

АНТОНИО МЕНЕГЕТТИ



*Шизофрения  
с точки зрения онтопсихологии*

Антонио Менегетти

**Шизофрения с точки  
зрения онтопсихологии**

НФ «Антонио Менегетти»

1978–2002

УДК 159.97  
ББК 88.7

## **Менегетти А.**

Шизофрения с точки зрения онтопсихологии / А. Менегетти —  
НФ «Антонио Менегетти», 1978–2002

Шизофрения – это собирательный термин, вобравший в себя все оттенки и разновидности нозографии и отклонений человека. Тот, кому удастся решить проблему шизофрении, полностью познает человека. Наряду с манифестной шизофренией существует «экзистенциальная шизофрения», которая была открыта именно во время лечения психиатрических пациентов, и затрагивает всех людей как некоторое разделение между фактом бытия и образом мышления. Этот раскол препятствует объединению сознания индивида с его целостным экзистенциальным действием, а значит осуществлению человеком жизненного проекта (онто Ин-се), воплощением которого он является. От этой основной формы экзистенциальной шизофрении, латентной у всех индивидов, берут начало как соматические патологии, так и психические, в виде невроза и той формы шизофрении, которая соответствует ее значению в психиатрии. Следовательно, психосоматика (все соматические патологии, включая дисфункции в социо-экономической сфере), невроз и шизофрения являются следствием противоречия, даже неосознанного, осуществляемого субъектом в рамках своего экзистенциального проекта, который соответствует всем великим законам вселенной и проявляется в первую очередь в двух основополагающих сферах организмического – в сфере эротизма и агрессивности. «Знаменитый и по сей день существующий гордиев узел шизофрении можно полностью распутать благодаря знанию онто Ин-се».

УДК 159.97  
ББК 88.7

© Менегетти А., 1978–2002

© НФ «Антонио Менегетти», 1978–  
2002

## Содержание

|                                                                |    |
|----------------------------------------------------------------|----|
| Благодарности                                                  | 7  |
| Вступление                                                     | 8  |
| 1. Описание проблемы                                           | 8  |
| 2. Проблема исследования шизофрении                            | 11 |
| 3. Суть проблемы                                               | 12 |
| 4. «Непрямая психотерапия»                                     | 14 |
| 5. Структура книги                                             | 15 |
| Часть первая                                                   | 16 |
| Глава первая                                                   | 16 |
| Глава вторая                                                   | 20 |
| 2.1. Предпосылки                                               | 20 |
| 2.2. Древнегреческая цивилизация                               | 20 |
| 2.3. Кризис эпистемологии во II в. до н. э                     | 20 |
| 2.4. От Средневековья до XVII века                             | 21 |
| 2.5. Госпитализация (создание приютов, медицинский уход)       | 21 |
| 2.6. Рождение психиатрии                                       | 22 |
| 2.7. Терапевтическая сила слова                                | 23 |
| 2.8. Позитивистская психиатрия                                 | 25 |
| 2.9. Лечение психических заболеваний в первой половине XX века | 26 |
| 2.10. Психопатологическая психиатрия                           | 27 |
| 2.11. Феноменологически-экзистенциальный подход                | 28 |
| 2.12. Антипсихиатрия и кризис психиатрических лечебниц         | 30 |
| 2.13. Превалирующие на сегодня тенденции                       | 30 |
| 2.14. Шизофрения с точки зрения онтопсихологии                 | 33 |
| Конец ознакомительного фрагмента.                              | 36 |

# **Антонио Менегетти**

## **Шизофрения с точки зрения онтопсихологии**

*«Знаменитый и по сей день существующий «гордиев узел» шизофрении можно полностью распутать благодаря знанию онто Ин-се. Если следовать рефлексии и направленности онто Ин-се в существовании субъекта, можно отличить свойственное субъекту от чуждого ему».*

*(А. Менегетти. Учебник по онтопсихологии (2020))*

© 2020, НФ «Антонио Менегетти» (<http://meneghetti.ru>).

Перевод на русский язык, оформление, подготовка к изданию.

## **Благодарности**

Благодарю д-ра Чинцию Мингарини, д-ра Марчелло Бруньоло, д-ра Маурицио Сальвини и сотрудников, которые организовали семинар «Этиология шизофрении» в Каттолике с 4 по 6 июня 1999 г.

Особая благодарность д-ру Ч. Мингарини, которая записала и структурировала материалы семинара, вошедшие в третью часть настоящего издания.

## Вступление

### 1. Описание проблемы

«Шизофрения», как пишет А. Менегетти, «это самая опасная болезнь на нашей планете»<sup>1</sup>.

Говоря на данный момент лишь о манифестной форме этого психического заболевания, цифры полностью подтверждают это утверждение. На самом деле проблема психического здоровья затрагивает приблизительно 10 миллионов человек в Италии, из которых семь миллионов женщины.

«По случаю конференции по психическому здоровью Министерство здравоохранения представило следующие количественные показатели, характеризующие ситуацию в нашей стране.

Проблема затрагивает 47,7 % итальянских семей. Наряду с 24 тыс. мужчин и 25 тыс. женщин с психосексуальными расстройствами, значительное количество (450 тыс.) страдают неаффективными психозами, 380 тыс. – нарушениями пищевого поведения, почти 800 тыс. – расстройствами контроля импульсивного поведения и 1,3 млн. – соматическими нарушениями.

Все эти нарушения за последний год привели к расходам в 294 миллиарда лир на психотропные препараты, 22 миллиарда на трициклические антидепрессанты, 230 миллиардов на антидепрессанты-ингибиторы обратного захвата серотонина, 62 миллиарда на опиаты, жаропонижающие, противосудорожные и против болезни Паркинсона. Итого было затрачено 1000 миллиардов на лекарственные препараты.

Медицинская сеть насчитывает сегодня 695 центров психического здоровья, 481 дневных центров, 257 дневных стационаров, 320 психиатрических служб диагностики и лечения, 1056 психиатрических больниц и 1132 амбулаторных пункта»<sup>2</sup>.

Приведенные данные обсуждались во время I Национальной конференции по психическому здоровью, организованной ассоциациями родственников в сотрудничестве с Министерством здравоохранения и прошедшей в Риме с 9 по 12 января 2001 г., в связи с чем данные являются весьма актуальными.

Как показывают цифры, проблема психического здоровья огромна, косвенно или напрямую затрагивает миллионы человек, тем не менее средства массовой информации удивительным образом обходят ее стороной, говоря языком психотерапии, происходит ее вытеснение из сознательного внимания общества.

Естественно на конференции не обсуждалась информация ни об этиопатогенезе психических заболеваний, ни о путях решения, лишь декларировались намерения и желание как-то это решить.

Спустя месяц мое внимание привлекло название одной статьи в ежедневном издании<sup>3</sup>: «Новые техники ранней диагностики для борьбы с шизофренией». Речь шла лишь об одном исследовании Научно-исследовательского института Израиля и сообщалось об открытии того, что у шизофреников оказывается в четыре раза больше рецепторов дофамина по сравнению со здоровыми людьми, и что их можно обнаружить на поверхности лимфоцитов. Предполагалось,

---

<sup>1</sup> Менегетти А. Психосоматика. – М.: НФ «Антонио Менегетти», 2019.

<sup>2</sup> Приведены данные из «Il Nuovo Medico d'Italia», anno IV, n.1, gennaio 2001.

<sup>3</sup> Corriere Salute, 11 febbraio 2001.



что это позволит ставить ранний диагноз заболевания и заранее проводить лечение, конечно же исключительно фармакологическое.

С тех пор как в 50-х гг. начались разработки препаратов, действующих на специфические сенсорные рецепторы, по проблеме шизофрении не было сказано ничего нового, более того в последние годы наблюдается тенденция игнорировать также продвижения, сделанные феноменологической и экзистенциальной психотерапией и школой из Пало Альто. Здесь я имею ввиду понятие «шизофреногенной семьи», теорию «двойного послания» и значительный вклад таких авторов как М. Фуко, Д. Лейнг, В. Купер, если перечислять лишь некоторых наиболее известных из них. В действительности в одной статье о важном для науки периоде, в частности для изучения шизофрении, я прочитала следующее: «Последние эпидемиологические и иммунохимические исследования пересматривают роль психосоциальных и семейных факторов в возникновении заболевания и обращаются к тонким процессам на молекулярном уровне»<sup>4</sup>. Это высшее проявление коллективного вытеснения и псевдонаучной поверхностности, потому что остается понять, кто же тогда и что вызывает эти «тонкие процессы на молекулярном уровне», если только не предположить массивные генетические изменения, происходящие в человеческом роде, что нужно еще доказать с рациональной точки зрения.

Целостная картина замешательства, которое царит в науке в отношении шизофрении, отображена в книге Ж. Гаррабе (J. Garrabé) 1992 г., недавно опубликованной на итальянском языке<sup>5</sup>.

После обсуждения ненадежности концептуальной модели «шизофрении» в связи с очень разнородной группой психозов, которые относят к этому диагнозу, Гаррабе в своем анализе делает вывод: «Мы лучше поймем тогда современные пророчества о кончине шизофрении до наступления третьего тысячелетия».

Для некоторых это может означать надежду увидеть, как исчезнет, благодаря этиологическому лечению, болезнь, задуманная по клинко-анатомической модели, и даже искоренить ее при помощи программы антивирусных вакцинаций молодых женщин в репродуктивном возрасте. Или под этим можно более скоромно понимать улучшение прогноза, благодаря новым, более эффективным лекарственным средствам, применение которых привело бы к значительному уменьшению количества шизофреников, госпитализированных на продолжительные сроки. Однако исследования прогрессивности среднесрочных шизофренических психозов, например, проведенное Национальным Институтом психического здоровья США (Brier et al., 1991), показывают, каковы бы ни были применяемые лечебные методы, они все еще продолжают оставаться заболеваниями, прогноз которых мрачен.

Но для других объявить о конце шизофрении – это значит предсказать отказ от понятия, отказ от поисков Грааля единой модели, как это показала дискуссия во время встречи, организованной в 1990 г. в Марселе А. Tatossian»<sup>6</sup>.

По факту проблема не была решена ни открытиями в области биологии, ни попытками изъять термин из научного обихода, так что А.Р.А. (Американская психиатрическая ассоциация), убрав термин «шизофрения» из Диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам 1983 г. издания, впоследствии снова вернуло его к использованию.

«Действительно» – заключает Гаррабе – «если признать вместе с Kuhn, что научный прогресс вершится путем “последовательных революций”, которые обозначают изменение “рамки мышления” (парадигмы), свойственных каждой эпохе, внутри которых теория должна найти

<sup>4</sup> Hafner Heinz. Le cause della schizofrenia // Le Scienze, n. 318, febbraio 1995, pp. 30–38.

<sup>5</sup> Garrabé J. Storia della schizofrenia. – Roma: Ed. Scientifiche Magi, 2001. Издание на русском языке: Гаррабе Ж. История шизофрении. М., 2000. Далее перевод цитат по русскому изданию.

<sup>6</sup> Цит. по Гаррабе Ж. История шизофрении. М., 2000.

свое место, чтобы быть принятой в другую, то мы должны сделать из этой истории вывод, что теоретические модели, предлагавшиеся в последние годы для этой группы психозов, не соответствуют радикальному изменению парадигмы, и что научная революция, которая действительно обозначала бы конец шизофрении, пока еще не совершилась»<sup>7</sup>.

Конечно это не так, как показывает клиническая практика А. Менегетти и его теория, но кажется, что этого не заметил никто из исследователей в данной области, даже на уровне здравоохранения есть факт чего-то нового, но на него не обращают внимания, потому что «это не вписывается в какую-либо теоретическую модель».

На самом деле в последние месяцы все в той же прессе встречаются новости о том, что в некоторых заведениях для душевнобольных в регионе Венето было обнаружено, что вовлечение пациентов в трудовую деятельность не только улучшает их психофизическое состояние, но также приводит к тому, что умственные способности таких пациентов никак не ограничиваются вследствие душевных страданий.

Наконец-то, появилось что-то еще помимо голодания, препаратов и разнообразных принудительных «методов лечения», тем не менее это лишь капля в море, и мы до сих пор еще очень далеки, как в научных исследованиях, так и в институциональной культуре здравоохранения, от понимания психических заболеваний, особенно шизофрении, а значит от нахождения адекватных мер, которые могли бы привести к окончательному решению в плане лечения, то есть окончательному исчезновению симптома.

---

<sup>7</sup> Указ. соч., р. 394. Цит. На русском по Гараббе Ж. История шизофрении. М., 2000.

## 2. Проблема исследования шизофрении

Представленные по данной проблематике цифры ясно показывают, что психическое заболевание, используя эту мягкую форму обозначения – шизофрения, является достаточно сложной проблемой для нахождения решения, не только по «техническим» мотивам, то есть в связи с отсутствием знаний о причинах, но также по экономическим мотивам (в связи с которыми возможно эти причины и остаются неизвестными): фармакологический бизнес, миллионы рабочих мест задействованы в сфере психических заболеваний в целом, и шизофрении в частности.

Эту проблему хорошо осознавал профессор Менегетти, который на вступительной лекции семинара в Каттолике<sup>8</sup>, публикуемой в сокращенном виде в третьей части настоящего издания, говорит, что «не сложно проанализировать и найти решения этого заболевания, но есть сопутствующие причины, которые препятствуют тщательному и глубокому анализу», а также говорит, что «наука должна быть терпима к общественному укладу» и что ради благоразумия отдельный исследователь, понявший решение проблемы, «не может нарушить порядок, гарантирующий спокойствие массы». Тем не менее, невозможность изменить ситуацию не отменяет потребность в знаниях реального положения вещей. А для Менегетти это заключалось в следующем: шизофрения явилась вызовом, на который нельзя было не ответить, и ее понимание позволило ему совершить открытия, которые привели к пересмотру оснований науки.

Обескураживает, с какой невозмутимостью и терпимостью человек, способный распутать ситуацию, которую другие определяют как безнадежную, осознает тот факт, что найденное им решение не интересует ровным счетом никого, разве что нескольких очень редких психиатров или психотерапевтов, которые тратят всю жизнь, чтобы действительно разобраться с проблемой шизофрении, не только как с «душевным заболеванием», но как с ограниченностью человеческого ума, находящегося всегда на грани между гениальностью и безумством, как об этом свидетельствует культура – начиная от греческого театра и до экзистенциального нигилизма, хотя в качестве доказательства достаточны и бессмысленные дилеммы, в которых зачастую запутывается человек, и тревога, которая порой затрудняет даже дыхание.

Именно к таким людям обращена эта книга, с тем чтобы помочь им понять суть, а далее, если они того захотят, вылечить тех, кто их об этом попросит и позволит это сделать, разумеется после соответствующей «личной проверки» имеющимися в распоряжении инструментами.

---

<sup>8</sup> Семинар «Этиология шизофрении», г. Каттолика, 4–6 июня 1999 г.

### 3. Суть проблемы

1) На основе продолжительных исследований и многочисленных случаев успешного лечения А. Менегетти пришел к заключению, что шизофрения не является одной из многих болезней человека, а «болезнью болезней».

«Шизофрения» – пишет он – «собираательный термин, вобравший в себя все оттенки и разновидности нозографии и отклонений человека. Тот, кому удастся решить проблему шизофрении, полностью познает человека»<sup>9</sup>.

Важно, чтобы читатели изначально понимали, что наряду с манифестной шизофренией существует «экзистенциальная шизофрения», которая была открыта именно во время лечения психиатрических пациентов, и затрагивает всех людей как некоторое разделение между фактом бытия и образом мышления.

«Когда я говорю “шизофрения”, то понимаю под этим ее манифестную форму, поскольку все мы представляем собой латентных шизофреников. Другими словами, человек находится в ситуации “экзистенциальной шизофрении” – ситуация раскола между тем, кем он является от природы, и тем, что он думает и как он осуществляет свои исторические действия»<sup>10</sup>.

Этот раскол препятствует объединению сознания индивида с его целостным экзистенциальным действием, а значит осуществлению человеком жизненного проекта (онто Ин-се), воплощением которого он является.

2) Шизофрения изначально не свойственна человеку, но скорее всего вызвана «чуждым внедрением, действующим внутри нейронов головного мозга человека», которое Менегетти назвал «монитор отклонения».

«Здесь возникает вопрос: действительно ли все болезни, которыми страдают люди, имеют земное происхождение? Мои собственные исследования убедили меня в обратном, в частности, в отношении таких заболеваний, как шизофрения (...)»<sup>11</sup>. В терминологии меметики<sup>12</sup> мы можем описать это как действие подобное вирусу, который будучи однажды внедренным в систему, использует ее для своего воспроизведения, препятствуя и искажая обычные функции.

3) От этой основной формы экзистенциальной шизофрении, латентной у всех индивидов, берут начало как соматические патологии, так и психические, в виде невроза и той формы шизофрении, которая соответствует ее значению в психиатрии.

Следовательно, психосоматика (все соматические патологии, включая дисфункции в социо-экономической сфере), невроз и шизофрения являются следствием противоречия, даже неосознанного, осуществляемого субъектом в рамках своего экзистенциального проекта или онто Ин-се, которое соответствует всем великим законам вселенной и проявляется в первую очередь в двух основополагающих сферах организмического – в сфере эротизма и агрессивности.

По этой причине желательно, чтобы прежде чем приступить к чтению этой книги по шизофрении, читатели сначала внимательно изучили бы другую книгу А. Менегетти – «Психосоматика».

4) Таким образом, не только отсутствует существенное различие между различными патологиями, и все они являются гранями одной единственной болезни – шизофрении, но

---

<sup>9</sup> Менегетти А. Учебник онтопсихологии. – М.: НФ «Антонио Менегетти», 2019.

<sup>10</sup> Менегетти А. Психосоматика. Указ. соч.

<sup>11</sup> Там же.

<sup>12</sup> См. Meneghetti A. “Memetica e Ontopsicologia” // Il residence ontopsicologico. – Roma: Psicologia Ed., 2001. Менегетти А. «Меметика и онтопсихология» // Тезаурус. Указ. соч. Статья «Мем как новая парадигма культурного анализа» в журнале «Новая онтопсихология», N02/01, 2001. Менегетти А. «Меметика социального мнения и онтопсихология» // Система и личность. – М.: НФ «Антонио Менегетти», 2015.

поскольку нет двух одинаковых проектов, а значит двух одинаковых людей, невозможно дать общее описание этой патологии. «Не существует одинаковых случаев» – пишет Менегетти в «*Психосоматике*» – «Необходимо помнить, что определенная патология может быть использована для разных психических причин, также и специфическая психическая причина может использовать разные патологии и симптомы»<sup>13</sup>.

Именно этот факт всегда дезориентирует тех, кто пытается описать целостную клиническую картину шизофрении.

---

<sup>13</sup> Указ. соч.

## 4. «Непрямая психотерапия»

Известная поэтесса Альда Мерини оказалась в психиатрической лечебнице, потому что в разгар банальной послеродовой депрессии разбила стул о голову мужа, узнав о его измене, там она пробыла двенадцать лет, во время которых – как она рассказывает – «хранила молчание, наблюдая за идиотизмом врачей: мы сами их лечили, потому что именно они нуждались в нас»<sup>14</sup>.

Это заявление человеку незнающему может показаться вычурным, но оно приходило мне на ум всякий раз, когда я вспоминала обмен шутками между профессором и пациентами-шизофрениками во время клинических бесед – центральной части семинара в Каттолике. Видеть работу Менегетти с пациентами – экстраординарный опыт, без которого, я думаю, я никогда бы не набралась смелости попробовать заняться психотерапией.

Часто, когда видишь того, кто умеет делать что-то очень хорошо, появляется ощущение, что это так легко, но потом, как только пробуешь повторить, понимаешь, насколько ты заблуждался. Наблюдая за клиническим вмешательством профессора, помимо этого ощущения, обескураживает *непринужденность, тактичность и ясность ума, с которой он движется в мире другого человека*. Кто бы ни был перед ним, и какой бы ни была проблема, он способен был прочитать реальность, опережая сознание другого, и потом подготовив «Я», пациент внезапно оказывался перед ней без возможности скрыться.

Это мастерство, принципы которого он описал, создав рациональную методологию. Разумеется, непосредственное присутствие на клинических беседах отличается от чтения, нужна хотя бы кинетика, проксемика, физиогномика, чтобы получить опыт очевидности. Поэтому в третьей части, посвященной семинару в Каттолике, мы решили не приводить расшифровку клинических бесед, а только теоретические лекции, сохраняя тем не менее экспрессивность и насыщенность речевого содержания.

---

<sup>14</sup> Il foglio quotidiano. 26 marzo 2001, pag.3.

## 5. Структура книги

В этой книге особым образом анализируется манифестная шизофрения, учитывая при этом основополагающую экзистенциальную шизофрению, которая является субстратом любой патологической феноменологии.

Книга состоит из трех частей. Исторический обзор в первой части включает три статьи М. Бруньоло, М. Каротенуто и М. Сальвини, описывающих исторический и проблемный контекст данного психического заболевания, давая возможность читателю понять общую ситуацию и оценить значение вклада, сделанного А. Менегетти. Этот фон позволяет увидеть решение, предлагаемое А. Менегетти научному сообществу и здравомыслящим людям, с ясностью, простотой и категоричностью тех открытий, которые на протяжении тысячелетий выстроили через эпохальные события основные устои человеческого ума, цитируемые в книгах по истории.

Вторая часть содержит все работы Менегетти по шизофрении, написанные с 1976 по 1999 гг., которые вместе с книгой *«Монитор отклонения в человеческой психике»*<sup>15</sup> составляют полное собрание сочинений, посвященных именно шизофрении.

В третьей части приводится расшифровка выступлений А. Менегетти на семинаре в г. Каттолика, который в первую очередь был посвящен открытым клиническим консультациям с пациентами-шизофрениками.

*Маргерита Каротенуто*

---

<sup>15</sup> См. Менегетти А. Монитор отклонения в человеческой психике. – М.: НФ «Антонио Менегетти», 2014.

## **Часть первая Суть проблемы**

### **Глава первая Исторический экскурс о применении онтопсихологии в лечении шизофрении<sup>16</sup>**

Мне повезло познакомиться с проф. Антонио Менегетти, когда мне было 23 года. Для меня это был период, когда я отдалялся от «благопристойного» общества и занимал в определенной степени жесткую позицию в отношении всего общественного строя, пресытившись мифами и стереотипами, которыми многие довольствовались. Несмотря на этот внутренний и внешний мятеж, я не замечал, что в своем выборе пути сопротивления, я тоже оказывался побежденным стереотипами общества.

На осознание этого у меня ушли долгие годы поиска, анализа и серьезного обучения, когда я пришел к двум очевидным фактам: 1) бессилие, которым заканчивается мятеж, как неспособность создать что-то новое; 2) исключительность личности, вследствие культуры и харизмы, проф. А. Менегетти.

До 23 лет у меня было очень много отличных преподавателей театра, музыки, искусства и политики. Я всегда искал и находил гуманных, терпеливых и талантливых преподавателей. Все они мне дали очень многое, но Менегетти был другим, он был способен осветить на 360 градусов любую тему, касающуюся человека, прежде всего в психологическом плане, то есть в отношении ума и психической деятельности, а конкретнее повседневного «как жить». Разрушить мою критику (в те времена я уже по-своему проанализировал и оценил события 1968 г., в которых я принимал участие вместе с другими, но в глубине себя это было самостоятельным решением) было очень сложно: в итоге благодаря своей внутренней критике я считал себя действительно более высокого уровня, напротив этот человек смог преподавать мне уроки жизни.

В большей степени нежели теория (превосходные лекции, новая методология, интеллектуальный синтез или культурный багаж) я обнаружил очевидность действия. Как и другие интеллектуалы, политики, художники, я прикрывался крайней критичностью, самым жестким нигилизмом, скрывая неспособность решать проблемы за обвинениями, опирающимися на некую «глубокую истину». Глубинный критерий был проективен: если это не получится у меня, это не получится ни у кого, а значит если я нахожу это пустым, то это так и есть. И хотя прошло почти тридцать лет, я постоянно сталкиваюсь с подобным поведением у многих, даже умных людей.

Поначалу Менегетти давал мне возможность верить в эту мою абсолютную точку силы, чтобы потом с помощью фактов продемонстрировать мне, на что он был способен. Я сдавался прежде всего перед лицом точного диагноза, которым он обнажал фактическую реальностью любой психической или психосоматической патологии, и последовательного терапевтического воздействия, следовавшего за диагнозом или сопровождавшего его.

В то время я получил диплом по лингвистике и иностранной литературе и учился на факультете психологии Римского университета. И мне посчастливилось стать свидетелем незамедлительного исчезновения клинического симптома в результате простого факта, когда Менегетти выявлял, описывал причину, поддерживавшую патологическое поведение. В то

---

<sup>16</sup> Др. Марчелло Бруньолю, Введение к конференции «Этиология шизофрении» в г. Каттолика.



время как он говорил, он воздействовал через слова и дезактивировал эту патогенную причину: это была хирургическая операция на психике. Я был заворожен тем, насколько многого может достичь человек. В итоге это и было доказательством тому факту, что кому-то удалось полностью понять человека.

Должен добавить, что и сегодня я поражаюсь, насколько слова могут стать точным инструментом, своего рода «скальпелем», будучи произнесенными техником жизни. Сегодня мне просто говорить это, но в то время я не понимал, что речь идет о замечательной методологической технике, которую по прошествии времени проф. Менегетти описал и представил в виде теории. В то время к сожалению мне это казалось скорее результатом исключительной интуиции человека типа «восточного гуру».

Каждый из нас понимает через проекцию своих комплексов и знаний или полученного образования. Я должен был научиться, заплатив очень высокую цену в виде потерянного времени и долгих лет посредственной жизни. С другой стороны, я понял, что любое приобретение бесполезно, если не приводит к проблемной точке «здесь и сейчас», поэтому необходимо начинать все с самого начала без фиксированных воспоминаний. В то время я учился на факультете психологии, сам преподавал в средней школе и проходил обучение на курсах и тренингах проф. Менегетти, который объединил вокруг себя группу помощников, сопровождавших его в работе с различными формами психопатологии. Мы всегда работали в тандеме с ассистировавшими коллегами, в том числе бразильцами и испанцами. Почти все случаи были очень тяжелыми и некоторые считались неизлечимыми современной психиатрией. Проф. Менегетти давал нам сопровождать этих пациентов в его кабинет, а иногда мы должны были жить с ними круглые сутки, водить их с собой, в наши дома, постоянно сопровождать их на протяжении определенного периода времени. Этот опыт потом получил название «резиденс» и был описан в книгах по онтопсихологии<sup>17</sup>.

Я бы хотел лишь описать, как люди приходили со своими проблемами. После перечисления симптомов начинался анализ. В то время проф. Менегетти давал нам немного времени, чтобы мы сориентировались в отношении диагноза, но из-за недостатка наших компетенций эти усилия были скорее бесполезны, потому что было сложно выявить и описать специфическую причину с обычными академическими знаниями. Потом Менегетти принимал решение о вмешательстве и в присутствии группы обозначал пациенту диагноз и инициировал изменение личности больного, основанной на неполноценности и страхе. Все это с большой простотой, так что в дальнейшем лечение казалось даже банальным, предрешенным, но этого было достаточно, чтобы показать нашу слепоту в способе действия.

Во время работы со случаем проф. Менегетти одновременно проводил для нас дидактическое обучение, и я должен сказать, что и все пациенты пользовались этим моментом майевтики, потому что с ними обращались как с умными людьми.

Слушая его объяснения, я не отдавал себе отчета, что рождается онтопсихологическая теория в клинической области. Когда впоследствии я решил изучать онтопсихологию, я вновь переосмыслил эти сцены и действия того, столь важного периода обучения. Описать те случаи сейчас практически невозможно, потому что это потребовало бы много времени и невероятных усилий с моей стороны, но вкратце могу сказать, что интервенция проф. Менегетти всегда была терапевтически результативна: после «терапевтической хирургии» человек менялся, выздоравливал, у него исчезал симптом, и потом уже нашей задачей было продолжить, поддерживая это изменение и препятствуя неизбежным моментам регресса, возвращению старых привычек и сопротивлению клиента.

Каждому через точное действие демонстрировалась собственная точка внутреннего отклонения, которая была бессознательной, но в отношении нее проговаривание исторической

<sup>17</sup> См. часть вторую, главу четвертую настоящего издания.

ситуации оказывало глубокий терапевтический эффект. Кроме того проф. Менегетти давал некоторые очень практические и простые советы в отношении стиля жизни пациента, и мы, ассистенты, должны были лишь содействовать их реализации.

Постепенно я заметил, что в то время как происходили позитивные изменения в тех, кому я помогал, что-то менялось внутри меня: менялся я сам. Я заметил, что этот человек мог придать функциональную способность другому, восстановить осознание реального положения вещей и возможность реализовать свои инстинкты упорядоченным образом.

Больной человек за короткое время (две недели) был способен начать ухаживать за собой и действительно осознавать реальное положение вещей, совершать действия, которые приносили удовольствие и удовлетворение: то есть восстанавливался порядок природы, поэтому пациент становился продуктивным в отношении себя и других, и благодаря этой способности получал вознаграждение. Единственным огорчением становилось видеть, как семья реагировала на эти изменения, благодаря которым человек приходил к здоровью, реализму, независимости, способности действовать.

Иногда родственники оказывались раздавленными всем этим, а порой утверждали, что предпочли бы, чтобы тот оставался больным, нежели свободным. Эта независимость на самом деле означала для родственников потерю «власти» над субъектом.

Я помню случай тяжелой шизофрении: женщина 35 лет, замужем, мать двоих детей, которая не ела, не пила, не мылась, не ухаживала за собой и слышала внутренние навязчивые голоса. Мой коллега из Бразилии и я ухаживали за ней на протяжении двух недель, давая есть с ложки, моя ее, оставаясь с ней рядом даже ночью, не смотря на то что она постоянно кричала и сопротивлялась нашему уходу. Через несколько дней, во время которых проф. Менегетти общался с ней на групповой терапии, она выразила готовность к сотрудничеству, стала выходить с нами, ухаживая за собой, кушая, ухаживая за своим телом. Она даже говорила с нами «нормальным языком». Потом во время одной консультации профессор Менегетти поставил ее перед выбором «или-или» и описал ей возможность и необходимость изменения, но она отказалась, отвечая в ясном сознании, что она не может начать жить сначала, поскольку уже обременена семьей и детьми. Она не ощущала в себе сил взять эту ответственность: по сути ее безумие решало проблему жизни, которую она вынуждена была создать сама. С нами ей было хорошо, но затем она должна была вернуться в страшную ежедневную рутину. Тогда по дороге домой в машине воцарилась тишина, нагруженная эмоциями, когда мы все поняли, что она не была больной, более того она была умной, но уже бессильной изменить то, что она осуществила к тому моменту: она не могла больше изменить свой экзистенциальный театр. Это был один из редких очень болезненных моментов, которые однако подчеркивают важность психотерапевтической работы, когда профессионально и с человеческой позиции было сделано все возможное, был решен случай и индивид ставился перед выбором в отношении своей жизни, как это делают все.

Я мог бы вспомнить работу в те дни, но не думаю что это уместно, потому что через какое-то время методология получила свое развитие, стала более сжатой как при постановке диагноза, так и при проведении терапии. Восстановление пациента, возможно, требует все так же много времени до тех пор, пока индивид получит возможность освоить новый стиль жизни и приспособится к новизне хорошего самочувствия.

Действительно, пациент после интервенции проф. Менегетти сопровождался онтопсихологом: такова была практика, оформившаяся уже в 1973 г.

Онтопсихолог настаивает на придании ответственности и «устранении» всех попыток пациента вернуться к «безумию» и сопротивлению, которые в случае его победы постепенно будут способствовать тому, чтобы он искал новые практические и умственные решения на свои потребности, пытаясь преодолеть страх к изменениям и встрече с собой.

Так уже в 1973 г. проф. Менегетти учил, как и сегодня, учеников психологов и врачей, как осуществлять вмешательство и лечить психические заболевания.

Сегодня, я и другие коллеги во всем мире способны взаимодействовать с такими больными, ставить им диагноз, лечить с определенной простотой, но с большой точностью, которая появляется в результате изучения и применения этой методологии.

Эту методологию нужно изучать не только через книги или теоретически, но ее необходимо применять, анализируя себя как инструмент постановки диагноза. Это означает, что психотерапевт должен быть точен, хорошо себя чувствовать, всегда должен быть центрирован на самом себе с тем, чтобы гарантировать точное использование методологии, иначе если в нем каким-то образом будет поддерживаться личная раздвоенность, он не сможет в сжатые сроки объективно помочь пациенту.

Я очень часто наблюдал, что коллеги и психиатры боялись шизофрении, не находя в себе сил оказать интервенцию или даже вступить в контакт. Это означает, что хотя заболевание анализируется извне, то же самое раздвоение каждый может испытывать в своем внутреннем глубинном психическом мире. «Врач, излечи самого себя» – говорили древние. Только обладая собственным здоровьем можно вылечить болезнь другого, но все это должно быть осмыслено и организовано в виде методологии, чтобы быть наукой, то есть онтопсихологией.

Я помню случаи анорексии молодых людей, которые спустя неделю резиденсы и ежедневной психотерапии – как групповой, так и индивидуальной – очень просто менялись, как будто и не были никогда больны. Они обретали здоровье, но также радость и хорошую социализацию. Проблема заключалась в возвращении в семью, где позитивное изменение не совсем хорошо принималось, потому что к больному уже привыкли, в том числе привыкли вымещать на больном все фрустрации и проблемы других членов семьи. Обычно, родственники, когда у них забирают «мусорное ведро», оказываются не очень довольны и скорее способствуют возвращению адаптивного поведения к болезни.

В любом случае вылеченные пациенты не только избавились от симптома и интегрировались в общество, но некоторые заинтересовались и начали учиться, прошли психотерапию аутентификации, которая подразумевает постоянную смелость в росте, развитии ума и своей истории, показывая, что индивид может достичь в своем существовании.

Клинический аспект психотерапии может вернуть индивиду самосознание и ответственность за самого себя, чтобы позволить ему выбирать свою жизнь: выстраивать ее творчески – это индивидуальная ответственность и ум, постоянный ежедневный выбор.

## **Глава вторая**

# **История развития представлений о «психическом заболевании» и клинических подходов к его лечению<sup>18</sup>**

## **2.1. Предпосылки**

Для человека XX века сложно отделить психические заболевания от медицины и той области медицины, которая на данный момент имеет практически эксклюзивные права на компетентность в отношении этих заболеваний – психиатрии, но достаточно сделать исторический обзор, чтобы понять насколько свежи и в целом ограничены ее представления и терапевтические подходы.

Лишь психотерапия восстановила более корректное понимание психического заболевания человека, сместив акцент с «болезни» на «больного», и поэтому ей удалось разработать терапевтические подходы, которые хотя и не приводят к полному выздоровлению, но точно оказываются не столь унижительными и неадекватными.

Нужно обратить внимание, что вклад А. Менегетти заключается в том, что появлявшиеся на протяжении многих веков многочисленные интуитивные представления нашли свое подтверждение об этиопатогенезе и возможном клиническом лечении и оформились в конкретную методологию.

## **2.2. Древнегреческая цивилизация**

В догиппократовской Древней Греции, как это представлено в трагедиях, психические заболевания напрямую связывали с этическим и религиозным измерением. Более того мы можем увидеть, что тогда не существовало привычного нам понятия патологии и уж тем более разделения между физическим недугом и духовным.

Состояние страдания скорее рассматривалось как следствие нарушения внутреннего природного равновесия и баланса между индивидом и средой. Такой разрыв появлялся в результате насилия (υβρις) либо со стороны человека, либо божества. Здоровье возвращалось при восстановлении нарушенного равновесия. Таким образом, не существовало ни проблемы симптомов, ни как следствие проблемы диагноза, а лишь необходимость выявить ошибку и устранить ее для восстановления условий естественного здоровья.

## **2.3. Кризис эпистемологии во II в. до н. э**

Гиппократ, напротив, в попытке описать терапевтическую технику, усиленно старался доказать, что болезнь как физическая, так и психическая – это естественное событие, которое можно понять рационально, и, лишив болезнь сакрального смысла, прекратил также и поиск измерения причин.

На самом деле, если патологический процесс является естественным событием, тогда не имеет смысла искать «первичный» момент и лечение заключается лишь в борьбе с симптомом. Такой подход полностью устранил ответственность человека – как сознательную (этическая ошибка), так и бессознательную (проекция на божественное вмешательство свыше, снимающее ответственность).

---

<sup>18</sup> Подготовлено Маргеритой Каротенуто.

Начиная с Гиппократ, как в Древней Греции, так и в Древнем Риме, наблюдается параллелизм между медицинской культурой и философской, религиозной, художественной традицией в способе понимания человеческой патологии, что продолжалось до XVIII века. С XIX в. и далее именно медицинская культура – которая была построена на той же разделенной рациональности, утвердившейся во всех сферах жизнедеятельности человека – стала довлеть над общепринятым мнением, вплоть до их совпадения. Расцвет «нетрадиционной» медицины в последние годы стал признаком кризиса «официальной» медицины, которая является частичной в панораме великой терапевтической традиции человечества, но утвердилась в общественном строе в результате нарастающего расхождения между культурой и «официальной» терапевтической техникой.

Таким образом, начиная со II века до н. э. выявляется настоящий эпистемологический раскол: устанавливается медицинская наука, наделенная независимым от философии категориальным и герменевтическим аппаратом, а значит автономная и от других наук. Сначала психопатология заимствует свой словарь из других форм культурного самовыражения, таких как трагедия, философия и поэзия, однако потом вызревает все более специализированный язык и все большее значение приобретает диагноз, нежели прогноз. С введением медицинских концепций для определения различных патологических симптомов, теряется феноменологическое описание и богатство рефлексии в отношении заболевания, человека и его места в этом мире. Анализ различных заболеваний все больше строится вокруг симптомов, и все меньше вокруг индивида, постепенно нарастает тенденция к обобщению и формализации заболеваний, теряя из виду больного как личность, а значит человеческое измерение болезни.

В этот же самый период врачи точно определяют манию как душевное расстройство без лихорадки. Под этим понятием подразумевают определенные симптомы, многочисленные и недостаточно конкретные, но при этом исключают другие, то есть происходит произвольная редукция симптомов, оставляя те, которые соответствуют определенной нозологии. Это полностью исключает феноменологический подход, основывающийся на личности, а значит индивидуальности заболевания.

В Древнем Риме термин мания замещается на безумство, но значение слова остается тем же.

## 2.4. От Средневековья до XVII века

В средневековье психическим заболеваниям придают сакральный смысл, и безумие рассматривается как проявление Бога или дьявола. По правде говоря и сегодня есть некоторые психиатры, которые в случае некоторых шизофреников убеждены, что в них вселились бесы, и предлагают использовать обряды изгнания злых духов (экзорцизм). Сумасшествие в средневековье воспринималось как борьба добра и зла, и лечение его было в руках отшельников.

С появлением инквизиции (1231 г.) и до XVII века сумасшедших приравнивали к еретикам как новому облику «зла». Их предавали пыткам и отправляли на костер. Этот третий продолжительный период истории безумия закончился во второй половине XVII века, когда зародилась клиника (Hôpital de Paris) и началась госпитализация психических больных (создание приютов).

## 2.5. Госпитализация (создание приютов, медицинский уход)

Фуко подробно описал это преображение, используя отчасти реальный, отчасти литературный образ «корабля дураков» – лодка, заполненная сумасшедшими, бороздит реки и каналы Рейна, направляясь в сторону Наррагонии (Глуландии).

Нужно уточнить, что госпитализация затрагивает не только душевнобольных, но также и нищих, «бомжей» как мы бы сказали сегодня, и абсолютно не нацелена на лечение, а скорее на то, чтобы убрать с улицы сомнительных личностей, прежде всего для поддержания общественного порядка.

Места госпитализации быстро распространяются по всей Европе, и представляют собой настоящие лагеря, где работают всего два врача: терапевт для предупреждения эпидемий и хирург.

Приблизительно в первой половине XVIII века доминировали два объяснения психических расстройств:

- 1). психическое заболевание является следствием изменений тканей головного мозга или черепа;
- 2). психическое заболевание является следствием функционального нарушения нервной системы, не затрагивая материю.

До сих пор у медицины отсутствует особый интерес к психическим заболеваниям. И хотя госпитализация душевнобольных появилась совсем не с этой целью, тем не менее она привела к первым попыткам системного наблюдения и лечения данного заболевания.

## 2.6. Рождение психиатрии

Психиатрия, в том виде как мы ее знаем сегодня, появляется во второй половине XVIII века, и ее основателем считается Ф. Пинель<sup>19</sup>, который работал в приюте Бисетр в Париже в 1793 г. Хотя если быть совсем точными, то это произошло еще в 1788 г. в Тоскане, когда первый психиатр Винченцо Кияруджи приступил к работе в больнице св. Бонифация во Флоренции, где содержались душевнобольные. Также в Великобритании в 1796 г. появляется «убежище для душевнобольных» (Retreat) по инициативе первого английского психиатра Уильяма Тьюка.

Пинель считается основателем современной психиатрии по четырем мотивам:

- 1). он вводит в психиатрию исходное положение об излечимости психических заболеваний;
- 2). считает, что терапевтическое лечение должно осуществляться на основе непосредственного знания личности, биографии, состояния здоровья и симптомов пациента, в связи с чем приобретают значение эмпирические исследования;
- 3). считает, что сумасшедший дом (приют или богадельня) должен выполнять сугубо медицинские функции;
- 4). заявляет о принципе ненасильственности и уважения человеческого достоинства душевнобольного.

В общем, поскольку сумасшествие признается болезнью, то умалишенный должен получать лечение с гуманной и профессиональной точки зрения как больной. Это может показаться очевидным, но учитывая то, что предшествовало психиатрическим лечебницам, речь идет о настоящей революции.

Согласно Пинелю, душевные болезни зависят в большинстве случаев от потрясений в сфере страстей. Он описывает пять форм психических помешательств: меланхолия, мания без бреда, мания с бредом, слабоумие и идиотизм.

Концепция Пинеля противоречит органицизму, то есть по его мнению местом появления психических расстройств является рассудок. Он исключает головной мозг, но не тело,

---

<sup>19</sup> Филипп Пинель (1745–1826) – французский психиатр. В 1792 году был назначен врачом парижского заведения для умалишенных Бисетр. Прославился тем, что выхлопотал у революционного Конвента разрешение снять цепи и кандалы с душевнобольных.

поскольку отмечает, что соматическим местом проявления острого приступа является эпигастральная область. Пинель ссылается возможно на соматический компонент эмоции.

Таким образом, согласно Пинелю, психическое нарушение является следствием «отклонения в эмоциональной сфере» и для его излечения необходимо «моральное лечение».

«Моральное лечение» состоит в том, чтобы вызвать у пациента чувства, способные нарушить патогенное равновесие, давая возможность установить новое равновесие.

Наследие Пинеля сохранилось лишь в связи с двумя моментами:

- 1) необходимость проведения лечения;
- 2) развитие психиатрии.

Напротив, совсем в стороне остались его идеи антиорганицизма (это понятие использовали лишь так называемые «психиатры-романтики») и «морального лечения», то есть два самых глубинных аспекта его учения, которые естественным образом привели бы к психотерапевтическому подходу.

В любом случае, с Кияруджи и Пинелем душевнобольные освободились от *кандалов* и любых принудительных форм, было признано достоинство больных, и так началась психиатрическая клиника, то есть нозография и терапия.

Это первое поколение психиатров, к которым нужно добавить ученика Пинеля, Эскироля, пробует разные терапевтические приемы и использует самые причудливые меры: от ванн с водой разной температуры в зависимости от случая до ректального душа нижним током, от наложения пиявок на половые органы до кровопускания с помощью венесекции, от ножных ванн с кипящей водой и уксусной кислотой и аммиаком до растираний раздражающего действия кожи или головы. В тот период бытовало мнение, что лихорадочные кожные заболевания могут оказать терапевтическое действие, возможно заимствуя древние представления о болезни как наваждении и терапии как освобождении, очищении от токсинов.

Также использовались электричество и вращательная машина, которая называлась «экипаж», где больного привязывали и вращали с разной скоростью до потери сознания.

Очень эффективным средством считалось наложение раскаленного железа на затылок или темя, так что в дальнейшем выздоровление наступало только от предписания этого средства.

Существовала также психофармакология, которая естественным образом нашла свое продолжение в создании современных психофармакологических препаратов. Назначались снотворные, вещества тонизирующего и энергетического действия, противосудорожные препараты.

Применялись виды деятельности, связанные с образом жизни, такие как прогулки, прослушивание веселой музыки, развлечения. Особое значение придавалось также контролю диеты, был известен успокаивающий эффект переедания, что использовалось в том числе принудительно через *интубацию*<sup>20</sup> желудка.

Все это внимание к средствам лечения основывалось в целом на убеждении, что медицинский уход был лишь временным условием и направлен на реабилитацию, даже если не всех, то по крайней мере некоторых форм психических заболеваний.

В любом случае, появившись в конце XVIII века, этот подход был еще не исчерпан, терпел изменения с введением новых техник и преобладанием то одних, то других методов.

## 2.7. Терапевтическая сила слова

Шестой этап развития представлений о психических заболеваниях начинается в конце XIX века, когда происходит настоящая психиатрическая революция, подобная той что про-

---

<sup>20</sup> Интубация – (*intubatio*; лат. *in* – в, внутри + *tuba* – труба) – введение специальных трубок через рот или нос внутрь тела.

изошла в конце XVIII века, отмеченная рождением психиатрии *и трансформацией заведений содержания больных в заведения лечения психических больных*.

Речь идет об открытии терапевтической силы слова с выходом работы З. Фрейда и Й. Брейера, официальной датой которого является публикация книги «Исследования истерии» в 1895 г.

Фундаментальной новизной стало то, что больной больше не рассматривался как объект-тело, которое должен исследовать психиатр, чтобы понять его и прописать наиболее подходящее лечение, а признавался активным пациентом.

Рождению психоанализа, открывающего дорогу всем другим формам психотерапии, предшествовали продолжительные искания в области гипноза.

Гипноз основывается на предпосылке, что психика воздействует на соматическое, а значит с помощью гипноза можно излечивать разнообразные патологии.

Гипноз подразделяется на две основные линии: нансийская школа гипноза под руководством А. Льебо и И. Бернгейма и парижская школа гипноза под руководством Ж. Шарко. Первая является более авторитарной и директивной, вторая в большей степени основывается на убеждении и является прогрессивной.

Фрейд и Брейер использовали вариацию гипнотической техники и полагали, что для эффективности терапевтический процесс должен приводить к осознанию того содержания, которое пациент приводит во время гипноза, а потом забывает в состоянии бодрствования. После этого гипноз становится не нужен. На самом деле Фрейд достаточно быстро отказывается от гипноза и использует только диалог.

Фрейд системно занимался психозом после разработки второй топикой, и в книге «Невроз и психоз» (1923 г.) он объясняет, что невроз – это скорее всего результат конфликта между «Я» и его Оно, а психоз – конфликт между «Я» и внешним миром. В первом случае «Я» объединяется со «Сверх-Я», во втором – с Ид, поэтому, находясь под влиянием сильных импульсных потребностей, «Я» не способно принять, что реальность не совместима с этими потребностями и отрицает реальность фактов, посредством бреда создает новую реальность для использования и потребления Оно. При неврозе одна часть реальности «вытесняется» и избегается, и единственным способом самоутверждения становится формирование симптома, при психозе напротив вся реальность перестраивается “*ad usum delphini*”<sup>21</sup> [в интересах Оно].

В связи с этой утратой контакта с реальностью Фрейд считает, что больной психозом не поддается психоаналитическому лечению.

Техническая проблема состоит в неспособности шизофреников к переносу, поскольку либидо отделено от внешних объектов и сконцентрировано полностью на «Я», что происходит вследствие регресса «Я» до стадии первичного нарциссизма, возникшего в раннем детстве. Таким образом, шизофрения является нарциссическим неврозом.

Несмотря на то, что сам Фрейд несколько раз исключал применимость психоанализа к психозу, впоследствии он сам предположил такую возможность, соответствующим образом изменяя аналитический метод.

Другой момент, который фактически открыл дорогу для применения психоанализа в случае психозов, была критика гипотезы первичного нарциссизма, сделанная Мелани Кляйн. Она утверждала, что ребенок с самого начала обладает примитивными отношениями с парциальными объектами, а больной психозом использует свой ум как нормальный ребенок в первые годы своей жизни. Таким образом, больной психозом, как и ребенок, устанавливает объектные отношения, и это делает возможным применение психоанализа также в случае психозов,

---

<sup>21</sup> *Ad usum Delphini* (на лат. яз. – «для использования дофином») – в переносном смысле означает подправленное, адаптированное. *Прим. пер.*



естественно, при соответствующих методологических модификациях и с верификацией терапевтических результатов.

## 2.8. Позитивистская психиатрия

Новым идеям направления исследований, ярким представителем которого является Фрейд, противостоит господствующая позитивистская культура, которая находит свое выражение в позитивистской психиатрии. Последняя основана на следующих положениях:

- а) органицизм и направленность на объединение психиатрии с неврологией;
- б) интерес к теме наследственности;
- в) отказ от любой психологической причины и непризнание внутренних и индивидуальных аспектов психической жизни, продвижение психологических исследований, основанных на объективном наблюдении, эксперименте, использовании психометрических тестов;
- г) центральное положение анатомических и патофизиологических исследований, направленных на определение нарушений головного мозга при психических заболеваниях;
- д) бурное развитие клинических исследований в двух направлениях: все более углубленное понимание основных психиатрических патологий; стремление к более полному и строгому психиатрическому описанию болезней;
- е) полное распространение медицины на психиатрию и признание анатомо-клинического объяснения заболеваний (выделение причины, нарушения, типичной клинической формы).

В те же годы в Германии Э. Крепелин публикует «Трактат по психиатрии», где представляет обширную систематизацию накопленного на протяжении длительного периода клинических наблюдений опыта.

Крепелин разделяет взгляд позитивистской психиатрии, у него даже есть естественнонаучная концепция психических заболеваний. Его наибольшее усилие было направлено на выделение строгих и объективных описаний заболеваний. DSM<sup>22</sup>, которое на сегодня претерпело уже четвертое издание, было создано под влиянием нозографических описаний Крепелина.

Он обобщает пять форм психических расстройств по Пинелю и выделяет две основные группы:

- 1). маниакально-депрессивный психоз;
- 2). раннее слабоумие (*dementia praecox*): гебефреническое, кататоническое и параноидальное.

Определение раннего слабоумия, данное Крепелином, подразумевает неизлечимость различных поражений, объединенных под этим названием. Но и в рамках институциональной психиатрии действует особая культурная среда, стимулом к развитию которой был Э. Блейлер, один из известных психиатров, которые работали в Бургхольцли в Цюрихе, если перечислять наиболее известных, то среди них Юнг, Фрейд, Бинсвангер, Абрахам, Минковский.

Блейлер в 1911 г. публикует книгу «*Dementia praecox* или группа шизофрении», в тот же год когда К. Ясперс печатает «Общую психопатологию»: это две книги, которые стали знаковыми для заката позитивистской психологии.

Блейлер вводит термин шизофрения, который окончательно замещает термин раннего слабоумия, поскольку доказывает, что слабоумие является стойким расстройством интеллекта, а шизофреник не слабоумен, так как у него нарушены только некоторые виды активности или некоторые содержания, к тому же только в определенные моменты. Кроме того им были выделены два уровня шизофрении: уровень основных симптомов и уровень вторичных, или дополнительных, симптомов.

---

<sup>22</sup> DSM (Diagnostic and Statistical manual of mental disorders – Руководство по диагностике и статистике психических расстройств) – принятая в США нозологическая система, которая разрабатывается и публикуется Американской психиатрической ассоциацией. *Прим. пер.*

Термин «шизофрения» является неологизмом, состоящим из двух греческих<sup>23</sup> корней, и означает «разделенный ум». Согласно Блейлеру, для шизофрении наиболее характерно расщепление психической деятельности. Основным симптомом шизофрении является потеря ассоциативных связей между разными элементами мышления. Такая потеря ассоциативных связей оставляет субъекта в своего рода умственной дезориентации, что постоянно приводит его к потере чувства реальности и нарушению ассоциативности идей. «Именно ослабление организации логического мышления приводит к аффективным нарушениям, а вместе с ними к аутизму. Шизофреническое мышление не способно использовать мысль для контроля реальности и оставляет свободное пространство для бурных непредвиденных проявлений импульсных потребностей и аффектов»<sup>24</sup>.

Он выделяет четыре подгруппы шизофрении (параноидальная, кататоническая, гебефреническая и простая шизофрения), стараясь отойти от множественного деления больных и найти основополагающее нарушение, а также придерживается того, что шизофрения не является неизлечимым заболеванием.

Несмотря на плодотворные идеи, Блейлер остается противоречивой фигурой: его нерешимость в выборе между старым (представленным Крепелиным) и новым (представленным психотерапевтической и психоаналитической культурой) проявляется прежде всего в разрыве между новизной его взгляда на шизофрению и способом ведения шизофренических больных в Бургхельци.

Блейлер также убежден, что психотерапия должна учитывать тот факт, что для шизофреника, несмотря на его болезнь, всегда доступны здоровые психические способности, поэтому первый терапевтический принцип заключается в том, чтобы предложить пациенту благоприятные условия для объяснения его личности в том контексте, где он чувствует, что к нему относятся серьезно. К сожалению, его воззрения на шизофрению не отразились на способе ведения пациентов в повседневной психиатрической практике Бургхельци, которая продолжает функционировать подобно другим психиатрическим клиникам.

## 2.9. Лечение психических заболеваний в первой половине XX века

Важной датой является 1904 год, когда появился первый закон о регуляции психиатрических клиник в Италии, который действовал до появления закона № 180 1978 г. (L.180/1978). В 1881 г. В Италии было 39 государственных психиатрических больниц, в которых содержались 16 655 психически больных, и 9 частных клиник. На самом деле великий эрцгерцог тосканский уже в 1783 г. выпустил закон, который регламентировал деятельность психиатрической больницы во Флоренции и устанавливал официальное образование по психиатрии.

После открытия нейрона как основополагающей единицы нервной системы, отмеченного Нобелевской премией в 1906 г., химической активности в синапсе и электрической активности головного мозга (первое ЭЭГ было сделано в 1929 г.) появляется новое направление исследований известное как биологическая психиатрия, которая стремится доказать биологические различия между психической нормой и патологией.

В 1954 г. было основано Общество биологической психиатрии, члены которого были убеждены, что головной мозг является местом нахождения духа.

<sup>23</sup> σχιζω – раздвоенный, φρήν – диафрагма, сердце, душа, ум, разум. Очень интересна семантическая область термина φρήν, включающая в себя несколько значений, которые по отдельности обозначаются разными словами, но вместе указывают на определенный способ существования, то есть “sensus sui”, самоощущение: используя онтопсихологическую терминологию мы можем определить это как висцеральный ум.

<sup>24</sup> Civita A. Introduzione alla storia e all'epistemologia della psichiatria. Milano: Ed. Gueruu, 1996, p. 105.

Вплоть до сегодняшнего дня однако биологическая психиатрия является научной утопией, не нашедшей никаких доказательств, поскольку не было обнаружено никакого различия в электрической или онейрической деятельности головного мозга здорового человека и психически больного.

Одновременно с этим продолжают эмпирические исследования терапевтических приемов, появившихся с возникновением учреждений психиатрической помощи, о которых уже говорилось ранее и которые В. Андреоли определяет как «лечебные пытки».

«Когда игрушка не работает, ребенок ее бросает или ударяет о землю, и зачастую она снова начинает работать. Этот детский способ поведения оказывался действенным с механическими игрушками. И таков же принцип шоковой терапии. Психически больной – это поломанный человек, и «встряхивая его», он снова может начать функционировать»<sup>25</sup>.

Первой попыткой «встряхивания» стало введение в терапию психически больных искусственно вызванной малярии (1917), потом инсулиновой комы (1928), а потом эпилепсии (1933–1935), полагая что эти заболевания могут привести к исцелению от психического заболевания.

В 1937 г. директору клиники нейропатологии и психиатрии Римского университета Уго Черлетти при посещении скотобойни и ассистировании при наложении электрического провода на голову свиней с целью оглушить их, чтобы спокойно убить, пришла идея электрошока.

Принцип, лежащий в основе электрошока, используется до сих пор и заключается в том что вызывание припадков с помощью электрических разрядов оказывает антагонистическое действие при психических заболеваниях. На практике это подобие эпилептического шока с той разницей, что последний вызывается инъекциями кардиазола, в то время как при электрошоке используется электрический ток.

Принцип перерождения после смерти лежит в основе лечения сном, которое до сих пор используется и появилось в 1922 г. с работой Я. Клейси, убежденного что психомоторное возбуждение вызвано воспалением головного мозга, поэтому в данном случае полезен отдых.

Э. Мониш, португальский невролог и политик, изобрел и применил впервые фронтальную лоботомию, известную сначала как лейкотомия<sup>26</sup>, поскольку разъединяемые лобные доли связаны между собой нервными волокнами белого вещества.

В дальнейшем применялись различные операционные техники, которые используются и до сих пор.

## 2.10. Психопатологическая психиатрия

Практически в то же самое время, что и Фрейд, очень важный вклад вносит К. Ясперс, хотя и совсем в ином ракурсе.

Ясперсу, который определяет свой подход как психопатологический, интересны исследования и описания психических заболеваний не в том виде, как они проявляются для внешнего наблюдателя, а как проживаются самим больным субъектом.

Иными словами он перемещает внимание с проявлений болезни на стоящие за ней переживания, «осмысленный опыт» в протекании психической деятельности человека, всегда признавая, что никакой опыт не существует сам по себе и что психическое нарушение всегда является общим нарушением.

Психопатология заявляет о своей независимости в целом от медицины и биологических наук, которые противостоят ей, поскольку психическое заболевание является фактом исключительно человеческим, а также не может быть исследовано как природное явление. Кроме

---

<sup>25</sup> Andreoli V. Un secolo di follia. Milano: BUR, 1998, p. 168.

<sup>26</sup> Leuco – белый. *Прим. пер.*

того, как наука переживаемого человеком опыта, психопатология требует со стороны исследователя не просто безучастного наблюдения, а некоего усилия в соучастии и понимании. За пределами любого человеческого познания остается большая проблема того, кем именно является человек.

Согласно Ясперсу, в психической жизни наиболее глубинным является различие между жизнью, в которой мы можем участвовать аффективно и которая понятна, и той, которая остается по сути непонятной, то есть чуждой шизофреничной психической жизнью, даже при отсутствии бредовых идей.

Среди последних Ясперс приводит описания пациентов-шизофреников ощущений навязанных психических процессов. Другими словами они не чувствуют себя свободными, не чувствуют себя хозяевами самих себя, не ощущают своих движений, мыслей, чувств, но ощущают себя под влиянием чуждой силы и если это состояние становится ярко выраженным, они ощущают себя марионеткой, движимой или укладываемой спать по усмотрению. В связи с этим они говорят, что на них влияют машины, сложные аппараты или что они находятся под влиянием сверхъестественных сил, которые действуют в реальном мире.

Разумеется Ясперс не понимает доводов пациентов, но его огромная научная заслуга заключается в том, что он не исключил и не цензурировал эту информацию, которая могла бы привести к раскрытию тайны шизофрении.

«Оставляя в стороне попытки феноменологического описания психопатологии и поиска причинной составляющей, которые Ясперс и сам признает безнадежными, я считаю возможным обобщить новизну, внесенную Ясперсом в проблему изучения психопатологии, в трех аспектах.

Первый аспект: накопив достаточное число феноменов, мы должны постараться увидеть то, что стоит за ними, то есть всмотреться в переживания конкретного больного человека. (...)

...мы приходим ко второму аспекту. Действительно, шизофреник постоянно говорит о том, что находится под давлением чего-то, от чего не в силах избавиться, влияние чего он вынужден претерпевать на себе, но не может сделать так, чтобы это прекратить, освободиться, в общем, ощущает себя марионеткой.

Здесь раскрывается третий аспект научной мысли Ясперса, а именно, непонимание этого переживания, этого *erlebnis*<sup>27</sup>. (...)

*Итак, еще одной постоянной в случае шизофрении является непонимание. Синтезировать позицию Ясперса можно следующим образом:*

- 1) войти в другого, чтобы уловить его переживание; это позволяет:
- 2) обнаружить диктат, претерпеваемый больным;
- 3) актуальная ситуация: непонимание»<sup>28</sup>.

## 2.11. Феноменологически-экзистенциальный подход

Экзистенциальная философия Гуссерля и Хайдеггера вдохновляет многих исследователей к изучению проблемы шизофрении, среди которых можно вспомнить Е. Минковского и Л. Бинсвангера.

Переработав некоторые идеи Жане, Е. Минковский подчеркивает тот факт, что у шизофреников действие блокируется на стадии реализации из-за недостатка функции реальности, на самом деле шизофреник находится во власти аутизма. В шизофренике блокирована гармоничная связь между действием человека и становлением реальности.

---

<sup>27</sup> Пережитый опыт, содержимое сознания. Прим. пер.

<sup>28</sup> Менегетти А. Монитор отклонения в человеческой психике. Указ. соч.

Кроме того, отрицая неизлечимость шизофрении, Минковский пишет, что нельзя определять неизлечимым человека только вследствие того факта, что врачам не удастся повлиять на хроническое течение заболевания, и что в большей степени стоит говорить не о заболевании, а о больном, с которым психиатр должен вступить в контакт для постановки «диагноза через проникновение»<sup>29</sup>.

На самом деле, согласно Минковскому, каждый симптом может отчетливо проявиться в своем истинном значении лишь тогда, когда человек пытается понять его в рамках «ментального фона», сделавшего возможность его появления.

Минковский рассматривает шизофреника не просто как набор симптомов, а как того, кто живет на максимуме противоречивости с жизненным потоком, неся в себе неизвестно откуда берущееся ощущение смерти, наряду с распадом и глубоким разрушением собственной личности.

После прочтения «Бытие и время» Хайдеггера, Бинсвангер также рассматривает проблему шизофрении с феноменологической точки зрения, дополняя размышления Ясперса и способствуя наиболее полному описанию проблемы этого психического заболевания до появления самого передового решения как в теории, так и в клинической практике А. Менегетти.

Метод изучения Л. Бинсвангера, известный как антропоанализ, подразумевает обращение к человеку как субъекту своего мира, к его бытию личностью, а не вещью, уходя от любой конкретизации психического в деятельности или функциях, абстрагируясь от сведения его к какой-либо модели, пытаясь напротив понять человека в его совокупности, как он феноменологически предстает и присутствует в своем существовании.

Согласно Бинсвангеру необходимо обратить внимание не на психическую деятельность, анализируемую как объект, и не на чистую субъективность того, кто ее испытывает, а на способы, в соответствии с которыми человек проектирует себя в отношении мира. Шизофреник также особым образом проектирует свое отношение с миром, и *Daseins-анализ направлен именно на раскрытие человеческого смысла этого проекта, вне всякого натуралистического или морального критерия, в уникальности взаимодействия терапевт-пациент*.

Также и пациентам Бинсвангера предоставляется свобода в выражении своего пережитого опыта, они рассказывают ему о странных ситуациях контроля со стороны различных устройств, смысл которых – также как и Ясперс – он не может понять. Он тоже не решает проблему шизофрении, но подготавливает почву для ее понимания, поскольку трактует болезнь не как нечто естественное, а как некий «способ проектирования существования» со стороны человека.

Вне различий между этими и другими авторами, которые дали жизнь феноменологической психиатрии, имеются и некоторые общие и основополагающие элементы, которые гарантируют хорошо определенную научно-культурную целостность.

Прежде всего, это методологический принцип именно феноменологического типа в гуссерлианском смысле, потом отказ от объективации пациента и попыток классифицировать его согласно определенным диагностическим или нозографическим ярлыкам, уверенность в том, что психическая болезнь создает форму жизни, организованную согласно определенной логике и человеческому богатству, и наконец необходимость уважать человеческое достоинство пациента и его смысл жизни.

Все психиатры данного направления используют феноменологический метод, чтобы выйти за пределы покрова видимостей и уловить через непосредственную интуицию психический опыт в его чистой данности.

---

<sup>29</sup> Согласно Минковскому, «проникновение» (penetration) есть *einfihlung*, введенное в психологию Липпсом, и, вероятно, то же самое что «интуиция» по Бергсону (Гараббе Ж. История шизофрении. Указ. соч.). Прим. пер.

Единственное ограничение данного подхода заключается в представлении о том, что научной целью является лишь описание глубинных структур психотического опыта, поскольку становится очевидно, что отсутствует понимание происхождения шизофрении и способов устранения страданий шизофреника.

## **2.12. Антипсихиатрия и кризис психиатрических лечебниц**

Некоторые психиатры, придерживающиеся феноменологического подхода, такие как Лэйнг, Купер, Базалья, дали жизнь обширному движению, оказавшего влияние прежде всего на социально-институциональное устройство, и известное как «антипсихиатрия». Это движение критиковало психиатрию и все ее заведения, и фактически инициировало закон 180/1979, который упразднил психиатрические больницы.

В теоретическом плане утверждается идея, что психические заболевания имеют социальное происхождение и берут начало в потребности капитализма изолировать нарушителей социального устройства, которые противоречат доминирующим в системе ценностям и интересам.

Вследствие этого психиатрия стала рассматриваться как репрессивный и полицейский аппарат, служащий интересам установленной власти.

Определение социального системизма как шизофреногенной ситуации несомненно является важным предположением, но после того как оно было политизировано и сведено к критике очередной политической системы, то любая возможность научного дискурса сошла на нет. Подтверждением тому стало устранение психиатрических клиник, но шизофрения осталась нерешенной проблемой, ведь речь идет не о политической проблеме, а о человеческой и научной проблеме.

## **2.13. Превалирующие на сегодня тенденции**

Я бы разделила на три крупных области те подходы, которые на сегодня имеются в отношении шизофрении или, по крайней мере, по которым ведутся исследования и обсуждения:

- а) область традиционной психиатрии;
- б) область психотерапии;
- в) комплексный психолого-педагогический подход.

### *а) Традиционная психиатрия*

Будучи сформированной в рамках клинической практики психиатрической больницы, начиная с Пинеля и до сегодняшнего дня, включая Крепелина, Блейлера и т. д., этот подход доминирует в культуре академий и институтов, использует классификацию DSM и лечение психотропными препаратами. Теоретические направления представлены в разных монографиях по психотерапии, но фундаментальным положением является, что шизофрения является органическим заболеванием, которое является результатом дисбаланса химических веществ в головном мозге вследствие биологических и средовых причин, с определенной наследственной предрасположенностью. В отношении возможностей лечения хорошо описано в следующем отрывке: «Шизофрения – это хроническое заболевание, которое часто приводит к разрушительным эффектам во многих сферах жизни пациента и сопровождается повышенным риском суицида и других потенциально летальных состояний. Лечение большинства пациентов требует значительных усилий, направленных на снижение частоты и тяжести эпизодов и показателей заболеваемости и смертности данного заболевания. В течение жизни многие паци-

енты нуждаются в постоянном лечении, длительность которого может быть также неограниченной»<sup>30</sup>.

Кроме вышесказанного, более глубокого изучения заслуживает вопрос психотропных препаратов, которые сейчас находятся на пике популярности, также и благодаря господствующему мифу о «таблетке» (феномен *Viagra docet*).

Мы увидели, что начиная с госпитализации психических больных, появляется специфическая фармакопея, прежде всего природного происхождения. В 50-е гг. приобретает популярность лабораторный синтез химических веществ, что дает необычайно сильный импульс к использованию препаратов в лечении психических болезней.

В 1952 г. был открыт хлорпромазин, нейролептик, который изменил историю лечения безумия, поскольку в отличие от ранее использованных седативных средств обладает эффектом не только на моторную деятельность, но также на процесс мышления. На данный момент он до сих пор используется и с его введением значительно увеличились выписки и снизились госпитализации в психиатрические клиники.

Годом позже был выпущен ипрониазид, который в 1957 г. был замещен имипрамином, ключевым антидепрессантом, и в 60-х гг. входят в обиход анксиолитики или «малые транквилизаторы».

Наиболее значимым открытием стало существование и функционирование рецепторов, которое позволило синтезировать препараты нового поколения, которые усваиваются не всем организмом, а специфичны и направлены на определенные рецепторы.

Рецепторы уже стали догмой психофармакологии.

В связи с этим стоит процитировать Андреоли, который комментирует научную обоснованность лабораторных исследований, признанных символом эмпирики: «Любопытно отметить, что период 1952–1960 гг., когда происходит рождение наиболее важных для современной психофармакологии молекул, обособился спонтанно, и в следующем периоде рационально контролируемых разработок не было произведено ничего существенно нового. Были преумножены молекулы (и появилось еще больше коммерческих названий), но не добавилось каких-либо новых кусочков обрисовавшейся мозаики. Это простая констатация роли неопределенности в науке»<sup>31</sup>.

#### *б) Область психотерапии*

Существует три направления психотерапии, которые занимаются шизофренией, с разными результатами: нейрокогнитивный подход, психоанализ, системная семейная психотерапия. Отдельно нужно рассмотреть онтопсихологическую психотерапию.

б1) *Нейрокогнитивный подход* занимается умственной деятельностью, когда функции рассматриваются на основе функционирования нейронов, то есть мысли равнозначны синапсам.

Основополагающий когнитивный дефект при шизофрении заключается в дефективном сознании, то есть происходит не на уровне репрезентативных функций, а на уровне их метарепрезентаций, тогда шизофрения является болезнью системы мозг-ум. Вербальные и невербальные послания, достигающие пациента, являются правильными, но по причине когнитивного дефекта его ум не способен распознать их адекватным образом.

Предметом исследования когнитивной теории являются не пациенты и не болезнь, а симптомы, которые анализируются для изучения когнитивных механизмов и нейронных систем.

---

<sup>30</sup> A.P.A. (American Psychiatric Association), *Linee guida per il trattamento della schizofrenia*. Milano, Ed. Masson, 1999.

<sup>31</sup> Andreoli V. *Un secolo di follia*. Milano: BUR, 1998, p. 168.

Клиническое вмешательство заключается в том, чтобы выявить здоровую часть пациента и заставить его самому найти стратегии, полезные для сдерживания или устранения своих симптомов.

Цель когнитивно-поведенческой терапии заключается в модификации с помощью рациональных процессов фиксированных идей, ошибочных интерпретаций и автоматических мыслей, соединив их с «нормальным опытом», так чтобы снизить сопровождающий их страх.

Полностью отсутствует интерес к аффективной сфере. В целом, не считается, что данное заболевание является излечимым, действительно мы можем прочесть в книге, посвященной лечению шизофрении: «Шизофрения – это заболевание, вызывающее тревогу и потерю трудоспособности, и даже когда врачи полагают, что их пациентам становится значительно лучше, речь идет лишь всегда о состоянии самом по себе разрушительном и потенциально опасном»<sup>32</sup>.

62) Что касается психоанализа, мы увидели трудности в лечении больных шизофренией, но несмотря на это в 50–60-х гг. прежде всего в США расцветают психоаналитические способы ведения пациента, известные как «динамическая психотерапия». В отношении психотерапевтического лечения считалось, что одной из причин провала институциональной и госпитальной терапии явилось отсутствие какой-либо индивидуальной психотерапии, и тогда многочисленная группа психиатров, среди которых Г. С. Салливан, Ф. Фромм-Рейхман, С. Ариети, Г. Сирл, стали широко использовать психотерапию в лечении шизофрении.

Однако этот энтузиазм сменился кризисом, когда были открыты психотропные препараты и государственные органы предпочли по экономическим причинам назначать лекарственные препараты, нежели финансировать многочисленные и сложные курсы психотерапии.

Наряду с этим, дальнейшему охлаждению энтузиазма способствовали многочисленные исследования, которые доказывали, что добавление динамической психотерапии к арсеналу лечения больных шизофренией не показывает достоверно более высоких результатов по сравнению с назначением только препаратов, и что в любом случае возможная польза психотерапии никогда не была значительной.

63) Согласно *системной семейной психотерапии*, шизофрения является болезнью «семейной системы». Согласно системной теории, дефект в восприятии коммуникации связан не с умом пациента, а с качеством коммуникации.

Эпистемологическими предпосылками системного подхода являются *общая теория систем, кибернетика, концепции Бейтсона о коммуникации и двойном послании, прагматика коммуникации Вацлавика и группы Пало-Альто*.

Отправной точкой является интерпретация семьи как «системы». Лежащие в основе этой системы правила определяют взаимодействия, происходящие между членами семьи, и следовательно тип отношений между ними. Это предполагает, что любые взаимодействия между всеми членами семьи, в том числе модели поведения, носят характер коммуникации, а значит, семье свойственна нелинейная причинность, в том смысле, что члены семьи являются элементами замкнутой системы взаимодействий, в которой каждый влияет на всех остальных, и на него оказывают влияние.

По этим причинам первой задачей системного исследования является изучение особых коммуникационных модальностей, с помощью которой каждый член группы влияет на других. Второй задачей является понимание типа взаимодействия, который имеет место в данной семье, а значит правила игры, в которую вовлечены ее члены.

В семье, где есть шизофреник, преобладающей является тенденция к гомеостазу, и полностью отсутствует или очень слабо выражена тенденция к развитию. Кроме того, в такой системе преобладают коммуникации по типу двойного послания, которые характеризуются противоречием между вербальной и невербальной коммуникацией.

<sup>32</sup> Kingdon D., Turkington D. Psicoterapia della schizofrenia. – Milano: Ed. Cortina, 1994, p. 177.



Согласно этому подходу, следовательно, терапевтическое воздействие не оказывается на пациента-шизофреника, а на всю семью в ее совокупности.

Во время консультаций внимание психотерапевта обращено прежде всего на модальности взаимодействия между членами семьи, и между последними и психотерапевтом. В конце консультации психотерапевт делает комментарии или дает назначения, которые всегда оказываются парадоксальными. То есть позитивно трактуется как симптоматическое поведение пациента, так и других членов семьи, таким образом они объединяются вместе с семьей как системой, становясь ее частью, и это приводит к парадоксальному эффекту, в результате которого может произойти изменение.

«Этот эффект можно выразить следующим образом: это не говорится напрямую, а транслируется семье как аналогия: если вы такие хорошие, если в вашей семье все идет настолько хорошо, если вы настолько едины, зачем вам больной? Почему вы должны платить эту цену?»<sup>33</sup>.

*в) Комплексный психолого-педагогический подход*

Этот подход наряду с использованием психотропных препаратов включает несколько компонентов: психопедагогическое информативное вмешательство, которое придает значение фактору информации в отношении психического заболевания, реабилитационные вмешательства для улучшения способностей общения, решения проблем и социальной гибкости, и иногда психологические мероприятия для помощи человеку, в целом когнитивного типа.

В заключении, согласно нейропсихологии, реальность шизофрении заключается в когнитивных механизмах и в нейронной системе, от которой они зависят; согласно психоанализу – в эпизодах самого раннего детства, следы которого остаются в бессознательном; согласно системной теории, реальность шизофрении заключается в правилах семейной игры. Во всех трех случаях мы имеем дело с невидимой реальностью, которая вылепливает мир видимый вне зависимости от того знаем ли мы ее природу и причины, контролируем ли эту феноменологию, и располагаем ли научным методом для лечения.

Для этого нужно описать определенный вклад А. Менегетти и его онтопсихологии.

## **2.14. Шизофрения с точки зрения онтопсихологии**

А. Менегетти, основатель онтопсихологической методологии, пишет, что через успешную клиническую практику он очень хорошо изучил феноменологию шизофрении.

Он долго изучал ее, приходил к успешным результатам в ее лечении и описал как в рамках теоретического анализа, так и методологии лечения. После многих рассуждений, порой интересных, порой не до конца понятных, он достигает измерения бытия вещей, когда они могут быть описаны с простотой, точностью и прежде всего с нахождением решения. Тогда нет более гипотез, предположений, теоретических моделей, а лишь выражение сути, описывающей точные динамические пути, и в научной сфере это обычно вызывает дезориентацию у тех, кто придерживается лишь установленных в науке ритуалов, не имеющих однако соответствия с реальностью, и глубокую благодарность в тех, кто осознает трудоемкость исследования и достижения итогового результата.

Согласно Менегетти, шизофрения – это дисфункциональность единства действия человека в любой его части, некоторая дисфункция неосознаваемого поведения, которая определяет в субъекте патологическую часть, направленную против собственного единства действия.

Двумя фундаментальными инновациями во взгляде Антонио Менегетти являются следующие:

---

<sup>33</sup> Civita A., op.cit., p.165.

1). шизофрения – это универсальная проблема, которая существует латентно во всех индивидах и проявляется в некоторых в соматической форме, в других – в виде невроза, у третьих – так называемых «манифестных шизофреников» – в виде проявленной шизофрении.

2). шизофрения не является природой человека, но некоторым вмешательством другой экзистенциальной экономики, которая вызывает дисфункцию в единстве действия человека: этот механизм (монитор отклонения) создает и управляет воспроизведением меметической сети, которая в некоторых субъектах превосходит порог терпимости невротических контуров и сводит ряд черт к острому стрессу. При этом неизменно происходит усиление со стороны среды.

Данная дисфункция структурируется в самые ранние годы жизни, в течение трех лет, а иногда уже во внутриутробном периоде, в то время как выстраивается в среде ИЗО, природный проект, который делает каждого человека единственным и неповторимым. Во время этой фазы формируются комплексы, автономные структуры, которые действуют за порогом осознания сознательного «Я» и это происходит по причине того, что субъект вместо целостного развития совершает периферическое приспособливание, направленное исключительно на достижение аффективного первенства со стороны взрослого-матери, то есть того взрослого, который структурирует его первую точку аффективной безопасности.

Шизофреник научается очень рано искусству незаслуженного превалирования: это желание быть без умения делать. Естественно это становится возможным, поскольку от природы у него более высокие амбиции, то есть у него более высокий уровень «потребностей», которые изначально проявляются как более высокая по сравнению со средним уровнем чувствительность.

Прежде чем это экстраординарное напряжение сумеет выстроить самостоятельную способность в удовлетворении метаболического обмена с реальностью, оно претерпевает воздействие взрослого-матери и перенаправляется в соответствии с ним, что приводит к появлению диадической структуры, в которой ребенок будет всегда занимать полюс объекта. Это притяжение происходит через гипервознаграждение любой потребности маленького ребенка, по причине чего он находится в условиях фальшивого первенства, поскольку оно обеспечивается другим человеком, а не основано на его способностях, от чего однако в дальнейшем он не хочет больше отказываться.

Взрослый со своей стороны совершает это искажение, поскольку сам фрустрирован и нуждается в компенсации, выделяя ребенка в качестве удовлетворения своих потребностей.

Таким образом, шизофреник – это тот кто, приспособливаясь к реальности, использовал возможность выиграть мошенничая, и в случае если психотерапевту удастся это уловить и при добровольном соучастии пациента, появляется возможность начать лечение. Также как при психосоматике и неврозе, так и при манифестной шизофрении играет роль ответственного субъекта, который сначала притворяется, но в конце все становится серьезным и он вынужден играть через свою болезнь с жизнью.

Механика манифестной шизофрении такова: появляется магическая или ритуальная постоянная (отсюда и получает свое определение) из остаточных импульсов, полностью поглощаемых контрзарядом «Сверх-Я» (монитором отклонения) или социальным давлением, и «Я» оказывается в его власти без альтернативы реальной функциональности.

Вследствие неравенства «Я» заряд («Оно») и контрзаряд («Сверх-Я») сливаются, или, точнее, инстинкт сакрализуется и таким образом включается цензура. С помощью этого механизма инстинкт каким-то образом переживается, и прощается или даже «предписывается» пациенту.

Навязчивая повторяемость ритуала, даже если внешне сами действия кажутся различными, указывает на патологическое смещение инстинкта.

Очевидно, что лечение должно взаимодействовать с первопринципом инстинкта, в двух основных модальностях – эротизм и агрессивность, следовательно нужно проследить инстинкт, потенциал и обеспечить ему другой стиль адаптации, который был бы функционален для реальности.

Психотерапевт должен сделать два маневра:

- 1). разоблачить «Сверх-Я», описав координаты последствий;
- 2). дать другой выход во взаимодействии с социумом, который привел бы к новой ответственности, необходимой его душе.

Следовательно, шизофрения может быть вылечена, поскольку существует первичный природный проект и конкретная ответственность субъекта. Опираясь на эти два момента, с помощью онтопсихологических инструментов и метода терапевт узнает язык его культуры для обучения этой адаптации и применяет эти знания во время взаимодействия.

Речь идет о том, чтобы понять на каком первенстве шизофреник с упорством настаивает, используя неадекватную логику и технику, и постепенно заставить его выстроить путь, функциональный для достижения этого первенства, которое изначально свидетельствует о природном превосходстве.

Таким образом, шизофрения, которая когда-то роковым образом притягивала и бросала вызов, с точки зрения А. Менегетти, на сегодня является проблемой, которая может быть разрешена.

#### **Список литературы по теме шизофрении:**

- A.P.A. Linee guida per il trattamento della schizofrenia, Ed. Masson, Milano, 1999.
- Andreoli V. Un secolo di follia, BUR, Milano, 1991.
- Ballerini A. Aspetti della psichiatria contemporanea, Sansoni, Firenze, 1973.
- Cargnello D. Alienità e alterità, Feltrinelli, Milano, 1966.
- Casacchia M., Roncone R. Che cos'è la schizofrenia, Ed. Masson, Milano, 1997.
- Civita A. Introduzione alla storia e all'epistemologia della psichiatria, Ed. Guerini, Milano, 1999.
- Foucault M. Storia della follia nell'età classica, BUR, Milano, 1998.
- Garrabé J. Storia della schizofrenia, Ed. Magi, Roma, 2001.
- Haley J. Le strategie della psicoterapia, Ed. Sansoni, Firenze, 1977.
- Jaspers K. Psicopatologia generale, Ed. Il Pensiero Scientifico, Roma, 1964.
- Kant I. Saggio sulle malattie della mente, Ed. Ibis, Como, 1992.
- Kingdon D., Turkington D. Psicoterapia della schizofrenia, Ed. Cortina, Milano, 1997.
- Laing D. L'io diviso, Einaudi, Torino, 1969.
- Meneghetti A. La Psicosomatica nell'ottica ontopsicologica, Psicologia Ed., Roma, 1999.
- Meneghetti A. "Etiologia plurifattoriale della nevrosi e della schizofrenia". Ontopsicologia Clinica, Psicologica Ed., Roma, 1978.
- Meneghetti A. Il monitor di deflessione nella psiche umana, Ontopsicologica Editrice, Roma, 1985.
- Minkowski E. La schizofrenia, Einaudi, Torino, 1998.
- Muscatello C.F. La sindrome schizofrenica. Aspetti clinici e antropofenomenologici, Ed. Esculapio, Bologna, 1979.

## **Конец ознакомительного фрагмента.**

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.