

УДК 614.2:616.89

СЛУЖБА МЕНТАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ

© 2014 г. П. И. Сидоров

Северный государственный медицинский университет, г. Архангельск

В статье рассмотрены последствия кризиса описательной психиатрии и обоснованы экономически эффективные стратегии развития служб ментального здоровья. Выделены принципы организации и функции; синергетическая медико-психосоциодуховная методология функционального диагноза и повышения качества многомерной адаптации; индивидуальные превентивно-коррекционные и лечебно-реабилитационные программы и маршруты, междисциплинарные протоколы и ранние вмешательства; подходы к улучшению качества, уровня и стиля жизни за счет системной интеграции ее здорового образа и нравственного смысла; особенности организации мультидисциплинарных бригад в ментальной педиатрии.

Ключевые слова: служба ментального здоровья, ментальная медицина, ментальная превентология, ментальная педиатрия, мультидисциплинарная бригада, медико-психосоциодуховная методология, синергетический функциональный диагноз

Глобальный и системный кризис обнаружил избыточную затратность и системную неэффективность инерционных ведомственных и нозоцентрических моделей защиты общественного здоровья, их неспособность противостоять масштабным деструктивным социальным эпидемиям, деморализации и деградации общественного сознания.

Целью статьи является концептуально-методологическое обоснование принципов организации и функций служб ментального здоровья (СМЗ); синергетической медико-психосоциодуховной методологии построения функционального диагноза и повышения качества многомерной адаптации; выделение особенностей формирования мультидисциплинарных бригад и команд, программ и маршрутов, протоколов и ранних вмешательств.

Материалы статьи основаны на практическом опыте реализации пилотных проектов СМЗ и мультидисциплинарных бригад в Северном государственном медицинском университете (СГМУ) с 2000 г. и Архангельской областной детской клинической больнице (ОДКБ) с 2013 г., деятельности Института ментальной медицины с 2009 г. и общественного факультета ментального здоровья СГМУ с 2011 г., детской психиатрической службы с 2000 г. и центра психолого-педагогической реабилитации и коррекции с 2000 г., реализации серии междисциплинарных проектов в области ментального здоровья стран Баренц-региона («Открытый диалог», «Ментальная превентология» и др.).

От редукционизма описательной психиатрии к синергетической интегративности ментальной медицины

Современная описательная психиатрия за два века своего существования эволюционировала в феноменологическую (иллюзорно-компенсаторный эвфемизм), сохранив приверженность субъективным умозаключениям при реальном дефиците объективных маркеров.

Первый кризис доверия к описательной психиатрии был в начале 1970-х гг. Его вызвали публикации исследований, показавших неточность психиатрического диагноза и сомнительность лечения. Так, в работе R. E. Kendell et al. [40] было показано, что британские и американские психиатры при просмотре видеозаписей одного и того же пациента пришли к противоположным диагностическим заключениям. В другом исследовании D. L. Rosenban [43] студенты продолжали содержаться в психиатрических отделениях только на основании заявлений, что слышат голоса, хотя их поведение было нормальным с первого дня поступления в больницу. Это вызвало большую дискуссию о надежности диагностики и специфичности лечения в психиатрии, приведя к существенному обновлению DSM и МКБ.

Второй кризис доверия к описательной психиатрии происходит сейчас, в связи с выходом DSM-5, существенно расширившей диагностические

границы ряда психических расстройств («диагностической инфляции»). Самыми большими проблемами стали удаление критерия тяжелой утраты для большой депрессии, добавление очень расплывчатого «расстройства соматических симптомов», снижение порога для детского синдрома дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) и посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), введение понятия о поведенческих зависимостях, добавление «легкого нейрочувствительного расстройства» и «расстройства компульсивного переедания». Эластичные границы психиатрии существенно расширились, поскольку отсутствует четкая линия разграничения здорового беспокойства и легкого психиатрического расстройства. В подготовке классификации DSM-5 была проигнорирована петиция о независимом научном анализе с использованием методов доказательной медицины, поддержанная 50 ассоциациями сферы ментального здоровья [30].

Ирония истории состоит в том, что любые попытки смены парадигмы, пытающиеся заменить или дополнить описательную психиатрию иным подходом к этиопатогенезу психических расстройств, пока не воспринимаются. Снова и снова декларируется необходимость вынужденного использования методов исключительно описательной психиатрии для постановки надежного и правильного диагноза, назначения эффективного и безопасного лечения. При этом видение перспектив развития фокусируется на завершении подготовки МКБ-11 и новых надежд на переоценку психиатрической диагностики. Всё это так напоминает хождение по кругу вместо классики развития научной методологии по спирали.

В этом контексте нельзя не согласиться с В. А. Энгельгардтом [32], говорившим, что поистине страшным явлением для наук о человеке стал редукционизм, не идущий дальше описательного анализа человеческой индивидуальности. Редукционизм предполагает, что закономерности одного уровня индивидуальности распространяются на закономерности другого, отождествляются с ним и тем самым теряют свою специфическую сущность [17]. По существу, редукционизм «снизу» и «сверху» методически обеспечивает «диагностическую инфляцию», утверждая аддитивную стратегию исследования индивидуальности клиента и клинической картины заболевания пациента.

Противовесом редукционизму является **интегрализм как системная модель познания, позволяющая объединять части в целое, дающее образование нового качества** [4]. Именно поэтому мультидисциплинарная и интегральная синергетическая биопсихосоциодуховная методология ментальной медицины представляется продуктивной широкой альтернативой узкому описательному редукционизму феноменологической психиатрии. Сама ментальная медицина продолжает ряд ранее созданных интегральных наук о человеке: человекознание Б. Г. Ананьева [2], интегративная антропология Б. А. Никитюка [20],

человековедение В. С. Мерлина [18], интегративная психотерапия А. Л. Каткова [13] и т. д.

У истоков принципа интегратизма психоневрологии стоял В. М. Бехтерев [6], писавший в своём главном научном труде «Общие основы рефлексологии человека»: «Мир строится в форме замкнутых систем, представляя собой особые индивидуальности. Каждая индивидуальность может быть различной сложности, но она представляет всегда определённую гармонию частей и обладает своей формой и своей относительной устойчивостью системы» [6]. Тесная взаимосвязь концептуально-методологического и научно-практического миропонимания проявлялась у В. М. Бехтерева в целостной холистической позиции по диагностике и лечению психических расстройств.

В трактовке С. Л. Рубинштейна [23] целостная индивидуальность наполнялась разноуровневыми свойствами, представляющими собой интеграцию биологического и социального. Междисциплинарный подход Б. Г. Ананьева [2] к целостности человеческого развития включал интегральные комплексы свойств человека как вида, индивида, личности и человечества. В. С. Мерлин [18], опираясь на системный принцип значности (математическое понятие, лежащее в основе различения «горизонтальных» взаимоднозначных и «вертикальных» многозначных зависимостей) в теории интегральной индивидуальности, выделил подсистемы макросистемы «человек — общество», являющейся ныне одним из предметов ментальной экологии:

1. Подсистема организма: *биохимические, общесоматические и нейродинамические закономерности*.
2. Подсистема индивида: *психодинамические свойства и их взаимосвязи*.
3. Подсистема свойств личности и их взаимосвязи.
4. Подсистема социально-психологических свойств и их взаимосвязи.
5. Подсистема свойств социально-исторической общности и их взаимосвязи.

Совокупность перечисленных подсистем образовала интегральную индивидуальность, определяемую единством линейных и нелинейных зависимостей. У каждого иерархического уровня были выделены специфические функциональные инварианты (ФИ), как линейные, так и нелинейные, собственный пакет закономерностей, позволяющий отстаивать свою автономность и относительную независимость. Принцип значности не только препятствует сводимости закономерностей одной подсистемы к другим подсистемам, но и позволяет выделить неизвестные ранее уровни. Этот принцип приобретает особое значение для клинической психиатрии, помогая противостоять «диагностической инфляции». По существу, В. С. Мерлин вплотную подошёл к фрактальной (ФИ) динамике развития диссипативных структур (подсистем, систем, макросистем) в синергетике.

В исследованиях психодинамического и личностного уровней интегральной индивидуальности В. В. Бе-

лоус, И. В. Боязитова [5], говоря синергетическим языком, обнаружили фрактальные особенности ФИ, обосновали аподиктические (необходимо истинные) связи моделей поведения, выделили инвариант нелинейного типа, описали многомерность диссипативной самоуправляемой и самоорганизующейся системы личности, показали бесконечность изменений отдельных переменных объекта при конечности вариантов взаимоотношений этих переменных, предложили надтиповую структуру индивидуальности. Можно сказать, что функциональный инвариант как фрактал уже вошёл в арсенал базовых понятий дифференциальной психологии, *становясь матрицей симптомообразования в психологической диагностике ментальной медицины.*

От мифологизации психиатрии к развитию служб ментального здоровья

Современная описательная психиатрия пребывает в беспрецедентном кризисе доверия, связанном с широкой распродажей психиатрических диагнозов под давлением маркетинговых ресурсов фармкомпаний, убедивших врачей и потенциальных пациентов, что обычные жизненные проблемы являются психическими расстройствами, вызванными химическим дисбалансом, который легко поддается лечению дорогостоящей пилюлей [30]. Так, за последние 20 лет в 3 раза увеличилась частота СДВГ; удвоилась частота биполярного расстройства, в 40 раз увеличилась частота диагностирования этого расстройства у детей; более чем в 20 раз возросла частота расстройств аутистического спектра [35]. В США распространенность психических расстройств в год составляет 20–25 %, на протяжении жизни — 50 % [41], не сильно отстаёт от этих цифр и Европа [39]. В американском проспективном исследовании на подростках совокупная частота психических расстройств к 21 году составила 83 % [37].

В то же время лишь около 5 % всего населения имеют тяжелое психическое расстройство, а 15–20 % потребителей психотропных препаратов обнаруживают «обычные переживания повседневной жизни». Именно они приносят львиную долю доходов фарминдустрии США: 18 млрд долларов в год приходится на антидепрессанты и 8 млрд долларов на препараты для лечения СДВГ. При этом 80 % психотропных препаратов выписывается врачами первичной медицинской сети [42]. Неслучайно количество передозировок и смертельных исходов в результате употребления психотропных препаратов, назначенных врачом, превышает эти показатели для «уличных» наркотиков. В то же время только треть пациентов с тяжелой депрессией в США получают какую-либо помощь [30]. По существу, речь идёт о запущенной фарминдустрией социальной эпидемии индуцированной деформации профессионального сознания врачебного сообщества, которое очень не бескорыстно биологически разрушает как минимум общественное сознание современной цивилизации.

По данным Европейского Совета по проблемам

головного мозга, треть всей патологии современной цивилизации составляют болезни мозга, которые к 2030 г. грозят опередить сердечно-сосудистые заболевания и онкологию. В России, население которой перенесло тяжелейший постсоветский психосоциальный стресс [12], сегодня насчитывается 27 млн психически больных и порядка 10 млн жертв природных и техногенных катастроф, войн, локальных вооруженных конфликтов, терактов, криминальных нападений, изнасилований, похищений, захвата заложников и т. п. У большинства этих людей обнаруживаются ПТСР, реактивные состояния, неврозы, депрессии [19]. Практически треть населения страны нуждается в профессиональной помощи врачей-психиатров, которых в российской системе здравоохранения осталось 11 117 физических лиц (2011 г.). Вместе с психотерапевтами, сексологами и судебными экспертами они занимают 21 577 должностных вакансий. На одного психиатра приходится 37–38 тыс. реальных и потенциальных пациентов [9]. В рамках перманентной кампании совершенствования психиатрической помощи населению происходит сокращение не только числа врачей-психиатров, но и коечного фонда психиатрических больниц без адекватного их замещения специализированной амбулаторной помощью [3].

Удельный вес стационарного звена психиатрической службы в России составляет почти 90 %, тогда как в здравоохранении — 67,9 %. Оптимальный с точки зрения структурной эффективности отрасли, по мнению Минздрава РФ, считалась его доля на уровне 40–45 % [7]. Распоряжением Правительства РФ (№ 2599-р от 28.12.12) этот индикатор, свидетельствующий об эффективности здравоохранения, несколько скорректирован и закреплён в «дорожной карте» на уровне 60,3 % в 2013 г. и 50,3 % к 2018 г.

Показательно, что на протяжении десятилетий, несмотря на проводимые реформы по оптимизации коечного фонда, эта цифра в психиатрии остаётся без изменений и свидетельствует всего лишь о «низкой структурной эффективности службы» [31]. Если называть вещи своими именами, дальнейшие ожидания «самореформирования отрасли» становятся угрозой для национальной безопасности на фоне галопирующего роста деструктивных социальных эпидемий от алкоголизма и наркоманий до экстремизма и терроризма.

Совокупное бремя психических расстройств, пересчитанное на население США, составило в 2005 г. 817,2 млрд долларов, или 7,2 % ВВП [33]. Компонентами бремени расходов являются медицинские и экономические затраты, потери качества жизни и косвенные издержки.

Оценки бремени психических расстройств в России оказались в 2–4 раза ниже, чем в США, что связано с различиями в структуре затрат служб психического здоровья и отсутствием корректной статистики [8, 15].

К сожалению, за последние 20 лет самым устойчивым парадигмальным явлением психиатрии явилась её мифологизация [34], тормозящая развитие мультидисциплинарных подходов в реабилитации и

инновационных технологий в сфере ментального здоровья. Выделены следующие психиатрические мифы:

1. Большинство лиц с психическими расстройствами успешно реабилитируются.

2. Повышение мотивации пациента к медикаментозному лечению значительно улучшает результаты реабилитации.

3. Традиционные методы лечения, применяемые в стационарах, такие как психотерапия, групповая терапия, медикаментозная терапия, положительно влияют на эффект реабилитации.

4. Новые методы стационарного лечения, такие как терапия средой, терапия поощрением («талонная экономика») и терапия отношением, позитивно влияют на результаты реабилитации.

5. Трудотерапия в психиатрических стационарах позитивно влияет на трудовые возможности пациентов.

6. Курс амбулаторного лечения по месту жительства позволяет достичь лучшего реабилитационного эффекта, чем курс стационарного лечения.

7. Амбулаторные психиатрические учреждения по месту жительства пользуются большей популярностью среди психически больных лиц, чем стационарные.

8. Более важно, где лечится пациент, чем как он лечится.

9. Эффект реабилитации находится в высокой степени корреляции с характером симптомов психических расстройств.

10. Нозологический диагноз дает важную информацию о прогнозе реабилитационных мероприятий.

11. Умения и навыки пациента в значительной степени зависят от симптоматики его болезни.

12. Способность пациента функционировать в окружении одного типа (например, в стационаре) позволяет предвидеть его функционирование в окружении другого типа (например, на работе).

13. Результат реабилитации может быть точно предсказан специалистом.

14. Результат реабилитации конкретного пациента зависит от квалификации проводящих её специалистов сферы психического здоровья.

15. Прогноз реабилитации находится в положительной корреляции со стоимостью вмешательства.

Среди основных факторов, обуславливающих мифологизацию психиатрии, выделяют [29] следующие:

1. Недостоверность информации.

2. Нарушение этических норм больными.

3. Мифопоэтическое мышление.

4. Защитная функция.

5. Универсальность существования социальных мифов.

Инерционное сохранение психиатрического мифотворчества является, по меньшей мере, свидетельством существенного отставания психиатрии от других медицинских наук в современную сингулярную эпоху, когда скорость развития научно-технической революции идет по экспоненте.

По свидетельству тех же авторов [34], необходимость в развитии мультидисциплинарных реабилитационных служб в США особенно проявилась в период сокращения на две трети в 1960–1970-е гг. числа психиатрических коек. Это сокращение привело к значительному увеличению числа лиц, попавших из больничной палаты на задворки, а часто и на главные улицы городов. Последующее интенсивное создание в США центров психосоциальной реабилитации (с 18 в 1976 г. до 148 в 1981 г.) послужило развитию как практики мультидисциплинарной реабилитации, так и многовариантной структуры служб ментального здоровья. Россия прошла этот процесс в начале трудных 1990-х гг. с повальным рекрутированием бывших пациентов психиатрических стационаров в бомжей и эквивалентным вымиранием этой субпопуляции [11], т. к. денег и ресурсов на создание реабилитационных центров тогда практически не было.

Нельзя не согласиться с D. Bolton [36], что в XXI в. необходимо ожидать не столько становления психиатрии как медицинской специальности, заново поднимая проблемы 100-летней давности, сколько объединения генетических и нейробиологических, психологических и социальных детерминант здоровья в новую консультативную профессию, занимающуюся ментальным здоровьем. Это позволит улучшить качество помощи пациентам и клиентам, оптимизировать расходы и решить проблему отбора специалистов.

По признанию ВОЗ (2003), необходимо соблюдать следующие основные принципы организации служб ментального здоровья.

По признанию ВОЗ (2003), необходимо соблюдать следующие основные принципы организации служб ментального здоровья.

- **Защита прав человека.** Необходимо уважать независимость больного и наделять его правом принимать решения. При выборе методов лечения предпочтение следует отдавать методам, наименее ограничивающим свободу больного.

- **Доступность.** СМЗ должны располагаться по месту жительства. Отсутствие таких служб, особенно в сельских районах, препятствует получению помощи.

- **Всесторонность.** СМЗ должны предоставлять все формы помощи и проводить все программы в соответствии с потребностями населения.

- **Согласованность и непрерывность.** Чтобы отвечать потребностям больных в социальной, психологической и медицинской помощи, работа разных служб должна быть согласованной.

- **Действенность.** Методы работы СМЗ должны быть научно обоснованы.

- **Равноправие.** Помощь должна предоставляться в соответствии с потребностями больных. Страдающие психическими расстройствами люди уязвимы и сами обычно за помощью не обращаются.

- **Экономическая эффективность.** Развивая СМЗ и распределяя средства, необходимо принимать во внимание данные об экономической эффективности [11].

Создание ментальной экологии, ментальной медицины и ментальной превентологии, практически воплощенных в новой синергетической методологии службы ментального здоровья и системного мониторинга ментального здоровья — все это совершенно

конкретные шаги в рамках сложившегося профессионального и цивилизационного тренда.

Принципы организации и функции службы ментального здоровья

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

Пилотная модель СМЗ впервые была разработана и внедрена на базе СГМУ в 2000 г., показав принципиально новое качество обеспечения ментального здоровья и адаптивного профессиогенеза коллектива за счет мультидисциплинарной синергетической методологии [27].

Можно выделить следующие основные **принципы организации** службы ментального здоровья:

1. **Индивидуальный подход** к каждому пациенту и клиенту с постепенным переходом к групповым формам работы.

2. **Учет социально-психологических и духовно-нравственных особенностей** личности пациента и его семьи, реализация семейно-центрированных стратегий.

3. **Комплексный и системный** медико-психосоциодуховный подход в построении превентивно-коррекционных и лечебно-реабилитационных программ.

4. **Скрининг донозологических ресурсов** личности и организма, прогнозирование траектории развития состояний и заболеваний.

5. **Оценка качества жизни** для объективизации эффективности технологий ментальной превентологии и ментальной медицины.

6. **Многовариантность и многомерность** мобилизации мультидисциплинарных ресурсов в построении и реализации персонифицированных программ и маршрутов.

7. **Расширение традиционных ресурсных** и инструментально-технологических здравоохранительных подходов.

8. **Достижение синергетических эффектов** в рамках экономически малозатратных и ресурсосберегающих технологий.

9. **Интеграция** психиатрической помощи в интернистскую практику.

10. **Дестигматизация технологического поля** и мультидисциплинарной команды специалистов.

11. **Холистические подходы и партнёрские взаимоотношения** внутри профессионального и терапевтического сообщества.

12. **Здравоцентрические приоритеты** единства здорового образа и нравственного смысла жизни.

13. **Интерактивное инфокоммуникативное обеспечение** достойного уровня ментального здоровья клиентов и пациентов, учреждений и организаций.

14. **Гуманистическая позиция** и презумпция ментальной индивидуальности клиентов и пациентов.

15. **Бригадные и командные формы** организации полипрофессиональной деятельности.

16. **Системный мониторинг ментального здоровья** и ментальных недугов, распределения и использования ресурсов и оценки эффективности услуг.

17. **Мобилизация ресурсно-конструктивных стратегий** обеспечения адаптивного профессиогенеза и достойного качества жизни.

18. **Инклюзивная направленность** коррекционного процесса в сочетании со специализированным характером предоставляемой помощи.

19. **Преемственность** коррекционно-профилактической и лечебно-реабилитационной работы на всех возрастных этапах с учетом специфики ментальных особенностей пациентов и клиентов.

20. **Определяющая роль** интересов пациента при выборе инструментальных и технологических подходов.

21. **Построение и реализация религиозно-интегрированных программ** и маршрутов.

В рамках разработанной четырёхмерной биопсихосоциодуховной синергетической методологии ментальной медицины можно выделить следующие **функции СМЗ**.

А. Медико-ориентированные (психиатрические, наркологические, психосоматические и др.) функции СМЗ:

- организация психофармакотерапии;
- проведение скрининга и медицинской диагностики клиентов и пациентов, членов их семей, персонала;
- организация и оказание медицинской помощи и ухода;
- информирование пациентов и клиентов или их законных представителей о состоянии здоровья, диагнозе и прогнозе;
- медицинский патронаж больных и их семей;
- информирование пациента о его правах на медицинскую помощь и порядке её оказания;
- санитарно-гигиеническое просвещение и психообразование.

Б. Социально ориентированные функции СМЗ:

- проведение скрининга и социальной диагностики клиентов и пациентов, членов их семей и персонала;
- разработка и реализация индивидуальных программ и маршрутов социальной коррекции, терапии и реабилитации пациента или клиента;
- организация и проведение мероприятий по социальной защите и поддержке, трудовому и бытовому устройству, продолжению обучения и профессионального образования;
- представление в органах власти интересов пациентов и/или клиентов, нуждающихся в социальной помощи;
- содействие в предупреждении общественно опасных действий;
- создание реабилитационной социальной инфраструктуры;
- информирование пациентов о льготах, пособиях и других видах социальной защиты;
- содействие в решении социально-бытовых и жилищных проблем, получении пенсий и пособий, выплат;

- тренинг социальных навыков и семейной резистентности или упругости, коммуникативных семейных стилей;

- взаимодействие со СМИ и населением по формированию ресурсно-конструктивного отношения к медико-социальной проблематике.

В. Психолого-психотерапевтически ориентированные функции СМЗ:

- проведение скрининга и психологической диагностики клиентов и пациентов, членов их семей и персонала;

- разработка и реализация индивидуальных программ и маршрутов психотерапевтической помощи и психологической коррекции;

- мобилизация копинг-механизмов совладания с диагностическим дистрессом;

- выявление факторов риска и оказание помощи в стрессовых ситуациях;

- семейное консультирование, семейная психокоррекция и семейная психотерапия;

- обучение технологии общения с «трудными пациентами»;

- обучение персонала приемам саморегуляции и самопомощи;

- организация и проведение тренингов: коммуникативного, уверенности в себе, принятия решений и др.;

- проведение балнтовских групп, групп поддержки, Т-групп, терапии творческим самовыражением, коучинга и др.;

- индивидуальная и групповая гипнотерапия;

- рациональная и позитивная психотерапия;

- игровая и музыкотерапия;

- взаимодействие со СМИ и населением по адаптивному расширению общественного сознания.

Г. Духовно-нравственно ориентированные функции СМЗ:

- проведение скрининга и моральной диагностики клиентов и пациентов, членов их семей и персонала;

- разработка и реализация индивидуальных программ и маршрутов духовно-нравственной помощи и реабилитации при синдромокомплексах деструктивного профессиогенеза и деморализации, экзистенциальной безысходности и др.;

- организация и проведение религиозно интегрированных превентивно-коррекционных и лечебно-реабилитационных программ с официальными конфессиями;

- проведение духовно-нравственной пропедевтики, смыслоориентированной и психосоциальной психотерапии;

- организация тренинга этики делового общения и укрепления личного счастья;

- мониторинг морального климата, прогнозирования и разрешения конфликтных ситуаций (медиация);

- расширение мандата и повышение эффективности деятельности этических комитетов учреждений здравоохранения;

- ранняя коррекция нарушений формирования

и развития духовно-нравственных чувств, облика и позиции, этики поведения и общения.

Д. Интегративно-синергетические функции СМЗ:

- интеграция диагностических и аналитических, организационных и координационных ресурсов;

- обеспечение государственно-общественного и государственно-частного партнёрства в оказании помощи пациентам и клиентам, персоналу и семьям сотрудников;

- проведение системного мониторинга ментального здоровья пациентов/клиентов и их семей, персонала и населения, включая современные компьютеризированные интерактивные формы;

- организация мультидисциплинарных превентивно-коррекционных и лечебно-реабилитационных программ;

- проведение саногенетической терапии;

- внедрение бригадных форм оказания помощи в рамках индивидуальных маршрутов и междисциплинарных протоколов;

- обеспечение синхронности и гармоничности усилий на микро- и милли-, мезо- и макросоциальном уровне, многоканальности финансирования программ и мультидисциплинарности кадрового обеспечения, полимодальности и резонансности синергетических усилий;

- проведение медико-социальной экспертизы и реабилитации;

- медико-психосоциодуховное правовое консультирование;

- организация волонтерского движения и терапевтических сообществ само- и взаимопомощи пациентов и клиентов, их семей и персонала.

Выделенные принципы и функции СМЗ явились результатом последнего по времени пилотного проекта её организации на базе отделения лейкозов и кафедры детской хирургии СГМУ в Архангельской ОДКБ в 2013–2014 гг. В работу были вовлечены врачи-онкологи, психиатры и психотерапевты, клинические психологи и социальные работники, педагоги и воспитатели, медсестры и родители пациентов, больничные клоуны и студенты-волонтеры СГМУ. По итогам работы в министерство здравоохранения администрации Архангельской области был представлен проект положения о СМЗ.

Выполнение перечисленных функций позволяет сформулировать синергетический функциональный диагноз (таблица), включающий клинический и психологический, социальный и этический диагнозы, а также коморбидные и ассоциированные расстройства. На основе функционального диагноза обосновывается индивидуальный превентивно-коррекционный или лечебно-реабилитационный маршрут клиента или пациента. Миссия и объем усилий каждого специалиста расписывается в мультипрофессиональном бригадном протоколе.

Ключевым звеном СМЗ является бригада или команда, позволяющая за счет многоканальности и полимодальности усилий запускать резонансные и ку-



Синергетическая функциональная диагностика и системно-интегральная помощь в службе ментального здоровья

мулятивные социогенетические и анимогенетические, психотерапевтические и биогенетические механизмы, аккумулированные в саногенетической терапии.

Саногенетическая терапия — адаптивное биопсихосоциодуховное управление сознанием пациента/клиента, дестабилизирующее устойчивое патологическое состояние, активирующее резервы организма и ресурсы личности, восстанавливающее и гармонизирующее структурно-функциональные системы жизнедеятельности. Саногенетическая терапия была разработана нами четверть века назад специально под бригадно-командные формы работы [28].

Клиническая эволюция классической биопсихосоциальной модели [38] в практику функциональной диагностики с выделением характеристик биопсихосоциальной адаптации, формированием скринирующих батарей оценки качества жизни и конструированием персонализированных программ помощи в отечественной психиатрии наиболее убедительно реализована в отделении биопсихосоциальной реабилитации С.-ПбНИПНИ им. В. М. Бехтерева [14].

Предложенная нами четырехмерная и четырёхъядерная синергетическая медико-психосоциодуховная модель требует обоснования **моральной диагностики** и характеристик этической компетенции и нравственной адаптации, расширения инструментов измерения качества жизни до ее нравственно-ценностных и смысловых оценок, расширения технологий практической помощи от нравственного воспитания и тренингов этики делового общения до духовно-нравственной коррекции и реабилитации. По существу, речь идет

о клиническом наполнении аппарата традиционной биоэтики с разработкой огромного и многомерного поля этической диагностики и пропедевтики, лечения и реабилитации [28]. Справиться с такой масштабной задачей можно, только опираясь на синергетическую методологию ментальной медицины. **Интеграция здорового образа и нравственного смысла жизни становится важнейшей парадигмальной характеристикой ментальной медицины.**

Современные представления о **психологической диагностике** в основном сводятся к оценке психологических ресурсов личности или «личностного адапционного потенциала» [22], ведущей характеристикой которого является структура «Я», обеспечивающая согласование многообразных психических функций, управление ими и сохранение идентичности на протяжении всей жизни [21]. Для анализа психологических ресурсов клиента или пациентов надо исследовать: особенности структуры личности; наличие и характер интрапсихических конфликтов; специфику личностных адаптационно-компенсаторных образований (форм психологической защиты, механизмов совладания, внутренней картины болезни и др.), которые носят сквозной характер, отражаясь на феноменологии клинического и социального, морального и психологического диагнозов.

Социальная диагностика отражает социальные ресурсы личности и особенности социальной идентичности, социальной компетенции и внешних социальных ресурсов индивидуума. Понятие социальной компетенции включает имеющиеся у чело-

века потенциальные возможности к эффективному взаимодействию с социальной средой [44]. Снижение или нарушение социальной компетенции приводит к вытеснению психически больных из сферы производства и утрате ими социальных связей. При постановке социального диагноза необходимо учитывать динамику социальной компетентности пациентов в преморбидный период и в настоящее время, а также наличие и особенности межличностных конфликтов в семье, на работе, в партнёрских отношениях и других сферах деятельности. В социальном диагнозе должны также отражаться внешние социальные ресурсы, касающиеся характеристик социального потенциала семьи и референтного окружения.

Вопросы традиционной **клинической диагностики** не требуют специального обсуждения.

В результате формулирования клинического и психологического, социального и морального диагнозов складывается **многоплановый синергетический функциональный диагноз**, становящийся обязательным диагностическим инструментом в ментальной медицине. Только такой подход позволяет обосновывать и реализовывать индивидуальные мультидисциплинарные протоколы и программы превентивно-коррекционной и лечебно-реабилитационной помощи на базе биопсихосоциодуховной методологии.

Мультипрофессиональная бригада в ментальной педиатрии

В настоящее время во многих странах мира психиатрия все больше интегрируется в общую медицину. Идут процессы разукрупнения психиатрических больниц, внедрение психиатрических подразделений в многопрофильные стационары. В ряде стран предусмотрены команды врачей, психологов и других специалистов. Активно развиваются общественные организации, добровольно оказывающие содействие психиатрам. Все это способствует приближению психиатрической помощи к населению. Как показывает мировой опыт, сегодня психиатры уже не могут обходиться без сотрудничества с психотерапевтом и клиническим психологом, специалистом по социальной работе и биоэтике. Необходимость использования бригадного метода лечения определяется комплексным характером клинических и психологических, социальных и моральных проблем, возникающих у пациента и его окружения. Партнёрские отношения пациента и его семьи с полипрофессиональной терапевтической бригадой создают новое качество терапевтической среды и существенно повышают эффективность лечебно-реабилитационных программ.

Наиболее общими вопросами при оказании социально-психиатрической помощи детям являются: тревога, депрессия и низкая самооценка, психосоматические нарушения, посттравматические стрессовые расстройства, общие поведенческие проблемы, девиантное поведение. Процесс оказания **терапевтической помощи** детям разделяется на следующие этапы [10]:

1. Этап диагностики нарушений психики и сопутствующих отклонений развития, а также оценки личностных психологических свойств и вторичных факторов рисков расстройств адаптации.

Формулировка функционального диагноза в детском возрасте включает:

- клиническую диагностику;
- психологическую диагностику;
- социальную диагностику;
- педагогическую диагностику;
- моральную диагностику;
- учёт сопутствующих расстройств;
- определение степени тяжести нарушений.

Многоуровневый подход является современным методологическим принципом в оценке ментального здоровья детей и для своей реализации требует междисциплинарного взаимодействия специалистов при оказании помощи. Он ориентирован на оказание не только консультативно-диагностической и лечебной помощи, но и на проблемы медико-социальной реабилитации. Наиболее оптимальным вариантом обеспечения консультативно-диагностической помощью является оценка состояния здоровья детей функциональной бригадой специалистов в составе педиатра и невролога, медицинского психолога и детского психиатра, психотерапевта и социального педагога.

2. Этап специфической лечебной психотерапевтической и психокоррекционной помощи

Помощь на втором этапе наиболее эффективно оказывается функциональной бригадой специалистов (детский психиатр-психотерапевт, психолог, социальный педагог и др.) в условиях лечебного учреждения. Задачей этого этапа является оказание лечебной психотерапевтической помощи и специализированной помощи ребенку в семье.

3. Этап неспецифической психокоррекционной и социально-реабилитационной помощи, направленной на коррекцию нарушений социализации.

Неспецифическая психокоррекционная помощь детям включает:

- формирование у ребенка чувства безопасности и доверия;
- восстановление навыков опрятности и гигиены;
- восстановление первичных навыков общения и эмоциональной близости;
- восстановление духовно-нравственных чувств и облика;
- восстановление навыков обучения при проведении коррекционно-развивающих программ;
- диагностическое обследование семьи ребенка;
- оказание психологической и психокоррекционной помощи родителям.

На этом этапе комплексная помощь осуществляется психологом и детским психиатром и/или психотерапевтом при ведущей роли социального работника или социального педагога.

В отношении детей с отклонениями в развитии деятельность команды специалистов необходимо стро-

ить исходя из концепции психосоциальной помощи семьям, имеющим таких детей. Целевая ориентация командной работы — повышение уровня психосоциальной адаптации семей, воспитывающих проблемных детей, что, в конечном счете, будет способствовать повышению качества жизни этой категории населения. Основными задачами совместной деятельности являются:

- разработка индивидуальных превентивно-коррекционных и лечебно-реабилитационных программ;
- профилактика различного рода вторичных отклонений в развитии ребенка;
- изменение отношения окружающих к проблемам семьи и детей;
- правовая защита детей и семей;
- сохранение и укрепление семейного микроклимата.

Во то же время комплексная помощь не должна приводить к замене функций семьи, а должна стимулировать её активность, включать её в целенаправленную социально-педагогическую деятельность, укреплять её вспомогательный потенциал, оздоравливать и нормализовать моральные отношения внутри семьи. Работа вместе с семьей, а не за семью — такова основа комплексной помощи семьям, имеющим детей с отклонениями в развитии [1, 16, 26].

Мультипрофессиональная бригада — новая модель работы в российской психиатрической и психологической практике. Командный метод работы может быть использован и как способ разработки совместных решений, поиска перспектив новых направлений, и как осуществление конкретных шагов в реализации реабилитационных программ. Рационально использованная компетенция группы имеет большее значение, чем сумма знаний и умений ее отдельных членов. Каждый член группы имеет свою компетенцию и свою профессиональную ответственность за предпринятые меры лечения, коррекции и реабилитации [24, 25].

Для оказания психиатрической помощи детям с отклонениями в психическом и речевом развитии нами [26] была разработана модель команды, куда вошли специалисты с разным профессиональным образованием. Основная рабочая группа состояла из врачей — психиатра и психотерапевта, клинического психолога, специалиста по социальной работе и педагога. В общую рабочую группу также активно должен входить другой медицинский (педиатр, невролог и другие по показаниям) и педагогический (дефектолог, логопед и др.) персонал.

Совместная работа в составе многопрофильной бригады, осуществляющей специализированную помощь детям с отклоняющимся развитием, позволила определить каждому специалисту свое поле деятельности в **ментальной педиатрии**.

Врач-психиатр:

- выявляет особенности нервно-психического и интеллектуального развития детей;
- наблюдает детей в ходе коррекционных занятий и в свободной деятельности;

- проводит психофармакотерапию в зависимости от выявленной патологии;

- принимает участие в консилиумах специалистов по вопросам диагностики и коррекции на начальных, промежуточных и заключительных этапах работы;

- осуществляет контроль за состоянием нервно-психического здоровья детей во время проведения комплекса лечебных мероприятий;

- осуществляет взаимосвязь с лечебными и специализированными детскими учреждениями;

- проводит оценку эффективности лечебно-реабилитационных программ.

Врач-психотерапевт:

- проводит необходимые диагностические исследования с интерпретацией результатов;

- проводит диагностику сопутствующей интеллектуальным и речевым нарушениям пограничной нервно-психической патологии;

- выявляет детей с личностными нарушениями;

- проводит психотерапию с учетом возраста и имеющихся отклонений у ребенка;

- проводит семейное консультирование и семейную психотерапию;

- проводит комплексную психопрофилактическую работу с семьями;

- участвует в разработке мероприятий для родителей по лечебной педагогике;

- осуществляет консультативную работу с персоналом;

- совместно с педагогами, психологом, специалистом по социальной работе проводит оценку эффективности лечебно-реабилитационных программ.

Клинический психолог:

- проводит психодиагностические исследования и диагностические наблюдения за пациентами;

- выявляет детей с факторами риска психических расстройств;

- выявляет условия, способствующие формированию отклонений в развитии;

- совместно с врачом разрабатывает развивающие и психокоррекционные программы с учетом индивидуальных факторов;

- проводит работу по коррекции отклонений в развитии личности ребёнка;

- оказывает психологическую помощь семье ребёнка и персоналу в решении личностных и профессиональных проблем;

- проводит работу по обучению персонала в области медицинской и социальной психологии;

- совместно с врачом и другими специалистами оценивает эффективность проводимых психокоррекционных и психопрофилактических программ.

Специалист по социальной работе:

- проводит социальную диагностику;

- даёт характеристику психосоциальной обстановки в семье ребенка;

- выявляет факторы риска нарушения социального функционирования ребёнка и семьи;

- разрабатывает индивидуальные планы социальной реабилитации;
- организует индивидуальную и групповую работу с пациентами, направленную на улучшение их социальной адаптации;
- проводит тренинги коммуникативных навыков;
- участвует в организации групп интересов, объединений проблемных детей;
- проводит мероприятия по социально-правовой защите детей и их семей;
- осуществляет консультативную помощь персоналу;
- взаимодействует с организациями, оказывающими социальную помощь;
- совместно с врачом и психологом проводит оценку эффективности реабилитационных программ.

Социальный педагог:

- проводит моральную диагностику духовно-нравственного развития ребенка и морального климата семьи;
- выявляет факторы риска моральной социализации и развития ребенка и семьи;
- разрабатывает индивидуальные планы духовно-нравственной реабилитации ребёнка и семьи;
- организует воспитательно-образовательную деятельность;
- проводит индивидуальную и групповую работу по улучшению моральной адаптации;
- проводит тренинги по этике межличностного взаимодействия;
- организует раннюю коррекцию нарушений формирования и развития духовно-нравственных чувств, облика и позиции, этики поведения и общения;
- участвует в оценке эффективности превентивно-коррекционных и лечебно-реабилитационных программ.

На основании разработанных нами программ в практику работы мультипрофессиональной бригады введены основные направления в оказании помощи семьям, воспитывающим проблемных детей, — медицинское и педагогическое (духовно-нравственное), социальное и психолого-психотерапевтическое, включающие разнообразные формы работы.

Медицинское направление:

- первичное консультирование детей с участием родителей;
- индивидуальное консультирование родителей в течение всего учебного года;
- клиническая диагностика, оценка качества адаптации и назначение психофармакотерапии;
- совместно с родителями анализ результатов медикаментозной терапии;
- консультирование семей, чьи дети ранее госпитализировались и посещали специализированные учреждения;
- итоговое консультирование семьи в конце учебного года, определяющее тактику дальнейшего медицинского сопровождения ребёнка;

— обсуждение в средствах массовой информации вопросов ментального здоровья детей и семей.

Педагогическое направление:

- педагогическая и моральная диагностика, оценка качества педагогической и моральной адаптации, обоснование превентивно-коррекционных мероприятий;
- первичное, индивидуальное и итоговое консультирование семьи;
- информирование и поддержка родителей в отношении особенностей развития детей и ухода за ними;
- формирование понимания проблем ребёнка в интеллектуальном и речевом развитии;
- обучение формам воспитания детей с нарушениями в развитии с учётом индивидуальных особенностей ребёнка;
- обучение специальным навыкам и приёмам взаимодействия с детьми и контроль за их выполнением;
- организация специальных курсов для лиц, заинтересованных в помощи проблемным детям.

Социальное направление:

- социальная диагностика и оценка качества социальной адаптации, обоснование корректирующих мероприятий;
- первичное, индивидуальное и итоговое консультирование семьи;
- выделение категорий семей, имеющих детей с нарушениями в развитии, и определение характера социальной помощи для каждой группы;
- проведение социальных патронажей для оценки потребностей семьи, воспитывающей проблемного ребёнка;
- изучение качества жизни детей с нарушениями в развитии и их семей;
- информирование родителей о медикосоциальных и психосоциальных факторах риска дефектов развития ребёнка;
- проведение бесед, лекций, семинаров для родителей по проблемам воспитания ребёнка;
- пропаганда общественных движений, организаций, объединений по интересам для детей с отклонениями в психическом здоровье;
- консультирование по правовым вопросам социальной помощи семьям с проблемными детьми;
- участие в оказании социально-психологической помощи семьям в команде специалистов.

Психолого-психотерапевтическое направление:

- психологическая диагностика и оценка качества психологической адаптации, обоснование корректирующих мероприятий;
- первичное, индивидуальное и итоговое консультирование семьи;
- проведение бесед, лекций и семинаров для родителей по проблемам психологического развития семьи и ребёнка;
- проведение совместных индивидуальных и групповых психотерапевтических занятий с родителями и ребёнком;
- совместный с родителями анализ результатов психокоррекционной работы;

— консультирование семей, чьи дети посещали специализированные учреждения ранее;

— обсуждение в средствах массовой информации психопрофилактических мер по укреплению психического здоровья детей.

Учитывая особенности семей, воспитывающих детей с отклонениями в развитии, для оптимального сотрудничества с ними важным являются позитивность консультирования, преодоление пассивной позиции семьи, коррекция родительско-детских отношений с активным участием матери, начиная с ранних этапов развития ребёнка.

Бригадная форма работы в наибольшей степени позволяет снять негативное отношение у окружающих к проблеме конкретного ребёнка, создать оптимистичный взгляд на проблему у родителей и педагогов. В более широких масштабах новая форма совместной работы способствует изменению отношения к болезни в семье и микросоциуме, школе и обществе.

В год экологической культуры и охраны окружающей среды (2013) в Москве, Новосибирске, Волгограде, Самаре и Уфе стартовал Всероссийский междисциплинарный проект «Экология мозга», организованный Ассоциацией междисциплинарной медицины в рамках международной программы «Век мозга». Цель проекта: обучение человека сохранению ментального здоровья в условиях стремительно меняющегося мира, профилактика и лечение болезней мозга. Проект предполагает широкое междисциплинарное сотрудничество представителей самых разнообразных специальностей в лечении и профилактике психоневрологических заболеваний и поведенческих расстройств.

Созданные нами на синергетической методологии ментальная превентология и ментальная медицина сегодня уже имеют практические пилотные модели организации системного мониторинга и служб ментального здоровья. **Экономическая малозатратность и ресурсная доступность служб ментального здоровья делают их универсальным антикризисным адаптивным инструментом развития любого нозологического направления современной клинической медицины.**

Список литературы

1. Аксенова Л. И. Социальная педагогика в специальном образовании. М. : Изд. центр «Академия», 2001. 192 с.
2. Ананьев Б. Г. О проблемах современного человекознания. М. : Наука, 1977.
3. Андреев И. Л., Назарова Л. Н. Психическое здоровье населения России: что день грядущий нам готовит // Психическое здоровье. 2013. № 9. С. 75–83.
4. Белоус В. В. Введение в психологию полиморфной индивидуальности. Пятигорск : РАО-ПГЛУ, 2009.
5. Белоус В. В., Боязитова И. В. Интегрализм — системная модель познания психологии индивидуальности // Психологический журнал. 2013. Т. 34, № 6. С. 112–117.
6. Бехтерев В. М. Общие основы рефлексологии человека. М., 1917.
7. Вялков А. И. О задачах Минздрава России, органов управления здравоохранением субъектов РФ по формиро-

ванию системы непрерывного улучшения качества в здравоохранении // Сборник докладов расширенных заседаний коллегии МЗ РФ 18–21.03.2003. С. 37–54.

8. Гурович И. Я. с соавт. Бремя депрессивных расстройств в отечественных психиатрических службах // Журнал неврологии и психиатрии. 2010. № 2. С. 4–13.

9. Гурович И. Я. Состояние психиатрической службы в России // Социальная и клиническая психиатрия. 2012. № 4. С. 5.

10. Гурьева В. А. с соавт. Социальные факторы и психические расстройства у детей и подростков // Руководство по социальной психиатрии. М. : Медицина, 2001. С. 117–135.

11. Казаковцев Б. А. Развитие служб психического здоровья. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. 671 с.

12. Кара-Мурза С. Г. Аномия в России: причины и проявления. М. : Научный эксперт, 2013.

13. Катков А. Л. Интегративная психотерапия. СПб. : Изд-во Международного института социальной психотерапии, 2013. 300 с.

14. Коцюбинский А. П. с соавт. Холистический диагностический подход в психиатрии // Социальная и клиническая психиатрия. 2014. Т. 24, № 1. С. 65–69.

15. Куликов А. Ю., Дедюрина Ю. М. Анализ стоимости лечения пациентов, страдающих депрессивными расстройствами в условиях РФ // Фармакоэкономика. 2011. № 1. С. 24–33.

16. Макаров И. В. Клиническая психиатрия детского и подросткового возраста. СПб. : Изд-во «Наука и Техника», 2013. 416 с.

17. Мерлин В. С. Очерки теории темперамента. М. : Просвещение, 1964.

18. Мерлин В. С. Очерк интегрального исследования индивидуальности. М. : Педагогика, 1986.

19. Мухамедиев Д. М., Холландер А. К. Применение скрининговых инструментов для диагностики ПТСР, депрессивных и тревожных расстройств у лиц, пострадавших в результате вооружённого конфликта // Российский психиатрический журнал. 2011. № 1. С. 82.

20. Никитюк Б. А. Очерк теории интегративной антропологии. М. ; Майкоп : Изд-во Адыгейского государственного университета, 1995.

21. Овчинников Б. В. с соавт. Психическая предпатология. СПб. : ЭЛБИ-СПб, 2010. 368 с.

22. Посохов С. Т. Настольная книга практического психолога. М. : АСТ, 2008. 671 с.

23. Рубинштейн С. Л. Принципы и пути развития психологии. М., 1959.

24. Сведин К. Законодательство // Детская и подростковая психиатрия / пер. со швед. ; под ред. акад. П. И. Сидорова. Архангельск : Изд-во СГМУ, 2004. С. 447–463.

25. Сидоров П. И. Врач и больной — партнерство на равных // Открытый диалог в психиатрической практике Баренц-региона / под ред. акад. П. И. Сидорова и проф. Я. Сейккулы. Архангельск : Изд-во СГМУ, 2003. С. 5–7.

26. Сидоров П. И., Бочарова Е. А., Соловьев А. Г. Проблемный ребёнок: психосоциальная адаптация и качество жизни. Архангельск : Изд-во СГМУ, 2005. 217 с.

27. Сидоров П. И. Ментальная экология социальных эпидемий // Экология человека. 2014. № 1. С. 37–48.

28. Сидоров П. И. Духовно-нравственные ресурсы ментальной медицины // Экология человека, 2014. № 6. С. 32–41.

29. Скорик А. И. с соавт. Психиатрическая мифология и проблема сотрудничества // Социальная и клиническая психиатрия. 2014. № 3. С. 31–36.

30. Френсис А. Прошлое, настоящее и будущее диагноза в психиатрии // Психиатрия и психофармакология. 2013. Т. 15, № 5. С. 64–66.

31. Шевченко Л. С. с соавт. Стационарная психиатрическая помощь в РФ: организационно-экономический аспект // Журнал неврологии и психиатрии. 2013. № 12. С. 89–93.

32. Энгельгард В. А. Интегрализм — путь от простого к сложному в познании явлений жизни // Вопросы философии. 1970. № 11. С. 115.

33. Ястребов В. С. с соавт. Психическое здоровье населения мира: социально-экономический аспект // Журнал неврологии и психиатрии. 2012. № 3. С. 4–13.

34. Anthony W., et al. Psychiatric Rehabilitation. Boston, 1994.

35. Batstra L. et al. Child emotional and behavioral problems // Dev. Med. Child Neurol. 2012. N 54. P. 492–494

36. Bolton D. Следует ли рассматривать психические расстройства в качестве заболеваний головного мозга? Научные взгляды XXI века и их значение для исследовательской и образовательной деятельности // World Psychiatry. 2013. Т. 12, вып. 1. P. 21–22.

37. Copeland W. et al. Cumulative prevalence of psychiatric disorders by young adulthood // J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry. 2011. N 50. P. 252–261.

38. Engel G. L. Biopsychosocial model and medical education: who are to be the teacher? // N. Eng. J. Med. 1982. Vol. 306. P. 802–805.

39. de Graaf et al. Prevalence of mental disorders and trends from 1996 to 2009 // Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 2012. N 47. P. 252–261.

40. Kendell R. E. et al. Diagnostic criteria of American and British psychiatrists // Arch. Gen. Psychiatry. 1971. N 25. P. 123–130.

41. Kessler R. C. et al. Lifetime prevalence and age-at-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication // Arch. Gen. Psychiatry. 2005. N 6. P. 593–602.

42. Mark T. L. et al. Data points: psychotropic drug prescriptions by medical specialty // Psychiatr. Serv. 2009. 1167 p.

43. Rosenban D. L. On being sane in insane places // Science. 1973. N 179. P. 250–258.

44. Schröder H., Vorwerg M. (Hrsg.). Kompetenz als Zielgrösse für Persönlichkeitsstruktur und Verhaltensmodifikation // Probleme der Persönlichkeitsforschung. Leipzig, 1978.

References

1. Aksenova L. I. *Sotsial'naya pedagogika v spetsial'nom obrazovanii* [Social Pedagogy in Special Education]. Moscow, Akademiya Publ., 2001, 192 p.

2. Anan'ev B. G. *O problemakh sovremennogo chelovekoznaniiya* [Problems of Modern Human Study]. Moscow, Nauka Publ., 1977.

3. Andreev I. L., Nazarova L. N. Mental health of population of Russia: who knows what tomorrow holds. *Psikhicheskoe zdorov'e* [Mental Health]. 2013, 9, pp. 75–83. [in Russian]

4. Belous V. V. *Vvedenie v psikhologiyu polimorfnoi individual'nosti* [Introduction to Psychology of Polymorphous Individuality]. Pyatigorsk : RAO-PGLU, 2009.

5. Belous V. V., Boyazitova I. V. Integratism - System Model of Learning of Psychology of Individuality. *Psikhologicheskii Zhurnal*. 2013, 34, (6), pp. 112–117. [in Russian]

6. Bekhterev V. M. *Obshchie osnovy refleksologii cheloveka* [General Principles of Human Reflexology]. Moscow, 1917.

7. Vyalkov A. I. O zadachakh Minzdrava Rossii, organov upravleniya zdavookhraneniem sub"ektov RF po formirovaniyu sistemy nepreryvnogo uluchsheniya kachestva v zdavookhraneni [Tasks of Ministry of Healthcare of Russia, Healthcare Management Bodies in the RF Regions for Formation of System of Steady Quality Improvement in Healthcare]. In: *Sbornik dokladov rasshirennykh zasedanii kollegii MZ RF 18-21.03.2003* [Collection of Reports at Board Enlarged Sessions in MH RF 18-21.03.2003], pp. 37–54.

8. Gurovich I. Ya. s soavt. Burden of Depressive Disorders in National Mental Services. *Zhurnal neurologii i psikhiatrii* [Journal of Neurology and Psychiatry]. 2010, 2, pp. 4–13. [in Russian]

9. Gurovich I. Ya. State of Mental Health Service in Russia. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiatriya* [Social and Clinical Psychiatry]. 2012, 4, p. 5. [in Russian]

10. Gur'eva V. A. s soavt. Sotsial'nye faktory i psikhicheskie rasstroistva u detei i podrostkov [Social Factors and Mental Disorders in Children and Adolescents]. In: *Rukovodstvo po sotsial'noi psikhiatrii* [Social Psychiatry Guide]. Moscow, Meditsina Publ., 2001, pp. 117–135.

11. Kazakovtsev B. A. *Razvitie sluzhb psikhicheskogo zdorov'ya* [Development of Mental Health Services]. Moscow, GEOTAR-Media, 2009, 671 p.

12. Kara-Murza S. G. *Anomiya v Rossii: prichiny i proyavleniya* [Anomia in Russia: Reasons and Manifestations]. Moscow, Nauchnyi ekspert Publ., 2013.

13. Katkov A. L. *Integrativnaya psikhoterapiya* [Integrative Psychotherapy]. Saint Petersburg, Mezhdunarodnogo instituta sotsial'noi psikhoterapii Publ., 2013, 300 p.

14. Kotsyubinskii A. P. s soavt. *Holistic Diagnostic Approach in Psychiatry. Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiatriya* [Social and Clinical Psychiatry]. 2014, 24 (1), pp. 65–69. [in Russian]

15. Kulikov A. Yu., Dedyurina Yu. M. Analysis of Cost of Treatment of Patients Suffering from Depressive Disorders in the RF Conditions. *Farmakoekonomika* [Farmeconomy]. 2011, 1, pp. 24–33. [in Russian]

16. Makarov I. V. *Klinicheskaya psikhiatriya detskogo i podrostkovogo vozrasta* [Child and Teenager Clinical Psychiatry]. Saint Petersburg, Nauka i Tekhnika Publ., 2013, 416 p.

17. Merlin V. S. *Ocherki teorii temperamenta* [Essays in Theory of Idiosyncrasy]. Moscow, Prosveshchenie Publ., 1964.

18. Merlin V. S. *Ocherk integral'nogo issledovaniya individual'nosti* [Essay in Individuality Integral Study]. Moscow, Pedagogika Publ., 1986.

19. Mukhamediev D. M., Kholander A. K. Application of Screening Instruments for Diagnosis of PTSD, Depressive and Anxiety Disorders in Persons Suffering in Consequence of Armed Conflict. *Rossiiskii psikhiatricheskii zhurnal* [Russian Psychiatric Journal]. 2011, 1, p. 82. [in Russian]

20. Nikityuk B. A. *Ocherk teorii integrativnoi antropologii* [Essay in Theory of Integrative Anthropology]. Moscow, Maikop, Adygeiskogo gosudarstvennogo universiteta Publ., 1995.

21. Ovchinnikov B. V. s soavt. *Psikhicheskaya predpatologiya* [Mental Pre-pathology]. Saint Petersburg, ELBI-SPb Publ., 2010, 368 p.

22. Posokhov S. T. *Nastol'naya kniga prakticheskogo psikhologa* [Desk Book of Applied Psychologist]. Moscow, AST Publ., 2008, 671 p.

23. Rubinshtein S. L. *Printsipy i puti razvitiya psikhologii* [Principles and Ways of Psychology Development]. Moscow, 1959.

24. Svedin K. Zakonodatel'stvo [Legislation]. In: *Detskaya i podrostkovaya psikiatriya* [Child and Teenager Psychiatry], Swedish translation, ed. P. I. Sidorov. Arkhangelsk, SGMU Publ., 2004, pp. 447-463.
25. Sidorov P. I. Vrach i bol'noi - partnerstvo na ravnykh [Doctor and Patient - Partnership on Equal Terms]. In: *Otkrytyi dialog v psikiatricheskoi praktike Barents-regiona* [Open Dialogue in Barents Region Psychiatric Practice], eds. P. I. Sidorov i Ya. Seikkula. Arkhangelsk, SGMU Publ. 2003, pp. 5-7.
26. Sidorov P. I., Bocharova E. A., Soloviev A. G. *Problemy rebenok: psikhosotsial'naya adaptatsiya i kachestvo zhizni* [Problem Child: Psychosocial Adaptation and Quality of Life]. Arkhangelsk, SGMU Publ., 2005, 217 p.
27. Sidorov P. I. Mental Ecology of Social Epidemics. *Ekologiya cheloveka* [Human Ecology]. 2014, 1, pp. 37-48. [in Russian]
28. Sidorov P. I. Spiritual-Moral Resources of Mental Medicine. *Ekologiya cheloveka* [Human Ecology]. 2014, 6, pp. 32-41. [in Russian]
29. Skorik A. I. s soavt. Psychiatric Mythology and Cooperation Problem. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikiatriya* [Social and Clinical Psychiatry]. 2014, 3, pp. 31-36. [in Russian]
30. Frensis A. The Past, Present and Future of Diagnosis in Psychiatry. *Psikiatriya i psikhofarmakologiya* [Psychiatry and Psychofarmacology]. 2013, 15 (5), pp. 64-66. [in Russian]
31. Shevchenko L. S. s soavt. Hospital Psychiatric Care in RF: Organizational-economic Aspect. *Zhurnal Nevrologii i Psikiatrii imeni S. S. Korsakova*. 2013, 12, pp. 89-93. [in Russian]
32. Engel'gard V. A. Integratism - Way from Simple to Complicated in Perception of Life Occurrence. *Voprosy filosofii* [Philosophic Issues]. 1970, 11, p. 115. [in Russian]
33. Yastrebov V. S. s soavt. Mental Health of the World Population: Social-economic Aspect. *Zhurnal Nevrologii i Psikiatrii imeni S. S. Korsakova*. 2012, 3, pp. 4-13. [in Russian]
34. Anthony W. et al. *Psychiatric Rehabilitation*. Boston, 1994.
35. Batstra L. et al. Child emotional and behavioral problems. *Dev. Med. Child Neurol*. 2012, 54, pp. 492-494
36. Bolton D. Следует ли рассматривать психические расстройства в качестве заболеваний головного мозга? Научные взгляды XXI века и их значение для исследовательской и образовательной деятельности. *World Psychiatry*. 2013, 12(1), pp. 21-22.
37. Copeland W. et al. Cumulative prevalence of psychiatric disorders by young adulthood. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*. 2011, 50, pp. 252-261.
38. Engel G. L. Biopsychosocial model and medical

education: who are to be the teacher? *N. Eng. J. Med.* 1982, 306, pp. 802-805.

39. de Graaf et al. Prevalence of mental disorders and trends from 1996 to 2009. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 2012, 47, pp. 252-261.

40. Kendell R. E. et al. Diagnostic criteria of American and British psychiatrists. *Arch. Gen. Psychiatry*. 1971, 25, pp. 123-130.

41. Kessler R. C. et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch. Gen. Psychiatry*. 2005, 6, pp. 593-602.

42. Mark T. L. et al. Data points: psychotropic drug prescriptions by medical specialty. *Psychiatr. Serv.* 2009, 1167 p.

43. Rosenban D. L. On being sane in insane places. *Science*. 1973, 179, pp. 250-258.

44. Schröder H., Vorweg M. (Hrsg.). Kompetenz als Zielgröße für Persönlichkeitsstruktur und Verhaltensmodifikation. *Probleme der Persönlichkeitsforschung*. Leipzig, 1978.

MENTAL HEALTH SERVICE

P. I. Sidorov

Northern State Medical University, Arkhangelsk, Russia

In the article, there have been considered after-effects of the crisis of Descriptive Psychiatry and there have been grounded economically effective strategies of mental health services development. There have been selected principles of organization and functions; a synergetic medical-psychosocio-spiritual methodology of functional diagnosis and quality improvement of multidimensional adaptation; individual preventive-correctional and medical-rehabilitation programs and routes, interdisciplinary protocols and early interventions; approaches to improvement of quality, levels and styles of life by means of system integration of its healthy image and moral sense; features of organization of multidisciplinary brigades in mental pediatrics.

Keywords: mental health service, mental medicine, mental preventology, mental pediatrics, multidisciplinary brigade, medical-psycho-socio-spiritual methodology, synergetic functional diagnosis

Контактная информация:

Сидоров Павел Иванович — академик РАН, ГБОУ ВПО «Северный государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации. Адрес 163001, г. Архангельск, пр. Троицкий, д. 51 E-mail: pavelsidorov13@gmail.com