

УДК 616.89

СИСТЕМНЫЙ СИНТЕЗ МЕНТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ

© 2013 г. П. И. Сидоров

Северный государственный медицинский университет,
Северный научный центр СЗО РАМН, г. Архангельск

В последние десятилетия проблемы психического здоровья приобретают особую актуальность, что объясняется увеличением численности больных психическими расстройствами, в первую очередь за счет непсихотических форм, а также ростом экономических затрат, связанных с диагностикой, лечением, социальной и трудовой реабилитацией этой категории пациентов [7, 12, 18].

По данным ВОЗ, во всем мире снижение трудоспособности и возможностей социального функционирования связано с психическими и поведенческими расстройствами в 12 % случаев, а в странах с высоким уровнем доходов населения — в 23 %. Во многих странах-членах Совета Европы затраты, связанные с психическим здоровьем, составляют от 1/3 до 1/2 общей стоимости здравоохранения [4].

Состояние психического здоровья является одной из основных ценностей как отдельного индивидуума, так и общества в целом, определяя физическое и социальное благополучие человека, общественное сознание и интеллектуальный потенциал нации, развитие производственных сил и трудовых ресурсов, безопасность и обороноспособность страны [3, 9, 27].

Глобальный кризис чрезвычайно актуализировал поиск новых подходов к разработке методологии, технологий и дизайна психолого-психотерапевтического сопровождения цивилизационных трендов.

Целью статьи является обоснование продуктивности синергетической методологии в развитии полимодальной психотерапии, инвентаризации ресурсов ментальной экологии и перспектив развития ментальной медицины.

Синергетика ментального здоровья

Ментальность — это способ видения мира, сформированный в процессе воспитания, образования и обретения жизненного опыта в конкретной культурной среде. Ментальность (от лат. *mens, mentis*, разум, ум, интеллект) обозначает понятия (например, англ. *mind*), не имеющие точного аналога в русском языке. Дальнейшие исследования позволят научно обосновать все значимые для ментальной экологии и ментальной медицины дефиниции.

В докладе ВОЗ «О состоянии здравоохранения в мире. Ментальное здоровье: новое понимание, новая надежда» (2001) содержится решение о поддержке научных исследований, которые способствуют пониманию природы расстройств ментального здоровья и разработке эффективных методов их профилактики.

Ментальное здоровье — это психическое благополучие человека, которое позволяет ему реализовать собственный потенциал, помогает противостоять стрессу, продуктивно работать и вносить свой вклад в развитие общества (ВОЗ, 2001). Принципиально важно отметить, что

В статье на концептуально-методологическом уровне обоснована продуктивность синергетического подхода к развитию ментальной экологии и ментальной медицины. Показано, что качество жизни и уровень здоровья на 20 % предопределяются фактором ментальности.

Предложен «Индекс ментальной экологии личности», позволяющий качественно и количественно измерять ее биопсихосоциальный и духовно-нравственный потенциал, оценивая и прогнозируя траекторию судьбы. Систематизированы вопросы кризиса психиатрии и значения антипсихиатрии для запуска современной Эры Психотерапии, совершившей революционный прорыв на донозологическое поле общественного здоровья и общественного сознания, радикально изменив фокус Ψ-миссии государства и общества с ментальных недугов на ментальное здоровье. Это обеспечило динамичное развитие всего комплекса нейронаук, ускорило становление социальной психиатрии и наркологии, приведя к рождению ментальной экологии и ментальной медицины. Обосновано выделение ментальной медицины как единой теории укрепления ментального здоровья и лечения ментальных недугов.

Ключевые слова: ментальность, ментальное здоровье, ментальная экология, ментальная медицина

в этом определении звучит не только классическая биопсихосоциальная триада, но и моральная составляющая «продуктивной работы», которая невозможна без этики делового общения. Еще более пафосно выглядит гражданско-политическая составляющая, представленная призывом «вносить свой вклад в развитие общества».

Ментальная экология — это раздел экологии человека, изучающий взаимоотношения в системе «окружающая среда — общество — личность», факторы и ресурсы ментального здоровья.

По методике «Оценки экологии здоровья» нами [16] количественно рассчитан вклад в здоровье образа жизни (25 %), среды обитания (21 %), ментальности (20 %), здравоохранения (18 %) и генетики (16 %). В отличие от четырех групп факторов, утвержденных ВОЗ (1992), ментальность в нашем исследовании выделена из «образа жизни», являющегося в существенной мере ее поведенческим воплощением (табл. 1).

Таблица 1

Составляющие здоровья, % [16]					
Автор, год	Факторы				
	Образ жизни	Среда обитания	Генетические	Здравоохранение	Ментальность
Лисицын Ю. П., 1987	49–53	17–20	18–20	8–10	—
Алексеев С. В., 1991	50–52	10–20	18–25	10–20	—
ВОЗ, 1992	50	20	20	10	—
Петленко В. П., 1996	40–50	25	20	11	—
Рубцов А. В., 2005	50–55	20–25	15–20	10–15	—
Коренева М. Р., 2005	49–53	17–20	18–22	8–10	—
Сидоров П. И., Новикова И. А., 2008	25	21	16	18	20

Особенности миссии ментальной экологии состоят в интерактивном обеспечении цивилизационных трендов (рис. 1). Ментальное здоровье интегрирует

потенциал духовно-нравственного, психического, соматического и социального здоровья, являясь конструктивно-созидательным ресурсом общественного сознания и общественного здоровья нации. Миссия ментальной экологии в существенной мере совпадает с базовым определением психотерапии как интерактивного процесса психологического упорядочения прошлого, настоящего и будущего человека, семьи, группы, общества в целом ради достижения поставленной цели [9]. В рамках синергетической методологии может быть дано еще одно лаконичное определение **психотерапии как науки об адаптивном управлении ментальностью индивидуального и общественного сознания**. Именно ментальность является мишенью психотерапевтического воздействия на сознание клиента/пациента, предопределяя его стиль жизни и траекторию судьбы.

Глубинной причиной глобального кризиса и многих проблем российского общества явилась девальвация духовно-нравственной парадигмы развития. Россия фактически лишилась официальной идеологии, а общество — духовных и нравственных идеалов. Традиционные основы воспитания и образования подменялись «более современными»:

- **христианские добродетели** — общечеловеческими ценностями гуманизма;
- **педагогика уважения старших и совместного труда** — развитием эгоистической личности;
- **целомудрие, воздержание, самоограничение** — вседозволенностью и удовлетворением своих потребностей;
- **любовь и самопожертвование** — западной психологией самоутверждения;
- **интерес к отечественной культуре** — исключительным интересом к иностранным языкам и иностранным традициям.

Все это приводило к нарастанию дегуманизации и деэтизации общественного сознания, разоблачая несостоятельность псевдогуманистической утопии, связанной с идеализацией западных ценностей и саморегуляцией рыночной экономики. Именно поэтому

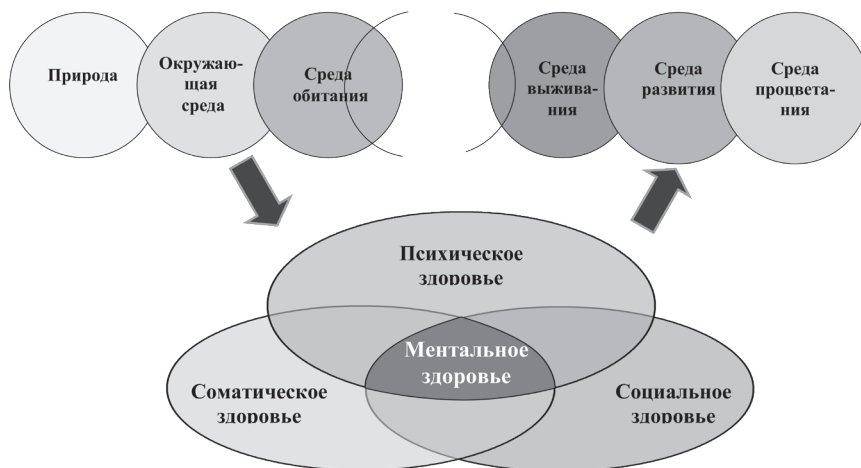


Рис. 1. Миссия ментальной экологии в интерактивном обеспечении цивилизационных трендов

Минобрнауки РФ в 2009 году принял «Концепцию духовно-нравственного развития и воспитания личности гражданина России».

Духовно-нравственное воспитание состоит в формировании:

- **нравственных чувств** — совести, долга, веры, ответственности;
- **нравственного облика** — терпения, милосердия, кротости;
- **нравственной позиции** — способности различения добра и зла, проявления самоотверженной любви, готовности к преодолению жизненных испытаний;
- **нравственного поведения** — готовности служить людям и Отечеству, послушания, доброй воли.

Матрицей в индивидуальном и общественном сознании, на которую направлено и духовно-нравственное воспитание, и образование, и психолого-психотерапевтическое воздействие, является полимодальная ментальность. Для измерения, образно говоря, силы личности и ее нравственного потенциала нами [16] был разработан и запатентован «Индекс ментальной экологии личности», позволяющий в скрининговом режиме оценивать психо-, социо-, сомато- и анимогенез личности или группы.

Анима, анимус (лат. *anima* — душа и *animus* — дух) — понятия, выражающие в древнегреческой культуре феномен духовного, выступали этапами эволюции осмысления духовности: если анима (душа) неотделима от своего телесного носителя, то анимус (дух) обладает статусом автономии.

Анимогенез — термин, интегрирующий представления о душе и духе, обозначает центральную четвертую часть в трехмерной биопсихосоциальной модели онтогенетического развития ментального здоровья, наполняя его биопсихосоциодуховным содержанием [15]. Принципиальное отличие анимогенеза от психогенеза состоит в раскрытии содержательного контента полимодальной ментальности.

Новым методологическим инструментом изучения ментальной экологии личности является **синергетика** — междисциплинарная наука о развитии и самоорганизации. Создатель термина «синергетика» — Г. Хакен. Синергетика занимается изучением систем, состоящих из большого числа частей, компонент или подсистем, сложным образом взаимодействующих между собой.

Основными принципами синергетики являются: нелинейность, неустойчивость, незамкнутость, динамическая иерархичность, наблюдаемость. Методология синергетики основана на интегративном подходе к изучению термодинамически открытых и неравновесных диссипативных структур [2].

Диссипативные структуры — это дискретные самоорганизующиеся системы, рассеивающие энергию, отличающиеся спиралеобразным развитием в многомерном пространстве, траектория и автоколебательная амплитуда которого носит многовариантный характер, предопределяясь сложением разнонаправленных сил и факторов в точках бифуркации.

Диссипативные структуры образуются и присутствуют в социуме и биосфере и периодически проходят процессы самоорганизации, подчиняясь внутренней логике развития, усложняясь и деградируя в процессе существования.

Важным понятием синергетики является **странный аттрактор** — объект в фазовом пространстве, к которому стремятся почти все траектории и на котором они неустойчивы. **Аттрактор** относится к классу **фракталов** (лат. *fractus* — фрагментированный), характеризующихся дробной размерностью, являющихся объектами, в которых траектории по одним направлениям разбегаются, по другим — притягиваются.

Фрактал — фигура, обладающая свойством самоподобия, состоящая из частей, каждая из которых подобна фигуре целиком и обладает нетривиальной структурой на всех шкалах.

Фрактальная динамика — это переход квантовой системы из одного возможного состояния в другое через бифуркацию, минуя которую, диссипативная структура начинает стремиться к новому аттрактору и новой структуре, что в клинической психиатрии соответствует развитию психических расстройств или излечению — в зависимости от того, какой из аттракторов (ведущий к прогрессивности или ремиссии психического расстройства) оказывается более актуальным.

Синергетика рассматривает человеческий организм как сложную открытую систему с нелинейно протекающими процессами. Поведение его нельзя назвать детерминированным. Изменение системы не подчиняется линейным законам, что происходит в силу возникновения внутренних флуктуаций.

При накоплении большого числа флуктуаций экзальтированность системы к внутренним или внешним воздействиям возрастает настолько, что те переменные, изменения которых не оказывали существенного влияния на систему, начинают его оказывать. Подобные точки, которые проходит система, или точки бифуркации, дают возможность использовать механизм локального усиления малых флуктуаций, что может позволить добиваться изменения поведения и траектории развития системы в нужную сторону (рис. 2).

Термин «траектория» развития состояния или заболевания широко используется в современной зарубежной и отечественной литературе [15, 20, 31–32]. Однако его употребление А. Б. Смулевичем [19] применительно «к проблемам траектории расстройств личности в пространстве малой психиатрии» вызвало обоснованные замечания у Ю. А. Александровского [1] в связи с «выпадением» термина из классической клинко-психопатологической методологии психиатрии, в которой была выполнена работа. С нашей точки зрения, термин «траектория» совершенно обоснованно востребован из синергетической методологии для описания развития в многомерном (как минимум трехмерном) пространстве, когда

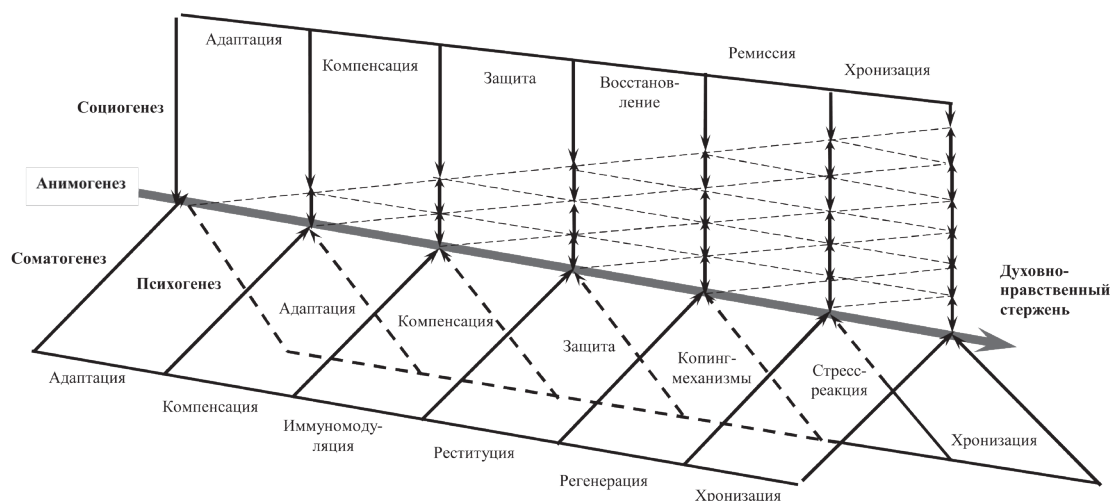


Рис. 2. Фрактальная траектория развития состояний (заболеваний) и защитные механизмы

традиционная «плоскостная динамика» оказывается неспособной описывать мультимодальные взаимодействия и многовариантные сценарии развития в рамках современной доказательной медицины.

Разработанная нами синергетическая концепция онтогенеза предполагает взаимодействие равноправных составляющих:

- **соматического здоровья**, формирующегося в результате биогенеза;
- **психического здоровья**, возникающего в процессе психогенеза;
- **социального здоровья**, складывающегося в процессе социогенеза;
- **ментального здоровья**, формирующегося в процессе анимогенеза.

Сумма отдельных параметров этих составляющих для конкретной популяции дает представление об уровнях ее соматического, психического, социального и духовно-нравственного функционирования, а объединение полученных результатов позволяет осуществлять системный мониторинг уровня общественного здоровья и общественного сознания изучаемого контингента.

Психосоматосоциодуховное здоровье индивидуума (и общественное здоровье) невозможно представить в изолированном виде — без взаимодействия и влияния на них внешних факторов, которые, в свою очередь, сами преобразуются в результате разнообразного воздействия на них со стороны индивидуумов, влияющих на окружающую среду. В результате этих взаимодействий возникает сложная, нелинейная, неустойчивая, незамкнутая, самоорганизующаяся система диссипативного типа, осуществляющая энергетический обмен и определяющаяся в своем развитии влиянием разнонаправленных сил.

Синергетический подход можно представить (рис. 3) основными плоскостями (векторами) биопсихосоциодуховной модели онтогенеза: сомато-, психо-, социо- и анимогенеза. Соматогенез предполагает развитие систем и функций организма; психогенез — развитие психических функций; социогенез — развитие социальных ролей и отношений; анимогенез — центральная часть пересечения и интеграции трех предыдущих векторов — образует четвертую и основную составляющую — развитие духовно-нравственного потенциала, ядром которого является

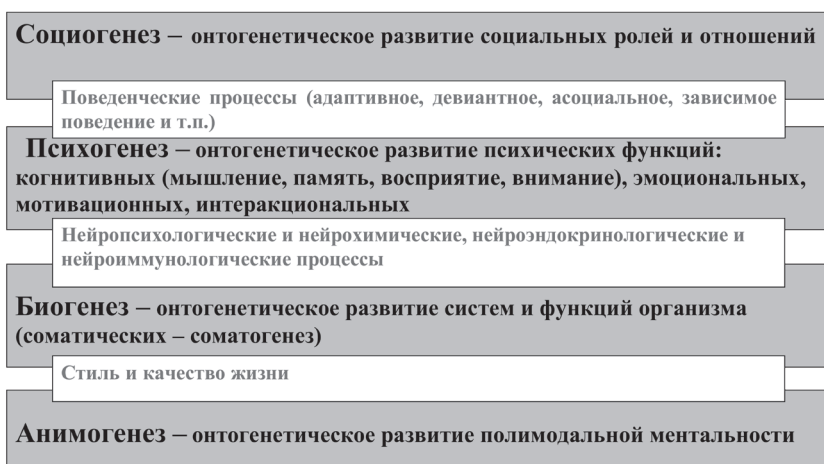


Рис. 3. Биопсихосоциодуховная модель онтогенеза

полимодальная ментальность. Модель предполагает мультидисциплинарный и интегральный подход к комплексным и сложным причинно-следственным отношениям. Синергетическая модель является многомерной и нелинейной, неустойчивой и незамкнутой. Траектории развития состояния или заболевания задаются и корректируются в точках бифуркации, приобретая спиралеобразность и многовариантность. На смену линейной нозоцентрической динамике приходят нелинейная дискретность и фрактальность.

Основные плоскости онтогенеза проникают друг в друга, определяя переходные зоны и зону центральную, содержанием которой является сознание — интегральное качество ментального здоровья, высший уровень саморегуляции и отражения действительности, аккумулирующий духовно-нравственный потенциал (рис. 4.). В динамике онтогенеза амплитуда и ритмика основных составляющих снижаются, и к периоду их угасания последним актуальным полем в сознании субъекта остается душа [15, 17].

Согласно синергетической концепции развитие любого расстройства имеет нелинейную динамику, траектория которой включает фракталы: predisпозиции (семейный дизонтогенез); латентный (диатезы); инициальный (функциональные расстройства); развернутой клинической картины; хронизации (формы и типы течения); исхода. В клинической медицине фрактал — это одновременно развитие и состояние, объединяющее временные и качественные характеристики системы или организма.

Мультидисциплинарная синергетика является оптимальной методологией для развития междисциплинарной и полимодальной психотерапии.

Синергетическая методология позволяет системно и преемственно интегрировать всё многообразие факторов и ресурсов ментальной экологии в поддержании оптимального уровня ментального здоровья нации.

Системный кризис психиатрии

Актуальность проблемы системного научно-методологического кризиса психиатрии, находящейся

на пределе истощения привычных концепций, все чаще становится предметом дискуссий специалистов, ставящих вопрос о смене парадигм в психиатрии [13], которая оказалась частным примером общей проблемы многих современных наук, подошедших к концу очередного цивилизационного цикла. Мультидисциплинарность психиатрии, и в еще большей степени психотерапии, констатирует вовлеченность в эту проблему разнопрофильных дисциплин: естественно-научных, гуманитарных, технических, что актуализирует синергетический подход.

Сегодняшние проблемы системного характера в психиатрии иллюстрирует МКБ-10, которая обнаруживает эклектичность, отсутствие единой стилистической и идеологической концепции, дефицит новых идей, тогда как прежние концепции уже не отвечают вызовам времени. Эти обстоятельства усилили противоречивые тенденции современной психиатрии: «глобализацию подходов... и классификационных критериев» и «нарастающую информационную избыточность многообразных данных» [6], которые раздвоили психиатрию на «психиатрию фактов», ориентирующуюся на стандарты диагностики, и «психиатрию ценностей», индивидуализирующую подход к пациенту [29].

Мультидисциплинарность психиатрии, возникшая в результате пересечений с другими науками, обозначает ее принципиальную интегративность. Но в МКБ-10 мультидисциплинарность и интегративность психиатрии выглядят механистичным объединением разнотильных идей, нередко противоречащих друг другу. В связи с этим актуализировалась терминологическая проблема, обозначив, с одной стороны, ограниченность некоторых классических терминов, с другой — искусственность новых дефиниций. Механистическое и эклектичное объединение двух подходов определило системный кризис МКБ-10, которая наряду с очевидными «попаданиями» содержит дефиниции, кажущиеся «приумножением сущностей без необходимости» [6].

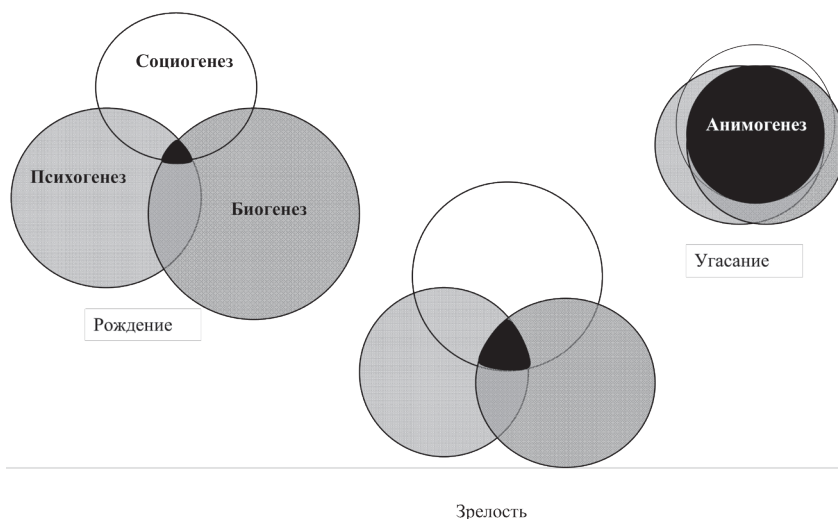


Рис. 4. Возрастная динамика биопсихосоциодуховной ассимиляции

Знаменательно, что страны, применяющие диагностическую систему DSM-IV с ее недостатками, не стали менять традиций в условиях интенсивно меняющейся психиатрической помощи, в т. ч. ее эτικο-правового аспекта, подгоняя их под очередную «МКБ», которая уже по этой причине не может считаться «международной».

Здесь уместно процитировать Игоря Губермана, образно выразившего непродуктивность дискуссий в рамках исчерпавшей себя методологии: «Между слухов, сказок, мифов, просто лжи, легенд, сомнений мы враждуем жарче скифов за несходство заблуждений».

Выход может быть найден только в обретении новой синергетической методологии.

Синергетика позволяет в рамках единой методологии рассматривать ментальное здоровье и ментальные недуги. Один и тот же профессиональный отряд психотерапевтов, психиатров, клинических психологов и социальных работников, использующий одни и те же технологии, занят как укреплением ментального здоровья клиентов (имеющих отдельные трудности адаптации, но не имеющих диагнозов), так и лечением ментальных недугов у пациентов. Именно поэтому ментальная медицина, построенная на мультидисциплинарной синергетической методологии, объединяет нозоцентрическую клиническую психиатрию и здравоцентрическую ментальную превентологию.

Ментальная медицина — наука, изучающая этиопатогенез и диагностику, клинику и лечение ментальных расстройств, биопсихосоциодуховные ресурсы развития личности и общества, стратегии и механизмы адаптации и профессиогенеза на единой синергетической методологии. В эту формулировку входит классическое определение психиатрии и все модальности, выделенные в характеристике ментального здоровья ВОЗ (2001), являющиеся приоритетами ментальной превентологии.

Ментальная превентология — раздел общей превентологии, наука о путях формирования и поддержания оптимального уровня ментального здоровья, психогигиене и психопрофилактике на системной и мультидисциплинарной синергетической основе.

Актуальной задачей становится сопоставление сферы применения классической психиатрии с кругом интересов ментальной медицины, изучающей не только ментальные недуги, но и биопсихосоциодуховные ресурсы развития личности, механизмы социализации и адаптивного профессиогенеза, а также поиск новой здравоцентрической концепции, расширяющей возможности дестигматизации и работы специалистов на донозологическом поле.

В свете указанных соображений представляется уместным сравнение и взаимодополнение классической клинической психиатрии и ментальной превентологии по важнейшим критериям их содержательной направленности и характера функционирования (табл. 2) в единой ментальной медицине.

Таблица 2

Ментальная медицина — единая наука укрепления ментального здоровья и лечения ментальных недугов

Критерии	Ментальная медицина	
	Клиническая психиатрия	Ментальная превентология
Концепция	Нозоцентризм	Здравоцентризм
Стратегия	Лечение болезни	Превенция патологии
Цель	Возвращение психического здоровья	Повышение качества жизни
Задача	Устранение симптомов	Сохранение функций
Объект	Больной человек	Здоровый человек
Фокус	Психическое расстройство	Нормальная функция
Технологии	Лечение, реабилитация	Сохранение, оптимизация
Приоритеты	Клинические	Холистические
Взаимоотношения	Патернализм	Партнерство
Процесс	Госпитализм	Социализация
Динамика	Линейная	Многомерная
Этика	Стигматизация	Дестигматизация

Приведенная таблица позволяет сопоставить направленность ментальной превентологии и клинической психиатрии, обозначив их взаимную дополняемость при решении задач по укреплению ментального здоровья населения Российской Федерации. Интеграция в ментальной медицине традиционного психиатрического нозоцентризма с нарастающим здравоцентрическим трендом укрепления ментального здоровья стала возможной на синергетической методологии и мультидисциплинарных бригадных формах работы. Данное обстоятельство ставит под вопрос концепцию отношения к психическому расстройству как к главной и единственной цели и задаче психиатрии. В контексте сегодняшнего дня диагностика, лечение и профилактика психопатологии оказываются тактическим фрагментом общей стратегии и направленности ментальной медицины на сохранение и оптимизацию ментального здоровья человека, повышение качества его жизни. Ментальная медицина становится единой наукой о ментальном здоровье и ментальных недугах.

Таким образом, более интенсивное развитие и разработка ответвлений медицины, как уже существующих, так и еще не сложившихся, представляется закономерной и актуальной задачей современной науки — не только с позиций научного детерминизма, но и с точки зрения иных методологических подходов, одним из которых является синергетика как основа организационно-функциональной мультидисциплинарности, способная сформировать новую парадигму ментальной медицины. Проекция ее на традиционное поле классической психиатрии расширяет область применения специальных знаний, направляя их на ситуации, еще не имеющие клинического прочтения. Это требует совершенствования технологий системно-

го мониторинга ментального здоровья, дополняющих и преобразующих традиционную диспансеризацию; профессионализации профилактической и мониторинговой деятельности специалистов (с появлением специальностей «превентолог», «мониторинг и укрепление здоровья»); формирования стратегий работы на донозологическом поле, скрининга факторов и ресурсов ментального здоровья; многовариантности траекторий коррекционно-профилактических и лечебно-реабилитационных маршрутов; оценки качества жизни и социального функционирования, что в итоге обеспечит более высокие результаты по укреплению ментального здоровья граждан России.

Антипсихиатрия

Философские разночтения середины XX века привели к возникновению в 1960-е годы внутри классической психиатрии движения *антипсихиатрии*, избравшего теоретической опорой экзистенциализм и социально-критическую философию. Об антипсихиатрии президент Всемирной психиатрической ассоциации М. Мэй (2008) сказал: «Антипсихиатрия в некоторых странах является реальностью. Наша профессия уникальна тем, что может создавать собственные антитела» [26].

Период распада империй в послевоенную эпоху генерировал антисистемные тенденции во многих сферах жизнедеятельности человека. Традиционная система классической психиатрии подверглась попыткам ревизионизма со стороны оппонентов. Сторонники антипсихиатрии стремились к «выявлению скрытой бредом истины», попутно едва ли не подвергая сомнению сам статус классической психиатрии как медицинской науки, протестуя против ее претензий квалифицировать людей как психически больных.

Антипсихиатры Р. Лэйнг, Д. Купер, Т. Сас и другие считали правильным отказ от лечения пациентов и необходимым удовлетворение их индивидуальных и социальных нужд, в том числе высказанных по психотическим мотивам: «Вместо психиатрических больниц, этих перерабатывающих заводов, мы нуждаемся в местах, где люди, зашедшие в своем странствии дальше, чем психиатры, и считающие себя умственно здоровыми, имели бы возможность пойти еще дальше во внутреннем пространстве и времени — и вернуться оттуда» [30]. Или, как показывает клиническая практика, не вернуться никогда.

Американский социолог Э. Хоффманн обозначил отрицательные стороны *психических тоталитарных заведений*. В Италии лидером движения антипсихиатрии стал Ф. Базалья, инициатор деинституционализации психиатрических больниц. В Нидерландах Й. Фудрен возглавил студенческое движение, направленное против профессиональной власти в психиатрических стационарах. Классическая психиатрия подверглась обвинениям в связи с дискриминационными процедурами ее регламента. Возникло движение за очищение психиатрического вмешательства от рамок больничной структуры,

уже почти двести лет воспринимавшейся как уход за психически больными в изолированном от социума пространстве. В 1965 году Д. Купер, Р. Лэйнг и другие создали Филадельфийскую ассоциацию, призванную «изменить само представление об *умственном здоровье и душевной болезни*» [28].

Принципиальной критике со стороны антипсихиатрии подвергались:

а) неправомерное использование медицинских категорий и методов в отношении социальных и психических явлений;

б) конвенциональный характер нозологических категорий в классической психиатрии, высокая степень их условности, сомнительный медицинский статус;

в) недостаточная теоретическая и клиническая обоснованность распределения этих категорий по рубрикам в классификациях;

г) токсичность и побочные действия психотропных средств;

д) отсутствие четко очерченного и законодательно закрепленного стандарта психической нормы;

е) применение недобровольного лечения;

ж) игнорирование иных подходов к проблеме психических расстройств;

з) компрометирующие связи классической психиатрии с фармацевтическими фирмами;

и) жестокое обращение и жесткий контроль в отношении психически больных.

Антипсихиатрия актуализировала проблемы:

а) экзистенциальных предпосылок психических расстройств;

б) патологического статуса психических расстройств;

б) места психически больных в социуме;

в) институционализации / деинституционализации психически больных;

г) методов лечения психических расстройств;

е) подавления личности и функционирования институтов власти;

ж) особенностей межличностного взаимодействия;

з) неосознаваемых механизмов функционирования общества;

и) защиты прав людей с психическим расстройством.

Ни один из пионеров антипсихиатрии не разработал целостной теоретической системы: Лэйнг и Купер занимались феноменологически-экзистенциальными концепциями, основанными на теории патологии внутрисемейной коммуникации; Базалья был ориентирован на политику, идеологию и революционные социальные реформы; воззрения Саса сформировались под влиянием Л. Бинсвангера и фрейдизма. Однако движение антипсихиатрии оказало влияние на классическую психиатрию, характер деятельности ее структур и качество помощи психически больным. Благодаря антипсихиатрии стали заметны некоторые противоречия классической психиатрии — ее концептуальная философская рассогласованность; из-

вестная диагностическая произвольность, зависящая от приоритетов региональных школ и философских предпочтений.

Благодаря движению антипсихиатрии начиная с 1960-х годов распространились новые методы и формы работы с психически больными. Появлялись и возрождались терапевтические общины, сотерии, бывшие, впрочем, модификацией метода, применявшегося в классической психиатрии еще в XIX веке (опыт поселения пациентов в крестьянских семьях с целью социальной реабилитации и трудотерапии — бельгийская деревня Гель, ряд других поселений Европы); были приняты более строгие законы, ограничивающие применение негуманных методов лечения и регламентирующие недобровольные госпитализации; появилось более гуманное отношение к психически больным; в их лечение и реабилитацию шире проникло применение социальных и психологических методов. Начало формироваться представление об этических нормах в классической психиатрии. Монополия биологического подхода в психиатрии была нарушена; в ней появились и активизировались психосоциальные подходы.

Антипсихиатрия стала *антитезисом* по отношению к тезису классической психиатрии, подвергнув критике ее важные концепции, достижения и теории, поставив под сомнение их практическую реализацию и целесообразность. Антипсихиатрия атаковала фундамент нозологии и эпистемологии классической психиатрии, критикуя отсутствие удовлетворительных критериев диагностики и объективности ее методов; подвергла сомнению саму медицинскую модель психического расстройства, принятую классической психиатрией, считая нозологическую классификацию произвольной; критикуя методы терапии («фармакотерапия — цепи, наложенные изнутри») и профилактики, не учитывающие социальных условий; выдвинула на первый план не биологический, а психосоциальный аспект проблемы, трактовала психотерапию как социальное манипулирование и контроль; протестовала против принудительной госпитализации, считая ее мерой сегрегации психически больных, лишенных прав человека.

Философская идеология антипсихиатрии тоже носила эклектичный и компилятивный характер, сочетая философские концепции сентиментального гуманизма Ж.-Ж. Руссо, экзистенциализма Ж.-П. Сартра и анархизма П. А. Кропоткина. Совсем не случайными в этом контексте выглядят студенческие волнения 1968 года в Париже: читатели Сартра оказались в плену романтически воспринятых анархизма и троцкизма. Это был первый стихийный опыт ментального дизайна и стратегий, технологий и механизмов будущих рукотворных «цветных революций».

Различие отношения властей к формам реализации ψ -функции и особенностям ее социального использования проявилось в отношении к психиатрическим больницам и психически больным в странах социалистических и капиталистических. Внутри системы

социализма ψ -функция сводилась к изоляции данной категории лиц, в условиях которой легко осуществить мониторинг этого контингента. Это *тоталитарный* вариант реализации ψ -функции. В странах капиталистической общественно-экономической формации имел место *либеральный* вариант, декларировавший приоритет прав человека и рассматривавший с этих позиций организацию психиатрической деятельности.

В середине XX столетия проблема психиатрических больниц на Западе решалась с использованием так называемых «общин», требовавших значительно меньших финансовых затрат, чем традиционные психиатрические стационары. В 1961 году Министерство здравоохранения Великобритании декларировало необходимость закрытия всех психиатрических больниц старого типа. Недружелюбное отношение М. Тэтчер и Р. Рейгана к социальной политике поддержки малообеспеченных слоев населения, заинтересованность властей в сокращении («оптимизации») расходов по этим статьям сформировало социальную политику в стилистике послаблений ограничивающего свойства и смягчения изоляционизма психически больных. Госпитализация перестала считаться приоритетной мерой в процессе их терапии. Количество пациентов в психиатрических стационарах в это время уменьшилось: в Великобритании со 150 000 в 1950 году — до 30 000 к началу 1980-х. «Психотропная революция, движение в защиту прав пациентов, шум вокруг трещащих по швам приютов слились в единую политику *декарцерации*, поощряемую с 1960-х годов» [14].

Произошла взрывная активизация и сетевое распространение таких методов психокоррекции и психотерапии, как групповые сеансы, семейная психотерапия, тренинги, ролевые игры, модификация поведения и другие. Все это оказалось прологом современной **Эры Психотерапии**. Именно психотерапия, совершив революционный прорыв на медицинское донозологическое поле, радикально изменила фокус ψ -миссии государства и общества с ментальных недугов на ментальное здоровье. Это обеспечило динамичное развитие всего комплекса нейронаук, ускорило становление социальной психиатрии и наркологии, приведя к рождению в последнее десятилетие ментальной экологии и ментальной медицины.

Системный синтез ментальной медицины

Если до XX века можно было говорить об устойчивых долговременных парадигмах в философии и науке (в частности, в классической психиатрии), то теперь различные концепции философских направлений, существующих одновременно, формируют противоречивую онтологию и восприятие общей картины мира как неустойчивой.

Принципиально важно отметить, что речь идет вовсе не о восприятии «теней от научных иллюзий», мир в самом деле галолирующими темпами утрачивает устойчивость и стабильность. Террористические акции

смертников-одиночек и сетевые хакерские атаки легко взрывают мировое общественное сознание, требуя принципиально новых подходов к защите ментальных ресурсов цивилизации. Психиатрические заборы и решетки в глобальном и открытом мире стали совершенным анахронизмом. Человечество в целом и каждый из нас настолько незащищены, что само осознание этого факта создает почву для социально-стрессовых расстройств.

Признание того, что прежние каноны научного познания мира оказались несостоятельными, стало частой темой полемических высказываний. Судорожное желание беспомощной интеграции классификационных систем в классической психиатрии сопровождается сегодня «известной бесперспективностью провозглашенного методологического подхода; его атеоретичностью; переходом от нозологического к синдромальному уровню клинических оценок; громоздкостью; невозможностью отразить культуральное многообразие даже при использовании описательного метода и эклектичностью ввиду отсутствия единого теоретического принципа» [11].

Материалистическая наука и философия полностью унижают человека и истину. Почти все эмпирические теории XIX и XX веков были опровергнуты вердиктом истории как надуманные и претенциозные экспонаты бесплодной эрудиции. Несмотря на внушительное количество исторических, статистических, псевдо-экспериментальных, клинических и иных данных, не было создано ни одной обобщающей теории. В лучшем случае они лишь восстанавливали в вульгаризированной и более примитивной форме обобщения предшествующих поколений [20, с. 433].

В приложении к классической психиатрии и психотерапии эта проблема была сформулирована К. Г. Юнгом: «Современная медицина не может больше понимать душу, как придаток тела и потому все более начинает учитывать так называемый *психический фактор*» [25, с. 55]. «Практическое поражение эмпиризма современной культуры обнаруживается в нашей возрастающей неспособности управлять человеком и ходом социально-культурных процессов» [20, с. 500]. Но именно психиатрия медленнее всего выходит из эмпирического периода развития науки.

В условиях мирового глобально-перманентного и приступообразно-прогредиентного кризиса, имеющего в глубинной основе ментальную парадигму, сегодня практически исчерпаны возможности совершенствования классической психиатрии и антипсихиатрии. «Мы находимся, по-видимому, на склоне эпохи» [8]. Но эта «мнимая смертная агония — не что иное, как острая боль рождения новой формы культуры, родовые муки, сопутствующие высвобождению новых созидательных сил» [20, с. 502], «обнадеживающее знамение возможного более глубокого изменения духовного склада» [25, с. 171].

«XXI век станет веком возврата к целостности, к всестороннему осмыслению общих проблем. Ключе-

выми становятся технологии своеобразной системной интеграции, *системного синтеза*» [10], так как все же «главное в изучаемом живом явлении не элементы, которые сами по себе безразличны и не существуют, а нечто другое — *синтез, форма, идея*» [5]. «Постепенно рождается и развивается понимание того, что существует *единое* человечество с *единой* душой ... сомнительная гипотеза психофизического параллелизма уступит место возможности построения новой модели, приближающейся к идее единого мира» [25, с. 173].

Кризис классических наук в XX веке генерировал использование в научной методологии различных интерпретативных и методологических систем, что привело к пониманию необходимости использования *принципа дополнительности* [22, 23]. «Бытие может быть описано лишь частично, так как другая часть остается в любое данное время неузнанной и беспредельной. Жизненные процессы не могут быть объяснены на основе одного лишь принципа каузальности» [24].

Противоречие объединяет в одно целое борьбу и единство противоположностей, причем *единство* взаимопредполагает, а *борьба* взаимоисключает противоположные стороны. Борьба тезиса классической психиатрии и антитезиса антипсихиатрии свели эти концепции к однополярным трактовкам, в которых как промахи, так и достижения этих направлений подвергались релятивизму противоположающей стороны. Но тезис классической психиатрии и сменивший его антитезис антипсихиатрии создали условия и для формирования при посредстве принципа дополнительности конструктивного синтеза этих противоречивых концепций в ментальной медицине, обещающей качественно новый уровень понимания и интерпретации проблем ментального здоровья и ментальных недугов (табл. 3).

Внутренние противоречия тезиса и антитезиса снимаются синтезом прежних идей, способным использовать новую философскую *идеологию синергетики*, называемой именно «системным синтезом», «синтезом при развитом анализе» (что декларирует осмысленное сочетание прежних методологических приоритетов и достижений) в качестве базиса для формирования новой научной дисциплины — *ментальной медицины*.

Синергетика, использующая комплексный подход, имеющая среди своих важнейших системных концептов принцип дополнительности, может творчески объединить достижения классической психиатрии и антипсихиатрии, избежав их недостатков, проявляющихся прежде всего в методологическом релятивизме, отторгающем идеологические приоритеты оппонировавшей стороны. Появление новой холистической философии неминуемо генерирует новую синтетическую методологию, способную вывести практическую психиатрическую науку из тупика сегодняшних противоречивых и непримиримых концепций: теория

Таблица 3

Системный синтез ментальной медицины

Критерии	Клиническая психиатрия Тезис	Антипсихиатрия Антитезис	Ментальная медицина Синтез
Философия	Позитивизм, неопозитивизм, сциентизм	Экзистенциализм	Синергетика
Концепция	Нозоцентризм	Экзистенциальная свобода личности	Здравоцентризм
Приоритеты	Клинические	Социальные	Холистические
Тренд	Биологический	Социально-психологический	Биопсихосоциально-духовно-нравственный
Стратегия	Лечение ментальных недугов	Индивидуальная ментальность	Превентивно-коррекционная и лечебно-реабилитационная
Цели	Возвращение ментального здоровья	Реализация прав и свобод личности	Повышение качества жизни и уровня ментального здоровья
Задачи	Устранение симптомов	Утверждение права субъекта на его уникальность	Сохранение функций и ментального потенциала
Объект	Больной человек	Психиатрия, как ψ -функциональный властный институт	Здоровый человек — клиент — пациент
Фокус	Ментальное расстройство	Особенности межличностного взаимодействия	Нормальная — измененная — расстроенная ментальность
Технологии	Лечение, реабилитация	Коммуникация	Сохранение — оптимизация — восстановление
Процесс	Госпитализм	Либерализация	Адаптация — социализация — гуманизация — реадaptация
Динамика	Линейная	Контрлинейная	Многомерная
Взаимоотношения	Патернализм	Протекционизм	Партнерство
Этика	Стигматизация	Презумпция ментальной уникальности	Дестигматизация
Формы реализации	Стационар, диспансер, интернат	Терапевтические сообщества	Системный мониторинг ментального здоровья

вдохновит практику. Элементы новых практических веяний уже заметны в достижениях психотерапии, наркологии и социальной психиатрии, с их более разнообразными формами и методами работы, выпадающими из репертуара традиционной классической психиатрии. Ментальная медицина, полимодальная структура которой направлена именно на *целостный*, холистический подход к проблемам ментальных недугов, учитывающая не только нозологические категории, но и *потенциальные риски* их формирования, может стать основой для реализации философии синергетики в сфере ментального здоровья.

Учитывая, что ментальные недуги поглощают до 50 % бюджетов систем здравоохранения развитых стран, актуальнейшей задачей становится ответ на сакраментальный вопрос: что экономически и социально эффективней, клинически целесообразней и гуманней — сохранять субпопуляции с расстроенной ментальностью в их измененной реальности или возвращать в легитимную реальность, которую они не принимают? Ответ дает ментальная медицина, позволяющая по многовариантным сценариям как укреплять ментальное здоровье, так и лечить ментальные недуги. Ментальная медицина позволяет обосновать и реализовать достойную траекторию судьбы любому пациенту/клиенту с конкретными ресурсами полимодальной ментальности в адекватной для него мультикультуральной или виртуально-госпитальной реальности.

Диалектика истории вообще и научного познания в частности складывается из этапов «разбрасыва-

ния» камней» и их «собрания», обозначающих соответственно процессы анализа и синтеза. Однако по существу они являются лишь процессуальными тезисом и антитезисом, и эта диада требует своего логического завершения, которым должен стать третий этап — строительство из собранных камней нового Храма Науки. Этот этап можно обозначить как системный синтез ментальной медицины.

Список литературы

1. Александровский Ю. А. Рецензия на книгу А. Б. Смужева «Расстройства личности. Траектория в пространстве психической и соматической патологии» // Психиатрия и психофармакотерапия. 2012. Т. 14, № 5. С. 45–46.
2. Баранцев Р. Г. Синергетика в современном естествознании. М. : Эдиториал УРСС, 2009. 160 с.
3. Демчева Н. К. Новые клинико-эпидемиологические и социометрические подходы к оценке психического здоровья населения // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 2006. Т. 106, № 6. С. 58–61.
4. Казаковцев Б. А. Развитие служб психического здоровья. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. 672 с.
5. Карсавин Л. П. Апологетический этюд // Карсавин Л. П. Малые сочинения. СПб.: АО Алетея, 1994. С. 380.
6. Краснов В. Н., Коханов В. П. Психиатрия чрезвычайных ситуаций. М. : Практическая медицина, 2008. 478 с.
7. Краснов В. Н. Образовательная программа по депрессивным расстройствам в 3 т. М. : Московский НИИ Психиатрии, 2010. Т. 1 — 119 с., Т. 2 — 171 с., Т. 3 — 303 с.
8. Лем С. Сумма технологий. М. ; СПб. : АСТ, 2006. С. 231.

9. Макаров В. В. Психотерапия: наука, искусство, ремесло // Психотерапия. 2013. № 1. С. 2–3.

10. Малинецкий Г. Г., Потапов А. Б. Нелинейная динамика и хаос. Основные понятия. М.: КомКнига, 2006. С. 42.

11. Морозов П. В., Овсянников С. А. История развития научных основ психиатрии // Психиатрия. Национальное руководство / под ред. Т. Б. Дмитриевой, В. Н. Краснова, Н. Г. Незнанова, В. Я. Семке, А. С. Тиганова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. С. 58.

12. Незнанов Н. Г., Дунаевский В. В. Медико-психологические аспекты онкологии (анализ проблемы и общие рекомендации) // Психические расстройства в общей медицине. 2009. № 1. С. 13–16.

13. Нуллер Ю. Л. Смена парадигм в психиатрии? // Психиатрия и психофармакотерапия. 2008. Т. 9, № 5. С. 4–7.

14. Портер Р. Краткая история безумия. М.: АСТ-Астрель, 2008. С. 201.

15. Сидоров П. И. Наркологическая превентология: руководство. М.: МЕДпресс-информ, 2006. 720 с.

16. Сидоров П. И., Новикова И. А. Ментальная медицина: методология и практика. LAP LAMBERT Academic Publishing, 2012. 685 с.

17. Сидоров П. И. От ментальной экологии к ментальной медицине // Экология человека. 2013. № 1. С. 33–38.

18. Смелевич А. Б. Психические расстройства в клинической практике. М.: Медпресс-информ, 2011. 720 с.

19. Смелевич А. Б. К проблеме траектории расстройств личности в пространстве малой психиатрии // Психиатрия и психофармакотерапия. 2012. Т. 4, № 5. С. 47–49.

20. Сорокин П. А. Кризис нашего времени // П. А. Сорокин. Человек. Цивилизация. Общество. М.: ИПЛ, 1992.

21. Чернобровкина Т. В., Кершенгольц Б. М. Философские проблемы биологии и медицины: синергетика в аддиктологии // Аддиктология. 2005. № 1. С. 14–20.

22. Юнг К. Г. Собрание сочинений. Психология бессознательного. М.: Канон, 1994. С. 251.

23. Юнг К. Г. Проблема души современного человека // Юнг К. Г. Проблемы души нашего времени. М.: Изд. группа «Прогресс-Универс», 1994. С. 314.

24. Юнг К. Г. Психологические типы. СПб.: Ювента-М.: Изд. группа «Прогресс-Универс», 1995. С. 553.

25. Юнг К. Г. Современный миф о «небесных знамениях» // К. Г. Юнг о современных мифах. М.: Практика, 1994.

26. Якушев И. Б., Сидоров П. И. Ментальная медицина посткризисного мира. LAP LAMBERT Academic Publishing, 2011. 188 с.

27. Ястребов В. С., Солохина Т. А., Шевченко Л. С. и др. Экономическая оценка масштаба вложений и потерь вследствие психических заболеваний: методология исследования и социально-экономический прогноз последствий // Социальная и клиническая психиатрия. 2009. № 4. С. 21–28.

28. Baillon G. Introduction a l'antipsychiatrie // La Nef. 28 annee. N 42. Janvier-mai 1971. P. 23.

29. Fulford K. Looking with both eyes open fact and value in psychiatric diagnosis? // World Psychiatry. 2005. Vol. 4, N 2. P. 78–86.

30. Laing R. D. La Politique de l'experience. Essai sur l'alimentation et l'oiseau de Paradis. Paris: Stock, 1969. P. 88.

31. Goodman M. et al. Parental viewpoints of trajectories to borderline personality disorder in female offspring // J. Pers. Disord. 2010. P. 2004–2016.

32. Silverman M. et al. The course of anxiety disorders other than PTSD in patients with borderline personality disorder and axis II comparison subjects: a 10-year follow-up study // J. Pers. Disord. 2012. P. 804–816.

References

1. Aleksandrovskiy Yu. A. *Psikhiatriya i psikhofarmakoterapiya* [Psychiatry and Psychopharmacotherapy]. 2012, vol. 14, no. 5, pp. 45–46. [in Russian]

2. Barantsev R. G. *Sinergetika v sovremennom estestvoznani* [Synergetics in Modern Natural Science]. Moscow, 2009, 160 p. [in Russian]

3. Demcheva N. K. *Zhurnal nevropatologii i psikhiiatrii im. S. S. Korsakova* [Korsakov Journal of Neuropathology and Psychiatry]. 2006, vol. 106, no. 6. S. 58–61. [in Russian]

4. Kazakovtsev B. A. *Razvitie sluzhby psikhicheskogo zdorov'ya* [Development of Mental Health Services]. Moscow, 2009, 672 p. [in Russian]

5. Karsavin L. P. *Malye sochineniya* [Small-size Theses]. Saint Petersburg, 1994, p. 380. [in Russian]

6. Krasnov V. N., Kokhanov V. P. *Psikhiatriya chrezvychaynykh situatsii* [Emergency Psychiatry]. Moscow, 2008, 478 p. [in Russian]

7. Krasnov V. N. *Obrazovatel'naya programma po depressivnym rasstroistvam v 3 t.* [Curricula in Depressive Disorders in 3 volumes]. Moscow, 2010, vol. 1 – 119 p., vol. 2 – 171 p., vol. 3 – 303 p. [in Russian]

8. Lem S. *Summa tekhnologii* [Sum of Technologies]. Moscow, Saint Petersburg, 2006, p. 231. [in Russian]

9. Makarov V. V. *Psikhoterapiya* [Psychotherapy]. 2013, no. 1, pp. 2–3. [in Russian]

10. Malinetskiy G. G., Potapov A. B. *Nelineinaya dinamika i khaos. Osnovnye ponyatiya* [Nonlinear Dynamics and Chaos. Basic Terms]. Moscow, 2006, p. 42. [in Russian]

11. Morozov P. V., Ovsyannikov S. A. *Psikhiatriya. Natsional'noe rukovodstvo* [Nonlinear Dynamics and Chaos. Basic Terms], eds. T. B. Dmitrieva, V. N. Krasnov, N. G. Neznanov, V. Ya. Semke, A. S. Tiganov. Moscow, 2009, p. 58. [in Russian]

12. Neznanov N. G., Dunaevskii V. V. *Psikhicheskie rasstroistva v obshchei meditsine* [Mental Disorders in General Medicine]. 2009, no. 1, pp. 13–16. [in Russian]

13. Nuller Yu. L. *Psikhiatriya i psikhofarmakoterapiya* [Psychiatry and Psychopharmacotherapy]. 2008, vol. 9, no. 5, pp. 4–7. [in Russian]

14. Porter R. *Kratkaya istoriya bezumiya* [Brief History of Madness]. Moscow, 2008, p. 201. [in Russian]

15. Sidorov P. I. *Narkologicheskaya preventologiya: rukovodstvo* [Narcological Preventology: Guide]. Moscow, 2006, 720 p. [in Russian]

16. Sidorov P. I., Novikova I. A. *Mental'naya meditsina: metodologiya i praktika* [Mental Medicine: Methodology and Practice]. LAP LAMBERT Academic Publishing, 2012, 685 p. [in Russian]

17. Sidorov P. I. *Ekologiya cheloveka* [Human Ecology]. 2013, no. 1, pp. 33–38. [in Russian]

18. Smulevich A. B. *Psikhicheskie rasstroistva v klinicheskoi praktike* [Mental Disorders in Clinical Practice]. Moscow, 2011, 720 p. [in Russian]

19. Smulevich A. B. *Psikhiatriya i psikhofarmakoterapiya* [Psychiatry and Psychopharmacotherapy]. 2012, vol. 4, no. 5, pp. 47–49. [in Russian]

20. Sorokin P. A. Chelovek. *Tsivilizatsiya. Obshchestvo* [Human Being. Civilization. Society]. Moscow, 1992. [in Russian]
21. Chernobrovkina T. V., Kershengolts B. M. *Addiktologiya* [Addictology]. 2005, no. 1, pp. 14-20. [in Russian]
22. Yung K. G. *Sobranie sochinenii. Psikhologiya bessoznatel'nogo* [Collected Works. Depth Psychology]. Moscow, 1994, p. 251. [in Russian]
23. Yung K. G. *Problemy dushi nashego vremeni* [Problems of Soul of Our Times]. Moscow, 1994, p. 314. [in Russian]
24. Yung K. G. *Psikhologicheskie tipy* [Psychological Types]. Saint Petersburg, 1995, p. 553. [in Russian]
25. Yung K. G. *O sovremennykh mifakh* [Modern Myths]. Moscow, 1994. [in Russian]
26. Yakushev I. B., Sidorov P. I. *Mental'naya meditsina postkrizisnogo mira* [Mental Medicine of Post-crisis World]. LAP LAMBERT Academic Publishing, 2011, 188 p. [in Russian]
27. Yastrebov V. S., Solokhina T. A., Shevchenko L. S. i dr. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiatriya* [Social and Clinical Psychiatry]. 2009, no. 4, pp. 21-28. [in Russian]
28. Baillon G. Introduction a l'antipsychiatrie. *La Nef*. 28 annee, no. 42, Janvier-mai 1971, p. 23.
29. Fulford K. Looking with both eyes open fact and value in psychiatric diagnosis? *World Psychiatry*. 2005, vol. 4, no. 2, pp. 78-86.
30. Laing R. D. *La Politique de l'experience. Essai sur l'alimentation et l'oiseau de Paradis*. Paris, Stock., 1969, p. 88.
31. Goodman M. et al. Parental viewpoints of trajectories to borderline personality disorder in female offspring. *J. Pers. Disord.* 2010, pp. 2004-2016.
32. Silverman M. et al. The course of anxiety disorders other than PTSD in patients with borderline personality disorder and axis II comparison subjects: a 10-year follow-up study. *J. Pers. Disord.* 2012, pp. 804-816.

SYSTEM SYNTHESIS OF MENTAL MEDICINE

P. I. Sidorov

Northern State Medical University,
Northern Scientific Center of North-West Department of
Russian Academy of Medical Sciences, Arkhangelsk, Russia

In the article, efficiency of the synergetic approach to development of mental ecology and mental medicine has been grounded on the conceptual-methodological level. It has been shown that quality of life and a health level are 20 % predetermined by the mentality factor. There has been proposed the «Index of personality mental ecology» allowing to take qualitative and quantitative measurements of its biopsychosocial and spiritual-moral potential and to assess and predict a destiny course. There have been systematized the issues of the crisis in psychiatry and the significance of antipsychiatry for a startup of the contemporary Era of Psychotherapy that has made a revolutionary breakthrough to the prenosological field of public health and public conscience and changed radically the focus of the Ψ -mission of the state and the society from mental illnesses to mental health. That has provided dynamic development of the whole complex of neurosciences, forced establishment of social psychiatry and narcology and lead to birth of mental ecology and mental medicine. Separation of mental medicine as a unified theory of mental health promotion and treatment of mental illnesses has been grounded.

Key words: mentality, mental health, mental ecology, mental medicine

Контактная информация:

Сидоров Павел Иванович — академик РАМН, директор
Института ментальной медицины Северного научного центра
Северо-Западного отделения РАМН

Адрес: 163000, г. Архангельск, пр. Троицкий, д. 51

E-mail: pavelsidorov13@gmail.com