



УДК: 616.89-008

DOI: <https://doi.org/10.17816/nb109667>

## О некоторых аспектах психиатрического диагноза

Б.А. Воскресенский, Р.И. Бегматов

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия

*Автор, ответственный за переписку:* Борис Аркадьевич Воскресенский, [creation3000@yandex.ru](mailto:creation3000@yandex.ru)

### **АННОТАЦИЯ**

В настоящее время сопоставляют понятия психической болезни и расстройства. Предпочитают первое. Психиатрический диагноз и его аспекты рассматривают с позиций биопсихосоциальной (трихотомической) модели, предпочитают второй термин, конкретизируют понятие души. Медицинский аспект — патологические переживания, социальный — демегафоризация болезни, дестигматизация больного, психологический — воздействие на «здоровое среди больного», философский — «божественное безумие телеологично».

**Ключевые слова:** психическая болезнь, трихотомия, душа, психопатология, дестигматизация, «здоровое среди больного», «божественное безумие телеологично».

### **Для цитирования:**

Воскресенский Б.А., Бегматов Р.И. О некоторых аспектах психиатрического диагноза // Неврологический вестник. 2022. Т. LIV. Вып. 3. С. 84–91. DOI: <https://doi.org/10.17816/nb109667>.

DOI: <https://doi.org/10.17816/nb109667>

## On some aspects of psychiatric diagnosis

Boris A. Voskresensky, Ruslan I. Begmatov

Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russia

*Corresponding author:* Boris A. Voskresensky, [creation3000@yandex.ru](mailto:creation3000@yandex.ru)

### ABSTRACT

At present, the concepts of psychical disease and disorder are compared. The concept of disease is preferred. Psychiatric diagnosis and its aspects are considered for the position of the biopsychosocial (trichotomy) model, the second term is preferred, the concept of a soul is concretized. The medical aspect is pathological experiences, the social one is the demetaphorization of the disease, the destigmatization of the patient, the psychological one is the impact on “the healthy among the sick”, the philosophical one is “divine madness is teleological”.

**Keywords:** *psychiatric disease, trichotomy, soul, “the healthy among the sick”, “divine madness is teleological”.*

### For citation:

Voskresensky BA, Begmatov RI. On some aspects of psychiatric diagnosis. *Neurology Bulletin*. 2022;LIV(3):84–91. DOI: <https://doi.org/10.17816/nb109667>.

Для признания истины в области математических или естественных наук духовная общность людей необязательна. Но эта общность уже должна быть более заметной, когда речь идёт о социальных науках. Философское познание не может абстрагироваться от человеческого существования, для постижения одной и той же истины здесь необходима духовная общность.

Н.А. Бердяев [1, с. 20]

Замечательные психиатры, возглавлявшие кафедру психиатрии Казанского университета, разрабатывали различные разделы избранной ими науки — историю, сомато-неврологические основы, психопатологию, терапию, социальный и клиничко-психологический подходы. Однако — открыто или в подтексте — всегда главным оказывался вопрос о сущности психического заболевания и, следовательно, о подходах к диагностике. В определённых ситуациях его решение может оказаться судьбоносным в самом буквальном смысле, так как «...при гигиеническом обосновании уместно любое подозрение идеологического характера» [2, с. 301–302].

Понятие психического расстройства (как и нормы психического здоровья) не есть изначальная данность. Оно исторически менялось в зависимости от взглядов на сущность человека (с акцентом на его биологии — материализм — или же на психической составляющей — идеализм — в самом широком смысле слов) и в связи с потребностями социальной-общественной жизни — при осмыслении некоторых феноменов духовного опыта, при своеобразных «прорывах» в художественном и научном творчестве, при оценке различного рода правовых коллизий в гражданском и уголовном праве. В более общей форме его обсуждали в дискуссиях о личностной — мировоззренческой свободе, об этно-культуральной окраске нервно-психических расстройств.

В современной психиатрии господствует биопсихосоциальная концепция психических расстройств. В другой терминологии, восходящей к христианской антропологии, она формулируется как трихотомическая концепция личности: дух-душа-тело. Её мы представляли на страницах настоящего журнала [3, с. 95–97], поэтому лишь напомним, что для обоих вариантов наибольшие трудности представляет определение души (она же «психо»).

В первом варианте она оказывается эпифеноменом, надстройкой над изначальной, основообразующей материальной (равно — телесной) субстанцией, всестороннее познание которой сделает «чисто психические процессы» излишними, окончательно узаконив одни «реальные», «объективные» физико-химические, электрофизиологические и другие подобные им реалии.

Для трихотомии «душа» самоочевидна, так сказать интроспективна. Мы попытались обосновать её реальность с помощью «языковой антропологии» А. Вежбицкой (см. вышеуказанную ссылку на публикацию). Это позволило представить психические расстройства не как «болезни мозга» (формулировка, прозвучавшая ещё в XIX веке), а как собственно душевные болезни<sup>1</sup>. Существо их (как и болезней любой иной природы) состоит в ослаблении, распаде, исчезновении определённых (в данном случае душевных — эмоции, воля, интеллект и др.) структур — негативная симптоматика, сопряжённая (в разных вариантах) с соответствующей продуктивной. Устанавливая, формулируя диагноз, психиатр определяет, по каким закономерностям меняется психическая деятельность = психический, душевный облик больного — таков **медицинский аспект психиатрического диагноза**<sup>2</sup>.

При этом врач на основе своих знаний и профессионального опыта внутренне воспроизводит (термин наш — Б.В., Р.Б.), но ни в коем случае не переживает сам, состояние больного, преобразуя «голоса», «видения», «слежку и преследование», «перепады настроения» в галлюцинации, бред, аффективные колебания и т.д. И погоревать вместе с больным, и посмеяться, и изумиться необычности его ощущений, и даже огорчиться-рассердиться (конечно же, «болея» за него) из-за каких-то — по-болезненному — неразумных поступков (проверка критичности) — таков модус

<sup>1</sup>Сказанным не отрицается роль церебральных процессов как в нормальной психической деятельности, так и при заболеваниях самой разной этиологии.

<sup>2</sup>По этой причине диагностическое мышление психиатра правомерно будет определить как образное. Чтобы эта оценка не оказалась лишь литературным приемом, горизонт расширим: мышление врача-хирурга — инженерно-конструкторское, невролога (невропатолога, по-старому) — пространственное, терапевта — патофизиологическое, акушера — механистическое, но не в бранном смысле, а имея ввиду биомеханику родов.

общения врач-душевнобольной. В психиатрии психикой врача познаётся психика больного<sup>3</sup>.

Современная психиатрия избегает строгого понятия «болезнь», подразумевающего достаточно жёсткие причинно-следственные связи и чёткое противопоставление нормы и патологии. Она предпочитает термин «расстройство», понимая под ним комплекс симптомов, в большинстве случаев причиняющих страдание и препятствующих личностному функционированию (таково определение Всемирной организации здравоохранения). Однако общеизвестно, что далеко не каждый душевнобольной субъективно страдает. Личностное функционирование также нередко сохраняется на достаточно высоком уровне. С другой стороны, самоочевидно, что и страдание (как определённое переживание) и дезадаптация могут быть следствием не медицинских, а каких-то иных, прежде всего чисто социальных коллизий. Приведённые критерии — дань позитивизму и прагматизму, одна из граней психиатрии постмодернизма — так мы определяем преобладающий дискурс этой науки в конце XX — начале XXI века [5, с. 27].

Единственный достоверный критерий психического расстройства (заболевания, мы употребляем эти слова «на равных» как синонимы) — психопатологические переживания. Их «патологичность» определяется не просто необычностью, неправдоподобием, нелепостью — здесь мы имеем ввиду прежде всего продуктивную симптоматику, — а тем, что они «влекут за собой» — повторим вышесказанное — симптоматику негативную. Лишь постепенно, в ходе своего культурно-исторического и, в частности, своего «медицинского», «клинического» взросления человечество осознало, что некоторые видения, голоса, модусы поведения и прочее — не просто «жизненный опыт», а психическое-душевное расстройство.

Возвращаясь к сопоставлению «болезни» и «расстройства», отметим, что «болезнь» располагается к «смерти» значительно ближе, чем «расстройство», и это, быть может, важнее всего в причинах «бегства от болезни», поскольку современное мировоззрение стремится вытеснить всё некомфортное, неприятное, угрожающее<sup>4</sup>. Так, почти недопустимым стало слово «проблемы» как указывающее почти на катастрофичность той или иной ситуации. При оценке сложной коллизии сегодня предпочитают ограничиваться «вопросами» и «вызовами».

**Социальный аспект** психиатрического диагноза в наши дни привлекает не меньшее, а, может быть, даже большее внимание, чем медицинский.

Каждая культура создаёт из болезни образ, характер которого очерчивается всеми вытесняемыми или подавляемыми ею антропологическими возможностями — так полагал М. Фуко [7, с. 24]. Современные философы также указывают, что «болезнь» (обогащённая смысловыми оттенками) может проецироваться на мир. В соответствии с этим «механизмом» от психиатрии ждут «приговоров» при борьбе с «сектами», терроризмом наиболее устрашающими преступлениями, игроманией, различного рода аномалиями половой жизни, инакомыслием и т.п. Собственно душевнобольные (те, у которых проявления болезни не имеют нравственно-идеологического акцента) внимания общества не привлекают.

<sup>3</sup>Сравнивая диагностические подходы психиатров разных стран, ведущий специалист по этой проблеме профессор П.В. Морозов [4] писал об особом — интуитивно-глубинном — проникновении врача в переживания больного, характерном для психиатров восточнославянских стран (речь шла о проблеме диагностики расстройств шизофренического спектра в связи с упреками в произвольном расширении их границ). Он объяснил эту методику высокой развитостью интуитивно-эмоциональных форм общения, характерной для авторитарно-тиранических режимов. Предупреждая упреки в националистическом самодовольстве, напомним, что «первичное чувство шизофрении» — понятие, введённое немецкими психиатрами.

<sup>4</sup>Медицина выявляет трагическое противостояние конечности жизни и извечного стремления человека к бессмертию. А врач как бы становится ответственным перед обществом в целом и каждым конкретным человеком за «бессердечие природы», ставит границы, пределы. В этом смысле, быть может, и следует понимать утверждение К. Маркса о том, что врачи, медицина есть зло: «Человеческое тело от природы смертно. Болезни поэтому неизбежны. Почему, однако, человек обращается к врачу только тогда, когда заболевает, а не когда он здоров? Потому что не только болезнь, но и самый врач есть зло. Постоянная врачебная опека превратила бы жизнь в зло, а человеческое тело — в объект упражнений для медицинских коллегий. Разве не желательнее смерть, нежели жизнь, состоящая только из мер предупреждения против смерти? Разве жизни не присуще также и свободное движение? Что такое болезнь, как не стеснённая в своей свободе жизнь? Неотступный врач уже и сам по себе был бы болезнью, при которой даже не было бы надежды умереть, а оставалось бы только жить. Пусть жизнь и умирает, но смерть не должна жить» [6, с. 64].

Инструментом разграничения клинического (психопатологического) и социального здесь также служит трихотомия. Болезнь — в сфере душевного (собственно психического), особенности поведения, верований — в духовном.

Этот подход, пусть и без теоретического обоснования, применяли ещё сто с лишним лет назад: «Необходимо, чтобы судья, присяжный заседатель, или защитник отдавали себе ясный отчёт о пределах своих знаний и своего разума. Как бы врач-эксперт ни старался изложить свои доводы в форме наиболее доступной, избегая туманных слов и туманных определений, ему трудно внедрить в сознание своих неподготовленных слушателей точное понимание того, что должно, например, разуметь под словами «психический эквивалент эпилепсии».

В некоторых случаях совершенно недостаточно понимать каждое слово в отдельности. Чтобы охватить совокупность признаков, принадлежащих к составу какого-либо сложного понятия, нужны навык и школа. Офицеры, заседающие в народных судах, несомненно, без труда разберутся в вопросах, касающихся конструкции и применения огнестрельного оружия, судья сразу определит подсудность того или иного преступления на основании его точной квалификации, присяжный заседатель может быть весьма дельным человеком вообще и отличным знатоком своей специальности. Однако для того, чтобы понять значение психического эквивалента, требуется, я не хочу сказать большие, но *другие* познания, *другая* подготовка, а именно способность мыслить психиатрически» [8, с. 317].

Порождение нашего времени — концепция *rescovery*, подразумевающая переживание удовлетворённости, лично значимой жизни и самоуважения, самостоятельности решений и других подобных же оценок, заимствованных, по мнению критически настроенных специалистов, из «менеджерской парадигмы людей, далёких от представлений о гуманистических принципах медицины»<sup>5</sup> [9, с. 16–18]. «Менеджерская парадигма», добавим мы, — один из элементов буржуазно-предпринимательского мирозерцания, движущей силой которого является успех.

Более человеческой и сострадательной нам представляется другая позиция: «...для счастливой жизни нужно как можно меньше думать о счастье, воздерживаться от вопроса, счастлив ли я, не накликать вопросом отрицательных ответов, не коллекционировать таких ответов; нужно,

безусловно, запретить себе измерять объём полученного счастья, искать недостатки, предъявлять всем и всему иски относительно недостатков и т.п.» [10, с. 163].

«Стала воспринимать свою болезнь как крест», — объясняла формирование доброжелательного отношения к близким и к всему лечебному процессу больная (диагноз — шизофрения параноидная, инвалид 2-й группы), ранее относившаяся (лично, а не в рамках психотической симптоматики) ко всему окружающему резко негативно, даже агрессивно, а в нынешнем своём состоянии обнаруживавшая некоторые признаки увеличения тяжести заболевания.

«И то, чего вообще не встретишь в церкви, / Теперь я видел через призму церкви» [11, с. 109] — эта фраза И. Бродского, думается, афористично формулирует социореабилитационно желательное направление преобразования жизненной/социальной позиции больных, страдающих расстройствами шизофренического спектра. Хотя один из нас занимается проблемой «Религиозность и психические расстройства», миссионерскую пропаганду в высказанных сообщениях усматривать не следует. Мы имеем в виду лично-уважительное, гуманистическое (слово не из церковного лексикона), сострадательное отношение ко всем и ко всему окружающему. Такая «генерализация» жизненной позиции не случайна. За нею стоит тезис К.Г. Юнга: «Процесс психического развития, который мы называем *христианским*» [12, с. 7, 42]. В культурно-историческом отношении он, по нашему мнению, заключается в формировании рефлексивного сознания, совсем необязательно наполненного православно-фундаменталистскими догмами.

<sup>5</sup>Перенесём эти размышления в пространство собственно диагностики. А.А. Шмилович особо подчёркивает, что «переход к «поведенческим» диагнозам — прямой путь к тяжёлой социальной стигматизации душевнобольных» (там же, с. 17).

От себя добавим, что «выраженные личностные черты и паттерны поведения», «деструктивные и диссоциальные поведенческие расстройства» невозможно наполнить клиническим = психопатологическим (пусть и пограничным) содержанием без применения трихотомии, достаточно чётко разграничивающей «душевное» (в определённых случаях оказывающееся «больным») от «духовного», а «дух как таковой не может заболеть. (Ясперс К.)

Этот путь рассуждений — от религиозных к общечеловеческим — был проложен задолго до нас. Д.Е. Мелехов, размышляя над вопросом князя Мышкина «Что же в самом деле делать с действительностью?» (имеются ввиду «отупение, душевный мрак, идиотизм», приходящие на смену «высочайшим минутам» эпилептических пароксизмов), отвечает: «такой вывод предполагает моральную ответственность человека и за противоположные, обусловленные болезнью состояния злобы, агрессии, жестокости и т.п.» [13, с. 51–52].

Стигма, дестигматизация — вот ещё одна важная позиция социального диагноза. Более или менее успешно разрешить её можно, по нашему мнению, также на основе трихотомии, подчёркивая больному, что (повторимся), говоря словами К. Ясперса, «дух как таковой не может заболеть». Здесь же необходимо упомянуть демифологизацию и демегафоризацию болезни — речь прежде всего идёт о шизофрении — синониме безумия-слабоумия в массовом сознании [14, с. 79–80].

В однокоренных словах «психиатрия» и «психология» первый корень — один и тот же. Уже одно это обстоятельство делает неизбежным разговор о **психологических аспектах диагноза**. Практическая же потребность определяется тем, что в жизненных ситуациях, обусловленных фактом душевного заболевания, функции, компетенции психиатра и психолога часто отождествляются. Причём эта позиция присуща не только широким массам неспециалистов, к ней тяготеют (в большей или меньшей степени, что зависит от теоретических основ конкретной психологической школы) значительная часть психологов.

Чёткое разграничение этих двух «пси» было сформулировано К. Ясперсом: «Предмет изучения психологии — так называемая нормальная психическая жизнь. В теории психология столь же необходима психопатологу, сколь физиология — патологоанатому, но на практике эта аналогия подтверждается далеко не всегда. Причина заключается в том, что психопатологи занимаются обширным материалом, для которого психологией пока не описано «нормальных» соответствий. Психопатологам приходится разрабатывать собственную психологию, ибо психологи не могут обеспечить им необходимую поддержку»<sup>6</sup> [15, с. 26–27].

С другими акцентами это разграничение сформулировал в своих антропологически-историче-

ских построениях К.Г. Юнг: «Сознание всегда инстинктивно находит слова для обозначения реально существующих вещей. Лишь психологи изобретают наименования для несуществующих вещей» [16, с. 21]. Таковы — конкретизируем это заключение — выученная беспомощность, травма рождения, любовная аддикция, трудоголизм, наукообразная шкала Холмса<sup>7</sup> и другие построения подобного рода.

Вместе с тем клиническая психология и, прежде всего, квалифицированная психологическая оценка отдельных психических функций душевнобольного — чрезвычайно значимый элемент комплексной психиатрической диагностики. Что касается участия психолога в лечебно-реабилитационном процессе, то он должен опираться (как иногда афористически формулируют) на «здоровое среди больного».

Уже упомянутый Д.Е. Мелехов подчёркивал: «Гениальность, конечно, не болезнь. Но болезнь гения является фактом большой художественной и духовной значимости» (с. 52–53). Полагаем, что правомерно будет распространить это утверждение на всё без исключения человечество. Пусть — повторим ещё раз — «дух как таковой не может заболеть», психическое расстройство, у кого бы оно не обнаружилось, — это безусловно культурно-историческое, антропологическое, **философское** событие.

В первую очередь именно при размышлении на тему «талант и психическое расстройство» («гениальность и помешательство» в устаревшей формулировке) естественным образом воспомина-

<sup>6</sup>Впечатляющие достижения когнитивной психологии (подкреплённые новейшими данными нейронаук), некритично распространённые на психиатрию, привели к практическому отождествлению всей психической деятельности с когнитивными процессами, к интерпретации когнитивных нарушений как универсального, главного проявления негативной симптоматики, к пренебрежению психоорганическим синдромом и в итоге — отрицанию противопоставления «органического» и «функционального», что не соответствует **клинической психопатологической реальности**, ведёт к биологическому редукционизму. А как тогда согласовать «шизофренические» когнитивные расстройства с «новой» («другой») жизнью, агональными ремиссиями, впечатляющими коллизиями в ситуациях «гениальность и помешательство»?

<sup>7</sup>«Но никто не может решить, чей крест тяжелее» [17, с. 13]. Э. Кречмер ввёл понятие «ключевого переживания», мы (Воскресенский Б.А.) также занимались этой проблемой.

ется общераспространённая точка зрения, провозглашающая, что больные шизофренией — люди будущего (здесь мы будем иметь в виду прежде всего расстройство шизофренического спектра, так как органическая — в классическом психиатрическом понимании — патология есть выражение тленности, смертности материи, а стрессовые — психогенные — заболевания — это результат, выражаясь церковным языком, человеческих нестроений). В пользу этого высказывания существуют некоторые, хотя и спорные, медицинские и биологические аргументы. А о каких-то художественно-клинических наблюдениях правомерно будет сказать словами К. Ясперса: «быть может, величайшая глубина метафизического переживания, ощущение абсолютного, священного и благодатного даётся в сознании восприятия сверхчувственного лишь тогда, когда душа расслабляется настолько, что после этого остаётся уже в качестве разрушенной» [18, с. 155].

Более широко глядя на ситуацию и имея в виду, очевидно, не только гениев, современные исследователи высказывают то же мнение: «...есть множество оснований предполагать, что культура, являясь продолжением биологии человека, развивается и совершенствуется именно благодаря психопатологии и потому, что аномальные варианты не подвергаются воздействию естественного отбора или даже имеют селективные преимущества» [19, с. 9].

И оно в чём-то согласуется с воззрениями выдающихся генетиков: «Сильнейшие, наиболее самонадеянные стремятся к тому, чтобы попирали слабых. Но влияние этого космического процесса на эволюцию обществ тем сильнее, чем грубее форма их цивилизации. Социальный прогресс является средством, ограничивающим на каждом шагу могущество процесса космического, и выдвигает на смену ему другой процесс, который

мы можем назвать этическим. *Результатом этого процесса может оказаться переживание не тех, кто наиболее приспособлен к общим условиям существования, а тех, кто приспособлен к условиям существования наилучшего, в смысле этическом»* (выделено автором) [20, с. 9–13].

Завершая наши размышления, позволим себе обобщение ещё более широкое. Современный отечественный библист А.И. Шмайна-Великанова в своей монографии «Книга Руфи как символическая повесть», рассматривая эту библейскую историю как этапы, ведущие к рождению царя Давида и далее — к истории новозаветной, христианской, заключает (конечно, совсем не в психиатрическом контексте): «Божественное безумие телеологично». [21, с. 121]

А возвращаясь к эпиграфу, скажем, что для нас «духовная общность» основывается на «антропологической трёхчастности» (трихотомии = биопсихосоциальной модели), которая позволяет понять и принять человека как результат и одновременно продолжающееся становление культурно-исторического развития (хотелось бы сказать восхождения).

## ДОПОЛНИТЕЛЬНО

**Финансирование.** Исследование не имело спонсорской поддержки.

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов по представленной статье.

**Вклад авторов.** *Воскресенский Б.А.* — подготовка текста, анализ литературы, техническое редактирование; *Бегматов Р.И.* — подготовка текста, анализ литературы, техническое редактирование

**Funding.** This publication was not supported by any external sources of funding.

**Conflict of interests.** The authors declare no conflicts of interests.

**Contribution of the authors.** *B.A. Voskresensky* — preparation of text, analysis of literature, technical editing; *R.I. Begmatov* — preparation of text, analysis of literature, technical editing.

## СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Бердяев Н.А. О русской философии. Свердловск: Изд-во Урал. ун-та, 1991. Ч. 1. 288 с.
2. Манн Т. Доктор Фаустус. Пер с нем. С. Апта, Н. Ман. М.: Республика, 1993. 431 с.
3. Воскресенский Б.А. Лексика и семантика как обоснование клиницизма // Неврологический вестник. 2016. Т. XLVIII. №4. С. 95–97.
4. Морозов П.В. Клинико-биологические международные исследования проблемы классификации психических заболеваний. Автореферат дисс. ... докт. мед. наук. 14.00.18. М., 1991. 31 с.
5. Воскресенский Б.А. IX юбилейный съезд НПА России // Независимый психиатрический журнал. 2004. Т. II. С. 27.
6. Маркс К., Энгельс Ф. Сочинения. Изд. 2-е. Т. 1. М.: Государственное издательство политической литературы, 1960. 696 с.
7. Фуко М. Психическая болезнь и личность Изд. 2-е, стереотип. СПб.: ИЦ «Гуманитарная Академия», 2010. 320 с.
8. Молль А. Врачебная этика. Пер. с нем. Я.И. Левинсон. СПб.: 103 Изд. А.Ф. Маркса, 1903. 414 с.
9. Шмилович А.А. МКБ-11 — инструкция по уничтожению медицинской специальности «Психиатрия» // Независимый психиатрический журнал. 2021. №4. С. 16–18.

10. Аверинцев С.С. In memoriam. М.: РАН ИНИОН, 2004. 304 с.
11. Бродский И.А. Перемена империи. Стихотворения (1960–1996). М.: Независимая газета, 2001. 646 с.
12. Юнг К.Г. Психологические типы. Пер. с нем. С. Лорие, В. Зеленский. СПб.: Ювента; М.: Прогресс-Универс, 1995. 718 с.
13. Мелехов Д.Е. Психиатрия и проблемы духовной жизни. Психиатрия и актуальные проблемы духовной жизни. Сборник статей. М.: Свято-Филаретовская московская высшая православно-христианская школа, 1997. 164 с.
14. Воскресенский Б.А. Болезнь как метафора // Независимый психиатрический журнал. 2021. №2. С. 79–80.
15. Ясперс К. Общая психопатология. Пер. с нем. Л.О. Акопяна. М.: КоЛибри, Азбука-Аттикус, 2020. 1056 с.
16. Юнг К.Г. Тэвистокские лекции. Пер. с англ. М.: Рефл-бук; Киев: Ваклер, 1998. 295 с.
17. Бердяев Н.А. О самоубийстве. М.: Издательство Московского университета, 1992. 23 с.
18. Ясперс К. Стриндберг и Ван Гог. Опыт сравнительного патографического анализа с привлечением случаев Сведенборга и Гельдерлина. Пер. с нем. П.Б. Ноткина. СПб.: Академический проект, 1997. 238 с.
19. Самохвалов В.П. Психиатрия и искусство. Под ред. В.П. Самохвалова, В.Е. Кузнецова. М.: Видар, 2015. 375 с.
20. Эфроимсон В.П. Генетика этики и эстетики // Независимый психиатрический журнал. 2019. №3. С. 9–13.
21. Шмайна-Великанова А.И. Книга Руфи как символическая повесть. М.: Институт философии, теологии и истории Св. Фомы, 2010. 254 с.

## REFERENCES

1. Berdyaev NA. *O russkoj filosofii*. Sverdlovsk: Izd-vo Ural-un-ta, 1991. Ch. 1. 288 p. (In Russ.)
2. Mann T. *Doktor Faustus*. Per s nem S Apta, N Man. Moscow: Respublika, 1993. 431 p. (In Russ.)
3. Voskresenskij BA. Leksika i semantika kak obosnovanie kliniczima. *Nevrologicheskij vestnik*. 2016;48(4):95–97. (In Russ.)
4. Morozov PV. *Kliniko-biologicheskie mezhdunarodnye issledovaniya problemy klassifikacii psichicheskikh zabojevanij*. Avtoreferat diss. ... dokt. med. nauk. 14.00.18. Moscow, 1991. 31 p. (In Russ.)
5. Voskresenskij BA. IX jubilejnyj s'ezd NPA Rossii. *Nezavisimyj psichiatricheskij zhurnal*. 2004;(2):27. (In Russ.)
6. Marks K, Engel's F. *Sochineniya*. Izd. 2-e. Vol. 1. Moscow: Gosudarstvennoe izdatel'stvo politicheskoy literatury, 1960. 696 p. (In Russ.)
7. Fuko M. *Psichicheskaya bolezn' i lichnost'*. Izd. 2-e, stereotip. Saint Petersburg: IC "Gumanitarnaya Akademiya", 2010. 320 p. (In Russ.)
8. Moll' A. *Vrachebnaya etika*. Per s nem Ya.I. Levinson. Saint Petersburg: 103 Izd AF Marksa, 1903. 414 p. (In Russ.)
9. Shmilovich AA. МКБ-11 — instrukciya po unichtozheniyu medicinskoj special'nosti «Psihiatriya». *Nezavisimyj psichiatricheskij zhurnal*. 2021;(4):16–18. (In Russ.)
10. Averincev SS. *In memoriam*. Moscow: RAN. INION, 2004. 304 p. (In Russ.)
11. Brodskij IA. *Peremena imperii*. Stihotvoreniya (1960–1996). Moscow: Nezavisimaya gazeta, 2001. 646 p. (In Russ.)
12. Yung KG. *Psichologicheskie tipy*. Per. s nem. S. Lorie, V. Zelenskij. Saint Petersburg: Yuventa; Moscow: Progress-Univers, 1995. 718 p. (In Russ.)
13. Melekhov DE. *Psichiatriya i problemy duhovnoj zhizni. Psichiatriya i aktual'nye problemy duhovnoj zhizni*. Sbornik statej. М.: Svyato-Filaretovskaya moskovskaya vysshaya pravoslavno-hristianskaya shkola, 1997. 164 p. (In Russ.)
14. Voskresenskij BA. Bolezn' kak metafora. *Nezavisimyj psichiatricheskij zhurnal*. 2021;(2):79–80. (In Russ.)
15. Yaspers K. *Obshchaya psichopatologiya*. Per. s nem. L.O. Akopyana. М.: KoLibri, Azbuka-Attikus, 2020. 1056 p. (In Russ.)
16. Yung KG. *Tevistokskie lekcii*. Per. s angl. М.: Refl-buk; Kiev: Vakler, 1998. 295 p. (In Russ.)
17. Berdyaev NA. *O samoubijstve*. М.: Izdatel'stvo Moskovskogo universiteta, 1992. 23 p. (In Russ.)
18. Yaspers K. *Strindberg i Van Gog. Opyt sravnitel'nogo patograficheskogo analiza s privlecheniem sluchaev Svedenborga i Gel'derlina*. Per s nem. P.B. Notkina. Saint Petersburg: Akademicheskij proekt, 1997. 238 p. (In Russ.)
19. Samohvalov VP, Kuznecova VE. *Psichiatriya i iskusstvo*. Moscow: Vidar; 2015. 375 p. (In Russ.)
20. Efroimson VP. Genetika etiki i estetiki. *Nezavisimyj psichiatricheskij zhurnal*. 2019;(3):9–13. (In Russ.)
21. Shmaina-Velikanova AI. *Kniga Rufi kak simvolicheskaya povest'*. Moscow: Institut filosofii, teologii i istorii Sv. Fomy; 2010. 254 p. (In Russ.)

## ОБ АВТОРАХ

**Воскресенский Борис Аркадьевич**, канд. мед. наук, доцент;  
 ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-0554-0447>;  
 eLibrary SPIN: 2406-2564;  
 e-mail: [creation3000@yandex.ru](mailto:creation3000@yandex.ru)

**Бегматов Руслан Ильхомович**, ординатор;  
 ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-8464-5225>;  
 eLibrary SPIN: 5853-6290;  
 e-mail: [novando17@icloud.com](mailto:novando17@icloud.com)

## AUTHOR'S INFO

**Boris A. Voskresensky**, M.D., Cand. Sci. (Med.), Associate Professor;  
 ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-0554-0447>;  
 eLibrary SPIN: 2406-2564;  
 e-mail: [creation3000@yandex.ru](mailto:creation3000@yandex.ru)

**Ruslan I. Begmatov**, Resident Doctor;  
 ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-8464-5225>;  
 eLibrary SPIN: 5853-6290;  
 e-mail: [novando17@icloud.com](mailto:novando17@icloud.com)