

Здоровье и общество

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2024

УДК 614.2

Самойлов Н. Г.¹, Петров Д. С.¹, Коновалов О. Е.²

МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОНЦЕПЦИЯ ИНКЛЮЗИВНОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

¹ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова» Минздрава России, 390026 г. Рязань;

²ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы» Минобрнауки России, 117198, г. Москва

Рассмотрены особенности отношения медицинских работников к инвалидам и лицам с ограниченными возможностями здоровья. Осуществлен анализ предпосылок возникновения инклюзивного здравоохранения. Акцентировано внимание на значении документов международных организаций (ООН и ВОЗ), посвященных защите и условиям предоставления инвалидам прав и свобод человека и предназначению инклюзивного здравоохранения в обществе. Определена роль медиков в практической реализации этого феномена в Российской Федерации с медико-психологических позиций.

Показано, что особенности личности инвалидов по отношению к их нозологии носят неспецифический характер: даже психически больные инвалиды могут быть здоровыми психологически. На этой основе раскрывается роль врача в инклюзивном здравоохранении, которая сводится к осознанию им своего вклада в медико-социально-психологическую поддержку лиц с ограниченными возможностями здоровья и инвалидов. Врач должен выступать активатором в мобилизации медико-психологических ресурсов лиц, являющихся носителями телесных или психических дефектов. Рассмотрены позиции и деятельность врача в процессе минимизации последствий нарушения здоровья посредством рекомендаций медико-психологического характера, содержащих детерминацию «вызова» собственной неполноценности и ведущих к ее компенсации.

В рекомендациях по компенсации имеющихся у этой категории пациентов аномалий здоровья врачам предложено руководствоваться нацеливанием их на отсутствие щадящего режима жизнедеятельности. Под этим понимается, что в предложениях медиков решать проблему интеграции их в общество (собственно инклюзии) необходимо посредством постановки задач, находящихся на грани их ресурсных возможностей.

Сформулирована концепция инклюзивного здравоохранения, ядром которой выступает актуализация медицинскими работниками гуманно-профессиональной и гражданской позиции по отношению к лицам с ограниченными возможностями здоровья и инвалидам.

Ключевые слова: инклюзивное здравоохранение; медико-психологическая концепция; компенсация инвалидности.

Для цитирования: Самойлов Н. Г., Петров Д. С., Коновалов О. Е. Медико-психологическая концепция инклюзивного здравоохранения. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2024;32(5):887–891. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-5-887-891>

Для корреспонденции: Петров Дмитрий Сергеевич, д-р мед. наук, доцент, зав. кафедрой психологического консультирования и психотерапии с курсом психиатрии ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова» Минздрава России, e-mail: Petrovds@list.ru

Samoilov N. G.¹, Petrov D. S.¹, Kononov O. E.²

THE MEDICAL PSYCHOLOGICAL CONCEPT OF INCLUSIVE HEALTH CARE

¹The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Academician I. P. Pavlov Ryazan State Medical University”, 390026, Ryazan, Russia;

²The Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education “The Patrice Lumumba Peoples' Friendship University of Russia” of Minobrnauka of Russia (RUDN University), 117198, Moscow, Russia

This study considers characteristics of attitude of medical workers to the disabled and persons with limited health capacities. The prerequisites of emergence of inclusive health care emergence were analyzed. The significance of documents of the UNO and the WHO considering both protection and conditions of granting human rights and freedoms to the disabled and reserving inclusive health care in society. The role of physicians in practical implementation of this phenomenon in the Russian Federation is determined from medical psychological positions.

It is demonstrated that personality characteristics of the disabled are non-specific regarding their nosology since even the mentally ill disabled can be psychologically healthy. On basis of this assumption the role of physician in inclusive health care is revealed that comes to awareness of one's contribution to medical social psychological support of the disabled and persons with limited health capacities. The physician is to come out as activator of mobilization of medical psychological resources of persons with physical or mental defects. The study considers positions and activities of physician in the process of minimization of aftermaths of health disorder by means of medical psychological recommendations containing determination of “challenge” of one's own inferiority and resulting in leading to its compensation.

The physicians are proposed to be guided by targeting this category of patients to lacking of sparing regimen in their lifestyle. This proposal means to resolve problem of integration of this category of patients into society (inclusion in fact) by setting tasks that are on verge of their resource capabilities.

The concept of inclusive health care is formulated. Its core is actualization by physicians humanistic professional and civic position towards the disabled and persons with limited health capacities with disabilities and handicapped persons.

Key words: inclusive health care; medical psychological concept; disability compensation.

For citation: Samoilov N. G., Petrov D. S., Kononov O. E. The medical psychological concept of inclusive health care. *Problemy socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2024;32(5):887–891 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-5-887-891>

For correspondence: Petrov D. S., doctor of medical sciences, associate professor, the Head of the Chair of Psychological counseling and psychotherapy with the course of Psychiatry of the Federal State Budget Educational Institution of Higher Education "The Academician I. P. Pavlov Ryazan State Medical University". e-mail: Petrovds@list.ru

Conflict of interests. The authors declare absence of conflict of interests.

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Received 06.05.2023
Accepted 15.08.2024

Базовым источником и предпосылкой возникновения инклюзивного здравоохранения за столетия до появления этого понятия выступал гуманизм (лат. *humanitas* — человечность) как «...концепция человеческого бытия и основанная на ней система мировоззрения, утверждающая ценность человеческого существования, достоинства, права и свободы каждого человеческого индивида, обосновывающая возможности развития человека как рода и как индивида» [1].

Сам термин «инклюзия» означает в переводе с латинского «заключаю, включаю». Первоначально он применялся к образованию и обозначал процесс обучения инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) вместе с условно здоровыми детьми. Сутью инклюзивного образования является включение в образовательный процесс всех учащихся независимо от различий в возможностях их здоровья, способностях и социальном положении. Это был шаг гуманного содержания в развитии общества, воплощающий мечты о справедливом его устройстве без угнетения и изоляции его членов.

До середины 1960-х годов в инклюзивном образовании действовала «медицинская модель», означающая необходимость обучения лиц с ОВЗ в изолированных специализированных учебных заведениях [2]. По сути дела, это была модель, противоречащая инклюзии как таковой.

Противоречие заключалось в понимании самого термина «инклюзия», семантика которого означает «включать, содержать, охватывать, иметь в своем составе». Сообразно медицинской модели лиц с ОВЗ и инвалидов следовало исключать из общества, изолировать, что виделось как значимое условие для проведения с ними медико-профилактических и лечебных мероприятий.

Как показала история, обществу, социуму, чтобы понять свою роль в собственном развитии и социализации своих членов, понадобились годы. Так, только в 70—80-е годы XX в., начиная со Скандинавии, на смену медицинской модели пришли «модели нормализации» и понятие «нормализация», означавшее признание обществом человека с особенностями развития и ОВЗ как способного осваивать различные виды деятельности и необходимость облегчения ему условий жизни, приближенных к нормальным.

С середины 80-х годов XX в. в развитых странах начала формироваться «модель включения», отражающая суть понятия «инклюзия». Что касается самого термина «инклюзия», то он был введен в международный обиход только в 1994 г. на Всемирной конференции в г. Саламанка (Испания) [3]. Отрад-

но, что гуманистические идеи, давшие ростки в инклюзивном образовании, привели к пониманию роли важнейшего источника в развитии общества, цивилизации, в техническом и экономическом прогрессе: выяснилось, что, вопреки восхвалению подъема экономики, таковым и определяющим условием выступает сам человек. Отсюда появление понятий «человеческое измерение», «человеческий капитал» и отношение к человеку как к «непреходящей ценности».

Одним из важных документов международного уровня, на основе которого определялись права собственно инвалидов, была «Конвенция о правах инвалидов», которая заключена в г. Нью-Йорке 13.12.2006. В данной Конвенции, кроме ст. 25 и 26, прямо адресованных работникам здравоохранения, в ст. 16 «Свобода от эксплуатации, насилия и надругательства» подчеркивается необходимость культурного и гуманного отношения к инвалидам. Так, п. 4 гласит: «Государства-участники (Конвенции.— Авт.) принимают все надлежащие меры для содействия физическому, когнитивному и психологическому восстановлению, реабилитации и социальной реинтеграции инвалидов, ставших жертвами любой формы эксплуатации, насилия или надругательства, в том числе путем оказания услуг по предоставлению защиты. Также восстановление и реинтеграция происходят в обстановке, способствующей укреплению здоровья, благополучия, самоуважения, достоинства и самостоятельности соответствующего лица...» [4].

Концепция инклюзивного здравоохранения, возникшая в первое десятилетие XXI в. в рамках инклюзии как социально-культурного процесса, призвана «гарантировать признание и учет потребностей инвалидов системами здравоохранения в их политике, планировании и обеспечении медицинской помощи» [5]. Чтобы гарантировать доступность медико-психологической помощи, «медико-санитарные учреждения должны доброжелательно относиться к инвалидности и инвалидам, а их специалисты и персонал обладать надлежащими навыками, например коммуникативными умениями, необходимыми для удовлетворения потребностей людей с различными нарушениями» [5].

Осознание смысла не только самого термина «инклюзивное здравоохранение», но и предназначения этого процесса в обществе, а отсюда и роли медиков в практической реализации этого феномена в России только начинается. Для глубинного понимания его сущностного содержания работникам здравоохранения, очевидно, нужен определенный период времени, т. е. в инклюзивном здравоохранении

Здоровье и общество

мы должны пережить этап становления. Ведь неслучайно «инклюзия» воспринята медиками значительно позднее, чем педагогами. Такое видение этого явления ими объясняется многовековым отношением врачей к инвалидам и лицам с ОВЗ, сводящимся к тому, что по бывшим медицинским требованиям им нужен особый уход, особые условия и изоляция от здоровых лиц, вследствие чего по отношению к этой категории граждан распространялась «медицинская модель», по сути своей несовместимая с процессом инклюзии.

Вторым и весьма значимым фактором в замедленном развитии инклюзивного здравоохранения выступал социокультурный уровень общества, особенно страх перед тотальными инфекциями, боязнь заразиться, а также изоляция от общества психически больных как не соответствующих неким общественным «нормам».

Определенную роль в социальном отторжении инвалидов и лиц с ОВЗ сыграла и психологическая культура социума [6]: многие считали, что с инвалидами работать, отдыхать или учиться неудобно, дискомфортно — дескать, соболезнование снижает эмоциональный накал и ухудшает психологический климат. На наш взгляд, осознание огромного значения для целостности и развития общества инклюзивного здравоохранения будет осуществляться как минимум в два этапа. Первый — это информационный, заключающийся в просвещении населения относительно превалирования положительных результатов действительно полноценного (без дискриминации) включения инвалидов в жизнь общества. Исходя из семантической теории смысла, общество должно пройти период сигнификации, т. е. «означивания», для приближения к пониманию значения анализируемого термина (в нашем случае — «инклюзия»).

Однако это этап, содержащий всего лишь информацию, а чтобы она стала знанием, ее нужно индивидуально пережить: в общении, взаимоотношении, в действиях и деятельности врача по отношению к лицам с ОВЗ и инвалидам. Это будет второй этап, который позволит, в зависимости от культуры и образованности (а не только профессиональных знаний и умений) врача, осознать истинный смысл инклюзивного здравоохранения как глобального общественного и социокультурного процесса, выступающего одним из источников развития цивилизации. При этом нужно отметить, что в разные исторические эпохи отношение к людям с ОВЗ определялось уровнем развития экономики, производственных отношений, нравственных, религиозных, политических и иных воззрений общества [7].

Поэтому актуальность практической реализации инклюзивного здравоохранения определяется ответственностью его для общества в целом, а не только для медицины: детерминацией общечеловеческих ценностей и познанием зависимости каждого из нас от окружающих. Степень актуальности анализируемого феномена высока еще и потому, что он имеет непосредственное отношение к жизненным интере-

сам инвалидов (а их миллионы), к духовно-нравственному развитию общества.

В историческом аспекте, как отмечает Н. А. Борова, «палитра отношений располагалась от нетерпимости к дефекту, жестокости по отношению к его носителю до сострадания, милосердия, защиты и непосредственной материальной и моральной помощи людям, имеющим физический или психический недостаток» [8]. Это показывает, что спектр отношений (врачей в том числе) к инвалидам проявляется в рамках взаимодействий, взаимовлияний, общения, непременно имеющих эмоциональный подтекст, иначе говоря, в психологической плоскости. В этом случае уместно задать вопрос: какое отношение к инклюзивному здравоохранению имеет психология?

Ответ будет простым: как в медицине, так и в психологии, чтобы понять истоки любого процесса, необходимо исследовать его развитие. Механизмы развития телесного или психического дефекта, патологии должны изучаться с позиций имеющейся у инвалидов нозологии. Однако принципиальным и собственно психологическим подходом в инклюзивном здравоохранении является отношение к этим людям не как к больным, поскольку особенности их личности носят по отношению к их нозологии неспецифический характер [9]. А это означает, что лица, например, с нарушениями психики могут и должны рассматриваться врачом как больные психически, но здоровые психологически [10]. Ярким примером реализации этого положения в жизни гениев русской словесности, описанным в работе [11], выступают Ф. М. Достоевский и Н. В. Гоголь. Оба они имели диагностированные медиками психические заболевания, подтверждавшиеся очевидцами (в период припадков) и дневниковыми записями самих писателей. Да, они были больными людьми, переносящими тяжелейшие боли. «Болезненные состояния до такой степени... невыносимы, что повеситься или утопиться казалось, как бы похоже на какое-то лекарство или облегчение» (из дневника Н. В. Гоголя) [11].

Вместе с тем «наряду с психической патологией у гениев наличествовало психологическое здоровье, что и давало им возможность подняться до вершин гениальности» [12]. Это ли не суперубедительный пример понимания инклюзии, которую обязан осознавать и чтить любой врач? Наличие хотя бы минимума психологической культуры позволит врачу видеть перед собой не просто инвалида, а личность, стремящуюся и страстно желающую быть здоровым как все. Для него здоровье — это возможность иметь полноценную принадлежность к обществу, позитивную идентичность, быть принятым и оказаться нужным людям, желание получить от них одобрение и понимание.

Одним из показателей понимания врачом инклюзивного здравоохранения выступает осознание того, что инвалидность — это не только потеря функций организма, но еще и свидетельство отношения к данному человеку в обществе. Вот почему

заветным желанием людей, имеющих телесные недостатки и ущербность функций, является формула «быть как все», т. е. стремление максимально скрыть, упрятать свою патологию. Поэтому им задачи обучения, приобретения профессии, социализации и в целом становления приходится решать в резко усложненных для них условиях, при наличии «дефицита ресурсов», под которыми понимается наличие всего того, что облегчает решение задач [9].

В связи с этим в инклюзивном здравоохранении возникает еще один аспект решения медицинских задач с позиции психологии. Речь идет об учете соотношения возможностей субъекта с недостатками по здоровью со сложностью решения задач, рекомендуемых ему врачом. При щадящем подходе к возможностям инвалида отсутствует «вызов», гаснет стремление доказать себе и окружающим, что ты можешь не хуже других. Постановка задач оберегающих, явно ослабленных (что бывает в рамках врачебных рекомендаций) вызывает апатию, падение интереса к их выполнению.

В рекомендациях врачей (физиотерапевтов, специалистов по лечебной физической культуре и др.) сложность предлагаемых задач должна быть на грани возможностей инвалида их решать. Только в этом случае он будет напрягаться, мобилизовываться и стремиться подняться над собой, т. е. возвыситься до возможностей здоровых лиц. Это духовный подъем, появление чувства уверенности в себе, силы воли, повышение самооценки [9]. Это один из важных источников самоутверждения, развития, осознания того, что он не «выбракован» обществом. Психологический смысл такого шага — наличие вызова, «презрения» к имеющейся дезадаптации, возвышения честолюбия, подъема мотивации достижения, власти над эмоциями, оценки своих возможностей окружающими. Это путь к компенсации и сверхкомпенсации [9].

В истории человеческого общества физическая или психическая неполноценность при помощи компенсации не решалась: в античной Спарте ослабленных бросали со скалы, а в Японии стариков отправляли умирать на священную гору.

Роль врача в инклюзивном здравоохранении сводится к использованию доверия к доктору, завоеванного медициной в столетиях, ему необходимо взять на вооружение проверенный и доказанный прием: предлагать инвалиду прежде всего самому минимизировать последствия нарушений здоровья, осуществить выбор активной позиции своей деятельности в обществе, мобилизации силы воли, духа для ответа на вызов собственной несостоятельности. Прекрасное подтверждение этой мысли иллюстрируют параолимпийские спортсмены, доказывая всему миру «как бы» отсутствие своей ущербности по здоровью. Так, южноафриканский спортсмен О. Писториус, лишившись обеих ног, пользуясь протезами стал победителем в беге на среднюю дистанцию в Параолимпийских играх, а в 2012 г. выступил на Олимпийских играх, конкурируя с атлетами, имеющими нижние конечности. Он принципиаль-

но не считал себя инвалидом, говоря «у меня просто нет обеих ног».

Психологически оправданным в рамках инклюзивного здравоохранения будет осуществление врачом социальной поддержки инвалидов с духовно-нравственных и социально-психологических позиций [13].

В инклюзивном здравоохранении ориентация врача на компенсацию дефицита телесных ресурсов даже ценой затраты усилий, намного превышающих таковые для здоровых людей, путем вселения веры в то, что «инвалид такой же, как все», что «ты можешь, я в тебя верю», обязательно приведет к его психологическому здоровью и способности «увидеть свет в конце тоннеля».

При таком понимании инклюзии врач выступает активатором в мобилизации психологических ресурсов личности, определяя социально поддерживаемый выбор ею жизненного пути, положения и статуса в обществе. В инклюзивном здравоохранении врач выполняет духовно-нравственную миссию, возвращая инвалиду веру в человеческое в человеке, в человечность, ведь не только в лечении видится его роль, но и в актуализации высокой гуманности врачебной профессии.

Учитывая название данной статьи, следует сформулировать медико-психологическую концепцию инклюзивного здравоохранения. Известно, что концепция (*лат. conceptio*) — это определенный способ понимания, трактовки какого-либо явления, поэтому предпримем попытку выразить это явление (инклюзивное здравоохранение) с точки зрения теории познания как способа выражения внутреннего содержания инклюзии. Поскольку сущность выражает главное, основное в предмете или процессе, а явление выступает внешним раскрытием сущности [1], то, наблюдая и анализируя действия и позицию врача, освещаемую в статье, можно утверждать, что она не совсем или вовсе не соответствует медицинскому подходу к решению проблемы инклюзии: при чем здесь наличие рекомендаций врача психологического содержания?

Но это всего лишь внешняя сторона его деятельности, а ее сущностью, т. е. внутренней, скрытой, обуславливающей учет внутреннего единства явлений и важнейшей стороной инклюзивного здравоохранения, выступает глубинное осознание врачом того, на что направлены его рекомендации и каких результатов следует ожидать при их реализации в жизни. Это то высокогуманное и мобилизующее ядро, которое дает инвалиду силы противостоять каждодневным трудностям «просто жить», без усталости бороться и доказывать миру, людям, что «я тоже многое могу, не выбрасывайте меня из жизни».

Вот в этом и есть сущность медико-психологической концепции инклюзивного здравоохранения: она предполагает прежде всего гражданскую позицию врача, заключающуюся в осознании своего вклада в развитие общества, в активной, равнозначной и равнодушной позиции по отношению ко всем пациентам, включая инвалидов и лиц с ОВЗ, в

Здоровье и общество

стремлении противостоять их дискриминации, изоляции и социальной ограниченности.

Исследование не имело спонсорской поддержки.
Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Азаренко С. А. Современный философский словарь. М.: Академический проект; Екатеринбург: Деловая книга; 2015. 822 с.
2. Алёхина С. В. Инклюзивное образование: история и современность. М.: Педагогический университет «Первое сентября»; 2013. С. 9.
3. Саламанкская декларация и рамки действий по образованию лиц с особыми потребностями. Всемирная Конференция по образованию лиц с особыми потребностями: доступ и качество; 7–10 июня 1994 г., Саламанка, Испания. ЮНЕСКО; 1994. С. 6. Режим доступа: www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/pdf/salamanka.pdf (дата обращения 14.11.2023).
4. Конвенция о правах инвалидов. *Журнал Организации Объединенных Наций*. 2006;239:15.
5. Инклюзивное здравоохранение. В кн.: Руководство по реабилитации. Всемирная организация здравоохранения; 2010. С. 7. Режим доступа: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44405/9789241548052_health_rus.pdf?sequence=1 (дата обращения 10.12.2023).
6. Петров Д. С. Роль психообразования лиц с аффективными психическими расстройствами в рамках реабилитационной помощи. *Российский медико-биологический вестник им. акад. И. П. Павлова*. 2012;20(1):104–7. doi: 10.17816/PAVLOVJ20121104-107
7. Ахметова Д. З. Педагогика и психология инклюзивного образования: учебное пособие. Казань: Изд-во «Познание» Института экономики, управления и права; 2013. 204 с.
8. Борисова Н. А., Букина И. А., Бучилова И. А. Инклюзивное образование: учебное пособие. Череповец: ЧГУ; 2016. 162 с.
9. Леонтьев Д. А., Лебедева А. А., Александрова Л. А. Психологические механизмы и ресурсы развития личности у учащихся с ограниченными возможностями здоровья. В кн.: Психолого-педагогические основы инклюзивного образования. М.: Московский городской психолого-педагогический университет; 2013. С. 116–49.
10. Братусь Б. С. Аномалии личности. М.: Мысль; 1988. 301 с.
11. Кулиш П. А. Записки о жизни Николая Васильевича Гоголя. СПб.: Типография Александра Якобсона; 1856. С. 10.
12. Холондович Е. Н. Психическое и психологическое здоровье гениев. В кн.: Психологическое здоровье личности и духовно-нравственные проблемы современного российского общества. М.: Институт психологии РАН; 2014. С. 187–207
13. Хритинин Д. Ф., Петров Д. С., Коновалов О. Е. Медико-социальное значение информационно-образовательной работы

среди родственников больных шизофренией. *Российский медико-биологический вестник им. акад. И. П. Павлова*. 2010;18(3):85–90. doi: 10.17816/PAVLOVJ2010385-90

Поступила 06.05.2023
Принята в печать 15.08.2024

REFERENCES

1. Azarenko S. A. Modern philosophical dictionary. Moscow: Academic project; Yekaterinburg: Business Book; 2015. 822 p. (in Russian).
2. Alyokhina S. V. Inclusive education: history and modernity. Moscow: Pedagogical University "The First of September"; 2013. P. 9 (in Russian).
3. The Salamanca Declaration and Framework for Action on the Education of Persons with Special Needs. World Conference on Education for Persons with Special Needs: Access and Quality; June 7–10, 1994 Salamanca, Spain. UNESCO; 1994. P. 6.
4. Convention on the Rights of Persons with Disabilities. *Journal of the United Nations*. 2006;239:15.
5. Inclusive healthcare. In: A guide to rehabilitation. World Health Organization; 2010. P. 7.
6. Petrov D. S. The role of psychoeducation of persons with affective mental disorders in the framework of rehabilitation care. *Russian Medical and Biological Bulletin named after Academician I. P. Pavlov*. 2012;20(1):104–7 (in Russian).
7. Akhmetova D. Z. Pedagogy and psychology of inclusive education: a textbook. Kazan: Publishing house "Cognition" of the Institute of Economics, Management and Law; 2013. 204 p. (in Russian).
8. Borisova N. A., Bukina I. A., Buchilova I. A. Inclusive education: a textbook. Cherepovets: ChSU; 2016. 162 p. (in Russian).
9. Leontiev D. A., Lebedeva A. A., Aleksandrova L. A. Psychological mechanisms and resources of personality development in students with limited health opportunities. In: Psychological and pedagogical foundations of inclusive education. Moscow: Moscow City Psychological and Pedagogical University; 2013. P. 116–49 (in Russian).
10. Bratus B. S. Personality anomalies Moscow: Mysl; 1988. P. 301 (in Russian).
11. Kulish P. A. Notes on the life of Nikolai Vasilyevich Gogol. St. Petersburg: Alexander Yakobson's Printing House; 1856. P. 10 (in Russian).
12. Holondovich E. N. Mental and psychological health of geniuses In: Psychological health of the individual and spiritual and moral problems of modern Russian society. Moscow: Institute of Psychology of the Russian Academy of Sciences; 2014. P. 187–207 (in Russian).
13. Hritinin D. F., Petrov D. S., Konovalov O. E. The medical and social significance of educational work among relatives of patients with schizophrenia. *Russian Medical and Biological Bulletin named after Academician I. P. Pavlov*. 2010;18(3):85–90 (in Russian).