

А. В. Ярославцева

## ПАТОЛОГИЧЕСКИ ИЗМЕНЕННЫЕ СОСТОЯНИЯ СОЗНАНИЯ: ЭПИСТЕМОЛОГИЧЕСКИЙ И ЭТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ

Рассматривается критерий выделения «патологически» измененных состояний сознания («психических расстройств и расстройств поведения») из множества измененных состояний сознания. Демонстрируется недостаточность и неясность эпистемических характеристик патологически измененных состояний сознания; социальная природа критериев, характеризующих измененные состояния сознания как «расстройства психики»; роль ценностных установок в выборе методологии работы с патологически измененными состояниями сознания.

**Ключевые слова:** сознание, измененные состояния сознания, патологически измененные состояния сознания, психические расстройства, когнитивная система.

Термином «измененные состояния сознания» (ИСС) охватывается чрезвычайно обширный класс явлений: сны, безумие, трансовые (трансы одержимости, пророческие трансы) и гипнотические состояния; религиозный, мистический опыт (фана суфиев, йогическое самадхи, буддийское бодхи, сатори дзэн-буддизма); модусы функционирования когнитивной системы, возникающие в экстремальных обстоятельствах, как-то: в случае тяжелой утраты, ситуации насилия, тюремного заключения, перенапряжения, например, при длительном ожидании, изнуряющем путешествии; состояния, возникающие вследствие употребления психоактивных веществ и вследствие органических поражений мозга.

Измененные состояния сознания отличаются от нормальных его состояний и как таковые необычны, однако класс этих состояний настолько широк, что их можно считать частью нашей повседневной жизни.

Несмотря на то, что речь идет о состояниях сознания, которое является когнитивной способностью и имеет дело с когнитивными содержаниями, предложенная мной классификация производится не по эпистемическим критериям. Более того, классификации состояний сознания по эпистемическим критериям вообще не используются в западно-европейской культурной традиции, и у этого есть причина: не у всех измененных состояний сознания выявлены их эпистемические характеристики, – их просто не принято характеризовать подобным образом, – что приводит к отсутствию ясных представлений о том, что ИСС представляют из себя в эпистемологическом ракурсе.

Это принципиально неверный подход, препятствующий адекватному пониманию феномена и к тому же порождающий серьезные практические проблемы. Я предлагаю продемонстрировать это на примере «патологически» измененных состоя-

ний сознания, они же «психические расстройства и расстройства поведения» согласно действующей международной классификации болезней МКБ-10.

Если следовать здравому смыслу, термин «патологический» вполне может и даже должен применяться по отношению к когнитивным нарушениям, когнитивным расстройствам и не является, с другой стороны, моральной категорией, не выражает отклонение от культурной нормы, однако это не так. Попытка задаться вопросом, что есть «патологического» в измененных состояниях сознания этой группы приведет нас к неожиданному результату – этот термин применяется в случаях асоциальности поведения, невозможности выполнять социальные функции, несоответствия мышления, других когнитивных процессов культурной норме, т. е. общепринятому стандарту мышления или эмоциональных реакций, – и это единственная причина характеристики определенной группы измененных состояний сознания как «патологических».

К такому выводу можно прийти, проанализировав перечень психических расстройств и расстройств поведения, а также диагностические критерии нозологического классификатора МКБ-10. Например, диагноз «шизотипическое расстройство» может быть поставлен на основании следующих критериев:

«Неадекватный аффект<sup>1</sup>, холодность, отчужденность.

Чуждаковатость, эксцентричность, странность поведения и внешнего вида.

Утрата социальных коммуникаций, отгороженность.

Магическое мышление, странные убеждения, не совместимые с культуральными нормами» [1].

Несложно заметить, что второй и третий пункты прямо касаются поведения, четвертый отсылает к культурной норме «иметь убеждения», пер-

<sup>1</sup> Аффект в психиатрии – «настроение», эмоциональное переживание. «Неадекватный аффект» означает интенсивное проявление неуместных эмоций или наоборот, отсутствие проявления требуемых эмоций, недостаточную интенсивность их переживания.

вый – к культурно-социальной норме эмоциональной реакции.

Существует группа расстройств психики «Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте», также в значительной степени заключающихся в нежелании или неспособности следовать социальной норме: в эту группу входит, например, заболевание («диссоциальное расстройство личности»), характеризующееся «игнорированием социальных обязательств», «безразличием к чувствам других», «несоответствием поведения существующим социальным нормам», при этом указанное поведение «не корректируется негативным опытом, включая наказание» [2].

Даже если эпистемические характеристики психических расстройств присутствуют, даже если они, по-видимому, являются основными, часто бывает неясно, чем, с эпистемологической точки зрения, плохи указанные модусы функционирования когнитивной системы. И оценка указанных измененных состояний сознания как «состояний, требующих лечения», производится не на основании их эпистемических характеристик, а с позиций соответствия социокультурной норме.

Рассмотрим это на двух примерах. Во-первых, хотелось бы обратить внимание на F70–F79 «Умственная отсталость», собственно, на формулировки диагнозов: F70.0 «Умственная отсталость легкой степени – с указанием на отсутствие и слабую выраженность нарушения поведения», F70.1 «Умственная отсталость легкой степени – значительное нарушение поведения, требующее ухода и лечения». Если судить по этим формулировкам, то ухода и лечения требует скорей «значительное нарушение поведения», чем «умственная отсталость». По сходному принципу дифференцируются «умственная отсталость умеренная», «умственная отсталость тяжелая», а также «глубокая», «неуточненная» и «другие формы умственной отсталости» [3].

Вторым примером послужат F10–F19 «Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ» – здесь, казалось бы, более чем достаточно эпистемических характеристик этих расстройств, присутствуют «галлюцинации», искажения восприятия, бредовые идеи, психомоторные нарушения, спутанность сознания, амнезия и др.

И эти эпистемические характеристики можно было бы признать таковыми, если бы не одно маленькое «но» – в то время как медиками эффекты употребления психоактивных веществ оцениваются как расстройства когнитивной сферы (галлюцинации, бредовые идеи), действительной причиной злоупотребления этими веществами является их способность давать, – пусть временное, пусть дающее «дорогой ценой», – когнитивное улучшение.

Факт наличия когнитивного улучшения сложно отрицать не только с субъективной, но и с объективной точки зрения: объективно невозможно отрицать эффект «стимулирования центральной нервной системы», или эффект улучшения настроения (эйфории), улучшения возможностей к самоконтролю, что свойственно всем стимуляторам ЦНС и т. д. Возможность временного «усовершенствования» работы когнитивной системы ведет к положительной оценке указанных «расстройств» потребителями, часто даже более чем просто положительной: «*“мама кока” почиталась доброй богиней, благоволившей человеку и освящавшей его своим могуществом. Листья коки использовались индейцами инка в медицинских и религиозных целях... Считалось, что контакт с миром духов, осуществляющийся в результате воздействия растения на организм, укрепляет тело и душу*» [4]. Для архаических обществ в целом было характерно приписывание психоактивным веществам и эффектам их употребления статуса «священных», т. е. присвоение ранга максимальной ценности.

Хочу сказать, что причина оценки эффектов действия психоактивных веществ как «когнитивных расстройств» вовсе не в том, что они ведут к ухудшению функционирования когнитивной системы, они классифицируются как «расстройства», поскольку употребление психоактивных веществ является нарушением моральной нормы, общепринятой для «цивилизованных» обществ.

Однако наилучшим образом иллюстрируют социальный характер критериев демаркации измененных состояний сознания как когнитивных «расстройств» методы, используемые в «лечении» указанных «расстройств».

Психиатрия расходится со всей остальной медициной в понимании причин, при наличии которых оказывается медицинская помощь. Во всех случаях, кроме психиатрических, оказание медицинской помощи начинается с предъявления субъектом жалоб (эти жалобы служат основой для постановки диагноза и выбора вмешательства), с *констатации субъектом факта страдания*: считается, что психиатрический пациент, *страдающий, не может констатировать факт своего страдания*, что в этом особенность заболеваний психиатрического профиля, именно это служит одним из оснований для *принудительного оказания помощи* в условиях стационара.

Неудивительно, что психиатрическая помощь в подавляющем большинстве случаев оказывается принудительно: анализ используемых методов показывает, что даже осознающий наличие проблемы пациент редко бывает настолько безумен, чтобы добровольно согласиться подвергнуться терапии.

Хотелось бы отметить, что, когда речь идет о

состояниях сознания, важны не только объективные, но и субъективные характеристики. Собственно, поскольку субъект обладает «привилегированным» доступом к собственным содержаниям сознания и поскольку речь идет об интересах субъекта, а не общества, например, «взгляду изнутри», отчетам «от первого лица» должен отдаваться приоритет. Поэтому, анализируя методы коррекции психоментальных состояний, мы будем рассматривать как объективную, так и субъективную точку зрения.

Начнем с XIX в., поскольку именно в это время наметилась тенденция к гуманизации психиатрической практики, а также для того, чтобы иметь минимальную базу для сравнения методов.

По-видимому, нигде не сохранилось письменных свидетельств клиентов немецких психиатрических учреждений относительно эффекта коррекции психических расстройств, подвергавшихся «механизированной психотерапии», например проходящих курс лечения на «вращающейся кровати», однако мы можем сделать это заключение самостоятельно, ознакомившись с описанием механизма: «количество оборотов в минуту равнялось от 40 до 60... кровь прилиwała к голове и от этого получался целый ряд болезненных ощущений – головокружение, тошнота, рвота, непроизвольное выделение мочи, кала, чувство стеснения в груди, удушье, наконец, кровоизлияние в конъюнктиву глаз. Здоровый, которого сажали в машину для опыта, уже через две минуты молил о пощаде; больные выдерживали до четырех минут. “Умалишенные приучались таким образом к дисциплине”. По некоторым отзывам у меланхоликов исчезали мысли о самоубийстве и отказы от пищи; и они делали, вообще, веселей». Считалось, что «чем сильнее неприятные и тягостные ощущения, тем благотворнее действие этого терапевтического приема» [5]. При этом обоснование было сходным со следующим обоснованием терапевтического эффекта «вращающегося кресла»: «в Британии Эразмус Дарвин (Erasmus Darwin) обнаружил, что этот метод вновь придавал гармонию “нарушенным движениям” нервов. Бенджамин Раш (Benjamin Rush) убеждал пациентов в Северной Америке, что их раскручивают до бессознательного состояния, чтобы освободить их застоявшуюся кровь, которая, как он обнаружил, была истинной причиной безумия» [6], т. е. обоснование метода было просто смехотворным и другого объективного эффекта, кроме причинения страдания пациентам в дисциплинарных целях, не имеет смысла предполагать.

Также самостоятельно можно сделать заключение о самочувствии и наиболее вероятных отзывах пациентов тех же немецких клиник, подвергавшихся одной из разновидностей терапевтического

холодного душа: «из очень тонкой трубки с большой высоты лили на темя крепко связанного больного узкую струйку холодной воды. “Ощущение, которое при этом с нарастающей силой охватывает человека, настолько невыносимо, – говорит Шнейдер, – что такой способ в прежние времена применялся практической криминологией, как умеренная степень пытки. – Поэтому, – добавляет он, – мы пользуемся этим средством при упорных и сильных нервных болях у помешанных, а также против бессонницы, когда последняя является следствием полнокровия мозга”. Водяная струя бывала такой силы, что уже через несколько минут разрывались кожные покровы головы и текла кровь» [7].

Лоботомия – сугубо психиатрический метод XX в., за который была присуждена Нобелевская премия. Приведем объективное описание ожидаемого когнитивного эффекта данной нейрохирургической операции от Эдгара Мониша, автора метода: «предполагалось, что пациентам после такой операции ставится диагноз “синдром лобной доли”. Это снижение ответственности, самоконтроля, творческой активности, эгоцентризм; снижение памяти, обучаемости, концентрации внимания, и падение интеллекта (от незначительного до степени умственной отсталости). Неизбежна эмоциональная уплощенность, апатия, заторможенность» [7]. Мониш предлагал этот метод для безнадежных, представляющих социальную угрозу пациентов. Предполагалось, что это даст им возможность выйти за стены специализированных учреждений. Однако метод очень быстро стал использоваться при депрессиях, неврозах, по отношению к «трудным» детям.

Уолтер Фримен, американский психиатр, популяризатор метода, после приобретения методом мирового научного признания предпочитавший оперировать молодых, часто – детей, со сроком заболевания не более 2 лет, «описывал лоботомию как “милосердное убийство души”: “пациенты... должны жертвовать частью своей движущей силы, творческого духа и души”... Пациентов после лоботомии “можно считать приспособившимися к жизни на уровне сидящего дома инвалида или домашнего животного”». Обосновывалась эта операция следующим способом: «В статьях Фримен объяснял суть операции как отделение лобных долей – “рационального мозга”, от таламического мозга – “эмоционального”. Он считал, что психические расстройства возникают из-за нарушения баланса между эмоциями и разумом, и хирургическое вмешательство может этот баланс восстановить» [7]. Сложив два и два, т. е. плановый (и реальный) результат и гипотетическое когнитивное улучшение в виде восстановленного баланса между эмоциями

и разумом, резюмируем: метод не должен был давать положительного когнитивного эффекта, напротив, он должен был давать серьезное и необратимое когнитивное ухудшение.

Приведем современное субъективное описание когнитивного результата лицом, способным к эмпатии: «...в 94 году привелось мне, по иронии судьбы, наблюдать в ежедневном развитии последствия подобной операции. Паренек из глухой провинции, 20 лет, сложная опухоль, передние доли – в итоге, такая резекция, которая по эффекту, собственно, аналогична лоботомии. Так получилось, что в той палате института нейрохирургии я находилась едва ли не круглосуточно... и вот прямо у меня на глазах этот паренек менялся. Такая постепенная и, надо сказать, жутковатая деградация – и в отношении когнитивных функций, и способность к адекватной вербализации, и со всем тем, что касается эмоциональной сферы. И, главное, изменения необратимые... а паренек этот очень так трогательно ко мне привязался – и вот самое жуткое было наблюдать, как сама привязанность никуда не девается, но переходит постепенно, в смысле форм выражения, на такой “междоветный” уровень... и взгляд его, конечно, да... вот его жутковато вспоминать» [7].

Кстати, Фримен в качестве анестезии при операции лоботомии использовал электрошок. Электрошок также используется в терапии заболеваний психиатрического профиля. Электросудорожная терапия, как и лоботомия, – изобретение 30-х гг. XX в. Отношение общественного мнения к ЭСТ – «непростое», первая причина этому – боль. Современная методика подразумевает общий наркоз и введение миорелаксантов для предотвращения судорог, но так было не всегда, что давало возможность использовать электрошок для наказания в дисциплинарных целях пациентов психиатрических заведений (описано К. Кизи в романе «Пролетая над гнездом кукушки»). О характере ощущений подвергавшихся этой процедуре пациентов можно судить по характеру обычных повреждений при этой разновидности терапии: «отрывы сухожилий, переломы длинных трубчатых костей, позвонков, вывихи нижней челюсти» [8]. Когнитивный эффект характеризует вторая, актуальная и в наше время, причина «непростого» отношения населения к электросудорожной терапии – повреждение мозга, вызывающие когнитивные нарушения (потеря памяти etc.): «вскоре после изобретения ЭШТ в 1938 году в медицинских журналах начали появляться статьи о результатах вскрытия трупов, показывающих повреждение мозга из-за ЭШТ. Эти повреждения включают мозговые кровоизлияния (патологическое кровотечение), отеки (чрезмерное накопление жидкости), корковую атрофию (сжатие, или сморщивание, коры мозга), расширение

областей периферических сосудов мозга, фиброз (утолщения и рубцы), глиоз (рост патологической ткани), разрежение и частичное разрушение мозговой ткани... Комментируя степень физического повреждения мозга, вызванного электрошоковой “терапией”, Карл Прибрам (Karl Pribram), д-р филос. наук, глава лаборатории нейропсихологии Стэнфордского университета, когда-то сказал: “Я лучше предпочел бы перенести маленькую лоботомию, чем ряд электрошоковых ударов. ...Я просто знаю, на что похож мозг после ряда ударов, и на это не очень приятно смотреть”» [9]. Современный краткий перечень теорий, пытающихся *безуспешно* указать на причину, по которой этот метод эффективен, состоит из 11 пунктов [10]. Версия, что устранение психиатрических симптомов достигается за счет повреждения мозга, сообществом психиатров практически единодушно отвергается.

Когнитивные ухудшения вследствие ЭСТ настолько тяжело воспринимаются пациентами, что часто ведут к самоубийствам (высокий процент самоубийств также был следствием лоботомии). Есть и другие заслуживающие внимания эффекты. Уже цитированный Л. Стивенс приводит в своей статье выдержку из монографии Л. Калиновского и П. Хоча: «Боязнь ЭШТ, однако, является большей проблемой, чем считалось раньше. Речь идет о страхе, который развивается или усиливается только после некоторого количества сеансов. Он отличается от того опасения, которое испытывает пациент, не знакомый с лечением, до первого его применения. ...“Агонизирующий опыт разрушенного сознания” является наиболее убедительным объяснением такого страха».

В XXI в. антипсихотики (нейролептики) суть последнее слово психиатрии и они считаются очень гуманным средством, в особенности по сравнению с методами предыдущих поколений. Они угнетают системы химической передачи нервного импульса – дофаминовую, серотониновую, гистаминовую и др. Объективно угнетение систем химической передачи нервного импульса является препятствием к нормальному функционированию центральной нервной системы, включая ее основной орган – мозг, в не меньшей степени, чем механическое или физическое повреждение. И именно это наиболее логичным образом обосновывает «терапевтическую эффективность» метода – мозг, в котором удалось в значительной степени «погасить» информационную активность, не может производить «бред» и «галлюцинации» (однако эта объясняющая «терапевтический эффект» версия не принята в профессиональном сообществе).

Рассмотрим когнитивные эффекты, которые антипсихотические средства (нейролептики) производят с субъективной точки зрения.

«Представьте – вы не можете подумать ни о чем. Вам ничего неохота. В голове – ни одной мысли. Вы вроде смотрите по сторонам – но ничего не интересно. Все пусто. Терзает странная, но сильная тревога. Хочется спать – но уснуть невозможно. Хочется бежать – но как-то неохота. Тошно, но блевать вы не можете. Все хочется, но неохота. Спину выгнуло, руки трясутся и напряжены, походка неуклюжая. Никаким физическим трудом заниматься невозможно. Умственным – тем более. Требуящим хорошей точности движений – забудьте. И вы ничего с этим поделать не можете. Время тянется невыносимо долго... Схожим образом описывают это все психически здоровые люди, которые попробовали типичные нейролептики, да и атипичные. По отзывам, бывают галлюцинации и бред. Ни одно описание, будь оно в десять раз длиннее, не описывает точно эти ощущения (все отмечают, – это невозможно описать). В медицинских книжках написана вообще полная ерунда – так, что это чуть ли не приятно... Боль в ногах от колена до ступ, каждый шаг – боль. Солнечный свет кажется тусклым, не ярким. Портится зрение, все дальше 2-х метров заволакивает туман, плывет. Тело сводит судорога, невозможно перевернуться в койке. Теряется сознание, промелькает с большим натягом мысль – а может на тот свет щас отъедеш или на всю оставшуюся жизнь останешся таким дебилом. Задыхаешься, не хватает воздуха. Ловишь ртом ничтожные крохи воздуха. Язык во рту загнулся по направлению к глотке. Сильные боли в животе, не проходящие сутками» [11].

«Галоперидол – это жуткая гадость. Достаточно один раз принять две таблетки и сразу появляется такое чувство, будто все мышцы насквозь пропитаны едкой, ядовитой химией. Хочется “вырвать”, стошнить этой гадостью, настолько сильно чувство отравления, но не можешь стошнить. Начинается ощущение сильнейшей наркотической “ломки”. Ощущение едкой отравленности в мышцах резко возрастает, если хоть на несколько секунд посидишь неподвижно. Поэтому вынужден, как животное в зоопарке, ходить туда-сюда, от стенки к стенке. Это сопровождается унижением со стороны медсестер, криками: “Хватит скакать, зае\*ал уже! Сиди спокойно, а то привяжу!” Все это вкупе порождает чувство безысходного отчаяния, полной беспомощности. И при этом не понимаешь, что это все временно, что это только действие лекарств, поскольку врачи ничего не объясняют, боясь “ухудшить состояние”. Вдобавок, скручивает в спазме шею, западает язык в глотку...» [12].

«Вот, часто говорят: крутиться волчком от боли, не находить себе места от боли, лезть на стенку от боли. Физическая активность компенсационно несколько отвлекает нервную систему от тяжести

страдания, тем самым немного его облегчая. Так вот вся нейролептическая неусидчивость – это по сути та самая отчасти компенсация труднотерпимого страдания, при котором крутятся волчком, лезут на стену, не находят себе места. Потому вполне логично считать жестокостью, когда человеку не позволяют пользоваться такой компенсацией, насилием вынуждая именно к самому тяжелому варианту страдания» [12].

Таким образом, в настоящее время мы имеем ситуацию, в которой объективно «оказывается помощь» средствами, ухудшающими характеристики когнитивной системы пациента. Субъективно ухудшение когнитивных характеристик воспринимается крайне тяжело, например, как «причинение невыносимого страдания». И это является самым веским доказательством того, что подход к измененным состояниям сознания в данном случае – не эпистемический, что основная цель вмешательства в когнитивную сферу – защита интересов общества в ущерб когнитивному здоровью индивида.

Отсутствие эпистемологического подхода к измененным состояниям сознания порождает две неразрывно связанные проблемы – эпистемологическую и моральную, обуславливающие несостоятельность собственно медицинского подхода к измененным состояниям сознания.

Моральная проблема заключается в несоответствии заявленных целей предполагаемому (планируемому) результату. Заявленная цель – улучшение когнитивных характеристик, исцеление «безумия». Планируемый и достигаемый результат – серьезное ухудшение когнитивных функций субъекта, ведущее к решению социальной проблемы.

С точки зрения общества, мы имеем «хороший» результат – тихий, социально безопасный субъект, с точки зрения индивида – повреждения тела, мозга, отсутствие улучшений в психо-ментальной сфере, что смело можно назвать «очень плохим» результатом. Цели «безумного» индивидуума и психиатра как защитника интересов общества не совпадают – это очевидно по оценке результатов вмешательства.

Эпистемологическая проблема заключается в отсутствии объективных оценок работы когнитивной системы, выработанных профессиональным сообществом. Глупо было бы исключать возможность и существование измененных состояний сознания, в которых восприятие, мышление, другие когнитивные способности функционально недостаточны или повреждены. Проблема в том, что существующая парадигма не позволяет работать с имеющимися повреждениями, затрудняет диагностику повреждений. Она позволяет обнаруживать различные формы, виды, степени асоциального поведения человека, и в качестве средства работы с

асоциальным поведением используются методы органов правопорядка, что аморально в той мере, в какой мы признаем ценность индивида с проблемами в когнитивной сфере.

Фактически мы имеем дело со странной формой конкуренции между эпистемологическим и моральным, речь не идет об объективных достоинствах и недостатках подходов, конкурируют различные системы ценностей. А ставка в этом состязании – характер и результаты исследования и практики работы с сознанием.

Принятие эпистемологического подхода в качестве основного имело бы далеко идущие практические следствия, которыми нельзя было бы пренебречь, – либо переориентацию всей психиатрической практики, либо от попыток исправить ум и рассуждений в терминах «исправления ума» пришлось бы *осознанно* перейти к исправлению речи и поведения, ведь, действительно, мы не можем исключать положения дел, когда у человека все в порядке с мышлением, но он не умеет себя вести или общаться.

В настоящее время мы имеем отрасль медицины, занимающуюся исправлением речи и поведения [13], с использованием повреждающих методов, однако мыслится этот вид занятий совершенно иначе: как попытка объективными методами –

балансировкой корковых и подкорковых структур или процессов возбуждения и торможения и т. п. – достичь коррекции состояний сознания субъекта. Субъект – носитель патологии – полностью исключается из процесса терапии, и это при том, что в данном случае именно субъект и подлежит коррекции, – такой подход выглядит тупиковым именно как терапевтический подход.

То, что есть в настоящее время, сильно отличается от того, что было бы при эпистемологическом подходе к «патологически» измененным состояниям сознания, – вместо психиатрии, занимающейся поведением, дисциплина, занимающаяся расстройствами психики-сознания, и, вполне возможно, успешно.

В заключение нельзя не отметить, что разобранный нами частный случай свидетельствует в пользу того, что измененные состояния сознания должны характеризоваться с эпистемической, не имеющей отношения к морали, общественной безопасности, общественной безопасности, точки зрения. Эта позиция может не совпадать с моральной, но это не является угрозой безопасности общества и принципам его организации. Скорей наоборот, распространённая практика характеристики измененных состояний сознания, с моральной точки зрения, порочна и бесперспективна в эпистемологическом и аксиологическом ракурсе.

### Список литературы

1. МКБ-10 «F2 Шизофрения, шизофренические и бредовые расстройства». URL: [http://www.psyforum.ru/index.php?option=com\\_content&view=article&id=2073:%D0%9C%D0%9A%D0%91-10\\_#MF29](http://www.psyforum.ru/index.php?option=com_content&view=article&id=2073:%D0%9C%D0%9A%D0%91-10_#MF29)
2. ICD-10 Version: 2010. URL: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en#/F60-F69>
3. МКБ-10: Класс V. URL: [http://ru.wikipedia.org/wiki/МКБ-10:\\_Класс\\_V#F60-F69.C2.A0.E2.80.94\\_.D0.A0.D0.B0.D1.81.D1.81.D1.82.D1.80.D0.BE.D0.B9.D1.81.D1.82.D0.B2.D0.B0\\_.D0.BB.D0.B8.D1.87.D0.BD.D0.BE.D1.81.D1.82.D0.B8\\_.D0.B8\\_.D0.BF.D0.BE.D0.B2.D0.B5.D0.B4.D0.B5.D0.BD.D0.B8.D1.8F\\_.D0.B2\\_.D0.B7.D1.80.D0.B5.D0.BB.D0.BE.D0.BC\\_.D0.B2.D0.BE.D0.B7.D1.80.D0.B0.D1.81.D1.82.D0.B5](http://ru.wikipedia.org/wiki/МКБ-10:_Класс_V#F60-F69.C2.A0.E2.80.94_.D0.A0.D0.B0.D1.81.D1.81.D1.82.D1.80.D0.BE.D0.B9.D1.81.D1.82.D0.B2.D0.B0_.D0.BB.D0.B8.D1.87.D0.BD.D0.BE.D1.81.D1.82.D0.B8_.D0.B8_.D0.BF.D0.BE.D0.B2.D0.B5.D0.B4.D0.B5.D0.BD.D0.B8.D1.8F_.D0.B2_.D0.B7.D1.80.D0.B5.D0.BB.D0.BE.D0.BC_.D0.B2.D0.BE.D0.B7.D1.80.D0.B0.D1.81.D1.82.D0.B5)
4. Кокаин. URL: <http://ru.wikipedia.org/wiki/Кокаин>
5. XIX век. Психиатрия – учебное пособие для маньяков. URL: <http://poltora-bobra.livejournal.com/100978.html>
6. Фуко о психиатрической власти. URL: <http://psychiatrick.livejournal.com/43657.html>
7. Письма частного человека. URL: <http://honestil.livejournal.com/131353.html>
8. URL: [http://formen.narod.ru/psihiatria\\_lechenie\\_bt.htm](http://formen.narod.ru/psihiatria_lechenie_bt.htm)
9. Лоренс Стивенс. Электрошоковая терапия: преступление против гуманности. URL: [http://elena.romek.ru/stevens\\_3.htm](http://elena.romek.ru/stevens_3.htm)
10. URL: [http://pnd.moy.su/publ/metody\\_lechenija\\_ehlektrosudorozhnaja\\_terapija\\_ehst/12-1-0-38](http://pnd.moy.su/publ/metody_lechenija_ehlektrosudorozhnaja_terapija_ehst/12-1-0-38)
11. URL: <http://www.interwiki.info/index.php?title=%D0%9D%D0%B5%D0%B9%D1%80%D0%BE%D0%BB%D0%B5%D0%BF%D1%82%D0%B8%D0%BA%D0%B8>
12. URL: <http://psyche.biznet.ru/topic15085.html>
13. Фуко М. История безумия в классическую эпоху. СПб.: Университетская книга, 1997. 576 с.

Ярославцева А. В., кандидат философских наук, доцент.

**Новосибирский государственный медицинский университет.**

Ул. Медкадры, 6, Новосибирск, Россия, 630075.

E-mail: [almarlis@yandex.ru](mailto:almarlis@yandex.ru)

Материал поступил в редакцию 20.02.2013.

*A. V. Yaroslavtseva*

#### **PATHOLOGICALLY ALTERED STATES OF CONSCIOUSNESS: EPISTEMOLOGICAL AND ETHICAL ANALYSIS**

This article examines the criteria identify “pathologically” altered states of consciousness (“mental and behavioural disorders”) from a variety of altered states of consciousness. It demonstrates the deficiency and the haziness of epistemic characteristics of pathologically altered states of consciousness, the social nature of the criteria characterizing the altered states of consciousness as a “mental disorder”, the role of value systems in the choice of the methodology of the pathologically altered states of consciousness.

**Key words:** *consciousness, altered states of consciousness, pathologically altered states of consciousness, mental disorders, cognitive system.*

**Novosibirsk State Medical University.**

Ul. Medkadry, 6, Novosibirsk, Russia, 630075.

E-mail: almarlis@yandex.ru