональных, диссаногенных эмоций и поведения, но также используется и как руководство по устранению догматических иррациональных когнитивных установок.

Буквами «ABC» в этой модели обозначаются: «A» – активатор (англ. *activating events*), представляющий собой текущие события или мысли, эмоции, поведение, обусловленные этими событиями или, возможно, воспоминания или мысли о прошлом опыте; «B» (англ. *beliefs*) означает верования, долженствования, т. е. убеждения, цели, установки, взгляды, образы, восприятия, воображения, интерпретации и выводы относительно «A» и др.; «C» (англ. *consequences*) выражает следствия, т. е. эмоции или поведение.

В соответствии с этой моделью, постулируется идея о том, что образование множества иррациональных представлений о мире, центральных иррациональных идей, производными которых являются драматизация, осуждение и отрицание своей толерантности, обусловлены верованиями и долженствованиями.

Следовательно, «A», «B» и «C» взаимосвязаны и не один из этих элементов не может существовать без других и чтобы изменить «C» нужно изменить «A» или осознать, что «B» является причиной иррациональным следствиям, т. е. «C». Суть модели «ABC» состоит в том, чтобы заменить абсолютистские требования (долженствования, верования) на рациональные относительные предпочтения в данной конкретной ситуации, т. е. на гибкие установки по отношению к жизненным событиям в целом.

Рационально-эмоционально-поведенческая терапия имеет в основном отношение к оценочным, эмоциональным и поведенческим нарушениям. Психологические проблемы возникают вследствие неудовлетворения в прошлом, настоящем, будущем требований, которые человек выдвинул к себе и окружающему миру, окружающим людям.

А. Эллис считает, что психологические расстройства закрепляются тем, что люди склоны решать свои психологические проблемы, следуя своим «наивным» теориям относительно природы этих проблем, не отдавая себе отчет, что психологические нарушения зачастую определяются главным образом теми абсолютическими взглядами, которые складываются у людей по поводу негативных жизненных событий («B» обуславливает «C»); они остаются при своем расстройстве за счет того, что заново убеждают себя в своих абсолютных взглядах в настоящем. Только благодаря усердной работе, тренировке

мышления, действовать и поступать вопреки своим иррациональным взглядам и убеждениям, как в настоящем, так и в будущем, можно измениться и стать значительно спокойнее.

Рационально-эмоционально-поведенческая терапия, будучи когнитивным видом консультирования и психотерапии, большое внимание уделяет работе с когнитивными детерминантами проблемы, а также с вторичными и третичными конструктами в мыслях, эмоциях и поведении, которые укрепляют проблему клиента.

Психотерапевт, по Эллису, должен быть гибким, постоянно модифицировать стиль общения с клиентом, ориентироваться на конкретную ситуацию; он не должен пытаться самостоятельно найти рациональные альтернативы иррациональным представлениям пациента, предлагать готовые решения проблемы, а должен стремиться научить клиента научному мышлению, умению задавать вопросы самому себе и др.

В терапевтических целях используются ряд когнитивных, эмоциональных и поведенческих техник:

1) Обучение теоретической и практической основам рационально-эмоционально-поведенческой терапии, чтобы пациент смог самостоятельно пользоваться её положениями.

2) Анализ иррациональных идей, взглядов, убеждений.

3) Использование методик на близких с целью самому лучше овладеть навыками метода и избавления от собственных иррациональных взглядов.

4) Техника воображения социальной или реальной ситуации неудач, при которых обычно появляются иррациональные мысли и эмоции с последующим воображением, генерирующие здоровые эмоции и мысли.

5) Метод временной проекции, имеющий своей целью побуждать клиента представить себе, что с ним будет через некоторое время, если он не изменит иррациональные верования.

6) Формулирование рациональных утверждений, самовнушение рациональных утверждений и их самопринятие.

7) Метод ролевых игр, в ходе которых развиваются социальные умения.

Избавление от иррациональных верований, представлений происходит не за два-три сеанса. В некоторых случаях на обсуждение и обучение для достижения успеха приходится тратить даже несколько месяцев.

8.24. Краткосрочная терапия, фокусированная на решении

Она представляет собой комплекс методов, фокусированные на поиске и реализации нейропсихических ресурсов для решения психогенной проблемы, а не на поиске причин дисаногений. Согласно концепции краткосрочной позитивной психотерапии, чувство вины является деструктивным для психотерапии, а самообвинение и обвинение своих близких являются препятствием к сотрудничеству с психотерапевтом, причиной низкой эффективности психотерапии.

Задача психотерапевта состоит в том, чтобы изменить мировоззрение, видение человека, сменить «черное» видение своей жизни и проблемы, найти позитивный аспект, убедить субъект, что компромисс, а не конфронтация должен явиться способом решения проблемы; не навязывать логические решения, а базироваться на использовании опыта и интуиции пациента и его семьи и анализ причин проблемы не должен сопровождаться самообвинительными переживаниями субъекта и его обвинениями своих близких, а должен выявить ресурсы для решения проблемы; ориентироваться на будущее субъекта, т. е. психотерапевт обязан найти продуктивные способы осмысления проблемы и практические идеи обращения с ней.

Способ введения техники работы – это рассказ пациенту о случае из прошлой практики, о другом пациенте, успешно решившем проблему, приветствуется импровизация.

Метод 1. Работа с проблемой.

Терминология «нарушение», «расстройство», «дисфункция», «патология» имеет ряд нежелательных последствий, поэтому следует сформулировать новые наименования с тем, чтобы сосредоточиться больше на своем потенциале, чем на проблемах и позволит субъекту стать активным в их решении.

Техника 1. Придумывание имен и ярлыков.

Новые наименования должны способствовать избавлению от отрицательных ассоциаций, связанных с традиционным названием проблемы, вместе с тем, не подрывать её серьезности, а дать возможность людям стать активными в решении проблемы.

Чтобы ориентироваться в вопросе о придумывании новых наименований, укажем на некоторые возможные выражения: «проводить инвентаризацию своей жизни», «собирать силы», «находиться в поиске смысла жизни», «чувство хандры», «скрытая радость» и пр.

Если субъект не может изменить «выстраданное» название, тогда следует ограничиться тем, что проблема получила какое-то название.

Психотерапевт в начале работы с субъектом должен обратить внимание на то, что делалось для решения его проблемы с тем, чтобы не повторить предыдущие ошибки.

Техника 2. Работа с визитером.

Психотерапевт в беседе с пациентом должен выяснить, что заставило визитера обратиться к нему, что должно произойти, чтобы оставил его в покое, каково будет мнение визитера в случае, если приход к психотерапевту будет полезен.

Если пациент-«жалобщик» и решение проблемы возлагает на людей, якобы породивших его проблему, то психотерапевт лучше должен принять его сторону, проявить сочувствие, подчеркивая его положительные действия, но концентрироваться на том, что он должен делать по-другому.

В случае ознакомления с субъектом, если всплывает несколько проблем, следует рассматривать каждую из них, как независимый элемент со своей собственной жизнью, решение в отдельности какой-то из них поможет в решении другой.

Техника 3. Установление связи с другими проблемами.

При наличии нескольких проблем терапевт совместно с субъектом фокусируют свое внимание вначале на одной, а на других позже, узнавая у субъекта какую он хотел бы разрешить в первую очередь, какая из них больше всех научила его чему-то. В случае, если психотерапевт не согласен с субъектом относительно причинных взаимосвязей между проблемами, то он должен либо принять точку зрения субъекта, либо открыто обсудить разногласия и позиции последствий такого расхождения.

В случае, если существуют две предположительно связанные проблемы, то подход заключается в том, чтобы поменять местами причину и следствие, вследствие чего обнаруживаются новые пути в обращении с проблемами.

Согласно концепции краткосрочной терапии, фокусированной на решении, более плодотворным подходом в психосоматической медицине представляется видение разума и тела как партнеров, заботящихся и помогающих друг другу, а не представление о том, что разум ответственен за возникновение проблем в теле и две составные части организма рассматриваются как враждебные, якобы субъекту более полезно думать, что разум поддерживает тело в его задачах совладения

с болью и дискомфортом, заживления ран и восстановления функций. Проблемы, помимо страданий, одновременно в чем-то помогают нам, облегчая разрешение других проблем, или учат чему-то ценному.

Техника 4. Проблема как друг.

С позиции концепции метода краткосрочной психотерапии, решение проблемы зависит от того, как субъект определяет и объясняет, поэтому изменение мышления о ней может изменить способ её решения. Психотерапевт отвечает за направление разговора, он должен поощрять оптимизм, стимулировать креативную деятельность субъекта, помочь сохранить свое достоинство, раскрыть ресурсы организма.

В случае, если мнение пациента и профессионала конфронтируют друг с другом, то альтернативой являются вопросы, направляющие разговор к будущим целям.

Метод 2. Работа с целью.

Следует стремиться перевести проблему в цель.

Техника 1. Знаки улучшения.

Обсудить с пациентом, по каким признакам можно заметить улучшение решения проблемы и вместе определиться.

Техника 2. Шкальные оценки.

Вычерчивают графическую 10-бальную шкалу, где 10 баллами обозначен идеальный результат, а начало шкалы – исходное состояние проблемы. Сам субъект оценивает состояние на один балл. Техники знаков улучшения и шкальных оценок индуцируют идею продвижения «со ступеньки на ступеньку».

Согласно краткосрочной позитивной психотерапии наиболее перспективным вопросом в дискуссии с субъектом – это, как им представляется будущее без проблемы, каковы надежды на будущее. Положительные представления о будущем помогают ставить конкретные цели перед собой, смотреть на свои трудности как на переходную фазу и, как на содействующие способности достижения своей цели. Фантазии о будущем также помогают людям думать о возможных способах решения проблемы и пр.

Предлагается, что психотерапевт предложил пациентам составить представление о позитивном будущем прежде, чем он начнет разговор с ним об исключительных случаях и прогрессе. Если пациент не желает генерировать позитивное будущее, то психотерапевт может создать собственные фантазии о будущем пациента и поделиться с ним, предоставляя ему возможность комментировать это позитивное видение.

Техника 3. Создание положительных представлений о будущем.

Очень важно создать положительное представление о будущем, поскольку без этого вряд ли можно рассчитывать на успех терапии. Даже, если субъект держится за пессимистический взгляд на будущее, психотерапевт неотступно должен убедить его заниматься предвидением позитивного будущего. В некоторых случаях стоит попытаться создавать две картины будущего для дальнейшего выбора одной из них субъектом. Будущее представляет возможность для новых взглядов, идей, представлений и терапевт должен этим пользоваться чаще, ибо это дает возможность более адекватно и в сравнении видеть свои успехи, ресурсы для дальнейшей деятельности. Создание положительных представлений о будущем убедит субъекта в выгоде для себя, которая последует в связи с изменением своего мировоззрения, отношения к своей проблеме.

Техника 4. Нахождение выгод от достижения цели.

Психотерапевт совместно с пациентом должны обсудить и выявить, какие положительные изменения произошли, и какие уже начались, и каковы его выгоды от решения проблемы.

Техника 5. Разубеждение.

Терапевт совместно с пациентом должен разубедить последнего отказаться от модуля поведения и изменить свое отношение в ситуациях, провоцирующих проблемы, от неверия в свои силы и делать акцент на положительные качества жизни.

Метод 3. Работа с ресурсами.

Под ресурсами понимается опыт, навыки, способности, достойные восхищения черты характера, объем знаний и пр., которые могут быть в той или иной степени использованы при решении проблемы. Поэтому психотерапевт должен фокусировать внимание на их выявлении и как их использовать при совладении со своими проблемами.

Техника 1. Выявление ресурсов пациентов.

Психотерапевт должен выявить, каким опытом, ресурсами, чертами характера обладает субъект с тем, чтобы их можно было это использовать в разрешении проблемы.

Прошлое должно обсуждаться не как источник затруднений, тяжелых испытаний, а как ресурс, как ценный опыт, источник мудрости. При этом нельзя не учитывать, что прошлый травматический опыт является источником проблем в последующей жизни. Однако это мнение не должно стать единственным. Трудности, испытания про-

шлого должны рассматриваться и как ресурс, способствующий решению целей жизни и развитию позитивных качеств. Подобная ревизия прошлого должна осуществляться самим пациентом. Психотерапевт должен лишь помочь ему так анализировать историю своей жизни.

Техника 2. Ревизия прошлого.

Терапевт должен узнать у своего пациента: имеют ли прошлые тяжелые переживания отношение к его текущим проблемам; чему научился из всего, через что он прошел; что может оказаться из прошлого полезным в разрешении проблемы; убедить его в том, что человек, у которого детство было счастливым, не смог никак решить подобные проблемы и что трудные переживания в детстве делают людей более сильными, настойчивыми. В задачу пациента входит произвести обзор своей жизни с позиции того, что его прошлое больше способствовало увеличению его внутренних ресурсов, чем возникновению проблем. Неблагоприятные жизненные обстоятельства ретроспективно должны рассматриваться как ценный обучающий опыт, что никак не оправдывает современное оскорбление, насилие или пренебрежение. По своим проблемам сами пациенты зачастую являются экспертами, ведь они испробовали многие способы их решения и часто отчетливо понимают какие из них непригодны, тем более, что они хорошо знакомы с аналогичными случаями от других людей. Жизненный опыт пациента позволяет выяснить, как подходить к решению проблемы.

Техника 3. Признание компетентности пациента.

Психотерапевт должен организовать обсуждение проблемы с пациентом, как компетентным субъектом, в плане, какие решения оказались самыми успешными, какие неприемлемы в его случае, какие советы бы дали другим пациентам и др.

Для того, чтобы этот разговор был конструктивным и объективным, терапевт должен ориентировать пациента на протяжении процесса психотерапии концентрировать внимание на признаках прогресса, что способствует выявлению позитивных решений, отмечаемых самим пациентом. Это, в свою очередь, повышает компетентность пациента и способствует успешнее решить проблему.

Техника 4. Шкала надежды.

Эта техника предполагает организацию разговора о достигнутом прогрессе в плане обсуждений в решении проблемы с тем, чтобы достаточно детально анализировать информацию о том, что было полезным, что сыграло основную роль в решении проблемы. Сам пациент должен оценить то, что ему помогло и что он может предложить это и для людей с аналогичной проблемой.

Разговор должен вестись и в плане фокусирования внимания на исключениях или периодах, когда проблема отсутствовала, что позволяет увидеть, что проблема решается.

На стандартной 10-бальной шкале отмечается, как менялось состояние проблемы на протяжении процесса психотерапии. Она позволяет оценить динамику прогресса и способствует укреплению надежды на будущее.

Техника 5. Фокусировка на исключениях и прогрессе.

Психотерапевт, беседуя с пациентом, концентрирует внимание на исключениях и прогрессе в решении проблемы: бывали ли времена и ситуации, когда проблем отсутствовали и чем объясняет; бывали ли ситуации, при которых проблем не возникало, хотя можно было ожидать их возникновения, и как он устоял; было ли это исключение или он необычно планировал фокусирование на прогрессе и исключении – эта помощь пациентам в усвоении более дальновидного подхода к их проблемам, и к жизни в целом.

С позиции краткосрочной терапии важно, чтобы решение проблемы осуществлялось при её рассмотрении в позитивном свете, хотя и нелегко навязать этот взгляд пациентам, но это необходимо не только потому, что субъект легче её переносит, но и усиливает мотивацию в общем процессе восстановления и стимулирует творческую деятельность по разрешению проблемы. Психотерапевту следует способствовать как осознанию позитивной стороны проблемы, так и приветствовать мысль о том, что стоит попробовать бороться с проблемой, чтобы закрепить успех, который по-существу является социально конструируемым феноменом, необходимо, чтобы кто-то из окружающих людей пациент, его оценил.

8.25. Позитивная психотерапия

Это исцеление за счет использования позитивного потенциала жизненного опыта человека. Основатель метода Н. Пезешкиан (1996). Метод основывается на позитивном подходе к пациенту, нарушениям и заболеванию; на содержательной оценке конфликта; на пятиступенчатой терапии, в основе которой лежит самопомощь.

Основной целью позитивной психотерапии является изменение точки зрения пациента на свою болезнь и, как следствие – новые возможности поиска резервов в борьбе с недугом. Поскольку в основе многих психических нарушений и заболеваний лежит конфликт, главное внимание уделяется конфликту, конфликтной ситуации, которая

проявляется через 4 основные «сферы разрешения конфликта»: тело, деятельность, контакты и посредством фантазии.

Одни люди реагируют на конфликт преимущественно эмоциями, что влечет за собой вегетативные нарушения, психосоматические расстройства; другие – деятельностью: уход в работу или уход от работы, завышение или занижение самооценки; третьи – нарушением контактов с окружающими – проявление гиперактивности с требованием к себе особого внимания или избегания контактов, замыкаясь в себя; четвертые – активацией фантазии, создавая себе иллюзии, позволяющие на короткое время уйти от реальных трудностей.

Метод предусматривает 3 этапа работы с пациентом в соответствии с принципами:

- 1) надежды;
- 2) баланса;
- 3) консультирования (самопомощь).

На первом этапе работы с пациентом (принцип надежды) используется:

1) позитивная интерпретация проблемы пациента (например, нервная анорексия – проявление способности терпеть ограничения, сопереживать голодающим всего мира и т. п.);

2) расширение представлений пациента о проблеме посредством знакомства с иным реагированием и отношением к сути его проблемы в других культурах;

3) притчи и анекдоты с психотерапевтическим радикалом.

На втором этапе работы с учетом принципа гармонизации (баланса) выявляется распределение энергии по 4 основным сферам жизнедеятельности: телесной, ментальной, социально-коммуникативной и духовной. К телесной относится еда, сон, секс, забота о внешности, физическая деятельность, переживания боли, телесный комфорт; к ментальной – удовлетворение познавательной потребности, любознательность, профессиональные достижения; к социально-коммуникативной – общение; к духовной – мировоззрение, религиозные переживания, фантазии, социальные переживания, поступки. В идеальной, гармоничной модели на каждую сферу выделяется 25% жизненной энергии.

Дисбаланс в телесной сфере создает риск соматических и психосоматических заболеваний; в ментальной – агрессивных дистрессовых реакций; в коммуникативной – чувства одиночества и депрессии; в духовной – чувства тревоги и психических нарушений. При выявлении

нии дисбаланса (менее 10% и более 50%) в какой-либо сфере с пациентом рассматривается возможность гармонизации, сбалансирования энергии. На этом этапе выявляются и прорабатываются актуальные и базальные конфликты пациента.

Реализация третьего этапа – принципа консультирования (самопомощь) означает передачу пациенту функций психотерапевта (аутопсихотерапия). При этом используется структурированное интервью и опросники, при заполнении которых субъект сам может прийти к осмыслению различных аспектов своих проблем.

Техника позитивной психотерапии выполняется в пять этапов.

Первый этап посвящен дистанцированию от конфликта, который причиняет субъекту дискомфорт, он должен осознать со стороны реальные значение и размеры проблемы.

Второй этап – это проработка конфликта. Психотерапевт совместно с субъектом пытается определить, какое влияние оказал конфликт на него самого, его семью, деловые отношения с другими людьми, на индивидуально-психологические особенности.

Третий этап – это ситуативное одобрение. Акцент делается на положительные качества и модели поведения субъекта. Ошибки и отрицательные качества не игнорируются, но отступают на задний план, обнажая то лучшее, на что можно опереться в преодолении конфликта. Негативные высказывания и чувства усугубляют диссаногению.

Четвертый этап посвящен вербализации. Психотерапевт приучает субъекта как можно более открыто и свободно, словесно описать состояние своего конфликта, что предполагает создание атмосферы благожелательности, доверия и конфиденциальности. Любые откровения субъекта не должны кому-либо стать известными, а психотерапевт не осудит его признания или высказывания. Психотерапевт ненавязчиво, но постоянно возвращает субъекта к обсуждению данной ситуации, отвлекая его мысли от прошлого и от размышлений о будущих последствиях её развития.

Пятый этап посвящен расширению жизненных целей. Намечаются два пути действия. Первый – оптимально задействовать каждую из вышеупомянутых сфер (тело, деятельность, контакты и фантазии). Второй выход (по аналогии с фрейдовской сублимацией энергии либидо), когда субъект отказывается от разрешения фрустрирующей его ситуации и направляет высвободившуюся энергию на достижение более важных жизненных целей. В этом случае может хорошо помочь добавление элементов психоанализа, поведенческой и других видов психотерапии.

При позитивной психотерапии рекомендуется ряд правил:

- беседу с субъектом следует начинать с упоминания о его достоинствах и положительных аспектах его поведения;
- избегать смещения обсуждения проблемы на личностные особенности субъекта;
- не повышать голос, говорить надо от первого лица.

8.26. Психотерапия через стратегию сознательной адаптации (стратегия *coping*)

Стратегия *coping* представляет собой когнитивные и поведенческие усилия по диминуации последствий диссаногенных психогенных воздействий и по поддержанию уровня психического здоровья.

Слово *coping* происходит от английского глагола *to cope* и означает «распутывать», влиять, в определенной степени, на успех или реакцию в успокаивающей манере, равновесие.

Coping может быть:

1) опережающим, направленный на ослабление напряженности организма, релаксацию, медитацию до возникновения психогенных последствий конкретных воздействий;

2) своего рода буфером, т. е. создание на короткое время своего «тампон» между собой и воздействующим фактором посредством защитного механизма в виде репрессий или отрицания;

3) реактивный, это когда субъект учиться контролировать в кризисной ситуации свои эмоции, мысли и поведение.

Стратегии *coping* могут быть сосредоточены на:

1) проблеме посредством общего действия (предусматривает, что все решится положительно), который имеет целью успокоить субъекта до решения проблемы. Эта стратегия предполагает воскрешение в памяти предыдущий опыт успеха в аналогичных ситуациях; полагаться на социальную поддержку и на поиск новой информации и новых способов защиты;

2) эмоциях, что предусматривает переключение мыслей в другую сторону, что обуславливают эмоциональную релаксацию. Этот тип *coping* используется в безвыходных ситуациях;

3) переоценке значимости проблемы с целью уменьшения разницы между первоначальным определением субъектом степени значимости воздействующего фактора и собственными физическими, физиологическими и психическими ресурсами, что помогает воспринимать возникшую ситуацию как более терпимую. Это своего рода успокаивающий маневр.

Различные авторы (Lazarus и Folkman, 1984; Carver et al., 1989; Endler et al., 1998) выделяют большее количество типов *coping*, чем вышеуказанные три, считающиеся фундаментальными.

Наиболее эффективными в физиологическом и психическом плане считается комбинированное использование социальной поддержки и когнитивная переоценка проблемы.

В ситуациях, в которых имеют место случаи безвозвратных потерь, следует сосредоточиться на эмоциях (разглагольствование, поиск и нахождение деятельности, что способствовало бы отвлечению внимания от «*потери*», релаксация), тогда, как при кратковременных ежедневных неудачах наиболее целесообразно переключать свои мысли и действия в другом направлении. Обращение к малым дозам алкоголя может диминуировать шоковое состояние и облегчить общее психическое состояние. Следует подчеркнуть, что во всех случаях диссаногенных или психотических ситуаций, целесообразно опираться на социальную опору.

8.27. Мультиmodalная терапия Арнольда Лазаруса

Мультиmodalная терапия это уникальная в каждом конкретном случае психотерапия, базирующаяся на предпосылке о мультиmodalных качествах и способностях людей мыслить (когниция), переживать эмоции (аффекты), воображать, ощущать, действовать (поведение), строить межличностные отношения, модифицировать физиологическое состояние и др. Она основывается на анализе состояния главных modalностей (благополучия и неблагополучия) и потребностей клиента на выделении проблемных modalностей, для которых разрабатывается стратегия по одновременной коррекции как когниции (мыслительные представления, убеждения, установки), так и поведения в соответствии с методами «*BASIC I.D.*».

Мультиmodalности по Лазарусу – эта сфера существования клиента в их взаимосвязи и взаимодействии.

Основной постулат метода – это то, что человек одновременно и взаимосвязано функционирует в нескольких сферах деятельности.

Метод мультиmodalной терапии А. Лазарус назвал метод «*BASIC I.D.*». Этими буквами зашифрованы соответствующие modalности, по которым следует диагностировать и корректировать состояние и поведение пациента.

Буква «*B*» означает *Behavior* (поведение) субъекта. Эта первая modalность, которую психотерапевт совместно с субъектом анализирует и оценивает с позиции его эффективности достижения ре-

листочных целей: рассматриваются как конкретные действия, так и сами цели, ради которых совершаются действия. В случае, если цель нереалистична, то терапевт совместно с субъектом предлагает четкую реалистическую цель и конкретные действия по её реализации.

Буква «А» означает *affect* (аффект). К этой модальности относят неосознанные чувства и эмоции. Терапевт совместно с пациентом должен найти, определить и признать, какие эмоции тревожат и причиняют страдание субъекту и предложить стратегию решения эмоциональной проблемы, и сформировать умения клиента по её реализации.

Буква «S» – это *Sensibility* (ощущение, чувствительность). Для этой модальности важно, чтобы от физиологических ощущений человек получал удовольствие: от питания, движений, сна, секса, работы и др.

Буква «I» обозначает *Images* (образы, представления). Для этой модальности существенно образное мышление представления реального или предполагаемого. Аутотренинги и медитативные упражнения должны быть направлены на развитие и «отрегулирования» воображения клиента, приобретения опыта пользоваться своим воображением и умением блокировать негативное, патогенное воображение.

Буквой «C» отмечается модальность *Cognition* (когниция), т. е. познавательные процессы – мысли и мыслительная деятельность. Здесь важно проверить, насколько полученная и имеющаяся информация и само мышление реалистичны, адекватность восприятия и мыслей субъекта, убеждения, жизненные установки.

Буква «I» означает *Interrelation* (взаимодействия, взаимоотношения с другими людьми). Согласно этой модальности необходимо разобраться в межличностных отношениях: насколько они важны для субъекта, испытывает ли он тяготение к людям, желает ли близости и др. Психотерапевт совместно с клиентом должен определить и тренировать способности развития коммуникативных навыков, эффективного общения, уверенности в себе, настойчивости в процессе взаимодействия с другими, навыков ведения беседы и пр.

Лазарус считает, что человек должен проявить «способности к здоровой взаимозависимости», избегать крайних случаев – излишнюю независимость или навязчивую зависимость.

Буква «D» обозначает *Drugs* (медикаменты). Эта модальность, согласно Лазарусу, представляет собой взаимоотношения человека с различными медикаментами и препаратами, биологические потребности, здоровье человека, медикаментозная, в том числе, наркотическая зависимость, вредные привычки. Психотерапевт должен определить, как себя чувствует субъект, страдает ли от вредных привычек,

делает ли зарядку, спит ли достаточное время, заботится о себе и пр., т. е. контролировать весь набор модальностей.

Анализируя указанные модальности, психотерапевт обозначает ориентиры психокоррекции и разрабатывает стратегию психотерапии, подбирает соответствующие методы, отработанные в разных системах психотерапии.

Мультимодальная психотерапия показала высокий эффект при психосоматических расстройствах с нарушениями поведения, при лечении сексуальных нарушений, депрессивных состояний, фобий и т. п.

Консультант выстраивает связи, взаимодействия, настраивается на доминирующую модальность, на проблемную модальность по «*BASIC I.D.*».

Важным диагностическим фактором является личностное использование языка, терминологические оттенки описания одних и тех же событий. Один и тот же факт излагается разными субъектами в разных терминах, за которыми скрываются разные отношения говорящих. В этом, в понимании Лазаруса, и заключается цель контент-анализа – с помощью анализа используемых слов определяется истинное отношение человека к происходящим фактам, ситуациям.

Психотерапия может быть успешной при высокой степени осознанности человеком тех или иных процессов, происходящих с ним, или, если человек ориентирован на самопомощь, готовность проявить свою активность.

Отличительной особенностью мультимодальной психотерапии является методологический эклектизм, предусматривающий применение подходов и техник из различных систем, состоящий в когнитивно-поведенческой процедуре обучения клиента преодолению стрессовых ситуаций с последующим тренингом успешных форм поведения, доведя их до автоматизма.

8.28. Интерперсональная психотерапия

Метод базируется на концепции Клермана и Вейсмана, а также Селливана о ведущем значении межличностных отношений, межличностного окружения в жизни любого человека, что и детерминирует направленность психотерапии на гармонизацию межличностных отношений пациента с окружающими его людьми.

При разработке своего метода психотерапии, Клерман и Вейсман предназначили его для психотерапии депрессивных больных, основываясь на идее, что депрессия чаще всего возникает вследствие неблагоприятных изменений в межличностной сфере и ближайшем окру-

жения пациентов, и поэтому психотерапия должна быть направлена на улучшение социального статуса пациента. Эта концепция психических расстройств, обусловленных изменениями межличностных отношений, как перекликается с идеей Селивана об исключительном значении межличностных отношений. Как важной составной части психотерапии, что послужило основанием представить их как одну систему, базирующуюся на одних и тех же основах.

Интерперсональная психотерапия ориентируется на принципе *«здесь и сейчас»*, ставит акцент на разрешении актуальных, текущих проблем в личностных взаимоотношениях. Главная ее задача заключается в гармонизации межличностных отношений.

На начальной стадии обследования пациента проводится диагностика и выясняется природа межличностных нарушений, и он получает подробные сведения об этих расстройствах, о целях и сроках лечения, т. е. эта стадия носит выраженный обучающий характер.

Вторая стадия, которая является основной, ориентируется на одном, или нескольких из следующих направлений:

- 1) переживания печали и горечи (с целью освобождения от зависимости);
- 2) межличностные конфликты (в семье, на работе и пр.);
- 3) смена социальной роли;
- 4) дефицит межличностных отношений.

По каждому из этих направлений разрабатывается структурированный план психотерапевтических мероприятий.

Психотерапевт должен построить (вместе с пациентом) с учетом требований окружающих, модель коммуникативного поведения; разработать стратегию решения проблем, возникающих у пациента и выработать умения у пациента более успешно преодолеть стрессовые ситуации в межличностном отношении; преодолеть устаревшие схемы и стереотипы во взаимоотношениях, не соответствующих изменившимся требованиям окружающих; активно отказаться от устаревших схем в пользу новых и усвоить более адаптивные способы взаимоотношений с окружающими и т. п.

Третья фаза, являющаяся заключительной, посвящена обсуждению поведенческого опыта пациента, уровню его взаимоотношения с окружающей его социальной средой.

Саллиман акцентирует внимание на важной роли тревоги в патологии (дезорганизации жизни) и вообще, в жизни. Нарушение поведения является реакцией на усиление тревоги. Одним из путей избавления от тревоги является механизм *«избирательного внимания»*,

отсеивающий информацию, несущую тревогу. Способы ослабления тревоги закрепляются в опыте. Следует иметь в виду, что наибольшее формирование числа искаженных форм поведения имеет место в детстве, причем, опыт проживается в виде моментальных состояний.

Интерперсональная психотерапия эффективно применяется для лечения послеродовой депрессии, работы с иррациональной тревогой, и, естественно, для налаживания полноценных взаимоотношений с членами социума, лечения пограничных заболеваний.

8.29. Клиент-центрированная психотерапия

Метод разработан американским психологом К. Роджерсом и базируется на гипотезе о том, что человек располагает достаточными ресурсами для осознания собственной сущности, для изменения собственной Я-концепции, установок, отношения к себе, для того, чтобы самому найти способ решения своих проблем. Для этого человек должен оказаться *«в условиях особых, поддерживающих, фасилитирующих взаимоотношений»*. Эти установки Роджерс обозначает как *«операционную философию терапевта»* и как *«путь контакта с клиентом»*. Главная задача психотерапевта состоит в создании атмосферы позитивного принятия, эмпатического (точно воспринимать чувства клиента, сопереживать им и принимать их) понимания и открытости своим чувствам.

Терапия проходит в форме диалога. Клиент сам определяет, какие вопросы для него сейчас актуальны. Атмосфера доверия, уважения и безусловного принятия позволяет клиенту чувствовать, что его воспринимают таким, какой он есть и что он может говорить обо всем, не опасаясь неодобрения. Ощущая поддержку, человек обнаруживает в самом себе средства и способы решения своих проблем, он больше доверяет себе и лучше понимает других.

К. Роджерс сформулировал свою концепцию психотерапии в форме шести *«необходимых и достаточных условий для развития личности посредством психотерапии»*.

1. Два человека находится друг с другом в реальном психологическом контакте, подразумевая интенсивно переживаемое отношение и эмоциональное затрагивание друг друга.

2. Клиент находится в состоянии неконгруэнтности, т. е. нет соответствия между тем, что клиент говорит, и тем, что он переживает, неумение признать и эмпатически понять собственные переживания.

3. Психотерапевт конгруэнтен, что означает подлинное и открытое переживание собственных чувств, искреннее самовыражение в

общении с другим человеком, его слова согласуются с переживаниями. Эту базисную способность психотерапевт должен проявить в терапевтических отношениях.

4. Психотерапевт испытывает безусловное уважительное отношение к личности клиента, что предполагает, что безусловное уважение к клиенту имеет важнейшее значение, как для возникновения самости (представление о себе), так и для её развития.

5. Психотерапевт эмпатически воспринимает систему внутренних смыслов и переживаний, т. е. он должен точно воспринимать чувства клиента, сопереживать им и принимать их. *«Исключительное сосредоточение терапии на текущем феноменологическом опыте клиента и является смыслом понятия «клиент-центрированная».*

6. Клиент хотя бы в минимальной степени может воспринимать безусловное положительное отношение и эмпатическое понимание со стороны психотерапевта, ибо в противном случае основные терапевтические установки не окажут своего аффективного влияния.

Успех клиент-центрированной психотерапии зависит от выполнения базовых установок, условий и полном исключении преднамеренности, от того насколько клиент воспринимает безусловное уважение и эмпатию психотерапевта как таковые.

Установлено, что клиент-центрированная терапия вызывает изменения, главным образом, *«Я-концепции»*, в частности *«Я-идеального»*, которая повышает степень самопринятия, понимания самого себя. Отношение с другими людьми приносит большее удовлетворение, чем до терапии.

Используется при консультировании и терапии в образовании, семейных отношениях, политике и менеджменте.

8.30. Психодрама

Метод психотерапии разработан Якобом Леви Морено (2001) и базируется на групповой драматической импровизации по определенной теме и имеет целью развитие творческого потенциала, социального взаимодействия, адекватного поведения и изучения внутреннего мира людей. В противовес психоанализу З. Фрейда, в котором пациент выполняет пассивную роль, Морено, исходя из того, что люди, будучи социальными, более эффективно могут решать свои проблемы, если психотерапевтический процесс будет происходить в активной форме в группах.

Теоретическими основами психодраматической терапевтической работы являются социометрия, теория спонтанности и теория ролей.

Социометрия представляет собой следующий процесс: каждого человека в группе просят задуматься над заданным вопросом (критерием), например, «с кем бы я хотел дружить», затем подойти и положить руку на плечо тому человеку, который соответствует этому критерию. В результате исследователь получает «рисунок» группы, по которому видно, кто какое место занимает по этому критерию в группе. Выявляются люди, с которыми многие хотели дружить, с которыми никто или мало кто желает. Умело подбирая критерий, можно влиять на ситуацию в группе.

Под спонтанностью Морено понимал некую космическую энергию, посредством которой когда-то был создан этот мир и, благодаря проявлениям которой, он продолжает существовать. Эта энергия играет равноправную роль с генетической предрасположенностью. Спонтанность не может накапливаться, она существует только «здесь и теперь», она находит свой выход или подавляется; её подавление – причина возникновения невроза. Конструктивность спонтанной реакции определяется креативностью, способностью к творчеству, новым поведением или восприятием. Спонтанность можно понимать как изначальный импульс, необходимую для творчества энергию.

Сущность роли Морено определяет как некоторую функцию, существующей в социальной реальности. Все психологические роли разделены на три большие категории:

- 1) *функциональные* (это те, которые помогают разрешать конфликтные ситуации, сотрудничать с другими, способствуют росту);
- 2) *дисфункциональные* (мешают разрешению конфликтных ситуаций, сами могут порождать конфликты, разрушают личность);
- 3) *коупинговые* (позволяют совладать с ситуацией).

При благополучном протекании сеанса дисфункциональные и коупинговые роли преобразуются в функциональные.

Психодраматическая сессия начинается с разогрева – это могут быть двигательные или медиативные упражнения, настраивающие участников на определенные групповые темы, затем происходит социометрический выбор протагониста, на которого будет работать вся группа. Ведущий организует представление участников, желающих разобраться со своей темой и определившихся, с кем хотели бы поработать, вместе с людьми, принимавшими участие в сессии, делает выбор по критерию «какая тема для меня сейчас наиболее актуальна».

После того, как выбор сделан, начинается этап действия. Протагонист выбирает участников на роли важных, для его жизненной ситуации, персонажей. Сцену за сценой протагонист с помощью участ-

ников группы, драматически проигрывает волнующую его ситуацию, формы разыгрывания варьируются от воспроизведения реальных событий до постановки символических сцен. Этап действия заканчивается, когда найдено решение проблемной ситуации.

После этапа действия проходит шеринг – обмен чувствами между участниками действия и зрителями. На шеринге категорически запрещено всё, что может ранить протагониста или участников группы. Говорить следует только о своих чувствах и о событиях своей жизни.

Метод эффективен при лечении неврозов, при разрешении социальных и семейных проблем, способствует успешному ходу переговоров и др.

8.31. Система психологической защиты

Под понятием «психологическая защита» понимается реакция организма, за счет которой человек на бессознательном уровне защищает свою целостность, внутренние психические структуры, свое «Я» от тревожных проявлений, гнева, стыда, конфликтных ситуаций, фрустрации и сохраняет психическую стабильность.

Психологическая защита тесным образом связана с особенностями мотивационной и эмоциональной сферы человека. Разнообразные перцептивные, интеллектуальные, двигательные автоматизмы, выполняющие функции психологической защиты, как правило, регулируют интенсивность тех эмоциональных состояний, чувств, страстей человека, которые могут нарушать целостность «Я» или его образ. Нежелательная информация, способная вызывать у человека сильные эмоции, может просто игнорироваться или не восприниматься, а будучи воспринятой, забываться и, в случае допуска в систему запоминания, интерпретироваться удобным для индивида образом. Психологическая защита является последовательным искажением когнитивной и аффективной составляющих образа реальной чрезвычайной ситуации. В качестве её цели выступает ослабление эмоционального напряжения, угрожающего индивиду, в случае адекватного отражения реальной ситуации.

Считается, что основателем теории защитных психологических механизмов был известный психоаналитик Зигмунд Фрейд, которая впоследствии была развита многими психологами, хотя не все они разделяли его психоаналитический взгляд. По мнению З. Фрейда главными особенностями защитных механизмов являются: 1) бессознательное проявление, т. е. причины, мотивы и цели собственного поведения в процессе защиты от того или иного травмирующего объек-

та или явления, не осознаны; 2) искажение, подмена и фальсификация окружающей реальности.

3. Фрейд (1991) считал, что человек может справиться с проявлениями тревоги двумя способами:

1) непосредственное взаимодействие с явлением, которое порождает тревогу, выражающееся в преодолении деятельности по решению возникшей проблемной ситуации;

2) с помощью бессознательной деформации окружающей реальности, т. е. за счет формирования какого-либо защитного психологического механизма, который в современной психологии разделен на защитную стратегию и стратегию совладения.

Защитные стратегии предполагают бессознательное поведение в виде забывания моментов, относящихся к тревожным ситуациям и обстоятельствам, возникновения психологических зависимостей, соматических заболеваний, имеющих психологическую основу. Стратегия совладения, её особенностью является то, что, будучи осознаны, имеют рациональный характер и направлены непосредственно на источник возникающей тревоги.

3. Фрейд, используя свою известную трехкомпонентную структурную модель психики Ид, Эго, Супер-Эго (в русской терминологии «Оно», «Я» и «Сверх-Я»), считал, что некоторые защитные механизмы появляются с первых моментов жизни человека, кстати, подтвержденные позже в клинических наблюдениях за детьми.

Изучению основных механизмов защиты посвятила много времени дочь З. Фрейда – Анна Фрейд, которая на конкретных примерах показала разнообразие, сложность защитных механизмов, подчеркивая, что для защиты могут использоваться различные виды действий (фантазирование, интеллектуальная деятельность, что защита может направляться не только против влечений, но и против всего того, что вызывает тревогу (эмоции, особые ситуации, требования «Сверх-Я» и пр.). Ею перечисляются следующие защитные механизмы: вытеснение, регрессия, реактивное образование, изоляция, проекция, отмена некогда бывшего, обращение на себя, обращение в свою противоположность, сублимация, фантазирование, идеализация, идентификация с агрессором и пр.

Идея о том, что защитные механизмы являются способами регулирования интенсивности эмоций, принадлежит авторам структурной теории механизмов защиты, разработанной в 1979 г. известными американскими психологами Р. Плутчиком, Т. Келлерманом и Х. Контом. С их точки зрения каждый способ психологической защиты свя-

зан с конкретной эмоцией. Восемь защитных механизмов регулируют восемь эмоций – страх, гнев, радость, печаль, принятие, отвержение, ожидание, удивление.

Следует подчеркнуть, что существуют другие механизмы защиты, которые участвуют главным образом в формировании черт характера (идентификационные защиты).

В своей основе все защиты, как считает Л. И. Вассерман и др. (2010), имеют механизм подавления (вытеснения), который первоначально возник, чтобы победить чувство страха.

Механизмам защиты, цель которых – срочное ослабление внутреннего напряжения сообразно с принципом удовольствия-неудовольствия, Э. Бибринг и С. Лагашу противопоставляют психологический механизм отработки, направленный на реализацию имеющихся возможностей ценой большого напряжения.

В какой-то определенной, типичной ситуации угрозы, человек может использовать разные виды защитных реакций. Более зрелыми считаются механизмы интеллектуализации, подавления, рационализации, сублимации.

8.32. Классический метод психоанализа

Предмет изучения метода – это скрытые бессознательные мотивы, ведущие к расстройствам. Они выявляются через высказываемые пациентом свободные ассоциации. Субъект вербализует мысли, включая свободные ассоциации, фантазии и сны, на основании чего аналитик пытается толковать первоисточник конфликтов, сновидений и сделать заключение о бессознательных конфликтах, являющихся причинами симптомов и проблем характера пациента, и интерпретирует их для пациента с целью их разрешения. Специфика психоаналитических интервенций, как правило, включает конфронтацию и разъяснение патологических защит и желаний пациента.

Лечение психических расстройств осуществляется на основе анализа бессознательного, проявлений переноса и сопротивления, посредством техник интерпретации и проработки (заключительный этап), т. е. за счет освобождения субъекта от скрытых механизмов, создающих конфликты в психике, от привычных шаблонов, не пригодных или создающих специфические конфликты в реализации желаний, и в адаптации к обществу.

Как терапевтический метод, психоаналитические техники могут быть полезны в сфере интимности, межличностных отношений и при одноразовых консультациях.

Однако следует указать, что метод психоанализа в настоящее время сошёл на нет. Считается, что психоанализ вызывает психологический стресс у субъекта, что ведет к повышению смертности, у страдающих онкологическими заболеваниями и ишемической болезнью сердца.

Биолог и нобелевский лауреат Питер Медавар охарактеризовал психоанализ как *«самое грандиозное интеллектуальное мошенничество двадцатого века»*.

8.33. Психодинамическая психотерапия

Этот психодинамический метод состоит из ряда методик, которые направлены на изучение индивидуальной личностной психодинамики и базируется на идее о том, что психика человека является хранилищем, в котором сохраняются данности, сущности, подавленные воспоминания, мысли, страхи, скрытые конфликтные переживания страха, возникшие в разные периоды жизни человека, которые могут взаимодействовать друг с другом, способствуя запуску процесса внутриличностных изменений и трансформаций, что формирует психодинамику. Практика психотерапии направлена на оказание помощи клиенту, освободиться от подавленных психических реакций и процессов посредством их рассмотрения с учетом реальной взрослой жизни. Человек, освободившись от подавленных воспоминаний, от страха, конфликтных переживаний и др., вне сознания может направить свою энергию на повышение интеграции личности и более эффективную деятельность.

Существуют два вида: *классический психоанализ* в том виде, как его создал Фрейд и непосредственные его последователи и *психоаналитическая ориентированная психотерапия*, которая базируется на активном стиле беседы психотерапевта, при которой он должен прояснить искажения и пропуски, допущенные клиентом при формировании своих проблем, бросая вызов проявляющейся у него *«защите»*.

Методик психоаналитической терапии существуют несколько.

Методика свободных ассоциаций предусматривает, чтобы пациент говорил, все, что ему приходит на ум – мысли, ассоциации, сомнения личного или не имеющего отношения к беседе. Психотерапевт, исследуя выговоренные обрывочные идеи, установки, действия субъекта, связывает воедино, аналитически интерпретируя, озвучивает их осмысленное объяснение.

Методика толкования сновидений. Известно, что во время сна подсознание выпадает из непосредственного влияния сознания, поэтому то, что находилось под запретом сознания (мысли, желания, эмоции и пр.) и в которых человек не мог признаться самому себе,

проявляется в виде сновидений в реальном виде, завуалированном или символическом. Задача терапевта состоит в том, чтобы раскрыть замаскированные смыслы, значения, исследуя образы, содержания сновидений, ассоциации, связанные с этими образами.

Методика интерперсональной терапии базируется на идее, что взаимоотношения, взаимосвязи с другими людьми строятся неосознанно на схемах и опыте, приобретенных во время раннего детства, например, с родителями и близкими. В случае, если отношения были непростыми, то впоследствии и во взрослом состоянии, это сказывается на налаживании взаимоотношений с окружающими людьми или часто даже способствует неадекватно воспринимаемой информации, получаемую от других людей, т. е. отношения, контакты с окружающими людьми, формирующиеся в раннем возрасте могут отразиться в межличностных транзакциях в настоящее время, а также на его действиях, которые рефлектируют часто необъективное отношение к другим. Психотерапевт должен стараться сохранить цель и действовать с позиции психоанализа – осознание настоящего через понимание прошлого, и в своей практике сосредотачиваться на различных жизненных циклах через призму создания межличностных взаимоотношений, которые обеспечивают проявление равновесия между людьми.

8.34. Экзистенциальная терапия

Это направление в практике психотерапии, которое базируется на осмыслении субъектом своей жизни, осознании своих жизненных ценностей, и на их основе, изменения своего жизненного пути с принятием ответственности за свое решение. Источником её возникновения была экзистенциальная философия, поэтому основная идея экзистенциальной терапии зиждется на тех же положениях указанной философии о том, что жизненные проблемы человека проистекают из самой человеческой природы. В процессе своей жизни с её сложностью, непредвиденностью и глубиной человек сталкивается и осознает универсальные данности: бытие, смысл жизни, одиночество, ответственность, бессмысленность, тревогу, время, свободу, смерть. Согласно известному психотерапевту Ирвину Ялом для психотерапии особенно важны четыре из этих данностей:

1. *«неизбежность смерти каждого из нас и тех, кого мы любим;*
2. *свобода сделать нашу жизнь такой, какой мы хотим;*
3. *наше экзистенциальное одиночество; и, наконец,*
4. *отсутствие какого-либо безусловного и самоочевидного смысла жизни».*

Все поведенческие и психологические проблемы человека, согласно экзистенциальной терапии, являются следствием этих ключевых данностей, и только решение, или принятие и осмысление этих данностей может принести человеку подлинное облегчение и наполнить его жизнь значением. В ходе экзистенциальной терапии человек имеет шансы обнаружить в себе мужество и храбрость для принятия реальности.

Экзистенциальная терапия обращается к глубокому уровню сознания, с которым другие виды терапии не работают. Она рассматривает человека как существо уникальное, вследствие чего не может быть единых универсальных методов решения проблем, подходящих всем, поэтому Ирвин Ялом предлагает изобретать *«свой вид терапии для каждого клиента»*.

Отсутствие чётких правил выдвигает большие требования к терапевту – он не должен отдаляться от неопределенности, реальности, навязывать клиенту собственное мнение, быть бездушным и беспристрастным наблюдателем, а искренне открыто вступать в отношения, искать способ бытия с ним, исследовать процесс жизни конкретного человека, помогать ему разобраться в его возможностях. Человек, не вытесняющий реальность, не бегущий от неё в самообман/конформизм/инфантилизм/ общество потребления и т. д., имеет больше шансов выбрать свою, а не чужую судьбу.

Экзистенциальная терапия не имеет общепринятых терапевтических техник. Сеансы терапии обычно проходят в форме взаимно уважительного диалога между терапевтом и пациентом. При этом терапевт не навязывает пациенту никаких точек зрения, а лишь помогает ему глубже понять себя, сделать собственные выводы, осознать потребности и ценности на данном жизненном пути.

Экзистенциальная терапия смерти направлена на осознание того, что придает силу жить, вызывает радость, на частое проговаривание, представление особенности смерти; одиночества – на выявление причин одиночества, на акцентирование на представлении клиента о партнерских отношениях, исключаяющих проявления зависимости, манипулирования; чувства ответственности – на побуждение ответственности, укрепления волевых качеств, на выстраивание реальных целей и желания; утрата смысла жизни – на стимулирование самопроявления, смещение угла восприятия на обретение смысла жизни.

Самое важное в экзистенциальной терапии это проявление участия к клиенту, терапия отношений.

Особыми направлениями в экзистенциальной терапии являются развитие идей об экзистенциальном анализе Бинсвангера, о дазайн-анализе Босса и о логотерапии Франкла.

Кратко обобщая эффект вышеприведенных методов и способов психотерапии, подтвержденный многими специалистами в области психологии и медицины, все же, на наш взгляд, их действия ограничены тем, что:

1) психика и психическое здоровье, будучи уникальными для конкретного субъекта, предполагают и уникальность для каждого пациента метода психотерапии, что на практике трудно осуществить и что негативно сказывается на эффекте терапии;

2) действия методов психотерапии чаще всего кратковременны, а процесс их реализации достаточно продолжителен, чем создаются неудобства, как для субъекта, так и для психотерапевта, которые оцениваются экспертами негативно;

3) симптоматика психических нарушений на начальных этапах приоритетно субъективна, что сказывается на реальной оценке эффективности психотерапии;

4) не учитывается то, что, из-за наличия устойчивой психосоматической связи между психическими переживаниями и их отражениями на физиологическом уровне, воздействия на психику человека эффективны только на определенном этапе и при определенных условиях.

Следует подчеркнуть, что:

1) сказанное не относится к методам превенции психогенных нарушений, эффективность которых не ставится под сомнение и

2) широкое использование, указанных нами методов и способов в практике психотерапии, служит доказательством их полезного действия на психическое состояние и целесообразность их применения.

Наиболее перспективным и эффективным методом превенции психогенных нарушений и преждевременной психической деградации является направленное формирование и поддержание психического здоровья.

Выводы

1. Жизнедеятельность современного человека подвергается воздействиям различных психогенных факторов, провоцирующих всякого рода психодиссо- и психопатогений, сказывающиеся отрицательно на качестве жизни и способствующие развитию психогенных расстройств, которые согласно прогнозу ВОЗ, становятся ведущими в общей структуре хронической заболеваемости населения, чем детер-

минируется актуальность исследований механизмов и путей развития психогенных расстройств и определения методов и способов их превенции и коррекции, чему и посвящена глава.

2. Поддержание уровня психического здоровья, превенция и коррекция психогенных нарушений возможны при соответствующей установке и мотивации на здоровье, обязательном проявлении субъектом силы воли и адаптации своих действий по поддержанию здоровья к изменившимся условиям среды, за счет направленного саногенного влияния факторами социальной среды, регулирования проявления саногенных реакций и процессов (поведения, эмоций, когниции, речи, личностно-смысловой деятельности), адаптации поведения и жизнедеятельности к конкретным условиям среды, саногенного образа жизни и психотерапевтических методов.

3. Для поддержания психического здоровья и коррекции его психогенных нарушений разработан и применяется в практике психотерапии широкий диапазон психогенных методов и способов различной степени эффективности и продолжительности, базирующихся, главным образом, на направленном влиянии, за счет воздействий психогенными факторами, на нейропсихические блоки (когнитивный, социально-поведенческий, эмоционально-чувственный, коммуникативный, личностно-смысловой), формирующими психическое здоровье, путем обучения и тренинга, направленного влияния на проявления поведения, эмоций, когниции, речи и личностно-смысловой активности, внушения, реорганизации психоинформационных процессов (установок, оценочных ценностных критериев, принятия решения и др.), медитации, нейро-мышечной релаксации и др.

4. Более эффективными методами и способами поддержания психического здоровья и коррекции его психогенных нарушений являются избегание факторов и ситуаций, оцененными субъектом как опасносзначимые или препятствующие повседневной деятельности, самоуправление психическими реакциями и процессами, стратегия саногенной жизнедеятельности, обучение и тренинг социальных доброжелательных отношений, эмоционально-когнитивного поведения, самовнушение, установка и мотивация на здоровье, нервно-мышечная релаксация, медитация, стратегия coping.

5. Наличие и использование многочисленных методов и способов различной психогенной природы, оказывающих психотерапевтический эффект при психогенных нарушениях, свидетельствует о поливалентности психического состояния, о широкой реактивности и лабильности психического здоровья и возможности коррекции его диссаногений.

6. Согласно психосанокреатологии наиболее перспективным методом превенции и коррекции психогенных нарушений, преждевременной психической деградации является направленное формирование и поддержание психического здоровья в соответствии с конкретными условиями жизнедеятельности организма.

ВМЕСТО ЭПИЛОГА

Раньше или позже человечество осознает необходимость отказаться от парадигмы стихийного формирования своего здоровья в пользу его направленного создания и поддержания с тем, чтобы организм человека смог саногенно выдерживать прессинг условий его жизнедеятельности. Доказательством того, что это произойдет и это осуществимо, служат фантастические по масштабу, сложности и точности управления техническими устройствами, космическими шаттлами, позволяющие освоить новые планеты, создание новых рас животных, видов растений, штаммов микроорганизмов и многое, многое другое. Сама идея направленного формирования и сохранения здоровья уже витает в научном мире. Создана и начала развиваться новая наука, основной целью которой является разработка научных и практических основ направленного формирования и поддержания здоровья человека – санокреатология. Для развивающейся на её основе психосанокреатологии уже разработаны основные принципы, пути, методы и условия целенаправленного создания и сохранения психического здоровья, представленные во втором томе *«Трактата о научных и практических основах санокреатологии» – «Психическое здоровье. Психосанокреатология. Необходимость общества в её развитии.»*.

Однако жизнь показала, что общество и те, кто взял на себя труд руководить этим обществом, не осознали неотложность осуществления направленного формирования и поддержания здоровья, хотя стало очевидным, что состояние психического здоровья общества, которая на фоне неутешительного прогноза угрожает дальнейшему благоприятному развитию современной цивилизации. По данным ВОЗ, каждый четвертый-пятый человек в мире, а в Европе 1/3 населения, страдает от психических расстройств и, что депрессия, а по данным Института физиологии и санокреатологии и другие психогенные расстройства, выйдут на первое место в структуре заболеваемости общества. При этом не утешителен и прогноз психогенных расстройств на ближайшее будущее.

Нарушения психогенной природы, будучи самыми частыми у взрослых людей, не только детерминируют работоспособность и качество жизни, но и стали предикторами развития различных психосоматических расстройств. Психогенные нарушения нередко проявляются у детей и подростков, у которых они часто оставляют след в их памяти, и при неприятной динамике окружающей среды,

способствуют развитию личностных девиаций, которые могут стать стойкими и даже способствовать возникновению психических расстройств. Этим была детерминирована необходимость изучения механизма развития психогенных нарушений – разработать и предложить для психотерапевтической практики пути и методы превенции и коррекции психогенных нарушений.

Психогенные нарушения исследовались с позиции представлений психосанокреатологии, согласно которой, суть психического здоровья представляет собой интегральное сложное многомерное относительно устойчивое состояние высшей нервной деятельности с личностными характеристиками, детерминированное поликомпонентными нейроструктурами, так называемыми, нейропсихическими блоками – когнитивный, коммуникативный, эмоционально-чувственный, социально-поведенческий, личностно-смысловой, а предпосылкой становления здоровья является генетическая программа развития организма, реализуемая вследствие взаимодействия субъекта с социальной средой за счет модуляции функций нейроморфофизиологической интегральной системы и нейропсихической системы мозга, генетически детерминированных и зависимых от влияния ансамбля нейрогенных факторов среды, и проявляющихся структурной целостностью и функциональностью ЦНС при ненарушенном мозговом кровообращении, адекватным отражением мозгом внешней и внутренней среды организма, ориентированием во времени и пространстве, социальной адаптацией, намерениями противостоять воздействиям, могущих нанести вред себе, обществу или природе, полноценной реализацией потребностей организма, способностью самообеспечения.

Существенное преимущество этой концепции состоит в том, что она обозначает пути направленного формирования и поддержания психического здоровья и, возможные таковые его нарушения, что и предопределило его использование в наших исследованиях.

Психосанокреатологическая концепция о здоровье указывает пути и возможные факторы, и ситуации, участвующие не только в формировании и поддержании психического здоровья, но и провоцирующие, при определенных условиях, психогенные нарушения. Поэтому предстояло разобраться, при каких обстоятельствах социальные и другие факторы могут оказать психопатогенное воздействие.

Во-первых, было установлено, что на психическое здоровье оказывают психодиссано- или психопатогенное влияние те факторы и обстоятельства, которые оценены человеком как значимые для себя или других или препятствующие повседневной деятельности, при-

обретая коннотацию психопатогенных факторов. Они провоцируют кратковременную или эпизодическую фрустрацию; вызывают психофизиологический дискомфорт; дискоординируют функции жизненно важных органов и систем; способствуют неадекватному поведению; вызывают чувство неудовольствия и дискомфорт; затрудняют проявление когнитивных способностей и креативности и, в одних случаях, индуцируют раздражительность, импульсивность, тревожность, агрессивность, фобии, проявление насилия, жесткости, диссаногенные эмоции и др., а в других – печаль, обескураженность, астению, апатию, депрессию, вследствие которых происходит ухудшение психического здоровья.

Для дифференцированной организации способов диминуации последствий психодиссанно- и психопатогенных факторов и ситуаций необходимо было идентифицировать их в соответствии с источником, обуславливающим дезорганизующее психогенное влияние, на факторы:

- **государственной значимости** – коррупция, неэффективная деятельность государственных органов по обеспечению физиологических, бытовых и интеллектуальных потребностей, личной безопасности; принятие законов, предусматривающих решение проблем за счет народа; организация экономической деятельности общества на основе принципов конкуренции, провоцирующая хронический стресс и др.

- **политической природы** – политическая нестабильность; агрессивные взаимоотношения между оппозицией и правящей партией; неопределенность стратегии развития страны; этические конфликты, политика извращения реальности, зомбирования людей; политика доминирования одних стран над другими и др.

- **социальной природы** – стрессогенный образ жизни, стихийное формирование семейной и рабочей обстановки; миграция; семейные конфликты; социальная изоляция; неадекватная оценка факторов социальной среды, финансовые и материальные проблемы и др.

- **ошибки обучения и воспитания** – недостаточность знаний и навыков по обеспечению саногенной коммуникации и поведения; по созданию взаимоуважающей социальной среды, саногенного образа жизни; по выработке способностей самоуправления организмом; по реальной оценке значимости сохранения здоровья как самого дорогого достояния человека и др., из-за чего сам человек, по незнанию, становится источником психодиссанно- и психопатогенных нарушений.

- **природно-климатические** – природные катастрофы – землетрясения, наводнения, засуха, внезапные заморозки, извержения вулканов.

- *эпидемические и пандемические* – грипп и др. опасные инфекции. Психогенные нарушения, обусловленные пандемией COVID-19, описаны в отдельной главе.

Одним словом, факторов, вызывающих психогенные нарушения и расстройства довольно много. По существу, любой фактор или ситуация может стать психодиссанно- или психопатогенным, если субъект оценил его как опасно значимый для себя и других или мешающий повседневной деятельности, действуя определенное время и провоцируя диссаногенные эмоции. Даже на первый взгляд, не очень значимые, но часто встречающиеся в повседневной жизни выражения, определения, паттерны поведения, оцененные субъектом, как задевающие его достоинство, моральные качества, значимость, оказывают психодиссанно- или психопатогенное влияние: оскорбление, обман, предательство, необъективное обвинение, грубые выражения, угрозы, крики, резкая критика, ирония и др.

В общем, следует подчеркнуть, что человека преследуют психогенные факторы, которые могут оказать диссанно- или психопатогенное влияние на каждом шагу, поэтому важно, чтобы люди это осознали и пересмотрели свои действия, поведение, отношения с другими людьми, в плане исключения хотя бы себя, как источник психопатогений.

Наличие многочисленных факторов повседневной жизни, которые действовали на организм человека в процессе его эволюции, естественно, обусловило формирование значительного количества защитных реакций организма, часть из которых приведены в этом томе. Они проявляются на разных уровнях структурной организации: клеточном, тканевом, органном, системном, психическом, организменном, природа которых весьма разнообразна. Знание природы их возникновения и симптоматики проявления в значительной степени помогло бы в организации научной системы индивидуальной медицины и санокреатологии в направленном поддержании здоровья. Все защитные многочисленные реакции имеют одну основополагающую функцию – обеспечить сохранение целостности и невредимость организма, саногенный физиологический и психический гомеостаз и реализацию жизненного потенциала организма. Особую роль в выживании организма сыграли быстродействующие защитные реакции, которые охраняли организм от внезапно возникающих опасностей. Они должны были обеспечить незамедлительную максимальную мобилизацию органов и систем для оказания сильного воздействия на возникшую опасность, ибо, в считанные минуты решалась судьба организма. К этим защитным реакциям следует отнести ощущения

переживаний в виде эмоций тревоги, страха, гнева, ярости и др., являющиеся триггером синхронного перенапряжения функций сердечно-сосудистой, респираторной, двигательной, вегетативной систем, обеспечивающие защиту при нападении и избегании опасности, а по устранению её действия или достижению желаемого, функции органов и систем, участвующие в реализации защитной реакции, возвращались к исходным величинам. Многократные действия угрожающие жизни или препятствующие повседневной деятельности человека, детерминировали формирование функциональной защитной системы, являющейся биологически полезной при неожиданном и остром действии факторов, угрожающих жизни человека, генетически закрепившейся и передаваемой по наследству. Она включается в действие автоматически каждый раз, когда на организм действует фактор, оцененный субъектом как опасный для себя и других или как мешающий повседневной деятельности.

Триггером запуска защитной реакции является ощущение переживания в виде эмоции тревоги, страха, ярости, агрессии, паники, недовольства, гнева, возникшие после оценки субъектом факторов или события, как опасные для себя и других или как мешающие повседневной деятельности.

Именно эмоции определяют единый и первый путь взаимодействия человека со средой, их роль состоит не только в обеспечении удовлетворения потребностей, в сохранении организма, но и в регуляции его функций и деятельности. Они, по существу, санкционируют или отвергают разнообразные функции на основании одного и того же принципа – наличия или отсутствия состояния удовлетворения от воздействия психогенного фактора, кстати, являющегося единственным критерием оценки полноценности и законченности физиологического, психического или поведенческого акта.

Уникальным критерием взаимодействия организма с окружающей средой является удовольствие/неудовольствие, значимый/незначимый.

Эмоции, посредством мгновенной оценки значимости воздействующих факторов, событий и срочной мобилизации, и интеграции функций организма, провоцируют его действие, чем приобретают исключительную роль в деятельности человека, выполняя детерминирующее значение во всей его жизнедеятельности. Их особенностью является интегрированность влияния – они захватывают весь организм, объединяют все его функции в соответствующий генерализованный стереотипный поведенческий акт. Будучи эволюционно-обобщенными способами реагирования, они, по существу, включаются во все психические

процессы и состояния человека. Любые осознанные его значимые активности сопровождаются эмоциональными переживаниями.

Относительное проявление кратковременных эмоций обеспечивает координацию функций жизненно важных органов и систем и их интеграцию, а продолжительные и аффективные эмоциональные реакции могут стать не только причиной дискоординации, но и причиной развития психогенных расстройств.

Одним словом, следует отметить, что общее состояние психического здоровья, развитие психосано-, психодиссано- и психопатогенных, социальное поведение и социальные взаимоотношения, качество жизни и др. детерминируются эмоциями.

Эта детерминирующая роль эмоций в жизнедеятельности человека, оказавшейся биологически оправданной, в процессе филогенеза, естественно, генетически закрепились в виде многосистемной функциональной защитной системы. Её функция состоит в оценке значимости факторов среды, в плане опасности для себя и других, прогнозирования последствий их воздействий, быстрой мобилизации организма и в осуществлении самозащиты, что предполагает её многокомпонентность.

Саму защитную функциональную систему мы обозначили, в соответствии с основными психогенными, генерирующими ею реакциями – эмоциональными, когнитивными, поведенческими, обуславливающие реализацию общей интегральной защитной реакции – эмоционально-когнитивно-поведенчески-защитной реакцией.

Структурные компоненты защитной системы автоматически задействуются в момент оценки значимости воздействующего фактора и находятся в напряженном физиологическом состоянии до устранения опасности и достижения желаемого. Структуру защитной функциональной системы составляют эмоциональные, когнитивные, поведенческие и личностно-смысловые структуры мозга, органы и системы, обеспечивающие реализацию защитной реакции (сердечно-сосудистая, респираторная и двигательная системы, вегетативные органы). Эмоционально-когнитивно-поведенчески-защитная система сыграла важнейшую роль в судьбе человечества, обеспечив самосохранение и выживание людей в опасных условиях жизни на протяжении всей их эволюции.

Эффект защитной системы достигался за счет быстрой мобилизации всех возможных физиологических и физических способностей организма для противостояния угрозе, что способствовало в кратчайший срок справиться с опасностью, после чего спадало функциональ-

ное напряжение и функции жизненно важных органов и систем возвращались к исходным величинам.

Однако, с развитием в процессе эволюции психики, в частности, сознания, креативности и предвидения, технической, социальной культурной революции резко увеличилось количество факторов и ситуаций, оцениваемых современными людьми как угрожающие их жизни, или как мешающие повседневной деятельности, многие из которых, особенно социальные и финансовые, не только трудно устранить, но и генерируют агрессию из-за создания трудностей в жизни. Это и стало причиной тому, что саногенная роль эмоционально-когнитивно-поведенчески-защитной функциональной системы приобрела в современном обществе диссанно- и психогенную коннотацию. Причина в том, что из-за неустранения угрозы, функции структурных компонентов указанной системы продолжают находиться в напряженном состоянии, вследствие чего позже или раньше они становятся функционально уязвимыми и легко подвергаются структурно-функциональным нарушениям, становясь основой развития психосоматических расстройств и заболеваний.

Специфика и разнообразие симптоматики психических расстройств психогенной этиологии обусловлены неодинаковым уровнем стабильности, напряжения функций, реактивности и резервных возможностей функциональной деятельности сомато-висцеральных органов и систем, нейро-психических блоков, генерирующих аффективно-эмоциональные реакции на момент действия опасности, что детерминирует их неодинаковую способность поддерживать структурно-физиологический и психический гомеостаз и разнородность в проявлении уязвимости и подверженности функциональным нарушениям, чем и предопределяются отличительные особенности нарушений и симптоматики психогенных расстройств.

Сравнительное изучение структуры клинической симптоматики и диагностических исследовательских критериев нозологических единиц психических расстройств психогенной этиологии, изложенных в классификаторе болезней МКБ-10 (глава V), с целью выявления специфики экспрессии признаков нарушения психической сферы, показало, что больше всего проявляются симптомы, рефлектирующие нарушения эмоциональной, поведенческой и когнитивной деятельности.

Анализ триггеров развития острых психогенных расстройств показал, что патогенетическими факторами, провоцирующими начало их развития, являются чрезмерность эмоционального состояния, проявляющаяся ярко выраженными эмоциями тревоги, страха, паники,

ярости, гнева, ужаса, агрессии, отчаяния, на фоне тревожно-аффективного или тревожно-депрессивного состояния в виде 2-4 эпизодов эмоционально-аффективных приступов, которые придают, ранее возникшим психогенным нарушениям, стабильный характер.

В процессе эволюции на *Homo sapiens* остро действовали не только чрезмерной силы факторы, непосредственно угрожающие его жизни, но и заурядные, средней силы, последствия влияния которых были более замедленными, но проявлялись также в виде психогенных расстройств. Этим было обусловлена необходимость в разработке концепции развития психогенных расстройств, вызванных хроническим влиянием психогенных факторов относительно размерной (умеренной) силы, провоцирующих диссаногенные эмоции.

Согласно этой концепции, *если воздействующий фактор признан человеком, как значимый и опасный для себя и других и/или мешает повседневной деятельности и провоцирует переживания тревоги, страха, паники, ярости, гнева, ужаса, агрессии, мнительности, отчаяния, на фоне тревожно-аффективного или тревожно-депрессивного состояния, его неустранение или, если не достигнуто желаемое, и он продолжает действовать, вызывая перенапряжение функций составляющих компонентов эмоционально-когнитивно-поведенчески-защитной системы, вследствие чего нарушаются установившиеся между ними связи, а их координация дезинтегрируется за счет наиболее реактивных, функционально ослабленных и уязвимых из них, чем предопределяется специфика и разнообразие вегето-соматической (сердечнососудистой, респираторной, желудочно-кишечной, половых и др. систем) и психогенной симптоматики и доминирование в клинической картине признаков расстройств органов, систем и нейропсихических блоков, функция которых больше всего нарушена, интегрально рефлектируя и формируя общую клиническую картину соматических заболеваний психогенной этиологии.*

Согласно указанным концепциям, триггером развития психогенных расстройств, как при остром чрезвычайном воздействии, так и при хроническом влиянии заурядной силы факторов, являются различной интенсивности и продолжительности эмоции тревоги, страха, паники, ярости, гнева, ужаса, агрессии, мнительности, отчаяния: а) при внезапном экстраординарном кратковременном действии – это эмоционально-аффективные реакции, сильное эмоциональное возбуждение обычно с потерей самоконтроля; б) при умеренном хроническом влиянии, оцененном субъектом как опасное для себя и других или мешающее повседневной деятельности и трудно отстраняемое, прово-

цируются диссаногенные хронические эмоции. Если при этом учесть, что повседневная жизнедеятельность человека, как было показано во второй главе монографии, эмоционально обусловлена, то следует признать детерминирующую роль эмоций в обеспечении качества жизни, социосаногении, эффективности повседневной деятельности, в развитии психосоматических расстройств психогенной этиологии, то становится очевидной необходимость переоценки значимости эмоций в обеспечении жизнедеятельности общества и его здоровья.

Необходимо подчеркнуть, что, если принять во внимание, что любой воздействующий фактор или событие, которое оценивается человеком, как опасное для себя и других или как мешающее его повседневной деятельности и генерирующее эмоции тревоги, страха, паники, ярости, гнева, ужаса, агрессии, мнительности, отчаяния, являющиеся триггером развития психогенных расстройств и, если, при этом, учесть, что, согласно аксиоме об увеличении количества и агрессивности психогенных факторов с развитием общества, то становится очевидным прогноз о возможном преобладании квоты психических расстройств в общей структуре заболеваемости населения планеты уже в ближайшее время, являющийся еще одним доказательством потребности отказа от стихийного становления и сохранения психического здоровья в пользу направленного его формирования и поддержания

Уже сегодня имеется достаточно угрожающих доказательств, вызывающих сильную тревогу за состояние психического здоровья. Согласно докладу ВОЗ (2014), нет ни одной страны или региона, возрастной или социальной группы людей, которые не сталкивались бы с серьезной проблемой психических заболеваний, и несомненно, что проблема нарушений психического здоровья является актуальной для всех стран мира.

По данным отчета Европейского Регионального Комитета ВОЗ (63-я сессия), около четверти населения страдает психическими расстройствами, а в соответствии с сообщением *Institute for Health Metrics and Evaluation*, ментальные нарушения и использование наркотических веществ обнаруживаются в среднем у 15,5% населения планеты или у 1,1 млрд людей, депрессия выявляется у 268 млн, тревожные расстройства – у 275 млн человек. В США, по данным Национальной ассоциации по борьбе с психическими заболеваниями, психическими расстройствами страдают около 31% населения, что стало «национальной проблемой» общественного здравоохранения.

В соответствии с докладом Европейской коллегии нейропсихофармакологии совместно с Европейским советом по изучению мозга,

по результатам 30 национальных докладов, представленных минздравами, распространенность психических заболеваний в Европе в 2010 году составила 38,2%. Это больше, чем больных с сердечно-сосудистыми и онкологическими заболеваниями вместе взятых.

Актуальность проблемы психического здоровья обусловлена и имеющей место преждевременной психической деградацией, вызванной стрессогенными условиями жизнедеятельности (данные Института физиологии и санокреатологии).

Проблема психического здоровья может быть решена за счет отказа от стихийного его формирования в пользу направленного его создания и поддержания. Доказательством реальности этого пути является то, что психическое здоровье и психика не передаются по наследству, а формируются в процессе онтогенеза за счет социализации, обучения, воспитания, трудовой деятельности и пр. Сама природа, как бы предопределила этот путь. Дело в том, что генотип индивида лишь детерминирует «наметку» психических потенций и способностей. Основные контуры этих потенций реализуются за счет конкретных исторических социальных условий жизни индивида.

Если ребенок родился с интегральной морфологической структурой и функциональностью ЦНС и нейрохимической системой, то при его активном взаимодействии с социальными факторами, обучением, воспитанием, трудовой деятельностью, живя в обществе, он обязательно станет личностью со многими особенностями, навыками, а если вырастет в депривированных социальных условиях, вне общества, его психическое здоровье и психика не смогут адекватно отражать внешний мир и реально ориентироваться в окружающей среде. Одним словом, имеется достаточно оснований для осуществления срочных действий по направленному созданию и поддержанию психического здоровья. Однако, понимая, что общество психологически не готово к этому, мы посчитали необходимым рассмотреть причины и механизмы развития столь широко распространенных психических расстройств психогенной этиологии и предложить пути, методы и способы превенции этих нарушений. Оказалось, что в современном обществе присутствует уйма факторов и ситуаций, оцениваемые людьми, как угрожающие их жизни или как мешающие повседневной деятельности, генерирующие эмоции тревоги, страха, паники, ярости, гнева, ужаса, агрессии, отчаяния, которые становятся триггерами психогенных расстройств.

Для поддержания психического здоровья и предупреждения психогенных расстройств была разработана специальная концепция, согласно которой, *поддержание психического здоровья и превенция его*

нарушений и преждевременной деградаци возможны при соответствующей установке и мотивации у субъекта на поддержание здоровья и обязательном проявлении с его стороны силы воли, за счет направленного саногенного влияния факторами социальной среды, регулирования проявления психических реакций и процессов (поведенческих, эмоциональных, когнитивных, речевых, личностно-смысловых), уровня физиологического тонуса жизненно важных органов и систем, координации их функций, адаптации к специфическим условиям жизнедеятельности, стратегии организации саногенного образа жизни и психотерапевтических методов.

Согласно этой концепции, поддержание психического здоровья и превенция психогенных расстройств возможны за счет: а) политических, экономических, культурных законодательных актов социальной коннотации; б) хорошо налаженной системы обучения и воспитания; в) создания атмосферы взаимоуважения, взаимоподдержки в семье, учреждениях и организациях; г) адекватной личностно-смысловой оценки окружающей среды. Коррекция психогенных расстройств возможна посредством направленного действия психосаногенными факторами и психотерапии.

Обязательным условием эффективности путей, методов и способов поддержания психического здоровья и превенции психогенных нарушений является доминирование установки и мотивации, силы воли на обеспечение психического здоровья.

Итак, высокая заболеваемость населения планеты, неутешительный прогноз на ближайшее будущее и пандемия COVID-19 явно свидетельствуют, что наука и общество проиграли борьбу за здоровье, они оказались неспособными поддержать хотя бы тот уровень здоровья, которым общество располагает, а тем более, повысить его. На фоне фантастических успехов в освоении окружающей среды, в облегчении жизнедеятельности людей, в создании саморегулирующихся технических устройств, позволяющих осуществить межпланетные полеты и приступить к колонизации Марса и многих других экстраординарных достижений, современное общество не осознало до конца, что самое ценное для его существования и дальнейшего развития – это его психическое и сомато-висцеральное здоровье, которое не покупается и не продается. Более того, по настоящее время отсутствует и оспаривается необходимость создания науки о здоровье, которая должна разработать теорию и практику формирования и поддержания здоровья с учетом условий жизнедеятельности людей. Ведь основа жизни – это здоровье.

Создавшееся положение в значительной мере обусловлено тем, что парадигма современной медицины, будучи патоцентрической, придала медицинской науке нозологическую направленность, вследствие чего её основное внимание и действия были сосредоточены на изучении и разработке методов диагностики и лечения болезней, их профилактике. При этом предполагалось, что одновременно с выздоровлением больного, само собой, решится и проблема здоровья. Однако практика показала, что здоровье и болезни имеют мало общих механизмов в плане развития и морфо-проявления. Здоровье как таковое предполагает поддержание физиологического гомеостаза и координацию органов и систем организма в филогенетически детерминированных лимитах, их координацию на различных уровнях биологической структурной организации, адаптацию функций жизненно важных органов и систем к постоянно меняющимся жизненным потребностям, а болезнь – структурно-функциональную дезорганизацию, чаще всего на уровне отдельных органов, систем или тканей, дискоординацию их функций, нарушение автоматического саморегулирования функций и пр. Генетико-физиологические механизмы становления и сохранения здоровья, сравнительно с таковыми возникновения тех или иных патологий и восстановления здоровья за счет лечения, по существу, различны, что является научной предпосылкой для специальной самостоятельной организации изучения механизмов процессов становления, поддержания и повышения уровня здоровья людей, имеющие судьбоносное решение для общества. При этом, если учесть, что жизнь современного человека протекает при постоянно меняющихся условиях, предполагающих направленное формирование и поддержание здоровья, адаптацию к этим условиям, становится очевидным необходимость изменения патоцентрической парадигмы современной медицины на санцентрическую, предусматривающую отказ от стихийного формирования и сохранения здоровья в пользу его направленного создания и поддержания и приоритетности психического здоровья во всех сферах жизнедеятельности человека.

Одним словом, имеется достаточно оснований признать здоровье детерминантной научной и практической проблемой в жизнеобеспечении и жизнедеятельности общества.

В связи со сказанным, следует отметить, что с конца XX века группа ученых Молдовы, участвуя с научными докладами на многих международных форумах, указывали на остроту проблемы здоровья населения планеты и доказывали возможность его решения за счет

отказа от стихийного формирования здоровья, в пользу направленного его формирования и поддержания.

Казалось, что ученые и специалисты, занимающиеся науками о человеке, со временем присоединятся к разработке проблемы направленного формирования и поддержания здоровья, ибо современное состояние здоровья общества является угрожающим. Сам ВОЗ констатирует высокую заболеваемость населения планеты и прогнозирует дальнейшее её повышение. Явную угрозу для здоровья представляет и преждевременная общебиологическая деградация современного общества. Несомненную опасность для жизни людей представляет то, что, независимо от возраста, пола, специальности, все умирают от болезней, хотя медицина, являющаяся нозологической наукой и имея исключительные успехи в лечении отдельных болезней, не может решить проблему здоровья.

Наши надежды и усилия на признание архиактуальности проблемы здоровья, его направленного формирования и поддержания пока не осуществились. Более того, в самой Молдове прекратили государственное финансирование научных работ в области здоровья, направленного его создания.

Но мы глубоко убеждены и искренне верим, что направленное формирование и поддержание здоровья, включая психическое, развитие санокреатологии и психосанокреатологии являются и станут первостепенной общечеловеческой задачей.

Это случится, если не завтра, то послезавтра, но обязательно случится.

INSTEAD OF AN EPILOGUE

Sooner or later, humanity will realize the need to abandon the paradigm of spontaneous formation of their health in favor of its directed creation and maintenance, so that the human organism can sanogenically withstand the pressure of the conditions of its life activity. Proof that this will happen and is feasible is technical devices, fantastic in scale, complexity and control, space shuttles that allow the development of new planets, the creation of new races of animals, plant species, strains of microorganisms and much, much more. The very idea of directed formation and preservation of health is already floating around in the scientific world. A new science, sanocreatology, the main goal of which is the development of scientific and practical foundations for the directed formation and maintenance of human health, was created and began to develop. For psychosanocreatology developing on its basis, the basic principles, ways, methods and conditions for the purposeful creation and preservation of mental health have already been developed, presented in the second volume of the “Treatise on the Scientific and Practical Foundations of Sanocreatology” - “Mental Health. Psychosanocreatology. The need for society in its development.”

However, life has shown that society and those who took the trouble to lead this society have not realized the urgency of implementing the directed formation and maintenance of health, although it became obvious that the state of mental health of society, against the background of a disappointing forecast, threatens the further favorable development of modern civilization. According to the WHO, every fourth to fifth person in the world, and in Europe, every third person suffers from mental disorders, and depression, while according to the Institute of Physiology and Sanocreatology, and other psychogenic disorders will come out on top in the structure of the society’s morbidity. At the same time, the prognosis of psychogenic disorders for the near future is not comforting either.

Disorders of a psychogenic nature, being the most frequent in adults, not only determine capacity for work and quality of life, but also become predictors of the development of various psycho-somatic disorders. Psychogenic disorders are often manifested in children and adolescents, in whom they often leave a mark in their memory and, with unpleasant environmental dynamics, further the development of personality deviations, which can become persistent and even contribute to the onset of mental disorders. This determined the need to study the mechanism of development of psychogenic disorders, to elaborate and propose for

psychotherapeutic practice ways and methods of prevention and correction of psychogenic disorders.

Psychogenic disorders were investigated from the perspective of psychosanocreatology, according to which the essence of mental health is an integral complex multidimensional relatively stable state of higher nervous activity with personal characteristics. This state is determined by multicomponent neurostructures, the so-called neuropsychic blocks - cognitive, communicative, emotional-sensual, social-behavioral, personal-semantic, and the prerequisite for the formation of health is the genetic program for the organism's development, implemented as a result of the interaction of the subject with the social environment due to the modulation of the functions of the neuromorphophysiological integral system and the brain's neuropsychic system, genetically determined, dependent on the influence of the ensemble of neurogenic environmental factors and manifested by the structural integrity and functionality of the central nervous system in undisturbed cerebral circulation, adequate reflection by the brain of the external and internal environment of the organism, orienting in time and space, social adaptation, intentions to resist influences that could harm oneself, society or nature, the full realization of the organism's needs, the ability to self-sufficiency.

A significant advantage of this concept is that it shows the ways of directed formation and maintenance of mental health and its possible disorders, which predetermined its use in our studies.

The psychosanocreatological concept of health indicates the ways and possible factors and situations that not only participate in the formation and maintenance of mental health, but also provoke, under certain conditions, psychogenic disorders. Therefore, it was necessary to understand under what circumstances social and other factors can have a psychopathogenic effect.

Firstly, it has been found that mental health is psychodissano- or psychopathogenically influenced by factors and circumstances that are assessed by the person as significant for themselves or others and hinder daily activities, acquiring the connotation of psychopathogenic factors. They provoke short-term or episodic frustration, cause psychophysiological discomfort, discoordinate the functions of vital organs and systems, further inadequate behavior, cause a feeling of displeasure and discomfort, complicate the manifestation of cognitive abilities and creativity and, in some cases, induce irritability, impulsivity, anxiety, aggressiveness, phobias, violence, harshness, stress, etc., and in others - sadness, discouragement, asthenia, apathy, depression, as a result of which impairment of mental health occurs.

For the differentiated organization of ways to diminish the consequences of the action of psychodissano- and psychopathogenic factors and situations, it was necessary to specificate them in accordance with the source causing the disorganizing psychogenic influence. Thus, the following factors were identified:

- ***those of state significance*** - corruption, ineffective activities of state bodies to ensure physiological, household and intellectual needs, personal safety; the adoption of laws providing for the solution of problems at the expense of the people; organization of the economic activity of society on the basis of the principles of competition, provoking chronic stress, etc.

- ***those of political nature*** - political instability; aggressive relations between the opposition and the ruling party; uncertainty of the country's development strategy; ethical conflicts, the policy of perverting reality, zombifying people; the policy of domination of some countries over others, etc.

- ***those of social nature*** - stressful lifestyle, spontaneous formation of the family and work environment; migration; family conflicts; social isolation; inadequate assessment of the factors of the social environment, financial and material problems, etc.

- ***mistakes in teaching and upbringing*** - insufficient knowledge and skills to ensure sanogenic communication and behavior; to create a mutually respectful social environment, a sanogenic lifestyle; to develop the abilities of self-management of the organism; to really appreciate the importance of preserving health as the most precious asset of a person, etc., because of which the person themselves, unknowingly, becomes a source of psychodissano- and psychopathogenic factors and situations.

- ***natural-climatic ones*** - natural disasters - earthquakes, floods, droughts, sudden frosts, volcanic eruptions.

- ***epidemic and pandemic ones*** - influenza and other dangerous infections. The psychogenic disorders associated with the COVID-19 pandemic are described in a separate chapter.

In short, there are a lot of factors causing psychogenic disorders. Essentially, acting for a certain time and provoking dissanogenic emotions, any factor or situation can become psychodissano- or psychopathogenic if the subject assessed it as dangerously significant for themselves and others or interfering with daily activities. Even, at first glance, not very significant, but often found in everyday life expressions, definitions, patterns of behavior assessed by the subject as offending his dignity, moral qualities, significance have a psychodissano- or psychopathogenic influence: insult,

deception, betrayal, biased accusation, rude expressions, threats, shouts, harsh criticism, irony, etc.

In general, it should be emphasized that a person is haunted by psychogenic factors that can have a psychodissano- or psychopathogenic effect at every step, therefore it is important that people realize this and reconsider their actions, behavior, relationships with other people in terms of excluding at least themselves as a source of psychopathogenies.

The presence of numerous factors of everyday life that acted on the human organism in the process of its evolution, many of which he assessed as dangerous for themselves and others or as interfering with daily activities, naturally led to the formation of a significant number of the organism's protective reactions, some of which are given in this volume. They manifest themselves at different levels of structural organization: cellular, tissue, organ, systemic, mental, organismic. Their nature is very diverse. Knowledge of the nature of their origin and symptoms of manifestation would greatly help in organizing the scientific system of individual medicine and sanocreatology for directed health maintenance. All numerous protective reactions have one fundamental function - to ensure the preservation of the integrity and intactness of the organism, sanogenic physiological and mental homeostasis and the realization of the organism's vital potential. A special role in the survival of the organism was played by fast-acting protective reactions, which defended the organism from sudden dangers. They had to ensure the immediate maximum mobilization of organs and systems to exert a feasible effect on the danger that arose, for in a matter of minutes the fate of the organism was decided. These defensive reactions should include feelings of experience in the form of emotions of anxiety, fear, anger, rage, etc., which are a trigger of synchronous tension of the functions of the cardiovascular, respiratory, motor, autonomic systems, providing protection against an attack and avoiding danger to eliminate its action or to achieve the desired. Then the functions of the organs and systems involved in the implementation of the protective reaction return to their original values. Repeated actions that threaten life or interfere with the human's daily activities determined the formation of a functional defense system, which turned out to be biologically useful in cases of an unexpected and acute action of life-threatening factors. It became genetically imprinted and began to be inherited. It turns on automatically every time a factor acts on the organism, assessed by the subject as dangerous for themselves and others or as interfering with daily activities.

A feeling of experience in the form of emotions of anxiety, fear, rage, aggression, panic, discontent, anger, arising after the subject assesses

factors or events as dangerous for themselves and others or as interfering with daily activities, triggers the protective reaction.

It is emotions that determine the single and first way of human interaction with the environment; their role is not only to ensure the satisfaction of needs for the sake of preserving the organism, but also in the regulation of its functions and activities. They, in essence, authorize or reject various functions on the basis of the same principle - the presence or absence of a state of satisfaction from the influence of a psychogenic factor. This principle, by the way, is the only criterion for assessing the usefulness and completeness of a physiological, mental or behavioral act.

A unique criterion for the interaction of the organism with the environment is pleasure / displeasure, significant / insignificant.

Emotions, through an instant assessment of the significance of influencing factors, events and urgent mobilization and integration of the organism's functions, provoke its activity, thereby acquiring an exclusive role in all human activity, having a determinative value in all of its life activity. Their feature is the integration of influence - they involve the entire organism, combine all its functions into a corresponding generalized stereotyped behavioral act. Being evolutionally generalized ways of response, they are, in essence, included in all mental processes and states of a person. Their any conscious significant activities are accompanied by emotional experiences.

The manifestation of relatively short-term emotions ensures the coordination of the functions of vital organs and systems and their integration, whereas long-term and affective emotional reactions can cause not only discoordination, but also the development of psychogenic disorders.

In a word, it should be noted that the general state of mental health, the development of psychosano-, psychodissano- and psychopathogenies, social behavior and social relationships, the quality of life, etc., are determined by emotions.

This determinant role of emotions in human life, which turned out to be biologically justified, was, naturally, genetically imprinted in the process of phylogenesis as a complex functional defense system. Its function consists in assessing the significance of environmental factors in terms of danger to oneself and others, predicting the consequences of their effects, rapid mobilization of the organism and in the implementation of self-defense, which implies its multicomponent nature.

We designated the protective functional system itself in accordance with the main psychogenic reactions generated by it - emotional, cognitive,

behavioral, which determine the implementation of a general integral protective reaction - the emotional-cognitive-behavioral-protective reaction.

The structural components of the protective system are automatically activated at the moment of assessing the significance of the influencing factor and are in a tense physiological state until the danger is eliminated and the desired is achieved. The structure of the protective functional system is made up of emotional, cognitive, behavioral and personality-semantic structures of the brain, organs and systems that ensure the implementation of the protective reaction (the cardiovascular, respiratory and motor systems, autonomic organs). The emotional-cognitive-behavioral-protective system has played a crucial role in the fate of mankind, ensuring the self-preservation and survival of people in dangerous living conditions throughout their evolution.

The effect of the protective system was achieved due to the rapid mobilization of all possible physiological and physical abilities of the organism to resist the threat, which helped to cope with the danger in the shortest possible time, after which the functional tension subsided, and the functions of vital organs and systems returned to their original values.

However, with the development in the process of evolution of the psyche, in particular, consciousness, creativity and foresight, the technical, social cultural revolution, the number of factors and situations that are assessed by modern people as threatening their lives or as interfering with everyday activities has increased drastically. Many of these factors and situations, especially social and financial ones, are not only difficult to be eliminated, but also generate aggression due to the creation of difficulties in life. This is the reason why the sanogenic role of the emotional-cognitive-behavioral-protective functional system has acquired a psychodissano- and psychopathogenic connotation in modern society. The reason is that, due to the failure to eliminate the threat, the functions of the structural components of this system continue to be in a tense state, as a result of which later or earlier they become functionally vulnerable and easily undergo structural and functional disorders, becoming the basis for the development of psycho-somatic disorders and diseases.

The specificity and variety of symptoms of mental disorders of psychogenic etiology are due to the unequal level of stability, tension of functions, reactivity and reserve capabilities of the functional activity of somato-visceral organs and systems, neuropsychic blocks that generate affective-emotional reactions at the time of the action of danger, which determines their unequal ability to maintain structural, physiological and

mental homeostasis, as well as due to heterogeneity in the manifestation of their vulnerability and susceptibility to functional disorders, which predetermine the distinctive features of disorders and symptoms of psychogenic disorders.

A comparative study of the structure of clinical symptoms and diagnostic research criteria of nosological units of mental disorders of psychogenic etiology, set out in the classifier of diseases ICD-10 (Chapter V) in order to identify the specifics of the expression of signs of mental disorders, has shown that symptoms reflecting disorders of emotional, behavioral and cognitive performance predominantly manifest themselves.

The analysis of triggers for the development of acute psychogenic disorders has shown that the pathogenetic factors provoking the onset of their development are excessive emotional state, manifested by pronounced emotions of anxiety, fear, panic, rage, anger, horror, aggression, despair, against the background of anxiety-affective or anxiety-depressive state in the form of 2-4 episodes of emotional-affective seizures which give a stable character to previously occurring psychogenic disorders.

In the process of evolution, *Homo sapiens* were acutely affected not only by excessively strong factors that directly threatened their life, but also by ordinary, medium-strength, ones the effects of which were more delayed, but also manifested themselves in the form of psychogenic disorders. This necessitated the elaboration of a concept on the development of psychogenic disorders caused by the chronic influence of psychogenic factors of relatively measured (moderate) strength, provoking dissanogenic emotions.

According to this concept, if an influencing factor is recognized by the person as significant and dangerous for themselves and others and / or interfering with daily activities and provoking experiences of anxiety, fear, panic, rage, anger, horror, aggression, suspiciousness, despair, against the background of anxiety-affective or anxiety-depressive state, then its non-elimination (failure to achieve the desired) and the continuation of its action causes an overstrain of the functions of the constituent components of the emotional-cognitive-behavioral-protective system, as a result of which the established connections between them are disrupted, and their coordination is disintegrated due to the most reactive, functionally weakened and vulnerable of them, which determines the specificity and diversity of the vegetative-somatic (cardiovascular, respiratory, gastrointestinal, reproductive and other systems) and mental symptoms and the dominance in the clinical picture of signs of disorders of organs, systems and neuropsychic blocks the function of which is most broken.

This is how the overall clinical picture of somatic diseases of psychogenic etiology is integrally reflected and formed.

According to these concepts, the trigger for the development of psychogenic disorders, both in the acute extreme exposure and under the chronic influence of factors of an ordinary strength, is emotions of anxiety, fear, panic, rage, anger, horror, aggression, suspiciousness, despair of different intensities and durations: a) with sudden extraordinary short-term action - these are emotional-affective reactions, strong emotional arousal, usually with a loss of self-control; b) with moderate chronic influence, assessed by the subject as dangerous for themselves and others or interfering with daily activities and difficult to be removed, dissanogenic chronic emotions are provoked. If, at the same time, we take into account that the human daily life, as shown in the second chapter of the monograph, is emotionally conditioned, then the determining role of emotions in ensuring the quality of life, sociosanogeny, the effectiveness of daily activities, in the development of psychosomatic disorders of psychogenic ethology should be recognized. Thus, the need to reassess the importance of emotions in ensuring the life of society and its health becomes obvious.

It must be emphasized that if we take into account that any influencing factor or event that is assessed by the person as dangerous for themselves and others or as interfering with their daily activities and which generates emotions of anxiety, fear, panic, rage, anger, horror, aggression, suspiciousness, despair, is a trigger for the development of psychogenic disorders, and if, at the same time, we take into account the axiom about the increase in the number and aggressiveness of psychogenic factors with the development of society, then a prediction of the possible predominance of the share of mental disorders in the overall morbidity structure of the world's population even in the near future becomes obvious. This is another proof of the need to abandon spontaneous formation and preservation of mental health in favor of its directed formation and maintenance.

Already today there is enough threatening evidence that cause severe alarm for mental health. According to the WHO report (2014), there is not a single country or region, age or social group of people who would not have come across a serious problem of mental illness; the problem of mental health disorders is relevant to all countries of the world.

According to the report of the European Regional Committee of the WHO (63rd session), about a quarter of the population suffers from mental disorders, and in accordance with the *Intitute for Health Metrics and Evaluation*, mental disorders and the use of narcotic substances are found on average in 15.5% of the world's population or in 1.1 billion

people, depression is detected in 268 million, anxiety disorders - in 275 million people. In the United States, according to the National Association for Combating Mental Diseases, about 31% of the population suffer from mental disorders, which has become a “national problem” of public health.

In accordance with the report of the European Board of Neuropsychopharmacology, together with the European Council for Studying the Brain, based on the results of 30 national reports submitted by the Ministries of Health, the incidence of mental illness in Europe in 2010 amounted to 38.2%. It is more than patients with cardiovascular and oncological diseases combined.

The relevance of the mental health problem is also due to the premature mental degradation caused by stressful conditions of life (data of the Institute of Physiology and SanoCreatology).

The mental health problem can be solved through the abandonment of its spontaneous formation in favor of its directed creation and maintenance. Proof of the reality of this path is that mental health and psyche are not inherited, but are formed in the process of ontogenesis by socialization, learning, upbringing, labor activity, etc. Nature itself, as it were, predetermined this path. The fact is that the individual's genotype only determines a “rough draft” of mental potencies and abilities. The main contours of these potencies are implemented by the specific historical social conditions of the individual's life.

If a child was born with an integral morphological structure and functionality of the central nervous system and neurochemical system, then with their active interaction with social factors, education, upbringing, work, living in society, they will certainly become a person with many characteristics, skills, whereas if they grow up in deprived social conditions, outside of society, their mental health and psyche will not be able to adequately reflect the outside world, and they will not be able to really orient themselves in the environment. In short, there is sufficient reason for urgent action to be taken to purposefully create and maintain mental health. However, realizing that society is not psychologically ready for this, we found it necessary to consider the causes and mechanisms of development of so widespread mental disorders of psychogenic etiology and to propose ways, methods and procedures of preventing these disorders. It turned out that in modern society there are a huge number of factors and situations that are assessed by people as threatening their lives or as interfering with daily activities, generating emotions of anxiety, fear, panic, rage, anger, horror, aggression, despair, which become triggers of psychogenic disorders.

To maintain mental health and prevent psychogenic disorders, a special concept was developed, according to which *the maintenance of health and the prevention of its disorders and premature degradation are achievable with the appropriate attitude and motivation of the subject to maintain health and the obligatory manifestation of their willpower, through the directed sanogenic influence of factors of social environment, regulation of the manifestation of mental reactions and processes (behavioral, emotional, cognitive, speech, personal-semantic), the level of physiological tone of vital organs and systems, coordination of their functions, adaptation to specific conditions of life, the strategy for organizing a sanogenic lifestyle and psychotherapeutic methods.*

According to this concept, the maintenance of mental health and the prevention of psychogenic disorders are possible due to: a) political, economic, cultural legislative acts of social connotation; b) a well-established system of education and upbringing; c) creating an atmosphere of mutual respect, mutual support in the family, institutions and organizations; d) an adequate personal-semantic assessment of the environment. Correction of psychogenic disorders is possible through the targeted action of psychosanogenic factors and psychotherapy.

A prerequisite for the effectiveness of the ways, methods and procedures of maintaining mental health and preventing psychogenic disorders is the dominance of attitude, motivation and willpower to ensure mental health.

So, the high morbidity of the world's population, the disappointing forecast for the near future and the COVID-19 pandemic clearly show that science and society have lost the fight for health, they are unable to maintain the society's actual health level, and even more so to improve it. Against the background of fantastic successes in the development of the environment, in facilitating the life of people, in the creation of self-regulating technical devices that allow for interplanetary flights and beginning the colonization of Mars, and many other extraordinary achievements, modern society has not fully realized the fact that the most valuable for their existence and further development is their mental and somato-visceral health, which is neither bought nor sold. Moreover, the need to create a health science, which should develop the theory and practice of the formation and maintenance of health, taking into account the living conditions of people, is not recognized and disputed to date. After all, the basis of life is health.

This situation is largely due to the fact that the paradigm of modern medicine, being pathocentric, gave medical science a nosological orientation, as a result of which its main attention and actions were focused on the study and development of methods for the diagnostics and

treatment of diseases, their prevention. At the same time, it was assumed that simultaneously with the patient's recovery, the health problem would be solved by itself. However, practice has shown that health and disease have few common mechanisms in terms of development and morpho-manifestation. Health as such presupposes the maintenance of physiological homeostasis and the coordination of the body's organs and systems within phylogenetically determined limits, their coordination at various levels of structural biological organization, adaptation of the functions of vital organs and systems to constantly changing vital needs, while disease - structural and functional disorganization, most often at the level of individual organs, systems or tissues, discoordination of their functions, disorder of automatic self-regulation of functions, etc. The genetic and physiological mechanisms of the formation and preservation of health, in comparison with those of the onset of certain pathologies and the restoration of health through treatment, are essentially different, which is a scientific prerequisite for a special independent organization of the study of the mechanisms of the processes of formation, maintenance and improvement of the human health level. The organization of this study is crucial for society. At the same time, if we take into account that the life of a modern person proceeds under constantly changing conditions that necessitate the directed formation and maintenance of health, it becomes obvious that adaptation to these conditions requires a change in the pathocentric paradigm of modern medicine to a sanocentric one, which provides for the rejection of the spontaneous formation and preservation of health in favor of its directed creation and maintenance. Mental health has a priority in all spheres of human life.

In a word, there are sufficient grounds to recognize health as a determinant scientific and practical problem in the life support and life activity of society.

In connection with the above, it should be noted that since the end of the 20th century, a group of scientists from Moldova, participating with scientific reports at many international forums, pointed to the severity of the health problem of the planet's population and proved the possibility of solving it by rejecting the spontaneous formation of health in favor of its directed formation and maintenance.

It seemed that scientists and specialists in the human sciences would eventually join in the development of the problem of directed formation and maintenance of health, for the current state of public health is threatening. The WHO themselves note the high sickness rate of the world's population and predict its further increase. A clear threat to health is also presented

by the premature general biological degradation of modern society. An undoubted danger to human life is that, regardless of age, gender, specialty, everyone dies from diseases, whereas medicine, which is a nosological science and has exceptional successes in the treatment of certain diseases, cannot solve the health problem.

Our hopes for the recognition of the arch-relevance of the problem of health, its directed formation and maintenance have not yet been realized; our efforts have not been justified. Moreover, in Moldova itself, state funding for scientific work in the field of health, its directed creation was stopped.

But we are deeply convinced and sincerely believe that the directed formation and maintenance of health, including mental health, the development of sanocreatology and psychosanocreatology are and will become the primary human task.

It will happen, if not tomorrow, then the day after tomorrow, but it will definitely happen.

ÎN LOC DE EPILOG

Mai devreme sau mai târziu societatea va conștientiza necesitatea refuzului de la paradigma formării spontane a sănătății în favoarea creării și menținerii dirijate a ei, astfel încât organismul uman să poată rezista sanogen presiunii condițiilor sale vitale. Dovadă că acest lucru se va întâmpla și este fezabil sunt dispozitivele tehnice, navele cosmice, conform dimensiunilor, complexității și teledirijării, care fac posibilă cucerirea de noi planete, crearea raselor noi de animale, specii de plante, tulpini de microorganisme și multe, multe altele. Însăși ideea de a forma și menține dirijat sănătatea deja se implementează în lumea științifică. A fost creată și a început să se dezvolte o știință nouă – sanocreatologia, scopul de bază al căreia este elaborarea prodromurilor științifice și practice ale formării și menținerii dirijate a sănătății omului. Pentru psihosanocreatologie, care se dezvoltă în bază ei, deja sunt elaborate principiile de bază, căile, metodele și condițiile de creare și menținere dirijată a sănătății psihice, care sunt prezentate în volumul doi al „*Tratatului despre bazele științifice și practice ale sanocreatologiei*” – „*Sănătatea psihică. Psihosanocreatologia. Necesitatea societății în dezvoltarea ei.*”

Totodată, viața a demonstrat, că societatea și cei, care și-au asumat responsabilitatea de a conduce cu această societate, nu au conștientizat urgența implementării formării și menținerii dirijate a sănătății, deși a devenit evident că starea sănătății mintale a societății pe fondalul unei pronostic decepționat amenință dezvoltarea favorabilă în continuare a civilizației contemporane. Conform datelor OMS, fiecare a patra-cinca persoană în lume, iar în Europa 1/3 din populație suferă de tulburări psihice. Totodată, depresia conform datelor Institutului de Fiziologie și Sanocreatologie, precum și alte tulburări psihice vor deține întâietate în structura morbidității societății. În același timp, este amenințător și pronosticul tulburărilor psihogene în timpul apropiat.

Tulburările de natură psihogenă, fiind cele mai frecvente la maturi, nu numai că determină productivitatea și calitatea vieții, dar și au devenit predictorii ai dezvoltării diverselor dereglări psihosomate. Tulburările psihogene adesea se manifestă la copii și adolescenți, și care formează un vestigiu în memorie în cazul unei dinamici nefavorabile a mediului înconjurător, contribuie la dezvoltarea deviațiilor personale, care pot deveni persistente și, chiar să contribuie la apariția tulburărilor psihice. Aceasta a determinat necesitatea studierii mecanismelor de dezvoltare a tulburărilor psihogene, elaborării și propunerii pentru practica psihoterapeutică modalități și metode de prevenire și corecție a tulburărilor psihogene.

Tulburările psihogene au fost studiate de pe pozițiile principiilor psihosanocreatologiei, conform căreia esența sănătății psihice reprezintă starea integrală complexă, policomponentă, relativ stabilă a stării activității nervoase superioare cu caracteristici relativ individuale, determinată de neurostructuri policomponente, așa numitele blocuri neuropsihice – cognitiv, comunicativ, emoțional-sentimental, socio-comportamental, individual-semantic, iar premisa de constituire a sănătății este programul genetic de dezvoltare a organismului, ce se realizează ca rezultat al interacțiunii subiectului cu mediul social prin modularea funcțiilor sistemului integrativ neuromorfofiziologic și a sistemului neuropsihic al creierului, determinate genetic și dependente de influența unui ansamblu de factori neurogeni ai mediului și, care se manifestă prin integritatea structurală și funcțională a SNC, în cazul integrității circulației sangvine a creierului, reflectarea adecvată a mediului intern și extern al organismului, orientarea în spațiu și timp, adaptarea socială, intenții de a opune rezistență influențelor care ar putea dăuna sie, societății sau naturii, realizarea deplină a necesităților organismului, capacitatea de autoasigurare.

O prioritate esențială a conceptului constă în faptul, că acesta reflectă căile creării și menținerii dirijate a sănătății psihice și a posibilelor tulburări ale acestuia, ceea ce și a determinat folosirea lui în investigațiile noastre.

Conceptul psihosanocreatologic despre sănătate indică modalitățile și posibilitățile factori și situații, care nu numai că participă la formarea și menținerea sănătății psihice, dar și provoacă, în anumite condiții, tulburări psihice. Prin urmare, a fost necesar de a se clarifica în ce circumstanțe factorii sociali și de altă natură pot avea efect psihopatogen.

În primul rând, a fost determinat, că sănătatea mintală este influențată de factori și circumstanțe psihodissano- sau psihopatogene, care sunt evaluate de persoană ca fiind semnificative pentru ea sau pentru alții și care fac dificile activitățile zilnice, obținând conotație de factori psihopatogeni. Ei provoacă frustrare pe termen scurt sau episodic; provoacă disconfort psihofiziologic; discoordonează funcțiile organelor și sistemelor de importanță vitală; contribuie la un comportament inadecvat; provoacă un sentiment de neplăcere și disconfort; complică manifestarea abilităților cognitive și a creativității, în unele cazuri, induc iritabilitate, impulsivitate, anxietate, agresivitate, fobii, violență, asprime, stres etc., iar în altele – tristețe, descurajare, astenie, apatie, depresie, din ce cauză are loc deteriorarea sănătății mintale.

Pentru organizarea diferențiată a metodelor de diminuare a consecințelor acțiunii factorilor și situațiilor psihodissano- și psihopatogene, a fost necesară identificarea acestora în funcție de sursa care provoacă influența psihogenă dezorganizatoare.

Astfel, au fost identificați următorii factori:

- **de semnificație statală** – corupție, activități ineficiente ale organelor statului pentru asigurarea necesităților fiziologice, cotidiene și intelectuale, siguranța personală; adoptarea unor legi care prevăd soluționarea problemelor din contul poporului; organizarea activității economice a societății pe baza principiilor concurenței, provocând stres cronic etc.

- **de natură politică** – instabilitate politică; relație agresivă între opoziție și partidul de guvernământ; incertitudinea strategiei de dezvoltare a țării; conflicte etice, politica de pervertire a realității, zombificarea oamenilor; politica de dominare a unor țări asupra altora etc.

- **de natură socială** – stilul de viață stresogen, formarea spontana a familiei și a mediului de munca; migrația; conflictele familiale; izolarea socială; evaluarea neadecvată a factorilor mediului social, problemele financiare și materiale etc.

- **greșeli în instruire și educație** – cunoștințe și abilități insuficiente pentru a asigura comunicarea și comportamentul sanogen; pentru a crea un mediu social reciproc respectuos, un stil de viață sanogen; pentru dezvoltarea abilităților de autogestionare a organismului; pentru evaluarea reală a importanței menținerii sănătății ca proprietate cea mai de preț a unei persoane etc., din cauza la ce acesta însăși, din neștire, devine o sursă de factori și situații psihodissano- și psihopatogene.

- **natural-climatici** – catastrofe naturale – cutremure, inundații, secete, înghețuri bruște, erupții vulcanice.

- **epidemici și pandemici** – gripă și alte infecții periculoase. Tulburările psihogene asociate cu pandemia COVID-19 sunt descrise într-un capitol separat.

Așadar, există o multitudine de factori care provoacă dereglări și tulburări psihogene. În esență, orice factor sau situație poate deveni psihodissano- sau psihopatogenă dacă subiectul le-a apreciat ca fiind semnificativ de periculoase pentru sine și pentru alții sau fac dificile activitățile zilnice, influențând un anumit timp și provocând emoții disanogene. Chiar și, la prima vedere, expresiile, definițiile, patternele de comportament nu atât de semnificative, dar des întâlnite în viața de zi cu zi, apreciate de subiect ca jignitoare pentru demnitatea și calitățile sale morale, au un efect psihodissano- sau psihopatogen: insulta, înșelăciunea, trădarea, acuzația pătinoare, expresiile grosolane, amenințările, strigătele, criticile dure, ironia etc.

În general, trebuie subliniat faptul, că omul este urmărit de influența factorilor psihogeni la fiecare pas și, care pot avea un efect psihodissano- sau psihopatogen, de aceea este important ca ei să conștientizeze acest lucru și să își revizuiască acțiunile, comportamentul, relațiile cu alte persoane în ceea ce privește excluderea, cel puțin pe sine, ca sursă de psihopatogenie.

Prezența a numeroși factori în viața de zi cu zi, care au acționat asupra organismului uman în procesul evoluției acestuia, mulți dintre care au fost evaluați ca fiind periculoși pentru sine și pentru alții sau care îngreunează activitățile zilnice, a condus în mod natural la formarea unui număr semnificativ de reacții de protecție a organismului, unele dintre care sunt prezentate în acest volum. Ele se manifestă la diferite niveluri de organizare structurală: celulară, tisulară, de organ, sistemică, mentală, de organism. Natura lor este foarte diversă. Cunoașterea naturii apariției lor și a simptomatologiei de manifestare ar ajuta mult în organizarea sistemului științific de medicină personalizată și al sanocreatologiei pentru menținerea dirijată a sănătății. Multitudinea de reacții de apărare au o funcție fundamentală – asigurarea menținerii integrității organismului, homeostaziei sanogene fiziologice și mentale și realizarea potențialului vital al organismului. Un rol deosebit în supraviețuirea organismului l-au jucat reacțiile de apărare cu acțiune rapidă, care au protejat organismul de pericolele bruște. Ele trebuiau să asigure mobilizarea maximă inopinată a organelor și sistemelor vitale pentru exercitarea unui efect fezabil asupra pericolului apărut, deoarece în câteva minute se hotăra soarta organismului. Către aceste reacții ar trebui de atribuit senzațiile de trăiri sub formă de emoții, anxietate, frică, furie etc., care sunt un declanșator al tensiunii sincrone a funcțiilor sistemelor cardiovascular, respirator, motor, vegetativ și, care asigură protecția împotriva unui atac și evitarea pericolului în scopul eliminării acțiunea acestuia sau atingerea scopului. Apoi funcțiile organelor și sistemelor implicate în realizarea reacției de protecție revin la valorile inițiale. Acțiunile repetate care amenință viața sau împovărează activitățile zilnice ale persoanei au determinat formarea unui sistem funcțional de apărare, care s-a dovedit a fi util din punct de vedere biologic în cazul unei acțiuni imprevizibile și acute a factorilor care prezintă pericol pentru viața. Ea a fost consolidată genetic și se transmite ereditar. Se include automat de fiecare dată, când un factor acționează asupra organismului, evaluat de subiect ca fiind periculos pentru el și pentru alții, sau că fac dificile activitățile zilnice.

În calitate de declanșator al reacției de apărare este senzația trăirilor sub formă de emoții, anxietate, frică, furie, agresivitate, panică, nemulțumire, care apar după ce subiectul evaluează factorii sau evenimentele ca fiind periculoase pentru sine și pentru alții sau că prezintă pericol pentru activitatea zilnică.

Emoțiile sunt cele care determină singura și prima cale de interacțiune a omului cu mediul, rolul lor constă nu numai în a asigura satisfacerea necesităților în scopul păstrării organismului, dar și în reglarea funcțiilor și activității acestuia. Ele, în esență, sancționează sau resping diverse funcții

în baza unuia și aceluiași principiu – prezența sau absența unei stări de satisfacție ca rezultat al acțiunii factorului psihogen. Acest principiu, de altfel, este singurul criteriu de evaluare a integrității și completității unui act fiziologic, mental sau comportamental sanogen.

Criteriul unic de interacțiune a organismului cu mediul înconjurător este plăcerea/neplăcerea, semnificativ/nesemnificativ.

Emoțiile apărute în rezultatul evaluării instantanee a semnificației acțiunii factorilor și evenimentelor și mobilizării și integrării urgente a funcțiilor organismului intensifică activitatea acestuia, prin ce capătă un rol excepțional în toată activitatea omului, având o importanță determinantă în activitatea vitală. Particularitatea lor este influența integrativă – captarea organismul integru, integrarea tuturor funcțiilor sale în corespundere cu actul comportamental stereotipic generalizat. Fiind răspunsuri evolutive generalizate, ele, în esență, se includ în toate procesele și stările psihice ale omului. Orice activitate semnificativă conștientă este însoțită de trăiri emoționale.

Manifestarea relativ de scurtă durată a emoțiilor asigură coordonarea funcțiilor organelor și sistemelor de importanță vitală și integrarea lor, iar reacțiile emoționale afective și de lungă durată pot deveni nu numai cauza discoordonării, dar și dezvoltarea tulburărilor psihogene.

Într-un cuvânt, trebuie de menționat, că starea generală a sănătății mintale, dezvoltarea psihosano-, psihodisano- și psihopatogeniilor, comportamentul social și relațiile sociale, calitatea vieții etc. sunt determinate de emoții.

Acest rol determinant al emoțiilor în activitatea vitală a omului, care s-a dovedit a fi biologic argumentat, în procesul filogenezei, în mod firesc, a fost fixat genetic sub forma unui sistem funcțional complex de apărare. Funcția lui constă în aprecierea importanței factorilor mediului în ceea ce privește evaluarea pericolului pentru sine și pentru ceilalți, prezicerea consecințelor acțiunii acestora, mobilizarea rapidă a organismului și auto-apărarea lui, ceea ce presupune caracterul său multicomponent.

Sistemul funcțional de apărare propriu-zis a fost denumit în corespundere cu reacțiile psihogene principalele generate de acesta – emoționale, cognitive, comportamentale, care determină realizarea reacției generale de protecție integrală – reacția emoțional-cognitiv-comportamental-de apărare.

Componentele structurale ale sistemului de apărare se activează automat în momentul evaluării semnificației factorului care acționează și se află în stare fiziologică tensionată până la eliminarea pericolului și atingerea scopului. Structura sistemului fiziologic de apărare este compusă din structurile emoționale, cognitive, comportamentale și individual-semantice ale creierului, organelor și sistemelor, care asigură realizarea reacției de

apărare (sistemele cardiovascular, respirator și locomotor, organele vegetative). Sistemul emoțional-cognitiv-comportamental-de apărare a avut un rol deosebit pentru om, asigurând autoconservarea și supraviețuirea oamenilor în condiții de viață periculoase în perioada evoluției.

Efectul sistemului de apărare se obținea din contul mobilizării rapide a tuturor abilităților fiziologice și fizice ale organismului de a rezista amenințării, ceea ce a permis să facă față pericolului în cel mai scurt timp posibil, după care tensiunea funcțională scădea, iar funcțiile organelor și sistemelor vitale reveneau la valorile inițiale.

Cu toate acestea, odată cu dezvoltarea psihicului în procesul evoluției, în special, conștiința, creativitatea și previziunea, revoluția tehnică, socială, culturală, brusc a crescut numărul factorilor și situațiilor evaluate de oamenii contemporani ca amenințări ale vieții sau care fac dificile activitățile zi de zi, multe dintre care, în special, cele sociale și financiare, nu numai că sunt greu de eliminat, dar generează și agresivitate din cauza creării dificultăților. Acesta este motivul pentru care rolul sanogen al sistemului funcțional emoțional-cognitiv-comportamental-de apărare a căpătat o conotație psihodisano- și psihopatogenă în societatea contemporană. Motivul constă în faptul, că, din cauza neeliminării amenințării, funcțiile componentelor structurale ale acestui sistem continuă să fie într-o stare tensionată, în rezultat la ce, mai devreme sau mai târziu devin funcțional vulnerabile și cu ușurință dezvoltă tulburări structural-funcționale, devenind baza pentru dezvoltarea tulburărilor și bolilor psiho-somatice.

Specificul și varietatea simptomelor tulburărilor psihice de etiologie psihogenă sunt condiționate de nivelului inegal de stabilitate și tensiune al funcțiilor, de reactivitatea și capacitățile de rezervă ale activității funcționale a organelor și sistemelor somato-vegetative, blocurilor neuropsihice care generează reacții afectiv-emoționale în momentul pericolului, care determină capacitatea inegală a lor de a menține homeostazia structural-fiziologică și psihică, precum și eterogenitatea în manifestarea vulnerabilității și susceptibilității tulburărilor funcționale, ceea ce și determină particularitățile distinctive ale tulburărilor și simptomelor psihogene.

Studierea comparativă a structurii simptomelor clinice și criteriilor diagnosticice de cercetare pentru unitățile nozologice ale tulburărilor mintale de etiologie psihogenă, stabilite în clasificatorul bolilor ICD-10 (capitolul V) în scopul identificării specificului expresiei indicatorilor tulburărilor sferei psihice, au arătat că cel mai des se manifestă simptomele, care reflectă dereglări ale activității emoționale, comportamentale și cognitive.

Analiza factorilor declanșatori în dezvoltarea tulburărilor psihogene acute a demonstrat, că factorii patogenetici, care provoacă inițierea

dezvoltării lor, este starea emoțională excesivă, manifestată prin emoții pronunțate de anxietate, frică, panică, furie, groază, agresivitate, disperare, pe fundal de stare de anxietate-afectivă sau anxietate-depresivă sub forma a 2-4 epizoade de crize emoțional-afective, care redă un caracter stabil tulburărilor psihogene apărute anterior.

În procesul evoluției *Homo sapiens* a fost afectat acut nu numai de acțiunea factorilor excesivi, care i-au amenințat direct viața, dar și de cei cu influență obișnuită, medie, ale căror consecințe au fost mai întârziate, care s-au manifestat sub formă de tulburări psihogene. Aceasta a condiționat elaborarea unui concept de dezvoltare a tulburărilor psihogene cauzate de influența cronică a factorilor psihogeni cu acțiune relativ moderată, care provoacă emoții disanogene.

Conform acestui concept, *dacă un factor ce acționează este recunoscut de către persoană ca fiind semnificativ și periculos pentru sine și pentru ceilalți și/sau îngreuiază activitățile zilnice și provoacă trăiri de anxietate, frică, panică, furie, groază, agresivitate, suspiciune, disperare, pe fondul stării de anxietate-afectivitate sau de anxietate-depresie, apoi neeliminarea acestuia (nerealizarea dorinței) și continuarea acțiunii lui provoacă suprasolicitarea funcțiilor componentelor constitutive ale sistemului emoțional-cognitiv-comportamental-de apărare, în rezultat la ce are loc dereglarea conexiunilor stabilite între ele, iar coordonarea lor este dezintegrată din cauza celor mai reactive, funcțional slăbite și vulnerabile dintre ele, ceea ce determină specificul și diversitatea vegetativ-somatică (sistemele cardiovascular, respirator, gastrointestinal, reproductiv etc.) și a simptomaticeii mentale și dominarea în tabloul clinic a indicatorilor dereglărilor organelor, sistemelor și blocurilor neuropsihice, funcția cărora este cel mai mult dereglată. Așadar, se reflectă și se formează integral tabloul clinic general al bolilor somatice de etiologie psihogenă.*

Conform conceptelor nominalizate, declanșatorul dezvoltării tulburărilor psihogene, atât în expunerea acută excesivă, cât și în influența cronică a unui factor de o acțiune obișnuită, sunt emoțiile de intensitate și durată diferită – anxietatea, frica, panica, furia, groaza, agresivitatea, suspiciunea, disperarea: a) la acțiunea bruscă extraordinară de scurtă durată – acestea sunt reacții emoțional-afective, excitare emoțională puternică, de obicei cu o pierdere a autocontrolului; b) la o influență cronică moderată, evaluată de subiect ca fiind periculoasă pentru sine și pentru alții sau fac dificile activitățile cotidiene și greu de îndepărtat, sunt provocate emoții cronice disanogene. Dacă, în același timp, ținem cont de faptul, că activitatea vitală zi de zi, așa după cum a fost expus în capitolul doi al monografiei, este condiționată emoțional, atunci rolul determinant al emoțiilor în asigurarea

calității vieții, sociosanogeniei, eficacității activităților cotidiene, în dezvoltarea tulburărilor psihosomatice de etologie psihogenă, devine evidentă necesitatea reevaluării importanței emoțiilor în asigurarea activității vitale a societății și a sănătății acesteia.

Este necesar de subliniat, că, dacă se ține cont de faptul, că orice factor sau eveniment de influență care este evaluat de o persoană ca fiind periculos pentru sine și pentru ceilalți sau care agravează activitățile zilnice și generează emoții de anxietate, frică, panică, furie, groază, agresivitate, suspiciune, disperare, este un declanșator al dezvoltării tulburărilor psihogene, și dacă, în același timp, se ține cont de axioma creșterii numărului și agresivității factorilor psihogeni odată cu dezvoltarea societății, atunci devine evident pronosticul unei posibile predominări a ponderii tulburărilor mintale în structura generală a morbidității populației planetei deja în viitorul apropiat. Aceasta este încă o dovadă a necesității de a se dezice de la formarea și menținerea spontană a sănătății mintale în favoarea formării și menținerii dirijate a ei.

Deja, există suficiente dovezi amenințătoare, care provoacă alarmă privind sănătatea mintală. Conform raportului OMS (2014), nu există nici o țară sau regiune, vârstă sau grup social de oameni care să nu se confrunte cu această problemă gravă a tulburărilor mintale, problema, care este relevantă pentru toate țările lumii.

Potrivit raportului Comitetului Regional al OMS pentru Europa (ceea de a 63-a sesiune), aproximativ un sfert din populație suferă de tulburări mintale, iar conform *Institute for Health Metrics and Evaluation*, tulburările mintale și consumul de droguri se întâlnesc în medie la 15,5% din populația lumii sau la 1,1 miliarde de oameni, depresia este diagnosticată la 268 mln, tulburări de anxietate – la 275 mln de oameni. În SUA, conform Asociației Naționale în lupta cu Bolile Mintale, aproximativ 31% din populație suferă de boli mintale, ceea ce devenit „problema națională” în sănătatea publică.

Conform raportului Colegiului European de Neuropsihofarmacologie și al Consiliului European pentru Studiul Creierului, bazat pe 30 de rapoarte naționale transmise de Ministerele Sănătății, prevalența bolilor mintale în Europa în 2010 a fost de 38,2%. Acest număr este mai mare decât al pacienților cu boli cardiovasculare și oncologice împreună.

Actualitatea problemei sănătății mintale este condiționată și de existența degradării psihice premature, cauzate de condițiile stresogene de viață (date ale Institutului de Fiziologie și Sanocreatologie).

Problema sănătății mintale poate fi rezolvată prin renunțarea la formarea ei spontane în favoarea creării și menținerii dirijate a acesteia. Dovada

realității acestei căi este faptul, că sănătatea mintală și psihicul nu se transmit prin ereditate, dar se formează în procesul ontogenezei prin socializare, instruire, educație, activitate prin muncă etc. Natura însăși a determinat această cale. Faptul constă în aceea, că genotipul unui individ determină doar „conturul” potențelor și abilităților mintale. Principalele contururi ale acestor potenții se realizează datorita condițiilor sociale istorice specifice vieții individului.

Dacă un copil s-a născut cu o structură morfologică integrală și o funcționalitate a sistemului nervos central și a sistemului neurochimic, atunci la interacțiunea sa activă dirijată cu factorii sociali, instruirea, educația, activitatea de munca, viața în societate, va deveni cu siguranță o persoană cu multe caracteristici și abilități, iar, dacă va crește în condiții sociale defavorizate în afara societății, sănătatea sa mintală și psihicul nu vor putea reflecta în mod adecvat lumea înconjurătoare și nu va putea să se orienteze în mediul înconjurător. Așadar, există motive suficiente pentru a fi luate măsuri urgente în scopul creării și menținerii dirijate a sănătății mintale. Însă, constientizând, că societatea nu este pregătită din punct de vedere psihologic pentru aceasta, am considerat că este necesar să examinăm cauzele și mecanismele de dezvoltare ale unor tulburări psihice pe larg răspândite de etiologie psihogenă și să propunem căi, metode și modalități de prevenire a lor. S-a dovedit că în societatea contemporană există un număr enorm de factori și situații pe care oamenii le evaluează ca cele ce agravează viața sau ca cele ce îngreuiază activitățile lor zilnice, generând emoții de anxietate, frică, panică, furie, groază, agresivitate, disperare și, care devin declanșatori ai tulburărilor psihogene.

Pentru menținerea sănătății mintale și prevenirea tulburărilor psihogene a fost elaborat un concept special, conform căruia *menținerea sănătății și prevenirea tulburărilor acesteia și a degradării premature este posibil prin atitudinea și motivarea adecvată a subiectului pentru menținerea sănătății și manifestarea obligatorie a puterii de voință din partea acestuia, prin influența sanogenă direcționată a factorilor sociali, reglarea manifestării reacțiilor și proceselor mintale (comportamentale, emoționale, cognitive, verbale, individual-semantic), a nivelului tonusului fiziologic al organelor și sistemelor vitale, prin coordonarea funcțiilor acestora, adaptarea la condiții specifice de viață, prin strategii de organizare a unui stil de viață sanogen și metode psihoterapeutice.*

Conform acestui concept, menținerea sănătății mintale și prevenirea tulburărilor psihogene este posibilă prin: a) acte legislative politice, economice, culturale cu conotație socială; b) sistem bine stabilit de instruire și educație; c) crearea unei atmosfere de respect reciproc, de sprijin reci-

proc în familie, instituții și organizații; d) evaluarea personală și semantice a adecvată a mediului. Corecția tulburărilor psihogene este posibilă prin acțiunea dirijată a factorilor psihosanogeni și a psihoterapiei.

O condiție obligatorie pentru eficacitatea modalităților, metodelor și mijloacelor de menținere a sănătății mintale și de prevenire a tulburărilor psihogene este dominația atitudinii și motivației, voinței de a asigura sănătatea mintală.

Deci, incidența morbidității sporită a populației planetei, prognoza amenințătoare pentru viitorul apropiat și pandemia COVID-19 indică clar că știința și societatea au pierdut lupta pentru sănătate, ele nu sunt în stare să mențină cel puțin nivelul de sănătate pe care îl are societatea, cu atât mai mult pentru sporirea lui. Pe fondalul unor succese fantastice în valorificarea mediului, în asigurarea activității vitale a oamenilor, în crearea de dispozitive tehnice de autoreglare care permit zboruri interplanetare și de inițiere a colonizării lui Marte și multe alte realizări extraordinare, societatea contemporană nu a conștientizat pe deplin ceea ce este cel mai valoros pentru existența și dezvoltarea ulterioară a acesteia – sănătatea mintală și somato-vegetativă a sa, care nu se cumpără și nici nu se vinde. Mai mult, până în prezent, nu este nici recunoscută și nici contestată necesitatea creării unei științe despre sănătate, care să elaboreze teoria și practica formării și menținerii dirijate a sănătății, ținând cont de condițiile de activitate vitală a oamenilor. Până la urmă, baza vieții este sănătatea.

Situația creată în mare măsură este condiționată de faptul, că paradigma medicinei contemporane, fiind patocentrică, a conferit științei medicale o orientare nozologică, drept urmare atenția și acțiunile sale principale s-au concentrat pe studiul și dezvoltarea metodelor de diagnostic și tratament al bolilor și prevenirea acestora. Totodată, s-a presupus că concomitent cu recuperarea pacientului, problema sănătății se va rezolva de la sine. Concomitent, practica a arătat că sănătatea și boala au puține mecanisme comune în ceea ce privește dezvoltarea și morfo-manifestarea. Sănătatea ca atare presupune menținerea homeostaziei fiziologice și coordonarea organelor și sistemelor organismului în limite determinate filogenetic, coordonarea acestora la diferite niveluri ale organizării biologice structurale, adaptarea funcțiilor organelor și sistemelor vitale la necesitățile vitale în continuă schimbare, iar boala – dezorganizarea structurală și funcțională, cel mai des la nivelul anumitor organe, sisteme sau țesuturi, discoordonarea funcțiilor acestora, dereglarea autoreglării automate a funcțiilor etc. Mecanismele genetice și fiziologice ale formării și menținerii sănătății, în comparație cu cele ale apariției anumitor patologii și restabilirea sănătății prin tratament, sunt esențial diferite, ceea ce este o premisă științifică pen-

tru organizarea specială independentă a studiului mecanismelor proceselor de formare, menținere și sporire a nivelului sănătății omului, care are o importanță esențială pentru societate. În același timp, dacă se ține cont de faptul, că viața unei persoane contemporane se desfășoară în condiții de schimbări continue, care provoacă necesitatea formării și menținerii dirijate a sănătății, devine evident că adaptarea la aceste condiții cere o schimbare a paradigmei patocentriste a medicinei contemporane pe cea sanocentristă, care prevede refuzul formării și menținerii spontane a sănătății în favoarea creării și menținerii dirijate a acesteia. Sănătatea mintală are prioritate în toate sferile de activitate.

Într-un cuvânt, există suficiente temeuri pentru a recunoaște sănătatea ca o problemă științifică și practică determinantă în susținerea vieții și activitatea vitală a societății.

În legătură cu cele expuse, trebuie de menționat, că încă de la sfârșitul secolului al XX-lea, un grup de oameni de știință din Moldova, participând cu rapoarte științifice la numeroase foruri internaționale, au evidențiat acuitatea problemei sănătății populației planetei și au demonstrat că posibilitatea de rezolvare a ei e prin refuzul la formarea spontană a sănătății în favoarea formării și menținerii dirijate a acesteia.

Se părea, că oamenii de știință și specialiștii în științele despre om se vor alătura în cele din urmă la elaborarea problemei formării și menținerii dirijate a sănătății, pentru că starea actuală a sănătății publice este amenințătoare. OMS însăși constată incidența ridicată a morbidității populației planetei și prezice creșterea în continuare a acesteia. O amenințare clară pentru sănătate prezintă și degradarea biologică generală prematură a societății contemporane. Un pericol incontestabil pentru viața oamenilor prezintă faptul, că, indiferent de vârstă, sex, specialitate, toată lumea moare din cauza bolilor, iar medicina, care este o știință nozologică și are un succes excepțional în tratamentul anumitor boli, nu poate rezolva problema sănătății.

Speranțele noastre pentru recunoașterea arhiactuală a problemei sănătății, formarea și menținerea ei dirijată încă nu sa realizat, eforturile noastre nu au fost justificate. Mai mult, chiar în Republica Moldova a fost oprită finanțarea de către stat a activității științifice în domeniul sănătății, crearea dirijată a acesteia.

Însă, noi suntem profund convinși și credem sincer, că formarea și menținerea dirijată a sănătății, inclusiv sănătatea mintală, dezvoltarea sanocreatologiei și psihosanocreatologiei sunt și vor deveni obiectivul primordial al umanității. Aceasta se va întâmpla, dacă nu mâine, apoi poimâine, dar cu siguranță se va întâmpla.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ACE2	– Receptor angiotensin-converting enzyme 2
COVID-19	– Coronavirus disease 2019
DSM-III R	– Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, III Edition
DSM-IV TR	– Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, IV Edition
DSM-V	– Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, V Edition
ECNP	– European College of Neuropsychopharmacology (Исполком Европейской Коллегии Нейропсихофармакологии)
IQ	– Intelligence quotient
RBD	– Recurent brief depression
RT-PCR	– Reverse Transcription Polymerase Chain Reaction
SARS-COV-2	– Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2
АД	– артериальное давление
ВОЗ	– Всемирная Организация Здравоохранения
ЕС	– Европейский Союз
МКБ-10	– Международная классификация болезней 10-го пересмотра
СВЧ	– сверхвысокая частота
СДВГ	– синдром дефицита внимания и гиперактивности
ЦНС	– центральная нервная система
ЧЧС	– частота сердечных сокращений
ЭКПЗ-система	– эмоционально-когнитивно-поведенческо-защитная система
ЭЭГ	– электроэнцефалография

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Arnold (1960) http://loveread.ec/read_book.php?id=62272&p=34 (дата обращения: сентябрь, 2021).
2. Augustine JR (2008) Human Neuroanatomy, Academic Press, an imprint of Elsevier. 372 p.
3. Bul P. (1955) *Technika vračebnogo gipnoza*. Medgiz, Leningrad.
4. Cannon, W.B., S.W. Britton (1925). Pseudoaffective medulliadrenal secretion. *American Journal of Psychology* 72: 283.
5. Carman BY J. B., Cowan W. M., Powell T. P. S. (1964). Cortical connexions of the thalamic reticular nucleus. *J. Anat., Lond.* 98, 587-598 587.
6. Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267–283.
7. Ciochină, V. (1996). Variabilitatea frecvenței contracțiilor cardiace, tensiunii arteriale, atenției și productivității muncii intelectuale la adolescenții de 15-16 ani cu psihicul normal dezvoltat și cu retard mental în condiții relativ comfotogene și stresogene de menajare. Autoref. tezei de dr. în șt. biol., -26 p.
8. Clark, K. B., Clark, M. P. (1950). Emotional factors in racial identification and preference in Negro children. *Journal of Negro Education*, 19, 341–350.
9. Da Costa, Jacob M. (January 1871). «On Irritable Heart: a Clinical Study of a Form of Functional Cardiac Disorder and its Consequences». *American Journal of the Medical Sciences*. 61 (121): 17–52.
10. Dănăilă, L. (2018). *Functional Neuroanatomy of the brain*. Second Part. București: Pro Universitaria, -733 p.
11. Davis, M. (2015). The role of the amygdala in fear and anxiety. *Annu. Rev. Neurosci.* 15: 353-375.
12. De Kloet, E. R., Joëls, M., Holsboer, F. (1992). Stress and the brain: from adaptation to disease. *Nature reviews neuroscience*. 6(6): 463-475.
13. Eduard Vieta (2020) citat. <https://inosmi.ru/science/20200518/247446667.html>
14. Ekman, P. (1992). Are the basic emotions? // *Psychological Review*, 99(3), p. 550-553.
15. Endler, N. S., & Speer, R. L. (1998). Personality psychology: Research trends for 1993–1995. *Journal of Personality*, 66(5), 621–669.
16. Everly G. S., Rosenfeld R. (1981). *The Nature and Treatment of the Stress Response: A Practical Guide for Clinicians*. New York; London.
17. Ferriman A. Levels of Neurosis Remained Statistic in the 1990-s. (2001). // *British Medical Journal*. - Vol. 323. - P. 130.
18. Friedman M., Rosenman R. H. (1959). Association of specific overt behavior pattern with blood and cardiovascular findings . *Journal of American Mental Association*, 188, 1286-1296.
19. Furdui, T., Ciochină, V., Glijin, A., Furdui, V., Vrabie, V., Vudu, V. (2018). Educația pentru sănătate sau „sănătatea și sanocreatologia – valori stringente și in-

dispensabile pentru educație”. În: *Educația – sinteză a Credinței, Culturii și Științei*. Resp. ed. V. Mândăcanu, D. Vacarciuc. Ch.: „Tipografia „Print Caro”, p. 468-485.

20. Gellhorn, E., and Loofbourrow, G. N., (1963) *Emotions and Emotional Disorders, A Neurophysiological Study* (Hoeber Medical Division, Harper and Row, Publishers, New York, Evanston and London).

21. George S Everly Jr, Daniel A. Girdano (1979). *The Health Educator as Industrial Health Consultant*. //Health education, volume 10, p. 11-13.

22. Heather L. Gelhorn, Joseph T. Sakai, Rumi Kato Price (2007) DSM-IV conduct disorder criteria as predictors of antisocial personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*. Volume 48, Issue 6, November–December 2007, Pages 529-538.

23. <https://www.vitamarg.com/konsultacii/razvitie/1190-samopoznanie>

24. <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response> от 30 марта 2018 г. (дата обращения: сентябрь, 2021).

25. ICD-10-CM Official Guidelines for Coding and Reporting FY 2021 – UPDATED January 1, 2021 (October 1, 2020 - September 30, 2021)

26. Ingram W.R. (1952). Brainstem mechanisms in behavior, *EEG Clin. Neurophysiol.*, 4, 397-406.

27. Institute for Health Metrics and Evaluation: IHME Principles. Institute for Health Metrics and Evaluation. (2014). Reference Source [Google Scholar].

28. J. de Champlain, T. Malmfors, L. Olson, Ch. Sachs. (1970). Ontogenesis of Peripheral Adrenergic Neurons in the Rat: Pre- and Postnatal Observations. *Acta Physiologica Scandinavica*. 80. 276-288.

29. Jacobson E. (1976) *You must relax*. New York.

30. Jacobson, E. (1964). *The self and the object world*. International Universities Press. pg. 171.

31. James R. Augustine (2008). *Human Neuroanatomy*. First edition. 461p.

32. Johnson-Laird, P. N., & Oatley, K. (1992). Basic emotions, rationality, and folk theory. *Cognition and Emotion*, 6, 201-223.

33. Jones, E. G. (1985). *The Thalamus*. NY.: Plenum Press. p. 403-411.

34. Keiji Sano M.D., Yoshiaki Mayanagi M.D., Hiroaki Sekino M.D., Motohide Ogashiwa M.D., Buichi Ishijima M.D. (1970). Results of stimulation and destruction of the posterior hypothalamus in man. DOI link: <https://doi.org/10.3171/jns.1970.33.6.0689>. Online Publication.

35. Konečný R., Bouchal M. (1979) *Psychologie v lékařství*. Praha: Avicenum. 368 s.

36. Kupfermann, I. (1991). Hypothalamus and limbic system: peptidergic neurons, homeostasis and emotional behavior. In: Kandel, E. R., Schwartz, J. H., Jessel, T. M. (eds). *Principles of neural science*, ed 3. Appleton and Lange, Norwalk, CT, p. 735-749.

37. Lane (1989), цитируемый Гурьева В. (1996). Психогенные расстройства у детей и подростков. М.: КРОН-ПИРЕСС. - 208 с. (http://pedlib.ru/Books/6/0359/6_0359-3.shtml (дата обращения: сентябрь, 2021)).

38. Lazarus, R. (1991a). *Emotion and Adaptation*. NY.: Oxford University Press, -557 p.

39. Lazarus, R. S., Lazarus, B. N. (1994). *Passion and reason: Making sense of our emotions*. NY.: Oxford University Press, -321 p.
40. Lazarus, R. S., Smith, C. A. (1988). Knowledge and appraisal in the cognition-emotion relationship. *Cognition and Emotion*. 2: 281-300.
41. Lazarus, R. W. (1991b). Cognition and motivation in emotion. *Amer. Psychol*. 46: 352-367.
42. LeDoux, J. E. (1989). Cognitive-motional interactions in the brain. *Cognition and Emotion*. 3(4): 267-289.
43. LeDoux, J. E. (1996a). *The emotional brain*. NY.: Simon & Schuster, -384 p.
44. LeDoux, J. E. (1996b). *The emotional brain: the mysterious underpinnings of emotional life*. NY.: Simon & Schuster, -384 p.
45. Lewis, M. (1995). Embarrassment: The emotion of self-exposure and evaluation. In: J. P. Tangney & K. W. Fischer (Eds.), *Self-conscious emotions: The psychology of shame, guilt, embarrassment, and pride*. NY.: Guilford Press, p. 198-218.
46. Ling Mao, Mengdie Wang, Shengcai Chen, Quanwei He, Jiang Chang, Candong Hong, Yifan Zhou, David Wang, Yanan Li, Huijuan Jin, Bo Hu. (2020). Neurological Manifestations of Hospitalized Patients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective case series study. medRxiv. this version posted February 25, 2020
47. Lown V. (1987). (citat: Sally A. Shumaker, Susan M. Czajkowski). *Social Support and Cardiovascular Disease*. Springer US, 9 iun. 2013 - 360 p.
48. MacLean, P. D. (1949). Psychosomatic disease and the visceral brain: Recent developments bearing on the Papez theory of emotion // *Psychosomatic Medicine*, V. 11, p. 338-353.
49. McEwen, B. S., Stellar, E. (1993). Stress and the individual. Mechanisms leading to disease. *Arch Intern Med*. 153(18): 2093-2101.
50. Mental health Global Action Programme. Close the gap, dare to care. Geneva, World Health Organization, 2002 (http://www.who.int/mental_health/media/en/265.pdf).
51. Ocrotirea sănătății în Republica Moldova. (2013)/ Biroul Național de Statistică al Republicii Moldova. Chișinău. 234 p.
52. Olweus, D. (1993). Victimization by peers: Antecedents and long-term outcomes. In K.H. Rubin, & J.B. Asendorf (Eds.), *Social withdrawal, inhibition, and shyness in childhood* (pp. 315–342). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
53. Oomura Y., Ooyama H., Yamamoto T., Ono T., Kobayashi N. (1969). Behavior of hypothalamic unit activity during electrophoretic application of drugs. First published: <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.1969.tb12912.x>
54. Papez, J. W. (1937). A proposed mechanism of emotion. *Arch. Neurol. Psychiatry*. 38: 725-743.
55. Plutchik, R. A. (1984). Emotion: A general psychoevolutionary theory. In: K. R. Scherer and P. Ekman (eds). *Approaches to Emotion*. Hillsdale, NY.: Lawrence Erlbaum Associates, p. 197-219.
56. Plutchik, R. A. (1986). *Emotion: A psychoevolutionary synthesis*. NY: Harper and Row, p. 119-127.
57. Rafanelli Chiara, Ruini Chiara (2012). Assessment of psychological well-being in psychosomatic medicine. *Adv Psychosom Med*. 32:182-202.

58. Rogers, J. P., Chesney, E., Oliver, D., Pollak, T. A., McGuire, P., Fusar-Poli, P., Zandi, M. S., Lewis G., David, A. S. (2020). Psychiatric and neuropsychiatric presentations associated with severe coronavirus infections: a systematic review and meta-analysis with comparison to the COVID-19 pandemic. // *Lancet Psychiatry* 2020. Published Online May 18, 2020 [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30203-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30203-0)
59. Schachter (1964) https://www.psyoffice.ru/8/psychology/book_o018_page_25.html (дата обращения: сентябрь, 2021).
60. Sroufe, L. A., Waters, E., Matas, L. (1974). Contextual determinants of infants affective response // *The origins of fear*. N.-Y., p. 49-72.
61. Strine T. W., Chapman D. P., Kobau R. et al. (2005). Associations of Self-Reported Anxiety Symptoms with Health-Related Quality of Life and Health Behaviors // *Social Psychiatry, Psychiatry, Epidemiology*. - Vol. 40. - №. 6. - P. 324-325.
62. Swaab DF (1998). The human hypothalamo-neurohypophysial system in health and disease. *Progress in Brain Research*. 119: 577-618. PMID 10074813 DOI: 10.1016/S0079-6123(08)61594-0.
63. The Human Hypothalamus: Basic and Clinical Aspects — Part I: Nuclei of the Human Hypothalamus (2003). / Swaab D. S. (ed.). — Elsevier, 476 p.
64. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. (1993). World Health Organization. Geneva. 262 p.
65. Tomkins, S. S. (1962). Affect, imagery, consciousness, Vol. 1. The positive affects. Springer Publishing Co. <https://doi.org/10.1037/14351-000>
66. W. Guan, Z. Ni, Yu Hu, W. Liang, C. Ou, J. He, L. Liu, H. Shan, C. Lei, D.S.C. Hui, B. Du, L. Li, G. Zeng, K.-Y. Yuen, R. Chen, C. Tang, T. Wang, P. Chen, J. Xiang, S. Li, Jin-lin Wang, Z. Liang, Y. Peng, L. Wei, Y. Liu, Ya-hua Hu, P. Peng, Jian-ming Wang, J. Liu, Z. Chen, G. Li, Z. Zheng, S. Qiu, J. Luo, C. Ye, S. Zhu, and N. Zhong. (2020). Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. *The New England Journal of Medicine*. 3. 1708-1720.
67. Whalen P. J. (1998). Fear, vigilance, and ambiguity: Initial neuroimaging studies of the human amygdala. *Current Directions in Psychological Science*. 7(6): 177-188.
68. WHO. Novel Coronavirus (2019-nCoV) Situation Report – 22. Data as reported by 11 February 2020.
69. William Shapiro, Albert J. Wasserman, James P. Baker, and John L. Patterson Jr. (1970). Cerebrovascular response to acute hypocapnic and eucapnic hypoxia in normal man. *J Clin Invest*. 49(12):2362-2368. <https://doi.org/10.1172/JCI106455>.
70. Агаджанян Н. А., Быков А. Т., Коновалова Г. М. (2003). Адаптация, экология и восстановление здоровья. – М.; Краснодар : Пилигрим-парк, – 260 с.
71. Айенгар, Б. К. С. (1993). Прояснение йоги. / Пер. с англ. М.: Медси XXI, -528 с.
72. Актуальные проблемы стресса. (1976). Кишинев «Штиинца». 240 с.
73. Анохин, П. К. (1964). Эмоции // Большая медицинская энциклопедия. М. Т. 35, с. 339.
74. Анохин, П. К. (1976). Проблема принятия решения в психологии и физиологии // *Проблемы принятия решения*. М.: Наука, с. 7-16.

75. Артериальная гипертония: доклад комитета экспертов ВОЗ. (1978). ВОЗ. 68с.
76. Ачинович, Т. И.(2019). Современные методы психотерапии и психокоррекции. Минск: БГУ, -113 с.
77. Бек, Аарон (1976). Когнитивная терапия и эмоциональные расстройства.
78. Бек, Аарон (1990). Когнитивная терапия личностных расстройств.
79. Белялов Ф.И. (2017). Депрессия, тревога с стресс у пациентов с ишемической болезнью сердца. Тервпевтический архив. Том. 89, №8. С. 104-109.
80. Вальдман А.В. (1976). Название: нейрофармакология центральной регуляции сосудистого тонуса. Л. Медицина. 328 с.
81. Вассерман Л.И., Абабков В.А., Трифонова Е.А. (2010). Совладание со стрессом: теория и психодиагностика: учебно-методическое пособие / под науч. ред. проф. Л.И. Вассермана. – СПб. 192 с.
82. Вивекананда, С. (1906). Раджа-Йога и афоризмы йога Патанджали. Сосница: Изд-во Типография Уездного Земства.
83. Вирджиния Квин (2000) <https://smekni.com/a/196376-7/problemamotsionalnykh-sostoyaniy-v-psikhologii-7/> (дата обращения: сентябрь, 2020).
84. Виттхен Г.-У. (2006). Энциклопедия психического здоровья. / пер. с нем./ М.: Алетей, -552 с.
85. Выготский, Л. С. (1956). Избранные психологические исследования. М.: Издательство Академии педагогических наук РСФСР, -520 с.
86. Выготский, Л. С. (1984). Учение об эмоциях // Собр. соч. Т. 4, М.: Просвещение, с. 90-318.
87. Ганнушкин П. Б. (1933), цитируемой Гурьева В. (1996). Психогенные расстройства у детей и подростков. М.: КРОН-ПРЕСС. - 208 с.
88. Гельгорн Э., Луфборроу Дж. (1966). Эмоции и эмоциональные расстройства. - М.: Мир, 673 с.
89. Герриг Р., Зимбардо Ф. (2004). Психология и жизнь. СПб., С. 248–249.
90. Дарвин, Ч. (1953). Сочинения: в 12-ти т. Т. 5: Происхождение человека и половой отбор. Выражение эмоций у человека и животных / Под ред. Е. П. Павловского. М.; Л.: Изд-во АН СССР.
91. Додонов, Б. И. (1978). Эмоция как ценность. М.: Политиздат, -272 с.
92. Додонов, Б. И. (1987). В мире эмоций. Киев: Политиздат, -140 с.
93. Доклад Исполкома Европейской Коллегии Нейропсихофармакологии (2011). ЕСНР.
94. Доклад о ситуации в области неинфекционных заболеваний в мире, 2014. «Достижение девяти глобальных целей по НИЗ, общая ответственность» (2014). ВОЗ, с. 1-14.
95. Доклад о состоянии здравоохранения в Европе. Курс на благополучие. (2012), -190 с.
96. Европейский региональный комитет шестьдесят третья сессия. (2013 г). Чешме, Измир, Турция, 16–19 сентября 2013 г.
97. Зубков А.Н., Очаповский А.П. (1991). Хатха-Йога для начинающих. Москва “Медицина”. 192 с.

98. Изард, К. (2000). Эмоции человека. Перев. с англ. 2- изд., перераб. и доп., СПб.: Издательство «Питер», -560 с.
99. Ильин Е.П. (2019). Психология спорта. Издательский дом.: Питер, -352 с.
100. Каримова Г.М., Миндубаева Л.Ж., Абашев А.Р., Билалова А.Ш., Зиннатуллина А.А. (2019). Феномен нейропластичности в механизмах рефлексотерапии. The Russian Archives of Internal Medicine. № 3. С. 172-181.
101. Карл Роджерс и его последователи: психотерапия на пороге XXI века (2005). Под ред. Д. Брэзиера. / Пер. с англ. М.: Изд-во Когито-Центр, -315 с.
102. Карпенко, Л. А., Петровский, А. В., Ярошевский, М. Г. (2007) Большая психологическая энциклопедия, под ред. Н. Дубенюк. М.: Эксмо; -544 с.
103. Киселева, М. В. (2007). Арт-терапия в практической психологии и социальной работе. СПб.: Речь, -336 с.
104. Клузман, Р. (2004). Справочник по психотерапии. /Пер. с нем./ СПб.: Питер, -384 с.
105. Колегова В.А. (1969), цитируемой Гурьева В. (1996). Психогенные расстройства у детей и подростков. М.: КРОН-ПРЕСС. - 208 с.
106. Корсаков С. С. (2012) Курс психиатрии. Раритет (в 2 томах). — М.: Книга по требованию.
107. Краткий психологический словарь (1999), под ред. Петровского А. В., Ярошевского М. Г. Ростов н/Д.: Феникс, -505 с.
108. Лазарус, А. (2001). Краткосрочная мультимодальная психотерапия. / Пер. с англ./ СПб.: Речь, -115 с.
109. Ланг Г.Ф. (1950). Гипертоническая болезнь.-Л., 496 с.
110. Лебедев А. Н. (2017). Экспериментальное моделирование социодинамических явлений в массовой культуре // Экспериментальная психология. Т.10. №3. С. 86-96.
111. Лега В. П. (2009). История западной философии Часть вторая Новое время. Современная западная философия. М. Издательство ПСТГУ. 456 с.
112. Леонтьев Д.А. (2014). Психология выбора // Психологический журнал. Т. 35. № 5. С. 5—18; № 6. С. 56—67.
113. Леонтьев, А. Н. (1971). Потребности, мотивы и эмоции: конспект лекций. М.: МГУ, 1971. 40 с.
114. Лобзин В. С., Решетников М. М. (1986). Аутогенная тренировка. М. Медицина. 280 с.
115. МакМаллин, Р. (2002). Практикум по когнитивной терапии. / Пер. с англ./ СПб.: Речь, -560 с.
116. Маралов В. Г. (2004) Основы самопознания и саморазвития. М. : Академия. 256 с.
117. Маслоу, А. Г. (2014). Мотивация и личность. СПб.: Питер, -400 с.
118. Меерсон Ф. З., Пшенникова М. Г. (1988). Адаптация к стрессорным ситуациям и физическим нагрузкам. – М.: Медицина, – 256 с.
119. Механизмы развития стресса. (1987). Кишинев «Штиинца». 223 с.
120. Миррахимов М. М. (1978). Человек и горы. М. : Знание, - 64 с.

121. Морено, Я. Л. (2001). Психодрама. / Пер. с англ. / Красноярск, -260 с.
122. Мясников А.Л. (1965) Гипертоническая болезнь и атеросклероз. М., Медицина. 615 с.
123. Немов Р.С. (2007). Общая психология. Краткий курс. 262 с.
124. Озерецкий Н. И. (1934), цитируемой Гурьева В. (1996). Психогенные расстройства у детей и подростков. М.: КРОН-ПРЕСС. - 208 с.
125. Пезешкиан Н. (1996). Психосоматика и позитивная психотерапия: Пер. с нем. – М.: Медицина. – 464 с.
126. Петровский А.В., Ярошевский М.Г. (2003) Теоретическая психология. М. : Издательский центр «Академия». – 496 с.
127. Платонов, К. К. (1984). Краткий словарь системы психологических понятий. М.: Высшая школа, -174 с.
128. Психическое здоровье населения Европейского региона ВОЗ (2003). *Факты и цифры ЕРБ ВОЗ/03/03*. Копенгаген, Вена, 8 сентября 2003 г. (по состоянию на 21.01.2004).
129. Психическое здоровье: информация и научные исследования (2005). *Европейская конференция ВОЗ на уровне министров по охране психического здоровья*. Хельсинки, Финляндия, 12-15 января 2005 г.
130. Психическое здоровье: укрепление психического здоровья (2007). ВОЗ, *Информационный бюллетень, № 220*.
131. Психология мотивации и эмоций. (2009). Под ред. Гиппенрейтер, Ю. Б. И Фаликман, М. В. АСТ: Астрель Москва, -704 с.
132. Рамачарака И. (2014). Джнана-йога. Санкт-Петербург. 72с.
133. Рапопорт И.К., Соколова С.Б., Чубаровский В.В. (2014) Заболеваемость школьников и проблемы создания профилактической среды в общеобразовательных организациях // вопросы школьной и университетской медицины и здоровья, № 3. С.10-16.
134. Рубинштейн С.Л. (2019). Основы общей психологии. Издательский Дом ПИТЕР. 720с.
135. Рубинштейн, С. Л. (2006) Основы общей психологии. СПб.: Питер, -713 с.
136. Рудик, П. А. (1976). Психология. Учебник для учащихся техникумов физической культуры. М.: «Физкультура и спорт», -239 с.
137. Савицкий Н. Н. (1974). Фармакодинамика сердечных гликозидов. Л.: Медицина. 224 с.
138. Семичов, С. Б. (1987) Предболезненные психические расстройства. Л.: Медицина, -183 с.
139. Симонов, П. В. (1962). Что такое эмоция. М.
140. Симонов, П. В. (1981). Эмоциональный мозг. М.: Наука, -215 с.
141. Симонов, П. В. (1987). Мотивированный мозг. М.: Наука, 1987, -271 с.
142. Симонов, П. В. (1996). Адаптивные функции эмоций // *Физиологический журнал, № 2, с. 5-9*.
143. Сиротинин Н. Н. (1963). Сравнительная физиология акклиматизации к высокогорному климату, в кн.: Кислородная недостаточность. – Киев.
144. Современные проблемы физиологии и санокреатология. (2005). Ch.: Тiроgr. АŞМ, - 256 p.

145. Современный психологический словарь. (2008). //ред.: Б.Г. Мещеряков, В.П. Зинченко. - М.: АСТ; СПб. : Прайм-Еврознак. 490 с.
146. Стресс и его патогенетические механизмы.(1973). Кишинев «ШТИИНЦА». 395 с.
147. Стресс, адаптация, функциональные нарушения и санокреатология (1999). Кишинэу, -207 с.
148. Судаков, К. В. (1984). Общая теория функциональных систем. М.: Медицина, -224 с.
149. Тополянский, В. Д., Струковская, М. В. (1986). Психосоматические расстройства (Руководство для врачей). М.: Медицина, -384 с.
150. Ушаков, Г. К. (1972) Систематика пограничных нервно-психических расстройств. В: *Условия формирования и пути предупреждения неврозов и аномалий личности*. Москва, с. 55-64.
151. Федоров, А. П. (2002). Когнитивно-поведенческая психотерапия. СПб.: Питер, -352 с.
152. Форгунатов, Г. А. (1970). Чувства // *Общая психология: Учебное пособие*. М., с. 21-35
153. Фрейд, З. (1991) Массовая психология и анализ человеческого «Я». В: *Фрейд З. «Я» и «Оно»*, Кн. 1. Тбилиси: Мерани, с. 71-139.
154. Фурдуй Ф.И. (1986). Физиологические механизмы стресса и адаптации при остром действии стресс-факторов. Кишинев «ШТИИНЦА». 240 с.
155. Фурдуй Ф.И., Чокинэ В.К., Каратерзи Г.И. (2012). Специфика изменений ЭКГ под влиянием нормобарической гипоксии. În: *Buletinul AŞM. Ştiinţele vieţii*. nr. 1(316), p. 53-64.
156. Фурдуй, Ф. И, Чокинэ, В. К., Фурдуй, В. Ф., Вуду, Л. Ф. (2012а). Психическое здоровье с позиции санокреатологии и системогенеза. (Лекция на VIII-ом Международном междисциплинарном конгрессе «Нейронаука для медицины и психологии»). *Buletinul AŞM. Ştiinţele vieţii*. 2(317): 4-11.
157. Фурдуй, Ф. И, Чокинэ, В. К., Фурдуй, В. Ф., Лакуста, В. Н., Вуду, Л. Ф., Вуду, Г. А., Тодераш, И. К., Бешетя, Т. С., Георгиу, З. Б. (2005). Здоровье человека – важнейшая комплексная задача многих биологических и медицинских наук. В сб.: *Научные труды I Съезда физиологов СНГ*. Сочи-Дагомыс, с. 4.
158. Фурдуй, Ф. И. (1990). Стресс и здоровье. Кишинев: ШТИИНЦА, -240 с.
159. Фурдуй, Ф. И. (2005). Проблемы стресса и преждевременной биологической деградации человека. Санокреатология. Их настоящее и будущее. В: *Современные проблемы физиологии и санокреатологии и санокреатологии*, Кишинев, с. 16-36.
160. Фурдуй, Ф. И., Вуду, Г. А. (1997). Периодизация антинатального развития ребенка. *Buletinul AŞM, ştiinţe biologice şi chimice*. 1: 49-53.
161. Фурдуй, Ф. И., Вуду, Г. А., Георгиу, З. Б., Сырбу, А.И., Мошану, Л. В., Тугоци, Н. Б., Пуричи, И. В., Кошкодан, Д. П., Чокина, В. К., Исам Касым Багяж (1995). Периодизация постнатального развития ребенка. *Buletinul AŞM. Ştiinţe biologice şi chimice*. 4 (277): 38-44.

162. Фурдуй, Ф. И., Еренкова, Н. В., Вуду, Л. Ф. (1994а). Периодизация постнатального (послеродового) развития ребенка и факторы, ускоряющие функциональное состояние жизненно важных систем. В: *Стресс и здоровье детей и подростков*. Кишинев: ШТИИЦ, с. 99-105.

163. Фурдуй, Ф. И., Еренкова, Н. В., Вуду, Л. Ф. (1994б). Стресс и здоровье детей и подростков. Кишинев: ШТИИЦ, -278 с.

164. Фурдуй, Ф. И., Фрунзе, Р. И., Чокинэ, В. К. (2008). Новая концепция о психическом здоровье и его типологии с позиции санокреатологии. В сб.: *Физиология и здоровье человека*. II Съезд физиологов СНГ / Москва – Кишинэу, Медицина – Здоровье, с. 241.

165. Фурдуй, Ф. И., Чокинэ, В. К. (2012б). Психосанокреатологическая концепция. Генетически и онтогенетически обусловленные системы, участвующие в формировании и поддержании психического здоровья. *Buletinul AȘM. Științele vieții*. 3(318): 4-23.

166. Фурдуй, Ф. И., Чокинэ, В. К., Глижин, А. Г., Фурдуй, В. Ф., Врабие, В. Г., Присажнюк, В. Г. (2020а). Психическое здоровье, его направленное формирование – приоритетная задача. Психосанокреатология. *Buletinul Academiei de Științe a Moldovei. Științele vieții*. 1(340): 23-32.

167. Фурдуй, Ф. И., Чокинэ, В. К., Лакуста, В. Н., Павалюк, П. П., Олару, Л. К., Вуду, Л. Ф., Кошкодан, Д. П., Морару, А. Т., Георгиу, З. Б. (2000). Хронический стресс – патогенетическая основа морфофункциональной и психической деградации. В сб.: *Второй Российский конгресс по патофизиологии*. Москва, с. 227-228.

168. Фурдуй, Ф. И., Чокинэ, В. К., Фурдуй, В. Ф., Вуду, Г. А., Балмуш, В. В., Бешетя, Т. С., Георгиу, З. Б. (2012в). Санокреатологическая теория психического здоровья. I. Основные современные представления о психическом здоровье. *Известия Академии Наук Молдовы. Науки о жизни*. 1(316): 4-14.

169. Фурдуй, Ф. И., Чокинэ, В. К., Фурдуй, В. Ф., Вуду, Л. Ф., Штирбу, Е. И., Огородникова, Е. А., Вуду, Г. А., Бешетя, Т. С., Георгиу, З. Б., Бодруг, А. И. (2012г). Хронический стресс, общебиологическая деградация и санокреатология. В сб.: *Механизмы функционирования висцеральных систем. VIII Всероссийская конференция с международным участием, посвященная 220-летию со дня рождения К. М. Бэра*. Санкт-Петербург, с. 247-248.

170. Фурдуй, Ф. И., Чокинэ, В. К., Фурдуй, В. Ф., Глижин, А. Г., Врабие, В. Г. (2020б). Состояние психического здоровья общества. Его формирование. Возможность влияния на его становления и поддержание. Психосанокреатология. В: *Материалы XV международного симпозиума «Фундаментальные и прикладные проблемы науки»*. Москва: РАН, 97-106 с.

171. Фурдуй, Ф. И., Чокинэ, В. К., Фурдуй, В. Ф., Глижин, А. Г., Врабие, В. Г., Вуду, С. Г. (2019). Научные основы структурирования ментального здоровья. В: *Научные труды VI Съезда физиологов СНГ, VI Съезда биохимиков России Конференции ADFLIM, 1-6 октября 2019, Россия, Сочи, 2019, Acta naturae. Спецвыпуск*. 1: 163.

172. Фурдуй, Ф. И., Чокинэ, В. К., Фурдуй, В. Ф., Глижин, А. Г., Врабие, В. Г., Шептицкий, В. А. (2016). Научные и практические основы санокреатологии. Т. 1. Проблема здоровья. Санокреатология. Потребность общества в ее развитии. Кишинэу: Типография АНМ, -228 с.

173. Фурдуй, Ф. И., Чокинэ, В. К., Фурдуй, В. Ф., Морару, А. Т., Лакуста, В. Н., Павалюк, П. П., Кошкодан, Д. П., Невоя, А. В., Бригидин, В. М. (2004). Частое чередование кратковременного чрезмерного стресса и относительного комфорта как фактор нарушения функций и преждевременной морфофизиологической деградации жизненно важных органов. Дизрегуляционная патология органов и систем. В сб.: *Материалы III Российского конгресса по патофизиологии*. Москва, с. 254.

174. Фурдуй, Ф. И., Чокинэ, В. К., Фурдуй, В. Ф., Глижин, А. Г., Врабие, В. Г., Шептицкий, В. А. (2018). *Трактат о научных и практических основах санокреатологии. Том. 2. Психическое здоровье. Психосанокреатология. Потребность общества в ее развитии*. Кишинэу: Tipografia AŞM, -360 p.

175. Чокинэ, В. К., Фурдуй, Ф. И., Вуду, С. Г., Врабие, В. Г., Фурдуй В. Ф. (2020). Психогенные нарушения, обусловленные пандемией COVID-19. *Buletinul AŞM. Ştiinţele vieţii*. 2(341): 47-53.

176. Экман Пол (2018). Психология эмоций. Я знаю, что ты чувствуешь. 334 с.

177. Эллис, Альберт, Драйден, Уинди (2002). Практика рационально-эмоциональной поведенческой терапии. / Пер. с англ./ 2-е издание. СПб.: Речь, -362 с.

СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие	4
Prefață	8
Preface	11
1. Психическое здоровье, его суть, распространенность психогенных нарушений. Потребность в изменении государственной политики в области здравоохранения ...	14
1.1. Распространенность психодиссано- и психопатогений	15
1.2. Еще раз о психическом здоровье	21
1.3. Условия, предопределяющие саногенность поведения, эмоций, коммуникации, интегративно-когнитивной и лично-смысловой деятельности	24
1.4. Психическое здоровье и образование	26
1.5. Возрастные периоды интенсивного развития психического здоровья, его диминуации и деградации	29
1.6. Настоятельная потребность изменения государственной политики в области здравоохранения	32
2. Эмоциональная обусловленность жизнедеятельности человека, психосано- и психодиссаногении	35
2.1. Жизненная потребность в самосохранении организма от часто встречающихся опасностей предопределила развитие специальных эмоционально-защитных реакций ..	35
2.2. Иные функции базовых защитных эмоций в жизнедеятельности организма	48
2.3. Генезис диссаногенных эмоций, их роль в нарушении состояния психического здоровья	51
2.4. Настроение – генератор и индикатор общего психофизиологического состояния организма	64
3. Аффективно-эмоционально-защитная реакция. Хроническое проявление базовых эмоций – триггеры развития психических расстройств, психогенной этиологии	70
3.1. Нервная регуляция аффективно-эмоционально-когнитивно-поведенческо-защитной реакции	70

3.2.	Аффективно-эмоциональная реакция возникла в эволюции как защитная реакция на оперативные опасности	75
3.3.	Рефлектирование в клинической картине и в исследовательских диагностических критериях психических расстройств психогенной этиологии, признаков аффективно-эмоциональных реакций и нарушений ЭКПЗ-системы	78
3.4.	Концепция развития психогенных нарушений, обусловленных относительно продолжительным действием психогенных факторов	81
4.	Особенность развития психосоматических расстройств эмоциональной этиологии	85
4.1.	Психодиссано- и психопатогенные расстройства с позиции научной концепции развития психогенных расстройств	85
4.2.	Диссаногенные признаки, сигнализирующие о возможном развитии психогенных расстройств при аффективно-эмоциональных реакциях и относительно хроническом действии психогенных факторов	97
5.	Пандемия COVID-19, как психогенный фактор.	
	Её влияние на психическое здоровье.	150
5.1.	Психогенные нарушения, спровоцированные пандемией коронавируса	150
5.2.	Психогенные нарушения при самоизоляции.....	152
5.3.	Психогенные и вегето-соматические нарушения у больных коронавирусом	159
5.4.	Концепция механизмов развития патологических расстройств соматогенного и психогенного стресса, при коронавирусной инфекции	163
5.5.	Концепция и меры по реабилитации функций органов и систем, вовлекаемых в развитие патологических процессов при коронавирусной инфекции	165
6.	Развитие воли – важнейшее условие для поддержания и превенции преждевременной деградации и коррекции психического здоровья	170

6.1.	Воля как психическая способность человека управлять своими действиями	171
6.2.	Основа волевых действий	172
6.3.	Волевые качества, их развитие – предваряющее условие поддержания психического здоровья	175
6.4.	Некоторые психические особенности и условия формирования волевых качеств	177
7.	Самопознание и самоосознание своего психического здоровья и предикторы преждевременной психической деградации – важная составляющая психического здоровья	182
7.1.	Самопознание и самоосознание – неотъемлемая составляющая алгоритма поддержания и коррекции психического здоровья	182
7.2.	Реперы, сигнализирующие об относительном состоянии саногенности психического здоровья	186
7.2.1.	<i>Потребности, мотивации, ощущения, сила воли, социальное взаимодействие, как реперы рефлектирующие психосаногению</i>	<i>187</i>
7.2.2.	<i>Реперы, относительно отражающие состояние внутренней среды организма</i>	<i>187</i>
7.2.3.	<i>Реперы, относительно рефлектирующие психосаногению за счет интегративно-когнитивной деятельности</i>	<i>188</i>
7.2.4.	<i>Реперы, относительно рефлектирующие психосаногению за счет поведения</i>	<i>188</i>
7.2.5.	<i>Реперы, относительно рефлектирующие психосаногению за счет эмоций</i>	<i>189</i>
7.2.6.	<i>Реперы, относительно рефлектирующие психосаногению за счет коммуникации</i>	<i>189</i>
7.2.7.	<i>Реперы, относительно рефлектирующие психосаногению за счет личностно-смысловой деятельности</i>	<i>189</i>
7.3.	Предикторы, отражающие возможное развитие психогенных нарушений	189

7.4.	Предикторы, сигнализирующие о начале деградации психического здоровья	191
7.4.1.	<i>Потребности и мотивации, рефлектирующие начало деградации психического здоровья</i>	191
7.4.2.	<i>Психогенное рефлектирование начала деградации психического здоровья за счет отражения внутренней среды организма</i>	191
7.4.3.	<i>Психогенное рефлектирование начала деградации психического здоровья за счет интегративно-когнитивной деятельности</i>	191
7.4.4.	<i>Психогенное рефлектирование начала деградации психического здоровья за счет поведения</i>	192
7.4.5.	<i>Психогенное рефлектирование начала деградации психического здоровья за счет эмоций</i>	192
7.4.6.	<i>Психогенное рефлектирование начала деградации психического здоровья за счет коммуникации</i>	193
7.4.7.	<i>Психогенное рефлектирование начала деградации психического здоровья за счет личностно-смысловой деятельности</i>	193
7.4.8.	<i>Психогенное рефлектирование начала деградации психического здоровья за счет нейрофизиологической деятельности</i>	194
8.	Пути, методы и способы поддержания психического здоровья, превенции и коррекции психогенных нарушений	196
8.1.	Концепция о поддержании психического здоровья и предупреждении психогенных расстройств	197
8.2.	Пути поддержания психического здоровья и превенции психогенных расстройств	198
8.3.	Принципы организации стратегии саногенной жизнедеятельности человека по поддержанию психического здоровья и превенции его психогенного нарушения	200
8.4.	Основные принципы и условия стратегии организации саногенной жизнедеятельности	201

8.5.	Личностные условия по поддержанию психического здоровья и превенции его психогенного нарушения	202
8.6.	Развитие воли – важнейшее условие для поддержания и превенции преждевременной деградации психического здоровья	203
8.7.	Формирование установки как основа готовности субъекта к направленному реагированию, поддержанию психического здоровья и превенции его расстройства ..	203
8.7.1.	<i>Формирование осознанной потребности мотивации поддержания психического здоровья</i>	204
8.8.	Полифакторная обусловленность, методы и способы поддержания психического здоровья и превенции психогенных нарушений. Два случая из собственной жизни коллектива Института физиологии и санокреатологии, которые показывают влияние решения губернаторов науки на психическое состояние коллектива ученых и исход развития науки.....	206
8.9.	Поддержание психического здоровья и превенция его психогенного нарушения за счет создания саногенных социальных взаимоотношений	212
8.9.1.	<i>Направленное формирование социальных взаимодействий, социального поведения, социальных действий в соответствии с существующими нормами</i>	214
8.9.2.	<i>Создание доброжелательного и взаимоуважительного социального отношения, атмосферы доверия в семье, на работе и других социальных группах</i>	214
8.10.	Об обеспечении политической и финансовой стабильности, безопасности и благосостояния населения страны	218
8.10.1.	<i>О создании здоровой социальной и экологической среды</i>	218
8.10.2.	<i>Избегание со стороны руководителей любого ранга неуважительного поведения к своим подчиненным и конфликтных ситуаций в коллективах и создание атмосферы взаимодоверия</i>	219

8.10.3.	<i>Избегание воздействий факторов и ситуаций, оцененных субъектами как опасные или препятствующие повседневной деятельности, могущих провоцировать интенсивные и продолжительные аффективно-эмоциональные реакции</i>	219
8.11	Направленное обучение и образование в плане превенции психических нарушений и поддержания уровня психического здоровья	220
8.11.1.	<i>Саногенное воспитание и формирование бережного отношения населения к своему здоровью</i>	220
8.11.2.	<i>Формирование общественного сознания о приоритетности здоровья</i>	222
8.11.3.	<i>Совершенствование знаний о причинах, условиях и механизмах действия факторов, нарушающих психическое здоровье</i>	223
8.11.4.	<i>Формирование креативного мышления, как необходимый фактор поддержания психического здоровья и превенции его нарушения</i>	225
8.12.	Превенция психических нарушений и поддержание психического здоровья за счет управления эмоциями ...	226
8.13.	Превенция психогенных нарушений и поддержка уровня психического здоровья за счет адаптации к специфическим условиям жизнедеятельности	227
8.14.	Формирование саногенного образа жизни	229
8.15.	Внушение. Самовнушение.	230
8.16.	Произвольная регуляция дыхания	231
8.17.	Медитация	233
8.18.	Аутогенная тренировка	234
8.19.	Нервно-мышечная релаксация	235
8.20.	Йога	237
8.21.	Психотерапевтические методы коррекции психогенных нарушений	240
8.21.1	<i>Кратко о методах и способах, используемых в практике</i>	240

8.21.2 Когнитивная психотерапия	243
8.22. Поведенческая психотерапия	246
8.23. Рационально-эмоционально-поведенческая терапия ..	249
8.24. Краткосрочная терапия, фокусированная на решение	252
8.25. Позитивная психотерапия	257
8.26. Психотерапия через стратегию сознательной адаптации (стратегия <i>coping</i>)	260
8.27. Мультиmodalная терапия Арнольда Лазаруса	261
8.28. Интерперсональная психотерапия	263
8.29. Клиент-центрированная психотерапия	265
8.30. Психодрама	266
8.31. Система психологической защиты	268
8.32. Классический метод психоанализа	270
8.33. Психодинамическая психотерапия	271
8.34. Экзистенциальная терапия	272
ВМЕСТО ЭПИЛОГА	277
INSTEAD OF AN EPILOGUE	290
ÎN LOC DE EPILOG	302
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ	313
БИБЛИОГРАФИЯ	314

CUPRINS

Предисловие	4
Prefață	8
Preface	11
1. Sănătatea mintală. Esența acesteia, răspândirea tulburărilor psihogene. Necesitatea de modificare a politicii de stat în domeniul sănătății	14
1.1. Răspândirea psihodissano- și psihopatogeniilor	15
1.2. Încă o dată despre sănătatea mintală	21
1.3. Condițiile care predetermină sanogenitatea comportamentului, a emoțiilor, comunicării, activității integrativ-cognitive și personal-semantică	24
1.4. Sănătatea mintală și educația	26
1.5. Perioadele de vârstă de dezvoltare intensă a sănătății mintale, de diminuare și degradare a acesteia	29
1.6. Necesitatea imperativă de modificare a politicii de stat în domeniul sănătății	32
2. Condiționarea emoțională a activității vitale umane, a psihosano- și psihodissanogeniile	35
2.1. Nevoia vitală de autoconservare a organismului împotriva unor pericole întâlnite frecvent a determinat dezvoltarea unor reacții emoționale de apărare	35
2.2. Alte funcții ale emoțiilor de apărare de bază în activitatea vitală a organismului	48
2.3. Geneza emoțiilor disanogene, rolul acestora în dereglarea stării de sănătate mintală	51
2.4. Dispoziția – generatorul și indicatorul stării psihofiziologice generale a organismului	64
3. Reacția de apărare emoțional-afectivă. Manifestarea cronică a emoțiilor de bază – trigger-ii dezvoltării tulburărilor mintale de etiologie psihogenă	70
3.1. Reglarea nervoasă a reacției de apărare emoțional-afectiv-cognitiv-comportamentale	70

3.2.	Reacția emoțional-afectivă a apărut în cadrul evoluției ca o reacție de apărare la pericole operative	75
3.3.	Reflectarea în tabloul clinic și în criteriile de cercetare diagnosticale ale tulburărilor mintale de etiologie psihogenă a semnelor de reacții emoțional-afective și a tulburărilor sistemului ECCA	78
3.4.	Conceptul de dezvoltare a tulburărilor psihogene condiționate de acțiunile relative ale factorilor psihogeni .	81
4.	Particularitățile de dezvoltare a tulburărilor psihosomatice de etiologie emoțională	85
4.1.	Tulburările psihodisano- și psihopatogene din perspectiva conceptului științific de dezvoltare a tulburărilor psihogene	85
4.2.	Indicatorii disanogeni care semnaleză o eventuală dezvoltare a tulburărilor psihogene în reacțiile emoțional-afective și referitor la evoluția cronică a factorilor psihogeni	97
5.	Pandemia COVID-19 ca factor psihogen. Impactul acesteia asupra sănătății mintale	150
5.1.	Tulburările psihogene provocate de pandemia de coronavirus	150
5.2.	Tulburările psihogene în condiții de utoizolare.....	152
5.3.	Tulburările psihogene și vegetativ-somatice șa bolnavii de coronavirus	159
5.4.	Conceptul privind mecanismele de dezvoltare a tulburărilor patologice, a stresului somatogen și psihogen în infecția cu coronavirus	163
5.5.	Conceptul și măsurile de reabilitare a funcțiilor organelor și sistemelor, antrenate în dezvoltarea proceselor patologice în infecția cu coronavirus	165
6.	Dezvoltarea voinței – o condiție majoră a menținerii și prevenției degradării premature și corecției sănătății mintale	170
6.1.	Voința ca o capacitate a omului de a-și dirija acțiunile	171
6.2.	Baza acțiunilor volitive	172
6.3.	Calitățile volitive, dezvoltarea acestora – o precondiție de menținere a sănătății mintale	175

6.4. Unele particularități psihice și condiții de formare a calităților volitive	177
7. Autocunoașterea și autoconștientizarea sănătății mintale proprii și predictorii degradării psihice premature - o componentă importantă a sănătății mintale	182
7.1. Autocunoașterea și autoconștientizarea – o componentă indispensabilă a algoritmului de menținere și corecție a sănătății mintale	182
7.2. Reperele care semnalează o stare relativă a sanogenității sănătății mintale	186
7.2.1. <i>Neșesitățile, motivațiile, senzațiile, puterea de voință, interacțiunea socială ca repere care reflectă psihosanogenitatea</i>	<i>187</i>
7.2.2. <i>Reperele care reflectă relativ starea sanogenă a mediului intern al organismului</i>	<i>187</i>
7.2.3. <i>Reperele care reflectă relativ psihosanogenitatea datorită activității integrativ-cognitive</i>	<i>188</i>
7.2.4. <i>Reperele care reflectă relativ psihosanogenitatea datorită comportamentului</i>	<i>188</i>
7.2.5. <i>Reperele care reflectă relativ psihosanogenitatea datorită emoțiilor</i>	<i>189</i>
7.2.6. <i>Reperele care reflectă relativ psihosanogenitatea datorită comunicării</i>	<i>189</i>
7.2.7. <i>Reperele care reflectă relativ psihosanogenitatea datorită activității personal-semantice</i>	<i>189</i>
7.3. Predictorii care reflectă o eventuală dezvoltare a tulburărilor psihogene.	189
7.4. Predictorii care semnalează un debut al degradării sănătății mintale	191
7.4.1. <i>Nevoile și motivațiile care reflectă un debut al degradării sănătății mintale</i>	<i>191</i>
7.4.2. <i>Reflectarea psihogenă a debutului degradării sănătății mintale datorită reflectării mediului intern al organismului</i>	<i>191</i>

7.4.3.	<i>Reflectarea psihogenă a debutului degradării sănătății mintale datorită activității integrativ-cognitive</i>	191
7.4.4.	<i>Reflectarea psihogenă a debutului degradării sănătății mintale datorită comportamentului</i>	192
7.4.5.	<i>Reflectarea psihogenă a debutului degradării sănătății mintale datorită emoțiilor</i>	192
7.4.6.	<i>Reflectarea psihogenă a debutului degradării sănătății mintale datorită comunicării.....</i>	193
7.4.7.	<i>Reflectarea psihogenă a debutului degradării sănătății mintale datorită activității personal-semantice</i>	193
7.4.8.	<i>Reflectarea psihogenă a debutului degradării sănătății mintale datorită activității neurofiziologice</i>	194
8.	Căile, metodele și modalitățile de menținere a sănătății mintale, de prevenție și corecție a tulburărilor psihogene	196
8.1.	Conceptul de menținere a sănătății mintale și prevenție a tulburărilor mintale	197
8.2.	Căile de menținere a sănătății mintale și de prevenție a tulburărilor mintale	198
8.3.	Principiile de organizare a strategiei activității vitale umane sanogene pentru menținerea sănătății mintale și prevenția tulburărilor mintale	200
8.4.	Principiile și condițiile de bază ale strategiei de organizare a activității vitale sanogene	201
8.5.	Condițiile personale de menținere a sănătății mintale și prevenția tulburării psihogene a acesteia	202
8.6.	Dezvoltarea voinței – condiție importantă pentru menținerea sănătății mintale și prevenirea degradării acesteia	203
8.7.	Formarea atitudinii ca bază a disponibilității subiectului de a reacționa orientat, de a menține sănătatea mintală și de a preveni tulburările acesteia	203
8.7.1.	<i>Formarea necesității conștientizate și a motivației pentru menținerea a sănătății mintale</i>	<i>204</i>

8.8.	Condiționarea polifactorială, metodele și procedeele de menținere a sănătății mintale și de prevenție a tulburărilor psihogene. Două cazuri din activitatea colectivului Institutului de Fiziologie și Sanocreatologie, care demonstrează rolul de decizie al guvernatorilor științei asupra stării mintale a colectivului de savanți și impactul asupra dezvoltării științei.....	206
8.9.	Menținerea sănătății mintale și prevenția tulburărilor psihogene ale acesteia datorită creării unor interrelațiilor sociale sanogene	212
	8.9.1. <i>Formarea dirijată a interrelațiilor sociale reciproce, a comportamentului social, a acțiunilor sociale în conformitate cu normele existente</i>	214
	8.9.2. <i>Crearea unor interrelații sociale prietenoase, de respect reciproc, a atmosferei de încredere în familie, la serviciu și în alte grupuri sociale</i>	214
8.10.	Despre asigurarea stabilității politice și financiare, a securității și bunăstării populației țării	218
	8.10.1. <i>Despre crearea unui mediu social și ecologic sănătos</i>	218
	8.10.2. <i>Evitarea de către conducătorii de orice rang a comportamentului nerespectuos față de subalternii acestora și a situațiilor de conflict în colective, și crearea atmosferei de încredere reciprocă</i>	219
	8.10.3. <i>Evitarea impactului factorilor și situațiilor, apreciate de subiect ca periculoase sau care împiedică activitatea cotidiană, care pot să provoace reacții emoțional-afective intense și de lungă durată</i>	219
8.11	Instruirea și educația dirijată în scopul prevenției tulburărilor psihice și menținerea nivelului de sănătate mintală ...	220
	8.11.1. <i>Educația sanogenă și formarea atitudinii grijului a populației față de propria sănătate</i>	220
	8.11.2. <i>Formarea conștiinței publice privind caracterul prioritar al sănătății</i>	222
	8.11.3. <i>Perfecționarea cunoștințelor despre cauzele, condițiile și mecanismele de acțiune, factorii care dereglează sănătatea mintală</i>	223

8.11.4. Formarea gândirii creative ca factor necesar de menținere a sănătății mintale și prevenție a tulburării acesteia	225
8.12. Prevenția tulburărilor mintale și menținerea sănătății mintale datorită dirijării emoțiilor	226
8.13. Prevenția tulburărilor mintale și menținerea nivelului de sănătate mintală datorită adaptării la condițiile specifice de activitate vitală	227
8.14. Formarea modului de viață sanogen.....	229
8.15. Sugestia. Autosugestia	230
8.16. Reglarea arbitrară a respirației	231
8.17. Meditația	233
8.18. Antrenamentul autogen	234
8.19. Relaxarea neuromusculară	235
8.20. Yoga	237
8.21. Metodele psihoterapeutice de corecție a tulburărilor mintale	240
8.21.1 Succint despre metodele și procedeele utilizate în practică	240
8.21.2 Psihoterapia cognitivă	243
8.22. Psihoterapia comportamentală	246
8.23. Terapia rațional-emoțional-comportamentală	249
8.24. Terapia de scurtă durată, focalizată pe rezolvare	252
8.25. Psihoterapia pozitivă	257
8.26. Psihoterapia prin strategia de adaptare conștientă (strategia <i>coping</i>)	260
8.27. Terapia multimodală a lui Arnold Lazarus	261
8.28. Psihoterapia interpersonală	263
8.29. Psihoterapia centrată pe client	265
8.30. Psihodrama	266
8.31. Sistemul de apărare psihologică	268
8.32. Metoda psihoanalizei clasice	270

8.33. Psihoterapia psihodinamică	271
8.34. Terapia existențială	272
ВМЕСТО ЭПИЛОГА	277
INSTEAD OF AN EPILOGUE	290
ÎN LOC DE EPILOG	302
LISTĂ DE ABREVIERI	313
BIBLIOGRAFIE	314

CONTENTS

Предисловие	4
Prefață	8
Preface	11
1. Mental health, its essence, the incidence of psychogenic disorders. The need for a change in public health policy	14
1.1. The incidence of psychodissano- and Psychopathogenies ..	15
1.2. Mental health again	21
1.3. Conditions that predetermine the sanogenicity of behavior, emotions, communication, integrative-cognitive and personal-semantic activity	24
1.4. Mental health and education	26
1.5. Age periods of intensive development of mental health, its diminution and degradation	29
1.6. The urgent need for a change in public health policy	32
2. Emotional conditionality of human life activity, psychosano - and psychodissanogenies	35
2.1. The vital need for self-preservation of the organism from frequently encountered dangers predetermined the development of special emotional-protective reactions	35
2.2. Other functions of basic protective emotions in the organism's life activity.....	48
2.3. Genesis of dissanogenic emotions, their role in impaired mental health	51
2.4. Mood is a generator and indicator of the general psychophysiological state of the organism	64
3. Affective-emotional-protective reaction. Chronic manifestation of basic emotions is a trigger for the development of mental disorders of psychogenic etiology	70
3.1. Nervous regulation of affective-emotional-cognitive-behavioral-protective reaction	70
3.2. The affective-emotional reaction arose in evolution as a defensive reaction to operational dangers	75

3.3.	Reflection in the clinical picture and research diagnostic criteria for mental disorders of psychogenic etiology, signs of affective-emotional reactions and disorders of the emotional system	78
3.4.	The concept of the development of psychogenic disorders due to the relatively long-term action of psychogenic factors	81
4.	Feature of the development of psychosomatic disorders of emotional etiology	85
4.1.	Psychodissano- and psychopathogenic disorders from the standpoint of the scientific concept of the development of psychogenic disorders	85
4.2.	Dissanogenic signs signaling the possible development of psychogenic disorders by affective-emotional reactions and relatively chronic action of psychogenic factors	97
5.	The COVID-19 pandemic as a psychogenic factor.	
	Its influence on mental health	150
5.1.	Psychogenic disorders triggered by the coronavirus pandemic	150
5.2.	Psychogenic disorders by self-isolation.....	152
5.3.	Psychogenic and vegetative-somatic disorders in patients with the coronavirus	159
5.4.	Concept on the mechanisms of development of pathological disorders in coronavirus infection	163
5.5.	Concept and measures for the rehabilitation of the functions of organs and systems involved in the development of pathological processes in coronavirus infection	165
6.	Will development is the most important condition for maintenance and prevention of premature degradation of mental health	170
6.1.	Will as the human mental ability to regulate their actions	171
6.2.	The basis of volitional actions.....	172
6.3.	Volitional qualities, their development - a preliminary condition for maintaining mental health	175
6.4.	Some mental characteristics and conditions for the formation of volitional qualities	177

7. Self-knowledge and awareness of their own mental health and predictors of premature mental degradation - an important component of mental health	182
7.1. Self-knowledge and self-awareness are an integral part of the algorithm for maintaining and correcting mental health	182
7.2. Benchmarks signaling the relative state of mental health sanogenicity	186
7.2.1. <i>Needs, motivations, sensations, willpower, social interaction as benchmarks reflecting psychosanogeny</i>	<i>187</i>
7.2.2. <i>Benchmarks relatively reflecting the state of the internal environment of the body</i>	<i>187</i>
7.2.3. <i>Benchmarks relatively reflecting psychosanogeny due to integrative-cognitive activity</i>	<i>188</i>
7.2.4. <i>Benchmarks relatively reflecting psychosanogeny due to behavior</i>	<i>188</i>
7.2.5. <i>Benchmarks relatively reflecting psychosanogeny due to emotions</i>	<i>189</i>
7.2.6. <i>Benchmarks relatively reflecting psychosanogeny due to communication</i>	<i>189</i>
7.2.7. <i>Benchmarks relatively reflecting psychosanogeny due to personal-semantic activity</i>	<i>189</i>
7.3. Predictors reflecting the possible development of psychogenic disorders	189
7.4. Predictors signaling the onset of mental health degradation	191
7.4.1. <i>Needs and motivations reflecting the onset of mental health degradation</i>	<i>191</i>
7.4.2. <i>Psychogenic reflection of the onset of mental health degradation due to the reflection of the internal environment of the body</i>	<i>191</i>
7.4.3. <i>Psychogenic reflection of the onset of mental health degradation due to integrative-cognitive activity</i>	<i>191</i>
7.4.4. <i>Psychogenic reflection of the onset of mental health degradation due to behavior</i>	<i>192</i>

7.4.5.	<i>Psychogenic reflection of the onset of mental health degradation due to emotions</i>	192
7.4.6.	<i>Psychogenic reflection of the onset of mental health degradation due to communication</i>	193
7.4.7.	<i>Psychogenic reflection of the onset of mental health degradation due to personal-semantic activity</i>	193
7.4.8.	<i>Psychogenic reflection of the onset of mental health degradation due to neurophysiological activity</i>	194
8.	Ways, methods and procedures of maintenance of mental health, prevention and correction of psychogenic disorders	196
8.1.	Concept for maintaining mental health and preventing psychogenic disorders	197
8.2.	Ways to maintain mental health and prevent psychogenic disorders	198
8.3.	The principles of organizing the strategy of a person's sanogenic life activity to maintain mental health and prevent their psychogenic disorder	200
8.4.	Basic principles and conditions of the strategy of organizing sanogenic life activity	201
8.5.	Personal conditions for maintaining mental health and preventing its psychogenic disorder	202
8.6.	The development of will is the most important condition for maintaining and preventing premature degradation of mental health	203
8.7.	Formation of an attitude as the basis of the subject's readiness for a targeted response, for maintaining mental health and preventing its disorder	203
8.7.1.	<i>Formation of a conscious need and motivation for maintaining mental health</i>	<i>204</i>
8.8.	Multifactorial conditioning, methods and ways of maintaining mental health and preventing psychogenic disorders. Two cases from the own life of the team of the Institute of Physiology and Sanocreatology	206
8.9.	Maintaining mental health and preventing its psychogenic disorder by creating sanogenic social relationships	212

8.9.1.	<i>Directed formation of social interactions, social behavior, social actions in accordance with existing norms</i>	214
8.9.2.	<i>Creation of a benevolent and mutually respectful social relationship, an atmosphere of trust in the family, at work and in other social groups</i>	214
8.10.	On ensuring political and financial stability, security and well-being of the country's population	218
8.10.1.	<i>About creating a healthy social and ecological environment</i>	218
8.10.2.	<i>Avoidance by managers of any rank of disrespectful behavior regarding their subordinates and conflict situations in teams and creation of an atmosphere of mutual trust</i>	219
8.10.3.	<i>Avoiding the actions of factors and situations assessed by the subjects as dangerous or hindering in daily activities, able to provoke intense and prolonged affective-emotional reactions</i>	219
8.11	Directed learning and education for the prevention of mental disorders and the maintenance of the mental health level	220
8.11.1.	<i>Sanogenic upbringing and formation of a careful attitude of the population to their health</i>	220
8.11.2.	<i>Formation of public consciousness about the priority of health</i>	222
8.11.3.	<i>Improving knowledge about the causes, conditions and mechanisms of action of factors that impair mental health</i>	223
8.11.4.	<i>Formation of creative thinking as a necessary factor in maintaining mental health and preventing its disorder</i>	225
8.12.	Prevention of mental disorders and maintenance of mental health by managing emotions	226
8.13.	Prevention of psychogenic disorders and maintenance of the level of mental health through adaptation to specific conditions of life activity	227
8.14.	Formation of a sanogenic lifestyle	229

8.15. Suggestion. Self-suggestion	230
8.16. Voluntary regulation of breathing	231
8.17. Meditation	233
8.18. Autogenic training	234
8.19. Neuromuscular relaxation	235
8.20. Yoga	237
8.21. Psychotherapeutic methods for the correction of psychogenic disorders	240
8.21.1 <i>Briefly about the methods and procedures used in practice</i>	240
8.21.2 <i>Cognitive psychotherapy</i>	243
8.22. Behavioral psychotherapy	246
8.23. Rational-emotional-behavioral therapy.....	249
8.24. Solution-focused short-term therapy	252
8.25. Positive psychotherapy	257
8.26. Psychotherapy through a strategy of conscious adaptation (<i>coping</i> strategy)	260
8.27. Arnold Lazarus multimodal therapy	261
8.28. Interpersonal psychotherapy	263
8.29. Client-centered psychotherapy	265
8.30. Psychodrama	266
8.31. Psychological defense system	268
8.32. The classical method of psychoanalysis	270
8.33. Psychodynamic psychotherapy	271
8.34. Existential therapy	272
ВМЕСТО ЭПИЛОГА	277
INSTEAD OF AN EPILOGUE	290
ÎN LOC DE EPILOG	302
LIST OF ABBREVIATIONS	313
BIBLIOGRAPHY	314

Format 60x90/16
Coli de tipar: 21,5
Tiraj: 130 ex.

Tipografia „Capașina Print” SRL
str. Columna, 170
Chișinău, Republica Moldova