

**В.Э. Пашковский**

**ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА  
С РЕЛИГИОЗНО-МИСТИЧЕСКИМИ  
ПЕРЕЖИВАНИЯМИ**

***Краткое руководство для врачей***

**Санкт-Петербург  
Издательский дом СПбМАПО  
2006**

УДК 616.89:2  
П 22  
ББК 56.14:86.2/3

**Пашковский В.Э.** Психические расстройства с религиозно-мистическими переживаниями: Краткое руководство для врачей.— СПб.: Издательский дом СПбМАПО, 2006.— 144 с.

**Рецензент** — профессор кафедры психиатрии Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования, доктор медицинских наук **Б.С.Фролов**.

Настоящая книга представляет собой краткое клиническое руководство, в котором изложены современные представления о психических расстройствах, ассоциированных с религиозно-архаическим фактором. До сих пор подобные руководства отечественных авторов в России не издавались. В книге приводится клиническое описание психических расстройств архаического и религиозно-мистического содержания: религиозно-мистических состояний, бреда одержимости и колдовства, депрессии с религиозной фабулой бреда, бреда мессианства. Отдельная глава посвящена проблеме психиатрических аспектов деструктивных культов. Книга содержит данные по истории религии, вводит читателя в курс современных религиозных представлений, что должно помочь в работе с верующими пациентами.

Руководство предназначено для психиатров и психотерапевтов, клинических психологов, интернов, клинических ординаторов и слушателей циклов профессиональной переподготовки по психиатрии и психотерапии. Оно может представлять интерес для студентов медицинских вузов, а также для религиоведов и теологов, интересующихся проблемами психиатрии.

ISBN 5-98037-058-7

© В.Э.Пашковский, 2006 г.

## ОГЛАВЛЕНИЕ

|                          |          |
|--------------------------|----------|
| <b>ПРЕДИСЛОВИЕ .....</b> | <b>5</b> |
|--------------------------|----------|

### **Глава 1**

|                                                   |          |
|---------------------------------------------------|----------|
| <b>ВЗАИМООТНОШЕНИЯ ПСИХИАТРИИ И РЕЛИГИИ .....</b> | <b>9</b> |
|---------------------------------------------------|----------|

|                                                                                                        |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1.1. Методы обследования больных<br>с психопатологическими феноменами религиозного<br>содержания ..... | 12 |
| 1.2. Клинические концепции .....                                                                       | 14 |
| 1.3. Основные психоаналитические концепции .....                                                       | 16 |
| 1.3.1. Концепция З.Фрейда .....                                                                        | 16 |
| 1.3.2. Концепция-К.Г.Юнга .....                                                                        | 16 |
| 1.3.3. Концепция Э.Фромма .....                                                                        | 17 |
| 1.3.4. Концепция В.Е.Франкла .....                                                                     | 17 |
| 1.4. Психология религии .....                                                                          | 18 |
| 1.5. Феноменология религии .....                                                                       | 20 |

### **Глава 2**

|                                                    |           |
|----------------------------------------------------|-----------|
| <b>ОСНОВНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ РЕЛИГИОЗНОСТИ .....</b> | <b>25</b> |
|----------------------------------------------------|-----------|

|                                       |    |
|---------------------------------------|----|
| 2.1. Религиозная вера .....           | 25 |
| 2.2. Религиозное переживание .....    | 27 |
| 2.3. Религиозное поведение .....      | 29 |
| 2.4. Парарелигиозные проявления ..... | 31 |
| 2.4.1. Суеверие .....                 | 31 |
| 2.4.2. Магия .....                    | 32 |

### **Глава 3**

#### **РЕЛИГИОЗНО-МИСТИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ**

|                                                                                     |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <i>(совместно с И.Зислиным)</i> .....                                               | 35 |
| 3.1. Теологический контекст .....                                                   | 36 |
| 3.2. Философский контекст .....                                                     | 39 |
| 3.3. Нейропсихологический контекст. Феноменология<br>мистического переживания ..... | 43 |
| 3.4. Психопатологический контекст .....                                             | 46 |
| 3.4.1. Измененные состояния сознания .....                                          | 46 |
| 3.4.2. Религиозный опыт и психоз .....                                              | 48 |

|                                                                                                                                    |            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 3.5. Религиозно-мистический симптомокомплекс<br>в клинической картине непрогредиентных эндогенных<br>психических заболеваний ..... | 49         |
| 3.6. Религиозно-мистический симптомокомплекс<br>в клинической картине прогрredientных эндогенных<br>психических заболеваний .....  | 55         |
| 3.7. Религиозно-мистический симптомокомплекс<br>в клинической картине экзогенных психических<br>расстройств .....                  | 58         |
| <b>Глава 4</b>                                                                                                                     |            |
| <b>ПСИХОПАТОЛОГИЯ ОДЕРЖИМОСТИ И КОЛДОВСТВА .....</b>                                                                               | <b>63</b>  |
| 4.1. Симптомокомплекс одержимости .....                                                                                            | 63         |
| 4.1.1. Историко-теологический аспект .....                                                                                         | 63         |
| 4.1.2. Психопатологический аспект .....                                                                                            | 67         |
| 4.1.3. Клинические варианты симптомокомплекса<br>одержимости .....                                                                 | 70         |
| 4.2. Бред колдовства .....                                                                                                         | 81         |
| 4.2.1. Клинические варианты бреда колдовства .....                                                                                 | 83         |
| <b>Глава 5</b>                                                                                                                     |            |
| <b>ДЕПРЕССИИ С РЕЛИГИОЗНОЙ ФАБУЛОЙ БРЕДА .....</b>                                                                                 | <b>95</b>  |
| 5.1. Клинические варианты депрессий с религиозной<br>фабулой бреда .....                                                           | 97         |
| <b>Глава 6</b>                                                                                                                     |            |
| <b>БРЕД МЕССИАНСТВА .....</b>                                                                                                      | <b>109</b> |
| 6.1. Историко-теологический аспект .....                                                                                           | 109        |
| 6.2. Психопатологический аспект .....                                                                                              | 110        |
| 6.3. Иерусалимский синдром .....                                                                                                   | 123        |
| <b>Глава 7</b>                                                                                                                     |            |
| <b>КУЛЬТОВАЯ ТРАВМА (психиатрические аспекты деструктивных<br/>культов) .....</b>                                                  | <b>127</b> |
| 7.1. Тоталитарный культ .....                                                                                                      | 128        |
| 7.1.1. Манипуляции, используемые в тоталитарных<br>культах .....                                                                   | 129        |
| 7.1.2. Риск возникновения психического расстройства<br>в результате культовой травмы .....                                         | 132        |
| 7.2. Психические расстройства, возникающие в результате<br>культовой травмы .....                                                  | 135        |
| 7.3. Проблемы оказания психиатрической помощи<br>адептам деструктивных культов .....                                               | 138        |
| <b>ЗАКЛЮЧЕНИЕ .....</b>                                                                                                            | <b>141</b> |



## ПРЕДИСЛОВИЕ

Религия представляет собой один из важнейших феноменов человеческого бытия, с которым сталкивается психиатрия. Она существенно влияет на эмоциональную сферу, мышление и поведение человека. По мнению В.Франкла, «хотя первичным намерением религии меньше всего является душевное оздоровление или профилактика душевного заболевания, она фактически... может привести к действенным психогигиеническим и даже к психотерапевтическим результатам благодаря тому, что дает человеку убежище и опору, которых он не нашел бы больше нигде; убежище и опору в трансцендентном и абсолютном».<sup>1</sup>

Хотя психиатрия сформировалась как естественнонаучная дисциплина, следует помнить, что тысячу лет назад психиатрическая помощь оказывалась в религиозных учреждениях. Как в Западной Европе, так и в России в XI–XIII вв. душевнобольные находили помощь в монастырях. В «Истории психиатрии» Ю.Каннабиха содержатся данные о том, что в российских монастырях на больных смотрели скорее как на невольных жертв каких-то темных сил, чем на активных сеятелей зла.<sup>2</sup> Направление в монастыри психически больных людей из привилегированных классов для «духовного лечения и вразумления» было впоследствии легализовано государственными актами. Однако в различные исторические периоды взаимоотношения между религией и психиатрией складывались по-разному: от полного отрицания психиатрии как науки до признания ее важности и полезности.

---

<sup>1</sup> Франкл В. Основы логотерапии. Психотерапия и религия: Пер. с нем.— СПб.: Речь, 2000.— С. 269.

<sup>2</sup> Каннабих Ю. История психиатрии: Репринтное издание.— М.: ЦТР МГП ВОС, 1994.— С. 82–83.

Психиатрия как наука принадлежит одновременно как биологии, так и культуре. Биологический аспект включает в себя этиологию, патогенез, общую конструкцию ведущего синдрома, динамику болезненного процесса и т. д., культуральный — определяет содержание психопатологического переживания. Это содержание не является сугубо внешним. Как указывал К.Ясперс, «изменения социальных и исторических условий воздействуют на характер проявления психических расстройств. История психических заболеваний — это особая разновидность истории общества и культуры. Исследуя болезнь с исторической точки зрения, мы видим, как меняется со временем ее картина — при том, что в чисто медицинском смысле сама болезнь остается той же».<sup>1</sup>

Происходящие в нашей стране социально-экономические преобразования не могли не сказаться на культуральном патоморфозе психических заболеваний. С одной стороны, мы являемся свидетелями религиозно-духовного возрождения, характеризующегося строительством храмов, изданием духовной литературы, развитием различных форм душепопечительства. С другой стороны, мы наблюдаем массовое индуцирование, нередко с помощью СМИ, магических взглядов, присущих средневековью. Появилось явление, обозначенное нами как *религиозно-магический дрейф*, когда формальное приобщение к христианской церкви сочетается с посещением различных сект, магов, экстрасенсов, обучением в группах оккультного толка. Это нередко ведет к расщеплению религиозного сознания, появлению страха, тревоги, чувства вины. В клинической практике наблюдается увеличение количества случаев психозов с религиозно-архаическим бредом, возникновение сложных диссоциативных и деперсонализационно-дереализационных состояний, которые условно можно обозначить как «оккультная психопатология».

К сожалению, многие психиатры оказались не готовы ответить на вызов времени. Возникающие психозы с религиозно-мистическими состояниями большей частью диагностируются как «параноидная шизофрения», религиозный анамнез тщательно не собирается и не изучается, тактика лечения ничем не отличается от традиционной, психотерапия, в которой особенно нуждаются такие больные, не проводится вовсе. Поэтому у этих пациентов часто возникают рецидивы.

---

<sup>1</sup>Ясперс К. Общая психопатология: Пер. с нем.— М.: Практика, 1997.— С. 876.

Было бы слишком самонадеянным утверждать, что вопросы взаимоотношений психиатрии и религии разрешены нами в полной мере. Разумеется, было бы целесообразно отложить создание этого руководства на более длительный отрезок времени, однако у нас нет уверенности, что и тогда удастся изучить проблему полностью. Поэтому, осознавая необходимость ознакомления врачей с психиатрическими аспектами религии, мы взяли на себя ответственность и решили изложить то небольшое, что известно на сегодняшний день.

Следует отметить, что подобные руководства неоднократно издавались и издаются за рубежом. Примером тщательного клинического подхода является работа К. Шнайдера «К введению в религиозную психопатологию», недавно переведенная на русский язык. В ней автор намеренно уходит от объяснения религиозных феноменов, ограничивая свой труд только описанием религиозных переживаний. Этот подход оправдан тем, что работа была обращена, прежде всего, к теологам. Однако в нашей стране руководства по этой тематике отечественных авторов не издавались. Мы взяли на себя смелость изложить в настоящей книге некоторые теологические и философские взгляды, чтобы врач-клиницист мог лучше понять верующего пациента.

Идея разработки проблем, связанных со взаимоотношениями психиатрии и религии, подсказана автору профессором кафедры психиатрии СПбМАПО Борисом Серафимовичем Фроловым. Без его участия и повседневной заботы эта книга не могла быть написана. Автор глубоко благодарен своему учителю — профессору РГПУ им. А. И. Герцена Раймонду Генриховичу Пиотровскому, с которым также обсуждались многие положения данной работы. Значительной удачей в своей работе автор считает встречу с коллегой из Израиля, заведующим отделением центра психического здоровья «Кфар Шауль» доктором Иосифом Зислиным. Эта встреча, произошедшая несколько лет назад в Санкт-Петербурге, трансформировалась в плодотворное сотрудничество.

За время работы над книгой ушли из жизни мои любимые учителя. Мой первый учитель — профессор Аркадий Леонидович Зюбан, лауреат Государственной премии СССР, один из создателей наиболее популярного и эффективного отечественного транквилизатора феназепам. Во время нашего последнего телефонного разговора, будучи тяжело больным, Аркадий Леонидович подробно рассказывал мне о только что вышедшем после 100-летнего перерыва переводе классического труда В. Джемса «Многообразие религиозного опыта», о котором я тогда ничего не знал.

Ярким примером самоотверженного отношения к науке и творчеству был академик РАН, профессор Павел Васильевич Симонов, с которым я имел счастье общаться долгие годы. Разрабатывая потребностно-информационную теорию эмоций, он затронул одну из наиболее актуальных проблем современного человековедения — проблему духовности, под которой он понимал разновидность социальных потребностей «для других», т. е. стремление действовать вопреки и в ущерб своим личным интересам и потребность в познании, стремящемся раздвинуть рамки существующих норм, осваивать новые сферы действительности.<sup>1</sup>

Главным моим учителем был мой отец — доктор медицинских наук Эдуард Владимирович Пашковский, клинический физиолог, специалист по проблеме нейрофизиологии шока и смерти мозга. Он ознакомился с первыми вариантами рукописи и дал ряд советов.

В меру своих сил и возможностей я пытался продолжать дело моих учителей. Их памяти я и посвящаю свой труд. Разумеется, за все недостатки, неточности и недоработки ответственность несу я сам.

---

<sup>1</sup> Симонов П.В., Ершов П.М., Вяземский Ю.П. Происхождение духовности.— М.: Наука, 1989.— С. 16–19.

## **ГЛАВА 1**

### **ВЗАИМООТНОШЕНИЯ ПСИХИАТРИИ И РЕЛИГИИ**

По мере своего развития каждая наука создает новые направления, рассматривающие определенные срезы действительности с ее точки зрения. В психиатрии таким образом сложились отрасли социальная психиатрия, судебная психиатрия, военная психиатрия. Несмотря на то, что взаимоотношения религии и психиатрии имеют давнюю историю и традиции, по крайней мере, в отечественной психиатрии комплекс проблем «психиатрия и религия» не приобрел самостоятельного исследовательского статуса, эти вопросы не включены в учебные программы вузов и системы последиplomного медицинского образования. Вместе с тем, нельзя сказать, что этому вопросу не уделяется внимания в мировой психиатрии. Во Всемирной психиатрической ассоциации (WPA) работает секция психиатрии и религии, проводятся конференции, встречи. Одна из последних конференций на эту тему, состоявшаяся в октябре 2000 г. имела полемическое название: «Психиатрия и религия. Партнеры или противники». За последние десятилетия напечатаны сотни статей, изданы фундаментальные руководства и монографии [10, 24, 32].

Однако вопросы, связанные с религиозными переживаниями в патологических условиях, разработаны еще недостаточно. Во многом это обусловлено сложностью изучаемого объекта. Обращение к богу — это обращение к трансцендентному, а «трансцендентное», по И. Канту, — это то, что существует вне сознания и непознаваемо, выходит за пределы всякого опыта, чему в чувствах не может быть дан никакой адекватный предмет [5].

Таким образом, содержание религиозных переживаний не подчиняется законам формальной логики, не тестируется категориями «истинно — ложно». В этой связи становятся размытыми критерии такого понятия, как «религиозный бред», поскольку утрачивается один из важнейших компонентов общепринятого определения бреда — несоответствие субъективных убеждений объективной реальности.

Другая трудность связана с социальным контекстом. Религия имеет два аспекта: внешний и внутренний. Внешняя сторона — это теологические системы, обрядность, церковная организация, общепринятые каноны религиозного поведения. Институциональные основы религии, общественные закономерности ее возникновения и ее исторические аспекты изучают философия, социология и история религии. Психиатрическое исследование в этом случае, прежде всего, обращено к внутренней стороне религии или религиозности, под которой понимается отражение той или иной религиозной системы в индивидуальном сознании здорового и больного человека. Поэтому психиатрию интересует, как влияет религия на психическое здоровье в целом и каковы особенности психических расстройств с психопатологическими феноменами религиозного содержания.

Внутренняя сторона выражается, прежде всего, индивидуальным религиозным опытом. В классической работе русского религиозного философа И.А.Ильина указывается, что «религиозность складывается у каждого человека по-своему, — в особом сплетении и сотрудничестве чувства, воображения, мысли, воли, чувственных ощущений, и, может быть смирения и гордости, благодарности и черствости, радости и горя, страха и предчувствия и т. д.

История личной религиозности начинается у каждого с раннего детства и имеет на протяжении жизни свое особое строение и свой уровень. Согласно этому «субъективность» религиозного опыта вообще не следует понимать в смысле отрицания Церкви и ее религиозных даров. Напротив, храм, икона, Св. Писание и предание, догмат богословия, словесная ткань молитв, обряд, таинство, каноны и каноническое право, сан, иерархия, пастырство, мудрость покаянных правил и советов, — все это есть совокупное достояние верующих в Церкви, как в историческом отношении, так и в порядке многоликого одновременного существования. Но все эти религиозные сокровища суть не живой опыт религиозности, а «содержания», «предметы», тексты вещи, смыслы и правила, даруемые живому опыту души, вызывающие к нему, воспитывающие, очищающие и религиозно возносящие его к богу. Живой религиозный опыт человека может быть лишен

этих сокровищ; и было время, когда он их не имел; и не имея их, человек тем не менее обращался к богу. Субъективность земного человека, и, соответственно этому, субъективность его существования, его телесных, душевных и духовных состояний — есть первый аксиоматический закон религиозного опыта. Ибо человек есть личный, свободный и ответственный дух и религия начинается с личной духовности» [4].

Индивидуальный религиозный опыт не дается человеку генетически, при рождении, а формируется под влиянием факторов:

- 1) социального, включающего влияние общества, религиозного обучения;
- 2) природного, характеризующегося восприятием красоты и гармонии окружающего мира;
- 3) морального, выражающего переживания ценностного конфликта;
- 4) эмоционально-аффективного, отражающего потребность в преодолении уязвимости перед враждебными силами внешнего мира и утешения перед лицом смерти;
- 5) интеллектуального, отражающего установку на существование воздействия на человека сил за пределами пространственно-временного физического мира [39].

Вариабельность проявлений религиозного опыта зависит от умонастроений эпохи, социальной среды, особенностей личности. Однако, как указывает W.James, во все времена существовало два типа верующих. Одни, их большинство, внешним образом придерживались религиозных обрядов своего народа и соблюдали вошедшие в привычку установленные формы религиозного поведения. Другие же часто проявляли симптомы нервной неустойчивости: «Эмоциональная сторона их повышена до экзальтации; очень часто их внутренняя жизнь раздираема противоречиями, многие из них подвержены меланхолии в течение большей части своей жизни. Они не знают ни в чем меры, страдают одержимостью, навязчивыми идеями; они впадают в экстаз, слышат голоса, у них бывают видения, словом они дают ряд симптомов патологического характера. И нужно прибавить, что эти болезненные явления в большинстве случаев усиливают их религиозный авторитет» [25].

Религиозное, чувство в прямом наблюдении не дано и не может быть измерено как, например, предпосылки интеллекта: память, внимание, зрительно-моторная координация и т. д. Полемизируя с W.James, E. D. Starbuck писал, что иметь четко обоснованную типологию для оценки религиозных феноменов так же важно, как иметь

стандарты в физике, формулы в математике и законы в химии. В то же время он осознавал трудности обоснования критерия нормы: «Даже для двух человек затруднительно согласиться в том пределе, за которым нормальный религиозный опыт переходит в патологический. Демаркационная линия зависит от общего отношения личности к религии, темперамента, узости или широты суждений» [38].

Религиозный опыт представляет собой сложное, многогранное и недостаточно исследованное явление. Одни его проявления, несомненно, принадлежат здоровой психике, другие лежат в пограничной между здоровьем и болезнью зоне, третьи позволяют предположить психотическое расстройство. Выявление этих зон и является *основной задачей* психиатрии. Для этого необходимо исследовать не только религиозные переживания как таковые, но и их связи с обстоятельствами, в которых они возникают, а также формы, в которых они выражаются.

### **1.1. Методы обследования больных с психопатологическими феноменами религиозного содержания**

Психиатрия является естественнонаучной дисциплиной. Поэтому ее методологической основой является свободомыслие — та форма духовной культуры, исходным пунктом которой признается право разума на критическое рассмотрение религии и свободное исследование окружающего мира. Исследователь сам по себе может исповедовать какое угодно мировоззрение, но как представитель научной дисциплины он рассматривает все явления, в том числе и религиозный опыт, в системе тех взглядов, которые общеприняты в данной науке. Рассматривая религиозное содержание, исследователь выносит за скобки вопрос об их истинности, оставляя его теологии и философии. Здесь следует отметить, что и атеизм при определенных условиях может быть патологическим.

Основным методом исследования в психиатрии является *клинико-психопатологический*. Он заключается в расспросе больного, сборе субъективного (от больного) и объективного (от родственников и лиц, знающих больного) анамнеза и клиническом наблюдении. С помощью этого метода производится оценка психического здоровья — выявляются симптомы, синдромы, нозологические формы, особенности течения, степень тяжести, этиология, патогенез. В результате устанавливается клинический диагноз. Религиозный анамнез включает сведения



о религиозном воспитании в семье, религиозных интересах, религиозном поведении, религиозных переживаниях. Главной целью сбора религиозного анамнеза является выяснение вопроса, как влияет религиозная деятельность данного человека на его психическое здоровье.

**Оценочные шкалы.** В последние годы клинико-психопатологический метод дополняется методами стандартизации — оценочными или рейтинговыми шкалами, охватывающими определенный диапазон психопатологических проявлений. В психиатрии религии используется шкала PDI, позволяющая изучать особенности бредовых идей у религиозных пациентов [34].

**Изучение текстов.** Являясь неотъемлемой частью человеческого бытия, религиозные переживания нашли свое отражение в Библии. В Ветхом и Новом Заветах проводится разделение на «сумасшествие» как наказание Божие (Втор. 28:15,28) и отличные от него откровения, видения. Вместе с тем священные тексты наполнены символами, метафорами; значения слов в них значительно шире, чем в общепринятом толковании. Поэтому описания особых психических состояний у библейских персонажей могут служить материалом для размышлений, но не для психиатрических заключений и выводов. То же можно сказать и о текстах, посвященных религиозным переживаниям святых, например Жанны Д'Арк, слышавшей «небесные голоса».

Гораздо более репрезентативны личные документы: дневники, письма. Например, лишь основываясь на переписке Н.В.Гоголя и воспоминаниях современников, можно судить о его депрессивных приступах с идеями греховности, самоуничтожения и ступорозных состояниях.

Значительную ценность для психопатологии религии представляют **клинико-психологические методы**, особенно те, которые направлены на исследование личности. Использование анкет, опросов, интервью, несмотря на высокую доступность для статистической обработки, ограничено. Их информативность зависит от поставленной задачи, например, изучение влияния религиозности на переносимость тяжелых заболеваний, употребление наркотиков и т. д.

**Популяционный метод** заимствован из социальной психиатрии и включает в себя изучение сект, религиозных движений, а также наблюдение и клинический анализ религиозного поведения адептов и лидеров. Уже в начале XX в. России были опубликованы исследования на эту тему, среди которых наиболее известными являются работы Н.В.Краинского [9] и Д.Г.Коновалова [7]. В настоящее время проблема изучается Ф.В. Кондратьевым [6] и Ю.И. Полищуком [12].

## 1.2. Клинические концепции

Религиозно-мистические состояния, включающие в себя озарения, пророчества, откровения, видения, экстатические переживания, глоссолалии, известны не одно тысячелетие. Вместе с тем они неоднозначно понимаются в психиатрии: до сих пор не выяснено, при каких условиях эти состояния являются выражением религиозного опыта, а при каких относятся к психопатологии.

Описывая паранойю, Е. Краепелин отметил, что у больных при религиозном направлении мыслей под влиянием откровений во сне дело может дойти до бреда пророчества, до представления, что они избранники Божии и мессии, причем обнаруживается стремление совершать публичные богослужения, приобретать сторонников [29].

Экстатические переживания, видения небесного блаженства, бред о таинственном соединении с богом, чувственный бред с религиозно-мистическим содержанием, часто демономанический, сновидные помрачения сознания с отсутствием или смутностью воспоминаний R. Kraft-Ebing рассматривал в рамках истерического помешательства [30].

Религиозное помешательство (*paranoia religiosa*) как отдельную болезненную форму очертил В.П. Сербский. Заболевание чаще встречается у людей неуравновешенных, скудоумных, мечтательных, отличающихся склонностью к таинственному, чудесному. Началу заболевания предшествуют экзальтация, чувство просветления, сладострастное возбуждение. В сфере восприятия отмечаются зрительные галлюцинации, на протяжении которых возникают отверстое небо, лики Христа, святые, Божья мать; слуховые галлюцинации о возложении высокой миссии, ложные узнавания. Содержанием мышления является религиозный бред о божественном призвании (мужчины — пророки, мессии; женщины — Христовы невесты, Богоматери. Бредовое поведение характеризуется борьбой с бесовским наваждением, нанесением себе тяжелых повреждений [13]. Французские психоневрологи J.M. Charkot, P.M. Richetr и P. Janet при изучении гипнотических состояний установили общность симптомов истерии и истероэпилепсии с бесоодержимостью, демономанией, кликушеством [16, 26].

Взгляд психиатров на религиозные феномены достаточно широк. Крайняя точка зрения высказана немецким психиатром W. Hellpach. По его мнению, «религиозный элемент почти всегда выступал в истории в болезненной оболочке и распространялся и претерпевал свои

решающие превращения всегда на крыльях массовой душевной болезни» [23]. Отечественные психиатры в своих оценках не были столь категоричны. С.С.Корсаков, например, подчеркивал, что «религия сама по себе не имеет влияния на душевные заболевания, но религиозный фанатизм и суеверия служат нередко причинами душевных болезней. Часто под влиянием религиозных суеверий развивается бред одержимости нечистым духом. Между монахинями также встречается значительное число душевнобольных, но может быть, это зависит от того, что само поступление в монашество является у некоторых выражением психической неуравновешенности... принадлежность к некоторым сектам, особенно проникнутым нетерпимостью, изуверством и фанатизмом, а также к таким, в которых религиозный культ соединяется с сильным душевным возбуждением, доходящим до экстаза, способствует к развитию душевных заболеваний» [8]. Описывая религиозное помешательство, С.С.Корсаков заметил, что данному расстройству подвержены люди с невропатическим складом, малоумные, склонные к мистицизму с детства. Продромальный период обыкновенно проявляется в симптомах неврастения, период развития болезни выражается в ненормальной оценке, в символизации, в принятии на свой счет различных знамений и отрывочных галлюцинаций.

Бредовой период характеризуется быстрым появлением идей величия, бреда святости, бреда близости к божеству; у женщин встречается представление себя Богоматерью, невестой Христа, Магдалиной. Нередко вместе с идеями величия появляются и идеи преследования (враждебные влияния злых духов, иноверцев, антихриста).

Исследуя типы мировоззрения душевнобольных, К. Jaspers отмечал, что «путешествия души в потусторонний мир, трансцендентная сверхчувственная география этого мира — все это носит универсальный для всего человечества характер, но только у душевнобольных это выступает в качестве самым наглядным образом подтвержденного, живого переживания. Даже в наше время, исследуя психозы, мы сталкиваемся с подобными содержательными элементами в формах, изобилующих поразительными подробностями и отличающихся интеллектуальной глубиной» [27].

Взаимоотношениям психиатрии и религии уделялось большое внимание в последних работах Д.Е.Мелехова. Им установлен двоякий характер религиозного переживания. С одной стороны, оно может быть в случае патологии непосредственным отражением симпто-

мов болезни, а с другой — проявлением здоровой личности, и тогда, даже при наличии болезни, вера в бога помогает человеку сопротивляться болезненному процессу, приспособиться к нему и компенсировать дефекты, внесенные болезнью в его личность [10].

Установлению взаимосвязей психиатрии и религии во многом способствовали близкие к психиатрии направления — психотерапия, включая психоанализ, психология религии, нейрофизиология, религиозная философия.

### **1.3. Основные психоаналитические концепции**

#### **1.3.1. Концепция З.Фрейда**

Крайняя точка зрения на природу религии высказывается в классическом психоанализе. Свое убеждение о том, что «религия — общечеловеческий невроз навязчивости», З.Фрейд обосновывал не только внешним, но и внутренним сходством между отправлениями религиозного культа (молитвы, посты, заклинания, жертвоприношения и т. д.) и приобретающими защитный характер ритуалами при обсессивно-фобическом неврозе [19]. Используя метод аналогий, Фрейд утверждал, что в основе невроза и религиозного переживания лежит подавление природных инстинктов человека. В работе «Воспоминания Леонардо да Винчи о раннем детстве» [20] рассматривается идея взаимосвязи образа собственного отца и индивидуального образа Бога. В исследовании «Тотем и табу» [21] говорится о возникновении первобытных религиозных представлений. Ядром концепции Фрейда является положение о бинарной роли религии как явления, генерирующего невроз и одновременно являющегося средством защиты от него. Видя в культуре, социальности человека основную причину невроза, автор полагает, что не будь религии, невроз принял бы еще более грубые формы и протекал бы тяжелее.

#### **1.3.2. Концепция К.Г.Юнга**

Иных взглядов придерживался К.Г.Юнг. В религии он видел установку человеческого ума на внимательное рассмотрение, наблюдение за некими динамическими факторами, понятыми как «силы, духи, демоны, боги, законы, идеалы — и все прочие названия, данные человеком подобным факторам, обнаруженным им в своем мире в качестве могущественных и опасных» [28]. Создав новое направление в психоанализе — аналитическую психологию, он исследовал

роль прошлого опыта и первобытных архетипов (символов, представлений, идей, образов) в формировании стадий сознания. Многие из концепций Юнга о религии были погружены в суеверие и оккультизм, так что в итоге его роль в психоаналитическом движении становилась все более двойственной и неоднозначной. В отличие от З.Фрейда, он не только не рассматривал религию как «невроз навязчивости», но и считал одним из факторов возникновения психических расстройств утрату религиозных взглядов. Причину психических расстройств он видел в динамическом факторе: рассогласовании между сознательным и бессознательным. Он рассматривал религию в качестве необходимого условия психического здоровья личности и эффективной системы психотерапии.

### **1.3.3. Концепция Э.Фромма**

Для Э.Фромма религия была важна как предшественница психотерапии, накопившая тысячелетний опыт заботы о душевном здоровье человека. Он считал, что в настоящее время две группы людей занимаются душой человека — священники и психоаналитики. Понимая религию как систему взглядов и действий, которой придерживается определенная группа людей и которая дает индивиду систему ориентации, он подразделял ее на авторитарную и гуманистическую. Авторитарная религиозность состоит в подчинении и послушании. Утрачивая независимость и цельность, индивид приобретает чувство безопасности и защищенности. В гуманистической религиозности, напротив, человек достигает веры в себя, собственные силы, полную самореализацию. Религиозность по Фромму заключается в служении не только божеству, но и вождям, классам, нации, партии, успеху, силе [22].

### **1.3.4. Концепция В.Е.Франкла**

Воззрения Юнга были подвергнуты критике со стороны основателя логотерапии В.Е.Франкла. Считая основной движущей силой поведения и деятельности человека стремление к смыслу своего существования, он видел принципиальную ошибку Юнга в локализации образа бога в сфере бессознательного, а религии — в сфере инстинктивного. По Франклу истинная религиозность имеет не инстинктивный характер, а характер решения, поскольку религиозность либо экзистенциальна, либо ее нет вообще. Бог в логотерапии — «партнер в самых интимных разговорах человека с самим собой» [18]. Для ло-

готерапии религия является только лишь предметом, но не основанием. Она рассматривает веру в бога как поиск смысла человеческого бытия.

#### **1.4. Психология религии**

Традиционно психология религии изучает субъективную сторону религии, т. е. религиозность индивида в его социальных связях, прежде всего функциональных. Психологический анализ религиозности включает в себя изучение, во-первых, психических мотивов и установок, обуславливающих специфически религиозные представления; во-вторых — состояния сознания (вера, догма, исповедание и т. д.) и, в-третьих — религиозных отношений внутри общины, с внешним миром и т. д. [3].

Основоположником такого подхода в современной психологии религии был W.James. Проведя разграничение религии как учреждения и религии как личного переживания, он четко постулировал приоритет последнего. Определяя религию как совокупность чувств, действий и опыта отдельной личности, он тем не менее отрицал как специфичность религиозного чувства, так и наличие особых «религиозных» механизмов человеческой психики. Признавая наиболее важным объектом исследования экстремальные проявления религиозного опыта, W.James утверждал, что в нем происходит только усиление обычных психических процессов и явлений внутренней жизни субъекта. «Если нет особой элементарной религиозной эмоции, а есть только совокупность обыкновенных эмоций, на который религиозные объекты накладывают свой характерный отпечаток, — писал W.James, — то легко допустить, что равным образом нет и специфических религиозных объектов и специфических религиозных действий» [25]. Характернейшей чертой здорового религиозного переживания он считал восторженность, окрашенную торжественным чувством. Работы W.James, основанные на анализе личных документов, оказали большое влияние на многих исследователей. Так, в 1950 г. G.Allport рассмотрел два типа религиозности: «extrinsic» (внешне ориентированную) и «intrinsic» (внутренне ориентированную). Первая является инструментальной и обеспечивает безопасность, социальный статус или служит для самооправдания. Что касается внутренней, то она мотивирована религией как таковой, индивид живет своей верой вне зависимости от религиозных институтов [15].

В последующие годы религиозность как отдельный объект исследования изучалась нечасто и рассматривалась в рамках других психологических концепций.

Подход, основанный на идеях бихевиоризма, характеризовался признанием обусловленности поведения исключительно внешними факторами, откуда следовал вывод, что оно может контролироваться различными изменениями внешних условий. Значительное влияние на формирование этого направления оказало учение И.П.Павлова об условных рефлексах [11]. Религиозное поведение в рамках бихевиоризма понималось как комплекс реакций на определенные стимулы, включающие в себя религиозное обучение, семейное воспитание, давление социального окружения.

Рассмотрение поведения, в том числе и религиозного, в исследованиях бихевиористской школы производилось по схеме «стимул — реакция». В книге В.Ф.Скиннера «По ту сторону свободы» религия определялась как увеличение управляемости поведения при помощи специальных вербальных регуляторов [37]. В отличие от государственных регуляторов, понимаемых как «законно — незаконно», религиозные обозначены как «богоугодно — греховно». Дополнительными вербальными регуляторами здесь являются «рай», «ад», «небо», «преисподняя». Субъективные факторы, выявляемые методом интроспекции, бихевиористская школа принципиально не рассматривала, считая их ненаучными.

Совершенно в ином аспекте понималась религиозность психологами психоаналитического направления, которые центральное значение в формировании религиозных представлений придавали раннему развитию, видя во взаимоотношениях младенца с отцом и матерью прообраз будущего отношения к богу. По Е.Н.Ерихон психологическое развитие личности проходит восемь стадий, каждая из которых последовательно сменяет другую. Шесть из этих стадий приходятся на два первых десятилетия жизни. Религиозная вера, формирование которой генетически связано с базовым доверием к матери в грудном периоде, положительно влияет на развитие человеческой индивидуальности [17].

Английский психоаналитик D.Winnicott рассматривал становление личности через призму взаимоотношений матери и ребенка [40]. По D.Winnicott противопоставление субъекта объекту или дифференциация внутреннего и внешнего мира формируется путем последовательных переходов от погруженности в символическую орбиту «мать — дитя» до осознания внешней реальности. По

мере продвижения к реальности, в переходной стадии, содержанием которой является мир символов, творческого воображения, ребенок обнаруживает объекты, с которыми он не идентифицирует себя, создавая тем самым предпосылки творчества, фантазии, религии.

Становление психологии религии как науки характеризовалось стремлением, с одной стороны, к объективизации изучаемых явлений, а с другой — к непосредственному, целостному постижению религиозного опыта. Первый подход был отражен в «биологическом» направлении, разрабатываемом T.Flurnua [14]. Здесь внимание фокусировалось в основном на биологических факторах: возрасте, поле, темпераменте, расе — как на мозговых коррелятах религиозности. Второй подход базируется прежде всего на описательной психологии.

W.Dilthey утверждал невозможность изучения религиозного переживания таким же образом, как изучаются природные явления в естественных науках. Он писал: «Всякий анализ факта религии, приводит к понятиям: чувство, воля, зависимость, свобода, мотив, которые могут быть разъяснены исключительно в психологической связи. Тут приходится иметь дело с определенными комплексами душевной жизни, так как в ней зарождается и укрепляется понятие божества. Но эти комплексы обуславливаются общей планомерной связью душевной жизни и понятны только из этой связи» [2].

Исторически идея бога не представляет собой нечто застывшее, неизменное. В фундаментальной монографии «История бога» американская исследовательница К.Армстронг указывает, что представления о боге, которых придерживается одно поколение, могут оказаться для другого совершенно бессмысленными [1]. Идея «бога» вмещает широчайший спектр значений, причем некоторые из них могут полностью отрицать друг друга и даже оказаться внутренне противоречивыми. Без такой гибкости идея бога никогда бы не заняла одного из главных мест в истории человеческой мысли. С другой стороны, эта «гибкость» создавала некий тупик, поскольку всякий раз возникала необходимость нового осмысления религиозности в каждом последующем историческом контексте. Выходу из этого тупика способствовало появление нового аспекта — феноменологии религии.

### **1.5. Феноменология религии**

Выделение феноменологии религии как особой дисциплины обосновано в трудах G.Van der Leeuw [31]. Соотнеся феноменологию с другими дисциплинами, в частности с психологией, он высказал



мысль, что эти две дисциплины близки друг другу методологически, но различаются объектом исследования. При этом психология занимается только религиозными чувствами, а феноменология исследует весь спектр религиозных феноменов. Общим для психологии и феноменологии Van der Leeuw считал использование интроспекции и эмпатии.

Феноменология религии с момента возникновения видела свою задачу в выявлении инвариантных для любой религии элементов. Для этого использовались сравнительный анализ и классификация различных типов религиозных феноменов. Одним из основателей феноменологии религии является немецкий философ и теолог R. Otto [33]. Центральным моментом его учения является категория «священного», которую он считал универсальной структурой религиозного опыта. «Священное» — сложное понятие, которое наряду с рациональным и моральным компонентом, включает также и компонент «нуминозное» (от *лат.* Numen — божество, божественное начало).

Согласно R. Otto, «нуминозное» иррационально и не поддается определению. Оно, в свою очередь, содержит четыре аспекта: 1) чувство реальности нуминозного объекта (чувство тварности); 2) чувство тайны, повергающей в трепет; 3) чувство восхищения и 4) чувство непреходящей ценности. Нуминозное уникально, автономно, наполнено сверхъестественной силой. Оно не выводимо ни из какого другого чувства, отличается качественным своеобразием, изначальностью. Священное проявляет себя в трех ипостасях: священные предметы, священные представления и священные переживания.

Дальнейшая разработка феноменологии религии проводилась в работах M. Scheler [35]. Им изучались специфические черты религиозного переживания и проводился анализ этих черт. Он подчеркивал, что любому учению о религиозном акте и религиозном сознании должно соответствовать и даже предшествовать учение о божественном, поскольку любому религиозному акту присуща тенденция к «надмирности» и он осуществляется только посредством божественного начала. Сущностная феноменология религии включает сущность божественного, учение о формах откровения, в которых божественное обнаруживает и являет себя человеку, учение о религиозном акте, посредством которого человек подготавливается к восприятию содержания откровения и посредством которого схватывает его в вере. Не отрицая социальных корней

религии, одну из задач сущностной феноменологии М. Scheler видел в изучении религиозных объединений (церковь, секта, школа, монашеский орден), а также коллективных ритуалов, молитв.

\* \* \*

По мнению К. Jaspers, «в психопатологии, как в фокусе, сосредотачиваются методы почти всех наук» [27]. Отсюда следует, что психопатология не может быть абсолютно независимой от теологии, психологии, философии и др. Трудность психопатологического исследования в данной области обусловлена еще и тем, что религия и психиатрия представляют собой две самодостаточные системы. Крайнее мнение по этому поводу высказано А. Schutz. Говоря о том, что психиатрия и религия являются совершенно обособленными мирами с особой, присущей каждому из них системой значений, он считает, что «подлинный объект религиозного опыта не может включаться в пораженное психозом сознание, и, наоборот, в психотическом состоянии религиозный компонент не может быть истинным» [36]. Однако если учесть, что пораженная болезнью психика черпает свой материал из всего своего доболезненного прошлого опыта, то и религиозность в патологических условиях может быть объектом психопатологического исследования.

### Литература

1. Армстронг К. (*Armstrong K.*) История бога. Тысячелетние искания в иудаизме, христианстве и исламе: Пер. с англ.— Киев: София; М.: ИД София, 2004.— 496 с.
2. Дильтей В. (*Dilthey W.*) Описательная психология.— СПб.: Алетейя, 1996.— 160 с.
3. Гараджа В.И. Религиеведение: Учебное пособие для студентов высш. учеб. заведений.— 2-е изд., доп.— М.: Аспект Пресс, 1995.— 351 с.
4. Ильин И.А. Аксиомы религиозного опыта.— М.: ТОО Рароргъ, 1993.— 448 с.
5. Кант И. (*Kant I.*) Религия в пределах только разума: Пер. с нем.— СПб.: Тип. В.И.Яковенко, 1908.— 302 с.
6. Кондратьев Ф.В. Психиатрический аспект последствий деятельности современных культовых новообразований // Росс. психиатр. журн.— 1997.— № 2.— Р. 25—30.
7. Коновалов Д.Г. Религиозный экстаз в русском мистическом сектантстве.— Сергиев Посад: Св-Тр. Сергиева Лавра, 1908.— 257 с.
8. Корсаков С.С. Курс психиатрии.— М.: Изд-во Моск. ун-та, 1901.— Т. 1—2.— 1133 с.

9. Краинский Н.В. Порча, кликуши и бесноватые.— СПб.: Тип. М.Акинфиева и И.Леонтьева, 1900.— 46 с.

10. Мелехов Д.Е. Психиатрия и проблемы духовной жизни // «Психиатрия и проблемы духовной жизни».— М.: Изд-во Свято-Филоретовской правосл.-христианск. школы, 1997.— С. 8—61.

11. Павлов И.П. Полное собрание сочинений.— 2-е изд., доп.— Т. 3, кн. 1.— Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности животных.— М.: Изд-во АН СССР, 1951.— 392 с.

12. Полищук Ю.И. Психические расстройства, возникающие у людей, вовлеченных в деструктивные религиозные секты // Обозр. психиатрии и мед. психологии.— 1995.— № 1.— С. 14—20.

13. Сербский В.П. Психиатрия. Руководство к изучению душевных болезней.— 2-е изд.— М.: Студенч. Мед. Изд. Комиссия, 1912.— 654 с.

14. Флурнуа Т. (*Flurnua T.*) Принципы религиозной психологии: Пер. с итал.— Киев: Киевск. Рел.-философск. об-во, 1913.— 34 с.

15. Allport G. The individual and his religion, a psychological interpretation.— N.Y.: Macmillan, 1950.— 147 p.

16. Charcot J.M., Richer P.M. Les demoniaques dans l'art.— Paris: Macula, 1984.— 211 p.

17. Erixon E.H. Young man Luther: a study in psychoanalysis and history.— N.Y.: Norton, 1958.— 288 p.

18. Frankl V.E. The unconscious God: psychotherapy and theology.— N.Y.: Washington Square Press, 1985.— 161 p.

19. Freud S. Obsessive actions and religious practices // The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud.— Vol. 9.— London: Hogarth, 1959 — P. 115—127. + "Mose and monotheism"

20. Freud S. Leonardo da Vinci: a memoir of his childhood.— London; N.Y.: Routledge, 2001.— 97 p.

21. Freud S. Totem and taboo: some points of agreement between the mental lives of savages and neurotics.— London: Routledge, 2001.— 201 p.

22. Fromm E. Psychoanalysis and religion.— New Haven: Yale University Press, 1950.— 119 p.

23. Hellpach W. Die geistigen epidemien Frankfurt am.— Main: Rutten & Loening, 1907.— 100 S.

24. James K., Boehnlein M. Psychiatry and Religion. The Convergence of Mind and Spirit.— Washington, DC London: Amer. Psychiatric Press, 2000.— 196 p.

25. James W. The varieties of religious experience.— Cambridge, Mass: Harvard University Press, 1985.— 669 p.

26. Janet P. Nevroses et idees fixes.— 4 ed.— Paris: Felix Alcan, 1925.

27. Jaspers K. Allgemeine Psychopathologie.— 3 Aufl.— Berlin: Thieme, 1923.— 420 S.

28. Jung C.G. Psychology and religion Olton, Freiburg I.— Br.: Walter, 1971.— 280 p.

29. *Kraepelin E.* Psychiatrie; ein lehrbuch für studierende und ärzte.— 8 Aufl.— Leipzig: Bart, 1920—1923.

30. *Kraft-Ebing R.* Lehrbuch der Psychiatrie auf klinischer Grundlage für praktische Ärzte und Studierende.— Stuttgart: F. Enke, 1893.— 698 S.

31. *Leeuw Van der G.* Phanomenologie der Religion.— Tübingen: Verlag von J.C.B. Mohr (Paul Siebeck), 1933.— 669 S.

32. *Милев В.* Психология и психопатология на религията.— София: Медицина и физкултура, 1988.— 184 с.

33. *Otto R.* Das heilige, über das irrationale in der Idee des lichen und sein Verhältnis zum rationalen.— Gotha: L. Klotz, 1926.— 258 S.

34. *Peters E.R., Day S., McKenna J.* The incidence of delusional ideation in religious and psychotic populations // Brit. J. Clin. Psychol.— 1999.— Vol. 39.— P. 83—96.

35. *Scheler M.* Von Ewigen im Menschen.— Bern: Francke, 1954.— 488 p.

36. *Schutz A.* Some leading concepts of phenomenology // Collected Papers / Ed. by M. Natanson.— The Hague, Netherlands, Martinus Nijhoff, 1941.

37. *Skinner B.F.* Beyond freedom & dignity.— Indianapolis, Ind: Hackett Pub., 2002.— 234 p.

38. *Starbuck E.D.* Psychology of religion.— London: Scott, 1900.— 425 p.

39. *Thouless R.H.* An introduction to the psychology of religion.— London: Cambr. Univer. Press, 1971.— 152 p.

40. *Winnicott D.* Playing and reality.— N.Y.: Basic Books, 1971.— 169 p.

#### **Материалы сети Интернет:**

1. *Красников А.Н.* Методология классической феноменологии религии // [www.religiovedenie.ru](http://www.religiovedenie.ru).

2. *Рязанова Е.В.* Психология религии // [www.religiovedenie.ru](http://www.religiovedenie.ru).

## **ГЛАВА 2**

### **ОСНОВНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ РЕЛИГИОЗНОСТИ**

Понимание психопатологических феноменов невозможно без знания личностно значимых элементов религиозности. Религиозность отдельного индивида или группы проявляется в вере, поклонении таинственному, сверхъестественному, совершении молитв, исповеди, причащении. Кроме того, религиозность проявляется в определенных взаимоотношениях как внутри религиозной общины, так и с внешним миром. Наряду с этим психиатрия фокусирует свое внимание и на том, как влияют на психическое здоровье такие парарелигиозные представления, как суеверия, магия и т. д. В данной главе при описании основных терминов и понятий использовались современные справочные издания [4, 5, 11, 14].

#### **2.1. Религиозная вера**

Веру как психологическое явление трудно однозначно отнести к какой-либо определенной психологической сфере: восприятию, чувству, мышлению, волевому акту. Она обычно понимается как установка личности на принятие чего-либо или кого-либо без достаточных доказательств. Обычно термин трактуется как принятие чего-либо за истину без достаточного подтверждения со стороны чувств и разума, поэтому предмет веры не имеет характера объективной значимости. В английском языке наиболее четко различаются теоретическая вера в то, что нечто есть (belief), и религиозная вера (faith). Если научная вера (предположения, гипотезы) со своими предпосылками, связывающими идеи и выводы, остается в пределах познавае-

мого (естественного) и законосообразного, то религиозная вера переходит в область непознаваемого (сверхъестественного, метафизического) и распространяет свободу, которую она принимает для мира сверхъестественного, также и на природу.

В обыденной жизни вера имеет гораздо большее значение, чем об этом принято думать. Связано это с невозможностью получения *a priori* полного знания о многих предметах и явлениях, с которыми мы сталкиваемся. Если знаний недостаточно, то вера помогает путнику отыскать в пустыне источник воды, мореплавателю — новые земли в бесконечности океана, ученому — определить направление поиска в научном исследовании. Взаимоотношения между людьми во многом основаны на доверии. В основе веры всегда присутствует риск, возможность ошибки. Теоретическая вера (*belief*) тесно взаимосвязана с фактами реальной действительности и может исчезать, если гипотеза не подтверждается, или, сыграв свою роль, трансформироваться в теоретическое знание.

Религиозная вера (*faith*) не взаимодействует с такими механизмами мышления, как сравнение, анализ, синтез. Она поддерживается не соотношением субъективных представлений с наблюдаемыми явлениями окружающего мира, а с внутренней уверенностью в приобщении к тайне. Само существо религиозной веры выражено в знаменитой фразе К.С.Тертуллиана: «*Credo quia absurdum est*» — «Верую, ибо абсурдно». По Тертуллиану религиозная вера существует не благодаря, а вопреки доказательствам [12]. Если что и может быть доказано, то это не предмет веры. Вера требует признания Невозможного, Немыслимого и Непостижимого: «Сын Божий распят — это не стыдно, ибо достойно стыда; и умер Сын Божий — это совершенно достоверно, ибо нелепо; и погребенный, воскрес — это несомненно, ибо невозможно».

Основанием для религиозной веры служит сама сущность человека. О компенсаторной роли религии писали Л.Фейербах [13], К.Маркс [8], З.Фрейд [18].

По Л.Фейербаху, «религия есть сознание бесконечного, и поэтому человек познает в ней не конечную и ограниченную, а бесконечную сущность». В вере человек преодолевает свою уязвимость как физического существа, рассчитывая на определенные формы существования после смерти, надеется на компенсацию страданий и лишений, перенесенных в земной жизни.

По своей структуре религиозная вера представляется как признание: 1) объективного существования сверхъестественных сущностей, атрибутизированных свойств, связей, превращений; 2) возмож-

ности общения с указанными сущностями, воздействию на них и получения от них помощи, награды, наказания; 3) истинности соответствующих религиозных представлений, взглядов, догматов, текстов и т. д.; 4) действительного совершения и наступления описанных в священных текстах событий, собственной причастности к ним; 5) религиозных авторитетов — отцов, учителей, святых, пророков [9]. Центральным компонентом религиозности является догмат, т. е. утвержденное высшими церковными инстанциями положение верования, объявляемое непреложной истиной, не подлежащее критике. К символам веры относится краткое изложение в форме простых утверждений или бесспорных фактов главных догматов веры. Например, в Православной Христианской Церкви, согласно Православному катехизису [10], существует двенадцать членов Символа веры: «В первом члене говорится о Боге, а именно, — о первой ипостаси Святой Троицы, о Боге Отце и о Боге как о Творце мира. Во втором члене — о второй ипостаси Святой Троицы, о Господе Иисусе Христе, Сыне Божиим. В третьем члене — о воплощении Сына Божия. В четвертом — о страдании и смерти Иисуса Христа. В пятом члене — о воскресении Иисуса Христа. В шестом члене — о вознесении Иисуса Христа на небо. В седьмом члене — о втором пришествии Иисуса Христа на землю. В восьмом члене — о третьей ипостаси Святой Троицы — Святом Духе. В девятом члене — о Церкви. В десятом члене — о Крещении, где подразумеваются и другие Таинства. В одиннадцатом члене — о будущем воскресении мертвых. В двенадцатом члене — о жизни вечной».

Вера в контакт с надчеловеческим духовным миром реализуется в диалоге, формами которого являются богослужение, молитва, медитация. Гармоничная, здоровая вера по S.Arterburn и J.Felton характеризуется: 1) сосредоточением внимания на Боге; 2) благоговением и любовью; 3) уважением к собственной личности и к убеждениям других людей; 4) ориентацией на теплые межличностные отношения; 5) осознанием своего несовершенства [17].

## **2.2. Религиозное переживание**

На основе религиозной веры возникают религиозные переживания. Их интенсивность, насыщенность, полнота во многом зависят от психического склада личности, способности к воображению, фантазии. У одних верующих даже при отправлении культа переживания бедны. Примером может быть самонаблюдение К.Армстронг:

«Во время молитвы я отчаянно заставляла себя сосредоточить все мысли на встрече с Богом, но он либо оставался суровым надсмотрщиком, бдительно следящим за любыми нарушениями устава, либо — что было еще мучительнее, — вообще ускользал. Я с горечью признавалась себе, что даже те редкие религиозные переживания, которые у меня возникали, вполне могли быть плодом моей собственной фантазии, следствием жгучего желания их испытать» [1]. У других людей переживания имеют сугубо духовный характер и схожи с таковыми при восприятии поэзии, музыки, живописи. И лишь у третьих проявляется чувственное видение сверхъестественного. Именно в различных проявлениях мистической интуиции: галлюцинациях, экзальтациях и т. п. видел источник религии французский философ А. Бергсон [2].

Стержнем религиозного переживания является интуиция (от лат. *intuitio* — пристальное, внимательное всматривание, созерцание), которая характеризуется постижением истины путем непосредственного ее усмотрения без обоснования с помощью доказательства. И. Кант различал дискурсивную, логическую ясность, полученную с помощью образования понятий, и интуитивную (т. е. эстетическую, чувственную), приобретенную с помощью видения [6]. Для интуиции типичны неожиданность, невероятность, непосредственная очевидность и неосознанность пути, ведущего к ее результату.

Непосредственными компонентами религиозного переживания являются:

- *Видение* — «внутреннее зрение разума», которое связывается с удаленными или пространственно, или во времени событиями, часто принимаемое как «откровение» из другого мира.
- *Прозрение* — внезапное просветление мысли; проникновение в сущность чего-либо, предвидение.
- *Озарение* — внезапное прояснение сознания, ясное понимание чего-нибудь.
- *Благоговение* — внезапное чувство подавленности, обычно связанное с красотой, величием, необычностью природного или искусственного объекта или того, что воспринимается как сверхъестественное.
- *Экстаз* — исступление, восторг; высшая, близкая к умопомешательству степень упоения, при которой появляются слуховые и зрительные галлюцинации. Во время экстаза, по утверждению восточных и христианских мистиков совершается слияние души и Бога, возвышение духа, ведущее к живому познанию Бога.



- *Страх* — безотчетный, безрассудный и непреодолимый метафизический страх-тоска. Страх Божий, благочестие как боязнь греха.

### 2.3. Религиозное поведение

Религиозное поведение проявляется в различных формах и обуславливается типом религиозной личности. По G.W.Allport существует два типа. Первый характеризуется сугубо формальным отношением к религии. Для него характерны посещения церкви, участие в деятельности религиозных общин, внешнее благочестие. Основная потребность людей, отнесенных к этому типу, — продемонстрировать лояльность к церкви, приобрести с ее помощью респектабельность, вес в обществе. Для верующих, принадлежащих ко второму типу, главное — это собственно религия, представляющая для них самостоятельную внутреннюю ценность. Здесь реализуются высшие духовные потребности любви, сострадания, равенства и братства в вере [16].

Религиозное поведение индивидуума обусловлено культом, который он исповедует. Культ (*лат. cultus* — почитание) определяется как совокупность специфических действий, обрядов, ритуалов, обусловленных верой в сверхъестественное, регламентированных вероучением и обеспечивающих, по убеждению верующих, прямую и обратную связь с объектами поклонения (духи, божества, бог, святые и т. п.). Важнейшими из них являются следующие:

- *Богослужение* — совершение служителями культа религиозных церемоний и обрядовых действий, отправление служб.
- *Молитва* — установленный текст, произносимый при обращении к богу, к святым. Например, «Молитва Господня» — «Отче наш» (Мф. 6; 9–13; Лк. II; 24), которую Иисус Христос дал своим ученикам, вошла в широкое богослужебное употребление.
- *Медитация* (от *лат. meditatio* — размышление): 1) интенсивное, проникающее вглубь размышление, погружение умом в предмет, идею и т. д., которое достигается путем сосредоточения на одном объекте и устранении всех факторов, рассеивающих внимание; 2) приведение себя в измененное состояние сознания, как наркотическими средствами, так и специальными упражнениями, направленными на создание сенсорной депривации. При этом поступление сигналов внешнего мира (звук, свет) в головной мозг блокируется или направленно сужается и созна-

ние освобождается от мыслей, образов и чувств, которые связывают его с внешним миром.

- *Исповедь* — таинство церкви, раскрытие верующими своих грехов священнику и получение от него прощения («отпущение грехов») именем Иисуса Христа. Исповедь связана с главным христианским таинством — причащением, которому, как правило, предшествует.
- *Пост* — время усиленного молитвенного обращения к Богу и воздержания от пищи животного происхождения. Существуют однодневные и многодневные посты. Великий пост (в память 40-дневного поста Иисуса Христа в пустыне) — период 7 недель перед Пасхой, в течение которого христианская церковь предписывает верующим воздержание от скоромной пищи, запрещает участие в увеселениях, вступление в брак, требует ряда других ограничений.
- *Жертвоприношение* — форма религиозного культа, принесение божеству даров, обладающих реальной или символической ценностью для жертвующего, в том числе заклание животных (иногда людей). Смысл жертвоприношения в установлении или укреплении связи общины или личности с божеством, искуплении грехов, очищении от скверны, выражении покорности, благодарности и умиловлении бога.

К особым формам религиозного поведения относятся:

- *Аскетизм* — ограничение или подавление чувственных желаний, добровольное перенесение физической боли, одиночества и т. п. Целью аскетизма может быть достижение свободы от потребностей, сосредоточенности духа, подготовка к экстатическим состояниям, достижение «сверхъестественных способностей» (йога), в христианстве — соучастие в «страданиях» Христа. Крайняя форма аскетизма — самооскопление.
- *Странничество*: 1) скитанье по святым местам; 2) тунеядное странничество под предлогом богомолья; 3) бродяжничество, обусловленное верой в настоящее царенье антихриста и убеждением в том, что всякое повиновение власти есть смертный грех.
- *Паломничество*: путешествия в святые места, обусловленные убеждением в том, что молитва более действенна в определенных местностях, имеющих то или иное отношение к божеству.
- *Юродство*: симуляция психического расстройства с богоугодными целями. Юродивые не только добровольно отказывались от удобств и благ земной жизни, от родства самого близкого и

кровного, но принимали вид безумного человека, не знающего ни приличия, ни чувства стыда, позволяющего себе соблазнительные действия.

## **2.4. Парарелигиозные проявления**

### **2.4.1. Суеверие**

Слово «суеверие» происходит от древнеславянского слова *всуе* — «бесполезно», «напрасно», «попусту». Его значение имеет различные оттенки: 1) суетное, тщетное, т. е. ложное верование, которому противопоставляется истинная вера, формулируемая в вероучениях развитых религий; с рационалистической точки зрения — всякая вера в сверхъестественные явления; 2) неполноценная, превратная, ложная вера; 3) вера в действие и восприятие сил, не объяснимых законами природы.

Суеверие принимает за реальность существование магических таинственных сил, которые оказывают благотворное или вредное влияние на жизнь людей и домашних животных, а также определяют известные явления природы: погоду, рост, рождение, смерть. В наши дни в суеверии сохранились пережитки старых народных верований. Проявляется суеверие в ношении амулетов, татуировке и т. п.

В. И. Даль сближает понятия «поверье» и «суеверия». Поверьем он называет всякое укоренившееся в народе мнение или понятие, без разумного отчета в основательности его [3]. Из этого следует, что поверье может быть истинным и ложным. В последнем случае оно называется собственно суеверием или предрассудком. Предрассудок — понятие более узкое и относится преимущественно к предостережениям: что, как, когда делать или не делать. У всех народов Земли есть поверья и суеверия, причем у многих они схожи между собой. Суеверия часто несут на себе отпечаток древних верований, к которым относятся:

- *Анимизм* — религиозное представление о независимом существовании духа, души у каждого человека, животного, растения (в первобытных религиях — у каждой вещи).
- *Тотемизм* — комплекс верований, связанный с представлением о родстве между группой людей (родом) и тотемом — явлением живой или неодушевленной природы, обычно каким-либо животным или растением.

- **Фетишизм** — поклонение материальным предметам — фетишам, которым приписываются сверхъестественные свойства.

Склонность людей к суевериям и предрассудкам обуславливается условиями жизни и воспитания, социальным окружением, культурой, интеллектом.

#### **2.4.2. Магия**

Магией (*лат. magia, греч. mageia*) называется совокупность обрядов, связанных с верой в сверхъестественную способность человека воздействовать на других людей и природу и обычно совершаемых лишь посвященными. Синонимы: чародейство, волшебство, колдовство.

По своей направленности магия бывает черной и белой. *Черная магия* включает колдовство, некромантию (воскрешение мертвых) и другие злоупотребления сверхъестественными силами в личных целях. В противоположность этому *белая магия* свободна от эгоизма, властолюбия и направлена всецело на сотворение добра миру, и ближнему в частности. Малейшая попытка использования магических возможностей для своего удовольствия превращает белую магию в черную.

По способу действия магия делится на *мантику*, или искусство предсказывать будущее, и *оперативную магию* — сотворение чуда с помощью сверхъестественных сил.

По виду действия различают *симпатическую* (колдовские приемы, основанные на законе подобия) магию и *контагиозную* (колдовские приемы, основанные на законе соприкосновения). Примером использования магии подобия являются попытки нанести вред врагу путем нанесения повреждений его изображению.

Значительный вклад в изучение магии внес Дж. Фрэзер. В книге «Золотая ветвь» он рассматривал магию как форму, предшествующую религии. Проводя сравнительный анализ, он отмечал, что «магия часто имеет дело с духами, т. е. с личными агентами, что роднит ее с религией. Но магия обращается с ними точно так же, как она обращается с неодушевленными силами. Вместо того, чтобы подобно религии, умиловать и умиротворять духов, она их принуждает и заставляет. Магия исходит из предположения, что все личные существа, будь они людьми или богами, в конечном итоге подчинены безличным силам, которые контролируют все, но из которых тем не менее может извлечь выгоду тот, кто знает, как ими манипулировать с помощью обрядов и колдовских чар... Радикальной противополож-

ностью магии и религии объясняется та непреклонная враждебность, с которой священнослужители относились к колдунам. Священника не могла не возмущать высокомерная самонадеянность колдуна, его надменность в отношении к высшим силам, бесстыдное притязание на обладание равной с ним властью» [15]. По мнению Дж.Фрэзера, в ходе эволюции люди разочаровались в магии, поскольку магические обряды и заклинания не приносили результатов, на которые они были рассчитаны.

Вместе с тем обращение к магии не только не исчезло из истории человечества, но и возникало с новой силой в периоды как общественно-исторического, так и личного духовного кризиса.

Возникновение, распространение, сохранность магических представлений вплоть до настоящего времени, по мнению английского этнографа и социолога Б.Малиновского, связаны с тупиковыми моментами в жизнедеятельности человека, когда ему уже не могут помочь ни знания, ни прошлый опыт, ни технические навыки [7]. В эти моменты сильное эмоциональное переживание, нашедшее выход в потоке слов, образов и действий, оставляет после себя глубокое убеждение, что проклятия и жесты погубили врага, что любовная мольба и нежные обьятия не остались без ответа, т. е. что затраченные усилия не могли не оказать положительного влияния на предмет желания.

\* \* \*

Итак, психиатрия исходит из того положения, что религия сама по себе не только не вызывает душевные заболевания, но и до появления научной психиатрии и психотерапии во многом помогала людям справляться с психическими и даже телесными недугами. Однако в определенных условиях, при определенном складе личности, в частности истерическом, или при генетической предрасположенности к психическим расстройствам религия определяет содержательный аспект психопатологических переживаний. Все психопатологические явления имеют аналоги в психологии человека. Так же, как существуют критерии, позволяющие отличать острое горе от депрессии, любовь от бреда любовного очарования, так же должны существовать и отличительные признаки нормальной и патологической религиозности. Поисками этих критериев, а также описанием специфических патологических религиозных симптомокомплексов и занимается психопатология.

## Литература

1. *Армстронг К.* История бога. Тысячелетние искания в иудаизме, христианстве и исламе: Пер. с англ.— Киев: София; М.: ИД София, 2004.— 496 с.
2. *Бергсон А.* Два источника морали и религии: Пер. с фр.— М.: Канон, 1994.— 382 с.
3. *Даль В.И.* Поверья, суеверия и предрассудки русского народа.— М.: ЭКСМО, 2003.— 732 с.
4. *Ефремова Т.Ф.* Новый словарь русского языка.— М.: Русский язык, 2000.— Т. 1.— 1210 с.; Т. 2.— 1084 с.
5. *Иллюстрированный энциклопедический словарь.*— М.: РИПОЛ Классик-БРЭ, 2001.— 1439 с.
6. *Кант И.* Критика чистого разума: Пер. с нем.— М.: Мысль, 1994.— 592 с.
7. *Малиновский Б.* Магия, наука, религия: Пер. с англ.— М.: Рефлбук, 1998.— 290 с.
8. *Маркс К.* Об атеизме, религии и церкви: Пер. с нем.— М.: Мысль, 1986.— 671 с.
9. *Основы религиоведения: Учебник / Под ред. И.Н.Яблокова.*— 4-е изд., перераб. и доп.— М.: Высшая школа, 2002.— 511 с.
10. *Пространный христианский катехизис / Сост. Митр. Московский Филарет.*— М.: Свт. Киприанъ, 1998.— 128 с.
11. *Российский энциклопедический словарь.*— М.: БРЭ, 2001.— Т. 1 — 1023 с.; Т. 2 — 1084 с.
12. *Тертуллиан К.С.Ф.* Избранные сочинения: Пер. с лат.— М.: Прогресс-Культура, 1994.— 443 с.
13. *Фейербах Л.* Сущность христианства: Пер. с нем.— М.: Мысль, 1965.— 414 с.
14. *Философский словарь / Под ред. И.Т.Фролова.*— 6-е изд., перераб. и доп.— М.: Политиздат, 1991.— 560 с.
15. *Фрэзер Дж.* Золотая ветвь (исследования магии и религии): Пер. с англ.— М.: АСТ, 1998 — 782 с.
16. *Allport G.* The individual and his religion, a psychological interpretation.— N.Y.: Macmillan, 1950 — 147 p.
17. *Arterburn S., Felton J.* Toxic faith: experiencing healing from painful spiritual abuse.— Colorado Springs, Colo.: Shaw, 2001.— 268 p.
18. *Freud S.* Obsessive actions and religious practices // The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud.— Vol. 9.— London: Hogarth, 1959.— P. 115—127.

## ГЛАВА 3

### РЕЛИГИОЗНО-МИСТИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ

Понятия «мистика», «мистицизм», «мистический» имеют множество смысловых оттенков. Термин происходит от *греч. mystika* — таинство, сверхъестественное, божественное. В современном толковании оно имеет следующие основные значения: 1) религиозная вера в непосредственное общение человека с потусторонним миром; 2) нечто непонятное, необъяснимое, загадочное; 3) религиозная практика, имеющая целью переживание в экстазе «непосредственного единения» с богом [10, 11, 15, 17].

Мистицизм как философское направление представляет собой умонастроения и учения, в том числе религиозные, исходящие из того, что подлинная реальность недоступна разуму и постигается лишь интуитивно-экстатическим способом. Понятие «мистический» в бытовом плане истолковывается как сокровенный, скрытый, таинственный, темно-иносказательный, а «мистифицировать» кого-то — значит дурачить, тешиться обманом, вводить в длительное заблуждение [8]. К «мистериям» относятся сокровенные обряды, например, связанные с божествами Деметрой и Дионисом в Древней Греции.

«Мистический бред» в психиатрии определяется как психопатологическое явление, характеризующееся выраженным мистическим содержанием болезненных переживаний, убежденностью пациента в том, что с ним и окружающими происходит нечто необъяснимое, загадочное. К мистическому бреду относятся болезненные идеи религиозного содержания, утверждения об общении с потусторонним миром [4].

В силу многогранности и неопределенности религиозно-мистических проявлений зачастую трудно уловить грань между религиозным опытом и психопатологией. Поэтому представляется необходимым их рассмотрение в теологическом, философском, нейропсихологическом и психопатологическом контекстах.

### **3.1. Теологический контекст**

Теологический контекст включает в себя совокупность религиозных доктрин на основе идей, текстов, принимаемых верующими как божественное откровение. Являясь неотъемлемой частью человеческого бытия, мистические переживания нашли свое воплощение в Библии. Примерами божественных откровений являются слышание Моисеем оклика бога Яхве из объятых пламенем тернового куста (Исх. 3:1–22), насыщенная мистической символикой картина явления бога иудейскому пророку Иезекилю (Иез. 1–18), услышанный Савлом голос Христа на пути в Дамаск (Деян. 9:3–7), апокалиптические видения Иоанна Богослова (Откр; Апок. 4–22). Ошеломляющее божественное присутствие испытывал пророк Мухаммад, когда перед ним предстал ангел и повелел читать. В течение двадцати трех лет пророк получал откровения от бога в виде стихов, из которых впоследствии сложился Коран. Иногда Мухаммад ясно видел ангела и слышал его речь, но порой его голос был неразборчивым. Очевидцы часто видели пророка прислушивающимся к себе [18]. Мистика присуща всем религиозным системам, но в каждой она имела характерную для данной религии окраску: в Китае она формировалась внутри даосизма, в Индии внутри буддизма и позднего брахманизма. Еврейские мистики «видели» семь небес, индийские — будд и будхисаттв, христианские — Деву Марию. Вне христианства в средние века сложились два мощных мистических движения — каббализм у иудеев и суфизм у персов — мусульман.

Византийские мистики, сосредоточенные в афонских монастырях, пользовались особым психофизическим методом — «умное делание» для погружения в экстаз. Симеон Новый Богослов (цит. по I. Hausherr [22]) писал о трех способах внимания и молитвы. Первый основан на воображении небесных благ, ангелов, святых. Второй — на преодолении иных помыслов: «мысли с мыслями борются», и в уме нет ясности. Третий образ молитвы основан на «сведении ума в глубь сердца» с использованием физических приемов: сесть в темной комнате на низкий стул, закрыть глаза, опустить голову, стес-



нить немного дыхание, постараться найти умом «сердечное место» (верхнюю часть сердца), и, сосредоточившись там, творить Иисусову молитву. Один из духовных наставников Феофан Затворник относился к специфическим приемам духовного погружения весьма сдержанно [9]. По его словам, сердечного переживания единения с Богом удобнее всего достигнуть «хождением перед Богом» и молитвенным трудом. «Хождение перед Богом» означает сверку каждого поступка и мысли с Евангелием, непрестанное поминание Бога, ощущение его присутствия.

О протопатическом переживании благодати в области сердца во время молитвы писали многие отцы церкви. Св. Ефрем Сирийский писал об огне, который входит в сердце и обитает в нем, а Иоанн Лествичник [13] — об огне духовном, пришедшем в сердце и воскрешающем молитву. В своем апологетическом труде «Дух, душа и тело» священник и выдающийся хирург В.Ф.Войно-Ясенецкий (архиепископ Лука) отмечал: «При добром и благодатном устроении души ощущается в сердце тихая радость, глубокий покой и теплота, всегда возрастающие при неуклонной и памятной молитве и после добрых дел. Напротив, воздействие на сердце духа сатаны и слуг его рождает в нем смутную тревогу, какое-то жжение и холод и безотчетное беспокойство... Как это ни сомнительно для неверующих, мы утверждаем, что сердцем можно воспринимать вполне определенные внушения прямо как глаголы Божии. Но это удел не только святых. И я, подобно многим, не раз испытывал это с огромной силой и глубоким душевным волнением. Читая или слушая слова Священного писания, я вдруг получал потрясающее ощущение, что это слова Божии, обращенные непосредственно ко мне. Они звучали для меня как гром, точно молния пронизывала мой мозг и сердце. Отдельные фразы совершенно неожиданно точно вырывались для меня из контекста Писания, озарялись ярким ослепительным светом и неизгладимо отпечатывались в моем сознании. И всегда эти молниеносные фразы, Божии глаголы, были важнейшими, необходимейшими для меня в тот момент внушениями, наставлениями или даже пророчествами, неизменно сбывавшимися впоследствии. Их сила была иногда колоссальна, потрясающа, несравнима с силой каких бы то ни было обычных психических воздействий» [7].

Для психопатологии особенно важно то обстоятельство, что мистическое погружение не всегда проходит бесследно для психики. В одном из древних текстов, приведенном в уже упоминавшейся нами книге К.Армстронг [1] повествуется о мистическом восхождении на

высочайшее небо к божьему престолу четырех иудеев: бен Аззая, бен Зома, бен Агера и раввина Акивы. Только раввин Акива оказался достаточно зрелым, чтобы завершить путь целым и невредимым. Что же касается остальных, то бен Аззай узрел и умер, бен Зома сошел с ума, бен Агер стал еретиком. Приведенная легенда показывает, что религиозные иудеи прекрасно осознавали опасности мистицизма. Позже у них запрещалось посвящать молодых людей в мистическое учение каббалы, пока те не достигнут зрелости. Многие религиозные мистические учения отмечают необходимость и важность здравого смысла и душевного равновесия. Учителя дзэн-буддизма говорят, что человеку нервному нет смысла ожидать от медитации исцеления, ибо она только обострит его расстройства. Испанский мистик XIII в. Авраам Абулафия долго изучал Тору, Талмуд и возвратился к мистицизму в возрасте 30 лет. Для того чтобы добиться пророческого вдохновения, он разработал собственный метод, включающий в себя традиционные для сосредоточения принципы дыхания, повторения мантр, специальные позы для достижения измененных состояний сознания. Абулафия считал, что мистическое погружение можно осуществлять только под руководством знатока каббалы. Он хорошо осознавал опасность неконтролируемых экспериментов с собственной психикой, поскольку сам в юности едва не пострадал от разрушительных религиозных переживаний, которые чуть не привели его к отчаянным поступкам.

Отношение традиционной религии к мистике далеко не однозначно. В XIV столетии на западе сформировалось сильное мистическое направление, однако уже к XVI веку реформаторы-протестанты открыто осуждали «небиблейскую» духовность. В Римско-католической церкви канонизированной впоследствии Терезе Авильской грозило преследование со стороны инквизиции.

В Русской Православной Церкви духовное видение противопоставляется чувственному. Как пишет епископ Игнатий Брянчанинов, «желание видеть духов, любопытство узнать что-нибудь о них и от них есть признак величайшего безрассудства и совершенного незнания нравственных и деятельных преданий Православной Церкви» [6]. В то же время допускается, что одним только христианским подвижничеством доставляется правильный, законный вход в мир духов. Истинного Христова подвижника вводит в видение сам Бог.

В русской религиозной философии мистическая составляющая религии раскрыта Н.А.Бердяевым [3]. Определяя мистику как учение о пути преодоления естественного «тварного» бытия, учение

о пути «обожения» человека и мира, он в то же время указывает на непростые взаимоотношения между религией и мистикой. С одной стороны, «религия боится мистики», нередко видит в ней источник ересей, угрозу канонам, с другой — «она нуждается в ней и всегда пытается подчинить вольную мистическую стихию устоявшимся религиозным нормам».

В настоящее время традиционные религии предпочитают экзотерический, т. е. открытый для всех и всем понятный религиозный опыт. В противоположность им, мистическая практика широко применяется в надконфессиональных синкретических (теософия, Агни йога, интегральная йога) и нетрадиционных культах («Новый век», «Общество сознания Кришны» и др.).

### **3.2. Философский контекст**

Мистицизм в философии — это особый род познавательной деятельности. Философы этого направления настаивают на ограниченности обычных способов познания истины — отражения материального мира в сознании человека путем сравнения, анализа, синтеза, абстрагирования и обобщения. Наиболее существенным для них является непосредственное общение между познающим субъектом и абсолютным предметом познания — сущностью всего или божеством. По мнению В. Russell, мистическая философия во все времена, во-первых, опиралась на веру в способность интуитивного проникновения как нечто противоположное дискурсивному аналитическому мышлению во-вторых, на веру в единство и отказ принять в чем-либо противоположность или различие; в-третьих, на отрицание реальности времени [35]. Как и в древнейшем памятнике мистической философии — «Упанишадах» [5], так и в других, более поздних памятниках индийской философии основной мыслью является поглощение всего индивидуального в абсолютном единстве мировой души. В трактате «Дао-дэ-цзин» («Книга о пути и добродетели») китайского философа Лао-цзы, жившего в VI в. до н. э. основным понятием является «Дао», которое одновременно является мировой материей, мировой силой, мировым разумом, абсолютной простотой и бездейтельностью — началом и концом всего существующего [12]. В системе Лао-цзы человек объясняется проявлением того же дао, причем его тело — часть мировой материи, а душа — часть мирового разума. Душа бессмертна по отношению к телу, но теряет свою индивидуальность в абсолютном дао.

В древнегреческой философии мистические воззрения развиты в трудах Гераклита, пифагорейцев, Эмпедокла и, особенно, в учении Платона.

В средневековой духовной жизни идею различия между знанием и созерцанием разрабатывал выдающийся ученый, философ, богослов, математик и церковно-политический деятель кардинал Николай Кузанский. Первоосновой церкви на земле он признавал не иерархию, а таинства как самостоятельный божественный элемент духовной жизни. В сочинении о вращении Земли он на 100 лет опередил Н.Коперника. Особое внимание ученый уделял разработке метода мышления и способов выражения, чем предвосхитил современную семиотику (науку о знаках). В математике он стремился разрешить проблему больших и малых величин. В гносеологии (науке о познании) Н.Кузанский разработал идею об «ученом незнании» (*docta ignoratia*), т. е. незнании, достигнутом научным путем («знание незнания»). Ученое незнание — это познание, представляющее более высокую ступень, чем знание, достигнутое чувственным образом; оно представляет собой бесконечное приближение к истине, заключенное в абсолюте и осуществляемое путем догадок, предположений, прозрений. Таким образом, незнание становится «возрожденным знанием», «внутренним переживанием». По его собственному утверждению, к этой мысли ученый пришел неслучайно: «Я делал много попыток связать в одну основную идею мысли о боге и мире, о Христе и церкви, но ни одна из них не удовлетворяла меня, пока, наконец, при возвращении морем из Греции, взор моего духа, как бы по какому-то озарению свыше, не вознесся к созерцанию, в котором Бог явился мне как высочайшее единство всех противоположностей» (цит. по R.Steiner [36]).

Таким образом, знание и созерцание являются двумя полюсами единого познавательного процесса. Одни и те же вещи, как следует из учения Н.Кузанского, открываются и низшему познанию, и высшему созерцанию, только в первом случае они открываются по своему внешнему проявлению, а во втором — по своей внутренней сущности.

Совершенно особое место в средневековой мистической философии занимает Я.Беме. В детстве он был обыкновенным пастухом, а после того как в деревенской школе научился читать и писать, стал подмастерьем сапожника в Герлице. Я.Беме был прирожденным ясновидящим, если понимать под ясновидением способность к проницательности или интуиции. Жизнь философа полна загадок, откры-

вений, прозрений. Как пишет R.Steiner [36], однажды в лавку, где работал маленький Якоб, зашел неизвестный человек и спросил пару сапог. Мальчик не мог продать их в отсутствие хозяина. Незнакомец вышел, но, вернувшись через некоторое время, произнес: «Якоб, ты мал, но некогда ты станешь совсем другим человеком, который повергнет мир в изумление». В зрелые годы Я.Беме, увидев отблеск солнца на оловянном сосуде, почувствовал, что обладает ключом к загадочному языку природы. Сам он так говорил об этом: «Когда я с Божьей помощью боролся и сражался, тогда просиял в душе моей дивный свет, который был совершенно чужд дикой природе, и только в нем познал я, что такое Бог и человек, и какое Богу дело до человека». Он жил как отшельник, продолжал заниматься сапожным ремеслом, записывал голоса, звучащие в нем, когда он чувствовал в себе Духа. В картине мира, изложенной в трактате «Аврора, или Утренняя Звезда в восхождении» [2], Я.Беме утверждал, что ему открылось: «истинное основание Божества; и как то было до времен мира; и как сотворены были святые ангелы и из чего; и о страшном падении Люцифера с его легионами; и из чего возникло небо, земля, звезды, стихии, равно как металлы и камни в земле, и все твари; и каково рождение жизни и телесности всех вещей; и что есть истинное небо, где обитают Бог и его святые; и что есть гнев Божий и адский огонь; и как все стало подвержено огню, — словом, что есть или каково существо всех существ». По Я.Беме мир выстраивается из безначальной бездны с помощью семи природных форм. Из них седьмая — дух, восходящий на основе своего чувственного восприятия, вновь обретает себя как первооснову, выросшую в безначальной бездне и слагаемую из гармонии и дисгармонии. Природа и человек представляются ему одним существом. Отсюда «доброе и злое растворены во всех силах, в звездах и стихиях, равно и во всех тварях; неразлучны одно с другим как нечто единое; и нет такой твари во плоти в природной жизни, которая не имела бы в себе обоих качеств».

Заметный след в мистической философии оставил Э.Сведенборг, живший в XVII—XVIII вв. Как ученый он известен трудами по филологии, математике и естествознанию. К официальной протестантской ортодоксии он относился весьма сдержанно, однако всю жизнь его интересовали религиозно-нравственные проблемы. Для себя он выработал пять основных правил доброй жизни: 1) часто читать слово Божие и размышлять о нем; 2) во всем полагаться на волю Божественного Провидения; 3) во всем соблюдать требования приличия; 4) иметь всегда чистой совесть; 5) верно исполнять обязанности сво-

ей публичной службы и стараться во всем быть полезным обществу. Приобщение к мистике началось для Э.Сведенборга внезапно. Как пишет в своем очерке Вл.Соловьев, «в 1745 году (достигнув того самого возраста, в котором Кант создал свою «Критику чистого разума» — 57 лет) Сведенборг находился в Лондоне. Для обеда он ходил в одну таверну, имея там в своем распоряжении особую комнату, где он мог спокойно отдаваться умственным размышлениям. Однажды, будучи голоден, он ел более обыкновенного и вдруг увидел, что комната стала наполняться туманом, а на полу стало появляться множество разных гадов. Туман перешел в густую тьму; когда она рассеялась, гадов больше не было, а в углу комнаты Сведенборг увидел сидящего человека, окруженного ярким сиянием и грозно сказавшего ему: «Не ешь так много!» Тут Сведенборг потерял зрение; когда оно стало понемногу возвращаться, он увидел себя одного и в большом испуге поспешил домой, где провел ночь и следующий день в размышлении и ничего не ел. На другую ночь человек в сиянии явился опять, одетый в красную мантию, и сказал ему: «Я Бог, Господь, Творец и Искупитель. Я избрал тебя, чтобы объяснить людям внутренний и духовный смысл писаний. Я буду диктовать тебе то, что ты должен писать». После этого Сведенборг почувствовал, что открылись глаза внутреннего его человека, и с тех пор он стал, не меняя внешнего места, переноситься духом в небо, ад и промежуточный мир духов, где виделся и беседовал со многими известными ему лицами, частью недавно, а частью и давно умершими» [16]. При непрерывном, как ему казалось, внушении свыше, он создал свое основное философское сочинение «Arcana Coelestia» [37]. Картина мира, создаваемая Э.Сведенборгом, причудлива и иррациональна. Согласно его воззрениям, материи как самостоятельного бытия вовсе не существует, а независимость материальных явлений от их духовных причин и целей есть лишь обманчивая видимость субъективного происхождения. Истинны и действительны только универсальный Богочеловек Иисус Христос и его царство. Источником неба и ада является земное и внеземное, населяющее другие планеты человечество, представители которого после физической смерти становятся либо ангелами, либо демонами, либо промежуточными духовными существами, не примкнувшими к той или другой стороне. В своих сочинениях Э.Сведенборг сообщал о том, что своим духовным взором он видел инопланетян, беседовал с ними, а также присутствовал на одном из Судов, на который являлся сам Господь.

Труды философов-мистиков внесли свой вклад в развитие мировой философии. Я.Беме натолкнул Гегеля на исследование проблемы «о происхождении зла», Э.Сведенборг побудил И.Канта к рассмотрению вопроса о возможности «духовидения». Вместе с тем, основываясь на непосредственных данных мистического восприятия, мистическая философия с ее фантастичностью, метафоричностью, символичностью построений в большей степени дает материал для изучения мистического воображения, чем для научного построения картины мира.

### **3.3. Нейропсихологический контекст. Феноменология мистического переживания**

Используя обширный материал исторических свидетельств, личных писем, дневников, W.James [23] установил четыре критерия мистических переживаний:

- *Неизреченность*. Невозможность в полной мере выразить словами сущность своего переживания.
- *Интуитивность*. Недоступное для трезвого рассудка проникновение в глубины «истины», выражающееся откровениями, моментами внутреннего просветления, неизмеримо важными для тех, кто его пережил.
- *Кратковременность*. Накладывает временные ограничения на мистическое переживание — от получаса до двух часов.
- *Бездеятельность воли*. Подчеркивается произвольность погружения в мистическое состояние с помощью сосредоточения внимания, ритмических телодвижений и т. д. Однако по мере продвижения произвольность волевых актов утрачивается, воля ощущается парализованной, что роднит эти состояния с медиумическим трансом.

Указывая на известное сходство мистических состояний с состояниями измененного сознания вследствие наркотического опьянения эфиром или окисью азота, W.James утверждает, что в отличие от них, мистические переживания всегда оставляют воспоминания об их сущности и глубокое ощущение их важности. Наряду с компонетами, отмеченными W.James, М.Элиаде придает важную роль свету. В работе «Опыты мистического света» [19] он выделяет следующие типы переживаний: 1) разрушительный, ослепляющий свет, примером которого может быть опыт святого Павла по дороге в Дамаск (Деян. 9:3–7); 2) чрезвычайно интенсивный,

сверхъестественный свет, озаряющий материю до самых глубин, но не разрушающий ее; 3) внутренний свет, ощущаемый во всем теле с чувством вознесения ввысь.

Воспользовавшись примерно той же методикой, что и W.James, американский психолог A.Maslow установил, что мистическое переживание не является абсолютно изолированным феноменом, но имеет аналоги и в обычной, нерелигиозной психической жизни [31]. Исследователя интересовали переживания, причиной которых были влюбленность, услышанная музыка, неожиданно потрясшая книга или картина, мгновения творчества. Результаты личных бесед с 80 респондентами и изучения 190 письменных работ помогли описать «идеальный» композитный синдром. Общие во всех ответах моменты «высшего счастья и свершения» автор назвал «пиковыми» переживаниями, которым свойственно: 1) восприятие объекта целым, завершенным, в отрыве от его связей, назначений, возможной полезности; 2) абсолютное сосредоточение внимания на объекте с восприятием мельчайших деталей и отсутствием сепарации значимых и незначимых его компонентов; 3) нарушение ориентировки с утратой ощущения протяженности времени; 4) положительный эмоциональный фон с признаками удивления, благоговения, смирения и подчинения.

Таким образом, как для пиковых переживаний, так и для религиозных мистических состояний общим являются неболезненные «измененные состояния сознания», содержащие по K.Jaspers множество модусов, общим фактором которых является отклонение от нормальной ясности, континуальности и связи с «Я» [25].

Измененное сознание как диспозиционный фактор возникновения религиозных мистических состояний отмечали многие авторы. R.Fisher выделил два взаимно исключающих континуума измененных состояния сознания, генерирующих мистические переживания. Первый — эрготропный — включает в мистические переживания экстаз, визуализированные представления, галлюцинации. Второй — тропотропный — способствует расслаблению, пассивности, созерцательности [21].

Концепция «бимодального сознания» A.Deikman [20] предполагает существование двух модусов: активного и рецептивного (воспринимающего). Мистические техники автор связывает с доминированием рецептивного модуса. На основе экспериментов со здоровыми испытуемыми он пришел к заключению, что принципиальным моментом в создании мистического опыта является процедура



умозрительной медитации, при которой медиативный тренинг ведет к образованию интрапсихических барьеров, направленных против отвлекающих стимулов. По А. Deikman многие явления, описанные в мистических переживаниях, могут быть расценены как последствия частичной дезавтоматизации психических структур, организующих и интерпретирующих перцепционные стимулы.

Эволюционный подход к пониманию мистических явлений применил К. Wilber, разделив процесс развития сознания на три стадии: 1) предперсональную (волшебное и мифическое сознание); 2) персональную (рациональное сознание); 3) трансперсональную (сознание божественного присутствия, формирование высших форм психики: совесть, сострадание и т. д.). Каждой из этих стадий соответствует определенный спектр психических расстройств [39].

В последние десятилетия предпринимались попытки поиска нейрофизиологических коррелятов мистических состояний. Исследования, проводимые в момент медитации, выявили на ЭЭГ у испытуемых гиперсинхронизацию в результате избыточной синаптической бомбардировки серотонином и глутаминовой кислотой [24], блокировку  $\alpha$ -ритма вследствие повышения функциональной активности мозга (напряженное внимание, интенсивная психическая работа) [27], изменение метаболизма дофамина [26]. На основании проведенных нейрофизиологических исследований М. Persinger [34] выдвинул гипотезу о сходстве изменений в височной доле при эпилепсии и при мистическом погружении.

Естественнонаучная интерпретация нейрофизиологических коррелятов мистических состояний содержится в работах основоположников нейротеологии А. Newberg и Е. D'Aquili. По их мнению, изменения электрической активности, происходящие в лимбической системе, вовсе не говорят о том, что мозг «создает бога», однако он естественным путем создает механизмы, которые делают возможным религиозный опыт. В своих работах они выдвигают гипотезу о том, что в отличие от феноменологии, т. е. изучения путей, которыми религиозные люди приходят к религиозной вере и практике, нейротеология обнаруживает паттерны, которые являются универсальными и независимыми от культуральных матриц. «Групповые ритуалы, как и индивидуальная религиозность, способствуют вовлечению одних и тех же эмоциональных разрядов, имеющих отношение к эмоциям страха, умиротворения или экстаза. Эти эмоции и этот опыт могут быть вызваны деафферентацией, т. е. ограничением доступа информации к мозговым структурам» [32].

Итак, нейропсихологический аспект существенно дополняет рассмотрение религиозно-мистических состояний в рамках дихотомии «ясное/измененное сознание». Этот методический подход важен для психиатрии, поскольку, исследуя феномен сознания, устанавливает взаимосвязь между клинической психиатрией, философией и нейрокогнитивными науками.

### **3.4. Психопатологический контекст**

#### **3.4.1. Измененные состояния сознания**

В научной психиатрии достаточно глубоко разрабатывалась проблема нарушения (помрачения) сознания, критериями которого являются отрешенность от реального внешнего мира, дезориентировка в месте, времени, собственной личности, утрата связности и последовательности двигательных и речевых актов, нарушение памяти. Вопросы, связанные не с помрачением (нарушением), а с измененными состояниями сознания, всегда находились на периферии психиатрической науки и разработаны недостаточно. По определению, данному А.М. Ludwig, к ним относятся любые психические состояния, индуцированные различными физиологическими, психологическими или фармакологическими приемами или средствами и распознаваемые самим субъектом или наблюдателем как достаточно выраженное отклонение от состояния бодрствования [28]. По А.М. Ludwig, измененные состояния сознания как единый феномен выражаются следующими признаками:

- *Изменения в мышлении.* Субъективные нарушения концентрации внимания, памяти и суждений, снижение способности к рефлексии. Нарушение дифференциации между причиной и следствием, сосуществование противоположных и противоречивых тенденций в отношении одного и того же объекта при отсутствии явного психологического конфликта.
- *Нарушение чувства времени.* Изменение хронологии событий, характерное субъективное чувство безвременья, остановки, замедления или ускорения времени.
- *Потеря контроля.* Переживание утраты контроля состоит из двух фаз. В первой ощущаются страх, бессилие, беспомощность перед утратой независимости и самоконтроля. Во второй происходит компенсаторный отказ от контроля, идентифицирующий-ся с властью лидера, гипнотизера, сверхъестественного существа.

- *Изменение эмоций.* Выражается внезапными вспышками примитивных и интенсивных реакций с появлением крайних эмоциональных состояний: от экстаза до глубокого страха и депрессии.
- *Изменения образа тела.* Характеризуются деперсонализацией и дереализацией и интерпретируются как «разделение тела и души, размывание границ между собой и другими, окружающим миром и Вселенной, трансцендентальные переживания исключительности, расширения сознания, океанских чувств или забвения».
- *Искажения восприятия.* Гиперестезия, синестезии, иллюзии, галлюцинации и псевдогаллюцинации.
- *Изменение смысла и значения предметов и явлений.* Соответствует греческому понятию «эврика» или термину «gnosis», введенному W.James и обозначающему «вновь полученное знание». Выражается чувством абсолютного понимания, озарения, инсайта, не допускающих никаких сомнений. Например, Я.Беме (см. раздел 3.2) утверждал, что за четверть часа мистического погружения он узнал больше, чем это было бы возможно за много лет учебы в университете.
- *Невыразимость.* Соответствует понятию W.James «неизреченность». Утверждение о невозможности выразить пережитое словами.
- *Чувство возрождения.* Состояние радости, надежды, восторга, наступающее после выхода из измененного состояния сознания.
- *Гипервнушаемость.* Возрастающая установка на некритичное восприятие команд и инструкций гипнотизера, лидера, шамана, а также склонность к ошибочному восприятию стимулов и ситуаций, основанных на внутренних страхах и желаниях.

Наконец, J.Perry выделил восемь тем, характеризующих религиозные переживания при измененных состояниях сознания [33]:

- *Смерть.* Встречи с усопшими или встречи со смертью.
- *Возрождение.* Воскресение, обретение новой личности, нового имени.
- *Странствия.* Мессианские путешествия.
- *Столкновения с духами.* Бесовские (демонические) силы или духовная помощь.
- *Космический конфликт.* Добро и зло, свет и тьма и т. д.
- *Волшебные полномочия.* Телепатия, ясновидение, способность проникновения в чужие мысли, способность перемещать объекты.

- *Новое общество.* Реформаторство, радикальная перемена в обществе, в религии.
- *Божественный союз.* Близость или родственные отношения с богом или с библейскими персонажами.

Несмотря на то, что границы между религиозно-мистическими переживаниями в религиозном опыте и при психозах размыты, можно предполагать, что они, с одной стороны являются крайним выражением религиозного опыта, а с другой — входят в структуру психозов. Как проявления религиозного опыта мистические состояния протекают на фоне измененного состояния сознания, отличаются кратковременностью и не приводят к нарушению жизнедеятельности.

### **3.4.2. Религиозный опыт и психоз**

Традиционное определение психоза включает в себя: 1) нарушение отражения реального мира; 2) несоответствие психической деятельности реальной действительности; 3) длительность, устойчивость, тотальность; 4) наличие бреда, помрачения сознания, нарушения восприятия, памяти, эмоций. Если скрупулезно следовать данному определению, то окажется, что критерии отражения реальной действительности при оценке религиозно-мистических состояний явно не работают, поскольку в религиозном опыте отсутствует подлежащий восприятию реальный объект. Кроме того, все феномены, которые присутствуют в измененных состояниях сознания в структуре религиозного опыта, встречаются и при психозах. Нередко переживания, кажущиеся патологическими в одной культуре, не являются таковыми в другой.

По меткому замечанию С. Tart, «многие примитивные народы, например, считают, что практически каждый нормальный взрослый человек способен входить в транс или может стать одержимым богом, а тот, кто не способен на это, считается психологическим калекой» [38].

Примером попытки совмещения психологического и психиатрического подхода является концепция интерференции мистических и психотических феноменов, выдвинутая D. Lukoff [29]. По его мнению, следует различать: 1) мистический опыт; 2) психоз; 3) мистический опыт с психотическими явлениями; 4) психоз с мистическими явлениями. Результатом дальнейших разработок этой проблемы американскими психологами и психиатрами [30] явилось введение в классификацию DSM-IV нового кода: V62.89 Религиозные и духовные проблемы.

Таким образом, религиозно-мистическое состояние как патологическое явление следует рассматривать лишь в том случае, если оно на правах симптомокомплекса входит в структуру синдрома — систему высшего порядка, определяющуюся не только качеством, но и тяжестью расстройства психической деятельности.

### **3.5. Религиозно-мистический симптомокомплекс в клинической картине непрогредиентных эндогенных психических заболеваний**

В наших наблюдениях, как правило, развитию психоза предшествовала психическая травматизация, включающая в себя широкий спектр средовых воздействий: материально-экономические трудности, потерю работы, разлуку или смерть близких. В поисках «якоря» больные обращались к религии, посещая нередко как традиционную церковь, так и различные секты, кабинеты гадалок, магов, экстрасенсов. На фоне чрезмерных психоэмоциональных нагрузок, обусловленных культовой деятельностью, возникали *психотические вспышки* в форме «религиозного обращения» [25]. Данные состояния характеризовались экзальтацией, иногда тревогой, страхом, сохранением и усилением психомоторной активности. Ранее усвоенные религиозные знания переводились в чувственные образы и представлялись в виде развернутых последовательных сценподобных картин или в виде символов, сгущений, вытеснений. На фоне бреда возбуждения наблюдались агрессивные или аутоагрессивные действия.

#### ***Наблюдение 1.***

Больная Ф., 35 лет. Дед по линии матери страдал эпилепсией, скончался в возрасте 41 года от рака желудка, отец злоупотреблял алкоголем, в состоянии алкогольного опьянения избивал мать, что послужило причиной развода. Умер от сердечно-сосудистого заболевания. Мать страдает гипертонической болезнью, по характеру властная, эмоционально холодная. Старшая сестра состоит на учете у невропатолога с диагнозом: «Диэнцефальный синдром, остаточные явления нейроинфекции. Синдром ретикулярной формации с явлениями гиперсомнии». Беременность матери протекала без патологии. В шестимесячном возрасте перенесла острую пневмонию, затем состояла на учете у пульмонолога с диагнозом: «Хроническая пневмония с бронхоэктазами». В возрасте одного года, по недосмотру брата, выпала из окна второго этажа, была госпитализирована с диагнозом: «Ушиб головного мозга». В дальнейшем серьезных последствий черепно-мозговой травмы не наблюдалось. В подростковом возрасте обнаруживала лабильность вегетативных

реакций с вазовагальными обмороками. Месячные с 13 лет, без особенностей. Раннее развитие без отклонений, росла и развивалась не отставая от сверстников. Воспитывалась матерью и бабушкой, которые предъявляли к ребенку повышенные требования. В школу пошла с 7 лет. Проявляла интерес к учебе, училась легко и охотно. Характеризовалась общительной, активной, в то же время педантичной, любящей порядок. В классе всегда была лидером, пользовалась уважением у одноклассников, избиралась старостой, серьезно относилась к своим обязанностям. Отличалась завышенной самооценкой, всегда стремилась быть первой. Имела много друзей, считалась душой компании, помогала отстающим одноклассникам. Тяжело переживала алкогольные эксцессы отца, боялась его. Чтобы отвлечься от домашних проблем, старалась как можно больше времени уделять учебе и спорту. С 6 лет занималась художественной гимнастикой, добилась звания кандидата в мастера спорта, с 12 лет появилось увлечение шахматами, занималась плаванием, была капитаном школьной команды по баскетболу. Среди любимых предметов особо выделяла физику, математику. Среднюю школу закончила с отличием. После окончания школы уехала в Ригу поступать в институт гражданской авиации, но не прошла медицинскую комиссию из-за заболевания легких. Тяжело переживала неудачу, много плакала. Затем уехала в Ташкент к дяде, который, будучи преподавателем техникума железнодорожного транспорта, посоветовал ей туда поступить. После окончания техникума вернулась в Ригу, где устроилась на работу инженером-электромехаником и поступила на вечернее отделение политехнического института. В 22 года вышла замуж. После двух лет замужества брак распался из-за алкоголизации мужа. Тяжело переживала развод, уехала к сестре в Санкт-Петербург, где продолжала учебу в Инженерно-экономическом институте. Однажды познакомилась со священником, который рассказал ей об истории и основах православия. После этого стала впервые задумываться о боге. Со временем пришла к осознанию того, что бог существует, нашла в религии ощущение защищенности. В 27 лет попала в ДТП. После аварии в бессознательном состоянии была госпитализирована в больницу с диагнозом: «Сотрясение головного мозга». Сопоставив этот факт с предсказанием когда-то встретившейся ей гадалки о скорой смерти, уверилась в существовании сверхъестественных сил. После выписки из стационара вторично вышла замуж, однако через полгода вновь развелась после семейной ссоры. Около 30 лет приняла православное крещение.

Закончив институт, устроилась экономистом в кооператив по ремонту госсоружений, занималась поиском заказчиков. На работе познакомилась с мужчиной, который стал ее третьим мужем, родила от него дочь. Ребенок рос болезненным. Сопровождавшая тяжелые нагрузки на работе с воспитанием и лечением

дочери, чувствовала себя усталой, разбитой. Увлечлась нетрадиционными методами лечения. Училась в школе колдунов, на курсах экстрасенсов, биоэнергетиков, трансцендентной индийской медитации. Ухудшились отношения с мужем, которого подозревала в неверности, третий брак также окончился разводом. Наряду с основной работой участвовала в деятельности компании, работающей по принципу экономической пирамиды.

В 33 года всерьез увлеклась американским культом «Светоносцы мира». Собрания секты не посещала, но усиленно читала литературу, рекомендуемую сектой, украшала квартиру изображениями «ликов Вознесенных Владык» часто и подолгу читала веления (молитвы) с визуализацией. Например, в одной из молитв предписывалось «воображать Архангела Задкиила и ангелов радости, направляющих фиолетовое пламя в каждую клеточку и атом вашего существа и на ситуацию, о которой вы молитесь, представлять как фиолетовое пламя, будто гигантская губка, стирающая мел с классной доски, смывает всю боль, отчаяние, страдание и ограничения». Однажды на фоне молитв и медитации мысленно ощутила «добрые, нежные и теплые слова Бога». Появилось состояние восторга и счастья от осознания того, что она является божьей дочерью. Голос говорил о справедливости, нравственности, о деньгах, о политике, о наступлении эры Водолея. Услышанное записала в виде статьи. Подобные состояния не повторялись в течении нескольких лет. Пошла на журналистские курсы, где заслужила, по ее словам, одобрение, печаталась в оккультных изданиях. Продолжала работать, воспитывать дочь, не прекращая религиозную деятельность. Через год неожиданно потеряла работу, возникли проблемы с оплатой квартиры, детского сада. Испытывала волнение, тревогу за будущее, стала плохо спать по ночам, утешение находила в молитвах.

Однажды вечером на фоне переутомления почувствовала, что в квартире происходят какие-то неясные изменения. Возникло представление, что что-то происходит. В душе возникло плохое предчувствие, какая-то тревога, которой не могла найти объяснения. Отмечала обостренное внимание к мелочам, заметила красное свечение на иконах: «У Иисуса как будто глаза горят. Этот цвет ненормальный, красный». Испытала страх, тревогу, беспокойство. Затем по типу озарения возникло понимание нового смысла предметов и явлений: «И вот ощущение такое, что вот меня осенило — я познала истину. Все вдруг стало ясно — одна вещь от бога, другая не от бога, есть мир и антимир, бог создал мир, а сатана подражает, копирует вещи. Есть вещи нормальные, а есть ненормальные — от антихриста». Услышала мысленный голос бога: «Если хочешь, чтоб людям было хорошо, — начинай». Поняла, что на нее возложена особая миссия спасения мира от сатаны: «Я должна разгадать эту загадку, где этот антимир, где корень этого антимира». По указанию

свыше начала в квартире строить «антимир», расставляя вещи в определенном порядке, добиваясь преобладания желтого цвета: свеча с желтым пламенем, шкатулка с желтым янтарем, иконы с позолотой. Увидев фиолетовый луч, исходящий из глаза кошки, выкинула ее на улицу. Ночью не спала, «весь организм был поглощен борьбой между добром и злом». «Узнала» от бога Саваофа, что является космической дырой в пространстве и по закону зеркального отражения должна закрыть дыру дырой. Рисовала антимир в виде спирали: «Вот вниз спираль, вот вверх спираль — нужно ее свернуть, тогда минус помножится на минус и антимир сам себя уничтожит». Совершала обряды священнодействия, танцевала под музыку. Посмотрев на дочь, в течение одного мгновения увидела, что вместо лица у нее свиное рыльце, затем это видение исчезло. Поняла, что в дочери сидит сатана, «увидела» сцену своего зверского убийства девочкой: как дочь вывернет ей руки, отрежет стопы и кисти, отрубит голову, чтобы господь не возродил ее на небе. Стала мысленно советоваться с богом, который приказал убить девочку, а потом обещал вернуть живую и очищенную от дьявола. Подчиняясь последовательным приказам, ударила дочь между глаз горящей свечой, связала платками руки и ноги, душила ее, замотав голову полиэтиленовым мешком, наносила удары по голове каким-то деревянным предметом. Для того чтобы сатана задохнулся в ее теле, вставила ей в естественные отверстия деревянные крючки от вешалки. Ушла на кухню в полной уверенности, что убила сатану, и Иисус взял на небо тело дочери.

Через некоторое время, услышав голос дочери, поняла, что сатана еще жив, но сил наносить удары дочери больше не было. В оцепенении стояла перед комнатой дочери, затем стала ходить по квартире, но тела девочки не видела. Появилось радостное чувство исполненного долга, стала ожидать возвращения дочери с неба живой и очищенной от скверны. Зажгла свечу, провозгласила себя богиней любви Валентиной, стала строить рай в одной из комнат, откуда выносила «дьявольские вещи», а на полу постелила чистую простыню, на которую, по ее представлениям бог положит дочь, возвращенную с небес. Пошла в гостиную, села за стол, достала тетрадь, стала писать молитвы. Достала из ящика фотографию дочери, молилась, просила бога, чтобы все сошло благополучно. Затем долго ходила по квартире, обнаружила матрац, на котором лежала девочка со щепкой в черепе. Когда вытащила щепку, возник «проблеск сознания». Вдруг поняла, что дочь убита, и господь ее не оживляет. Выскочила на лестничную площадку с криками: «Я убила дочь!».

Будучи доставленной в психиатрическую больницу, осмотрена врачом приемного отделения. Согласно его записи, сознание не помрачено, ориентирована правильно. Фон настроения снижен, плачет. Говорит, что убила дочь, ужасается этому, что в нее «наверно, вселился дьявол». Тут же начинает рыдать,



гримасничать, корчиться. На отделении в течение первых двух недель поведение было неустойчивым и характеризовалось то двигательным возбуждением, то заторможенностью, апатией. Просила отпустить ее домой заплатить за квартиру, проверить все ли в порядке с автомобилем, стоящим на стоянке. Обращало на себя внимание амбивалентное отношение к содеянному: то сожалела, плакала, говорила, что теперь должна наложить на себя руки или уйти в монастырь; то с радостью заявляла, что «душа дочери спасена, а сатана убит». Затем появилась критика к перенесенному болезненному состоянию и адекватная оценка деликта, что повлекло за собой превалирование в клинической картине депрессивного настроения, суицидальной настроенности. Часто вспоминала дочь, много плакала, обвиняла себя, просила отпустить ее на могилу девочки. Читала религиозную литературу, говорила, что находит в религии утешение.

Находясь на принудительном лечении в стационаре общего типа в течение 3 лет, проявляла упорядоченное поведение без длительных и немотивированных аффективных колебаний. Была спокойна, приветлива с медперсоналом. В свободное время читала религиозную и художественную литературу, смотрела телевизор. Держалась в компании сохраненных больных, в общении сохраняла чувство дистанции, следила за собой. Активно участвовала в предлагаемой трудотерапии, помогала в уходе за тяжелыми больными. На свиданиях с матерью была доброжелательна, интересовалась здоровьем родственников, вопросахми квартирного обмена. Без напоминаний выполняла назначения врача.

Психическое состояние на момент обследования (через три года после госпитализации). Сознание ясное. Ориентирована в месте, времени, собственной личности. Несколько жеманна, кокетлива. Аккуратна, опрятна, ходит в хорошо подогнанной больничной одежде. В беседе легко входит в контакт. Рассказывает, что незадолго перед случившимся испытывала жизненные трудности: «Я постоянно беспокоилась о деньгах, это был постоянный негативный фактор». Жалуется на не сложившиеся отношения с мужчинами. В том, что все ее три замужества окончились разводом, своей вины не видит, дает бывшим мужьям самые отрицательные характеристики. О том, что с ней происходило, рассказывает достаточно подробно, хотя замечает, что некоторые моменты выпали из памяти. Считает, что все, что случилось — было похоже на страшный сон: «Все что происходило — это был страшный сон, который длился сутки. Когда очнулась — начала понимать, что все, что произошло очень страшно и не соответствует реальности, что все это бред. Я стала кричать соседям». О своем отношении к религии рассказала, что до 28 лет была воинствующей атеисткой, а затем после беседы со священником у нее сразу «перевернулось сознание». В религии никогда не удовлетворялась одним вероучением, все-

гда искала что-то новое. Не исключает, что на ее заболевание повлияло чрезмерное увлечение учением и культовой практикой секты «Светоносцы мира». Просит помочь ей поскорее выписаться, планирует заниматься бизнесом.

На ЭЭГ: диффузные явления раздражения коры головного мозга, более выраженные в лобно-височной области с акцентом в лобной области, особенно слева.

Психологическое обследование. ММРІ: личностный профиль с единственным пиком по шкале импульсивность. Память с недостаточностью активного запоминания, внимание с легкой истощаемостью. Личность с чертами психопатизации характера по истеро-эпилептоидному типу. Демонстрирует высокий уровень эмоциональных притязаний, аффективная сфера отличается ригидностью с дисфоричным оттенком. Склонна блокировать агрессивные тенденции, что приводит к возникновению тревоги и напряженности. Адекватна ситуации, с критикой относится к прежним болезненным переживаниям.

*Диагноз:* F23.01 Острое полиморфное психотическое расстройство без симптомов шизофрении.

Как видно из приведенного наблюдения, у больной с наследственностью, отягощенной алкоголизацией отца и случаями эпилепсии в семье, перенесшей тяжелые закрытые черепно-мозговые травмы, сформировались истеро-эпилептоидные черты характера и повышенная внушаемость. После ряда психогенных воздействий и интенсивной нетрадиционной культовой практики на фоне бессонницы возникли неприятные предчувствия и не поддающаяся рациональному объяснению тревога. Психоз возник остро и характеризовался variability, измененным состоянием сознания, религиозно-мистическим содержанием переживаний. Двигательное возбуждение сменилось психомоторной заторможенностью, депрессивными реакциями. В острой фазе психоза прослеживались почти все компоненты религиозно-мистического состояния: магическое мышление, нарушения чувства времени, потеря контроля, изменение эмоций с появлением крайних эмоциональных состояний: от радостного возбуждения, связанного с «возложением особой миссии и «чувства исполненного долга» до глубокого страха и депрессии. Наиболее ярким в клинической картине выступает этап изменения смысла и значения предметов и явлений, выражающийся чувством абсолютного понимания событий, озарением, инсайтом и завершившийся формированием антагонистического бреда воображения. Окружающее стало представляться единоборством света и тьмы, мира и антимира, бога и дьявола. Содержание бреда, целиком почерпнутое из

прошлого религиозного опыта, трансформировалось в яркие чувственные образы: свечение икон, фиолетовый свет, исходящий из глаз кошки, мгновенное изменение лица дочери. Искажения восприятия проявлялись в виде психических галлюцинаций Г.Байярже в форме мысленных внутренних диалогов с сверхъестественными силами. Выход из острой фазы психоза, окончившейся деликтом, больная характеризовала как пробуждение; последующее его течение определялось как психогенная реакция на убийство дочери. Будучи изолированной в течение нескольких лет от культовых воздействий, психотических вспышек не проявляла.

### **3.6. Религиозно-мистический симптомокомплекс в клинической картине прогрессирующих эндогенных психических заболеваний**

В структуре прогрессирующих эндогенных психических заболеваний религиозно-мистический симптомокомплекс определяется особенностями их клинической картины и течения. При *шизофрении* религиозность имеет патологический характер, на который накладывают отпечаток особенности сквозного эндоформного синдрома снижения личности, выражающегося, по А.А.Портнову, «нарушением или извращением социальных коммуникаций, неадекватностью эмоционального резонанса, падением энергетического потенциала, нарастающим снижением социально-этических норм, деперсонализацией и дереализацией, психическими автоматизмами» [14].

#### ***Наблюдение 2.***

Больная Л., 38 лет. Наследственность психическими заболеваниями неотягощена. Мать стеничная, властная. Отец тревожно-мнительный, умер от соматического заболевания. Беременность протекала нормально. В первые месяцы жизни часто болела простудными заболеваниями. Росла и развивалась, не отставая от сверстников. В школе училась хорошо, была аккуратной, послушной. Всегда трудно сходилась с людьми, однако имела несколько близких друзей и подруг. Окончила университет, получила специальность «геофизик», после распределения работала по специальности в научно-исследовательском институте, училась в аспирантуре.

С 30 лет без видимых причин стали отмечаться усталость, нерезкие аффективные колебания, незначительная отгороженность. Стала интересоваться религией. Ушла из НИИ, сменила несколько мест работы, последнее место работы — санитарка

в хосписе. В 29 лет познакомилась с молодым человеком, который постоянно алкоголизировался, пил запоями. Решив его спасти, вышла замуж. Через год родила сына. После родов развелась с мужем, утратила связи с друзьями и знакомыми, почти все время проводила в церкви, а дома часто молилась, соблюдала посты. Со слов матери, дочь стала холодной, невнимательной к родным и близким, вела какой-то «параллельный образ жизни». Когда сыну исполнился год, забирала его с собой, таскала его по церквям и святым местам, кормила плохо и нерегулярно, в основном тем, что подадут прихожане, не следила за гигиеной ребенка. Категорически отказалась от устройства сына в детское учреждение, мотивируя это тем, что ему нужно регулярно бывать в церкви. Однажды во время очередного путешествия потеряла ребенка, который был обнаружен бабушкой у посторонних людей. Когда сын заболел, не дождавшись прихода врача, утащила ребенка в церковь. В беседе с настоятелем храма мать просила повлиять на дочь. Батюшка ответил, что, по его мнению, дочь нездорова и посоветовал обратиться к психиатру. Мать настояла на проведении первичного психиатрического обследования и последующей госпитализации.

После проведенного четырехмесячного стационарного обследования и лечения существенного улучшения не отмечалось. Нигде не работала. Потеряла интерес к сыну, которого в период ее госпитализации удалось устроить в детский сад. По-прежнему молилась, ходила в церковь. Затем появилась тяга к уходам и бродяжничеству. Ходила по церквям, монастырям, ночевала на кладбище. Знакомилась с бомжами, нищими, приводила их домой. Однажды во время поездки в монастырь почувствовала страх, тревогу, беспокойство. Услышала «голос из преисподней», который называл ее колдуньей и предрекал скорую гибель. Появилось ощущение, что земля вот-вот разверзнется, и она провалится сквозь землю. В страхе пыталась куда-то бежать. Была госпитализирована. Во время второй госпитализации была установлена II группа инвалидности. В течение последних 6 лет клиническая картина характеризовалась признаками непрерывно текущего процесса с появлением и развертыванием психотических вспышек по типу острого параноида, парафренного, люцидно-кататонического синдромов. Приступы, как правило, начинались с какого-то оцепенения, больная ложилась на пол, кричала молитвы, отказывалась от пищи. Поступала в стационар почти ежегодно. За две-три недели до последнего поступления слышала «внутренний голос», который приказал собираться и идти в монастырь. Исчезла из дому, никого не предупредив. Через неделю после ухода была найдена на улице, обнаженная

лежала в луже. Сантранспортом была доставлена сначала в соматический, а затем в психиатрический стационар.

Психическое состояние. В первые часы пребывания в больнице не отвечала на вопросы, не выполняла команд, мимические реакции отражали удивление, восторг, отрешенность. К чему-то прислушивалась. На следующий день появилась возможность речевого контакта. Сказала, что перед госпитализацией слышала голос Бога, который призывал к совершению подвига юродства. Поняла, что надо раздеваться, бросать одежду, порвать паспорт. В последующие дни большую часть времени лежала в постели, на вопросы отвечала после пауз, что-то бормотала, отчетливо слышала голос Иисуса Христа, который называл ее своей невестой. В дальнейшем в результате лечения состояние постепенно улучшалось. Исчезли обманы слуха, поведение стало носить упорядоченный характер. Появилась формальная критика к своему заболеванию. На первый план в клинической картине стали выступать негативные симптомы: монотонность, пассивность, уплощение аффекта.

*Диагноз:* F20.0 Параноидная шизофрения с приступообразно-прогредиентным течением.

Приведенное наблюдение не оставляет сомнений о том, что речь идет о шизофреническом процессе. Заболевание началось с 30-летнего возраста и характеризовалось углубляющейся интровертированностью, утратой контактов с близкими. Религиозность, возникшая не до, а после начала болезни с самого начала имела дисгармоничный характер и отражала дискордантность психических процессов и поведения. Параллельно с потерей связей с окружающим миром, родственниками и знакомыми, утратой этических навыков нарастала компульсивная религиозная активность, неадекватное сверхусердие в отправлении религиозных культов, фиксация на архаичных способах мышления, извращение коммуникаций — общение с сугубо социально запущенными людьми. Наиболее ярко чувственное притупление выразилось во взаимоотношениях с малолетним сыном, которого больная таскала с собой по религиозным местам, забывая покормить, переодеть, показать врачу. Во время психотических приступов религиозные переживания больной проявились в обманах чувств, бредовых идеях величия, бредовом поведении в рамках синдрома Кандинского — Клерамбо. Выраженность негативной симптоматики накладывала отпечаток на религиозно-мистические переживания, которые не были столь яркими, развернутыми и последовательными, как при острых эндогенных психозах с периодическим течением.

### **3.7. Религиозно-мистический симптомокомплекс в клинической картине экзогенных психических расстройств**

Понятие экзогенно-органических синдромов включает в себя переходящие состояния, отражающие динамику поражения, вызванного воздействием на головной мозг внешних факторов — травм, инфекций, интоксикаций и т. д. Сюда же относятся психические расстройства, связанные с приемом психоактивных веществ. Религиозно-мистический симптомокомплекс входит в структуру как синдромов с нарушенным сознанием (делирий, галлюциноз, сумеречный синдром), так и синдромов с непомраченным сознанием (бредовое шизофреноподобное, психотические маниакальное и депрессивное расстройства).

#### ***Наблюдение 3.***

Больной Т., 30 лет. Бабушка по линии матери страдала шизофренией. Отец военнослужащий, властный, авторитарный, бескомпромиссный. Мать мягкая, с психастеническими чертами характера. Беременность протекала с тяжелым токсикозом, роды осложненные. В младенческом возрасте проявлял возбудимость, раздражительность, капризность. В 13 лет перенес тяжелый паротит с явлениями менингизма, в 15 сотрясение головного мозга. В 19 лет переболел вирусным гепатитом С. Раннее психомоторное развитие без отклонений. По характеру формировался претенциозным, с завышенной самооценкой. В школу пошел с 7 лет, в связи со службой отца сменил несколько школ, учился неровно, конфликтовал с учителями. В старших классах занимался в секции восточных единоборств, интересовался восточными мистическими учениями. После окончания школы поступил в технический вуз. Особого интереса к будущей специальности не проявлял, «надо было где-то пристроиться». На первом курсе занялся торговлей ширпотребом, запустил учебу, был отчислен. Перевелся в физкультурный вуз, но и оттуда через год был исключен в связи с академической неуспеваемостью. Пробовал устроиться на работу в милицию. На медкомиссии в военкомате был признан негодным к службе в армии по состоянию здоровья. В 21 год занимался бизнесом, связался с рэкетирами, которые требовали с него крупную сумму денег. Испытывал страх перед расправой, боялся оставаться дома один, плохо спал по ночам, прятал под подушку и носил с собой холодное оружие. По миновании психотравмирующей ситуации страхи прошли. Увлёкся восточной философией, буддизмом, йогой, ходил на курсы биоэнергетики, часто и подолгу медитировал. Открыл у себя экстрасенсорные способности, снимал головную боль у девушки, с которой жил в гражданском браке.

Прочитав произведения Карлоса Кастанеды, решил продвигаться в своем духовном развитии, для чего начал употреблять наркотики. Пробовал анашу, эфедрон, кокаин. Однажды внутримышечно ввел себе кетамин и понял, что это именно тот препарат, который ему нужен. Ощущал, что превращается в ничто, что тело рассыпается подобно влажному песку, высыхающему под солнцем, видел себя проходящим через гигантские арки. В других переживаниях, протекавших не более получаса, видел благостные картины потустороннего божественного света. Чувствовал, что находится за гранью реальности, в каком-то другом мире, где останавливается время, все рядом, близко, доступно, не существует случайностей, все взаимосвязано, нет различий между событиями, белым и черным, добром и злом. Подобное состояние длилось около получаса.

Затем в течение двух недель кетамин не принимал, пытался вызвать душевный подъем другими способами: медитировал, произносил мантры, перебирал четки. Однажды после очередной медитации внезапно возник страх, ужас, казалось, что его атакует весь «негатив», который есть на планете. Почувствовал, что мир сжался до молекул, казалось, что за ним следят, что в него целятся снайперы. Испытанный при этом страх и ужас сменился экстатическим состоянием, во время которого пришло ощущение колоссальной физической мощи: «Тело увеличилось до гигантских размеров, вся Солнечная система вошла внутрь. Такое чувство, будто ты находишься в океане энергии». Понял, что вышел в «астрал», стал астральным воином, на которого Бог наложил высшую миссию борьбы со злом. Экстаз сопровождался ощущением причастности ко всему происходящему на Земле, появлением необычайной способности читать чужие мысли. Внутренним духовным зрением видел служителей зла, считал, что засветился перед темными силами, которые атакуют его ауру. Чем больше нарастала мощь в теле, тем больше испытывал воздействие темных сил, борьба становилась бесконечной. Казалось, что время остановилось, что жизнь будет продолжаться вечно, возникла готовность к подвигу во имя человечества: стать камикадзе или быть распятым, как Иисус Христос. В психотическом состоянии был госпитализирован. В течение 15 дней был малодоступен продуктивному контакту, на вопросы отвечал еле слышным голосом, медленно передвигался, большую часть дня проводил в постели, иногда возникало импульсивное возбуждение. С 16-го дня психическое состояние стало улучшаться, постепенно психотическая симптоматика редуцировалась.

*Диагноз:* F16.75 Психотическое расстройство с поздним дебютом, вызванное употреблением кетамина.

*Катамнез:* после выписки некоторое время работал, в последние годы пристрастился к героину, неоднократно задерживался органами милиции, направлялся на принудительное лечение.

Психическое состояние через 5 лет после перенесенного психоза: сознание ясное. Ориентирован в месте, времени, собственной личности. Фон настроения без патологического повышения или снижения, рисунок поведения ровный, упорядоченный. К ранее перенесенным психотическим состояниям отношение критическое. Формально признает пагубный характер употребления наркотиков. Планирует найти работу, воздерживаться от наркотизации.

Несомненно, психопатологическую структуру описанных состояний определяют индуцированные фармакологическими и психологическими приемами измененные состояния сознания. Картина при внутримышечном введении кетамина характеризовалась экстатическим подъемом настроения, ощущением блаженства, деперсонализацией с изменением схемы тела, дереализацией, повышенным чувством единения с миром, нарушением восприятия времени и пространства. После выхода из состояния интоксикации длительное психологическое индуцирование привело к отсроченной психотической вспышке, начавшейся острым параноидом и перешедшей в состояние, напоминавшее онейроид. Содержание переживаний целиком определялось представлениями, почерпнутыми из предшествующего религиозного опыта. Эмоции характеризовались чрезвычайной интенсивностью, в одно и то же время больной испытывал блаженство и ярость, находился в «другом измерении», внутренним зрением видел служителей зла, испытывал чувство проникновения и абсолютно-го понимания окружающего, разделенного на мир добра и мир зла.

\* \* \*

Итак, главной отличительной чертой религиозно-мистических состояний является переживание «непосредственного единения» с богом или иными сверхъестественными силами. Их следует соотносить с двумя классами явлений. Они могут быть крайним выражением религиозного опыта и тогда становятся объектом изучения психологии религии. С другой стороны, они могут выступать в роли симптомокомплекса в рамках различных психопатологических синдромов: психогенных, эндогенно-функциональных, экзогенно-функциональных. В первом случае религиозно-мистические состояния индуцированы, протекают в условиях измененного состояния сознания, отличаются кратковременностью, после их завершения не наступают нарушений жизнедеятельности и адекватного психологического функционирования. Во втором случае они протекают в условиях как измененного так и неизмененного сознания, например при шизофрении, и подчиняются закономерностям клинических проявлений, течения и исхода основного психического расстройства.



## Литература

1. *Армстронг К.* История бога. Тысячелетние искания в иудаизме, христианстве и исламе: Пер. с англ.— Киев: София; М.: ИД София, 2004.— 496 с.
2. *Беме Я.* Аврора, или Утренняя звезда в восхождении.— СПб.: Азбука, 2000.— 410 с.
3. *Бердяев Н.А.* Философия свободного духа.— М.: Республика, 1994.— 480 с.
4. *Блейхер В.М., Крук И.В.* Толковый словарь психиатрических терминов.— Т. 1–2.— Ростов-на-Дону: Феникс, 1996.
5. *Брихадараньяка* Упанишада.— М.: Наука: Ладомир, 1991.— 237 с.
6. *Брянчанинов И.* Сочинения епископа Игнатия Брянчанинова Слово о чувственном и духовном видении духов.— 2-е изд., испр. и доп.— СПб.: Изд-во И.Л.Тузова, 1886.— 83 с.
7. *Войно-Ясенецкий В.Ф.* Дух, Душа и Тело.— М.: Православн. Свято-Тихон. Богословск. Ин-т, 1999.— 175 с.
8. *Даль В.И.* Толковый словарь живого великорусского языка.— Т. 1–4.— М.: ГИЗ, 1956.
9. *Добротолубие.*— Т. 1–5.— Сергиев-Посад: Св.-Троицк.Сергиева Лавра, 1993.
10. *Ефремова Т.Ф.* Новый словарь русского языка.— М.: Русский язык, 2000.— Т. 1.— 1210 с.; Т. 2 — 1084 с.
11. *Иллюстрированный энциклопедический словарь.*— М.: РИПОЛ Классик-БРЭ, 2001.— 1439 с.
12. *Лао-цзы.* Дао дэ цзин: Поэтическое переложение: Пер. с кит.— М.: Варгиус, 1996.— 171 с.
13. *Лествичник И.* Преподобного отца аввы Иоанна, игумена Синайской горы, «Лествица», в русском переводе.— 5-е изд.— Козельская Введенская Оптина пустынь: Свято-Троицкая Сергиева лавра, 1898.— 380 с.
14. *Портнов А.А.* Общая психопатология: Уч. пос.— М.: Медицина, 2004.— 272 с.
15. *Российский энциклопедический словарь.*— М.: БРЭ, 2001.— Т. 1 — 1023 с.; Т. 2 — 1084 с.
16. *Соловьев Вл.* Сведенборг (очерк). Статьи из энциклопедического словаря // Соловьев В.С. Собр. соч.— Т. 10, Брюссель: Жизнь с богом, 1966.— 498 с.
17. *Философский словарь* / Под ред. И.Т.Фролова.— 6-е изд., перераб. и доп.— М.: Политиздат, 1991.— 560 с.
18. *Ибн Хишам.* Жизнеописание господина нашего Мухаммада, посланника Аллаха // Хрестоматия по исламу: Пер. с араб.— М.: Наука: Вост. лит., 1994.— 238 с.
19. *Элиаде М.* Космос и история. Избранные работы: Пер. с фр.— М.: Прогресс, 1987.— 311 с.
20. *Deikman A.* Experimental Meditation // J. Nerv. Ment. Dis.— 1963.— Vol. 136.— P. 329–343.

21. *Fisher R.A.* Cartography of Ecstatic and Meditative States: The Experimental and Experiential Features of Perception-Hallucination Continuum are Considered // *Science*.— 1971.— Vol. 174.— P. 897–904.
22. *Hausherr I.* La Methode d' oraison hesycaste // *Orientalia Christiana*.— 1927.— Vol. 9, № 2.— P. 102–209.
23. *James W.* The varieties of religious experience.— Cambridge, Mass: Harvard University Press, 1985.— 669 p.
24. *Jaseja H.* Meditation may predispose to epilepsy: an insight into the alteration in brain environment induced by meditation // *Med. Hypotheses*.— 2005.— Vol. 64, № 3.— P. 464–467.
25. *Jaspers K.* Allgemeine Psychopathologie.— 3 Aufl.— Berlin: Thieme, 1923.— 420 S.
26. *Kjaer T.W., Bertelsen C., Piccini P. et al.* Increased dopamine tone during meditation-induced change of consciousness // *Brain Res. Cogn. Brain Res.*— 2002.— Vol. 13, 2.— P. 255–259.
27. *Lo P.C., Huang M.L., Chang K.M.* EEG alpha blocking correlated with perception of inner light during zen meditation // *Amer. J. Clin. Med.*— 2003.— Vol. 31, № 4.— P. 629–642.
28. *Ludwig A.M.* Altered States of Consciousness // *Arch. Gen. Psych.*— 1966.— Vol. 15.— P. 225–234.
29. *Lukoff D.* The diagnosis of Mystical Experiences with Psychotic Features // *J. Trans. Psychol.*— 1985.— Vol. 17.— P. 155–181.
30. *Lukoff D., Lu F., Turner R.* Toward a more culturally sensitive DSM-IV: Psychoreligious and Psychospiritual problems // *J. Nerv. Ment. Dis.*— 1992.— Vol. 180, № 11.— P. 673–682.
31. *Maslow A.* Religions, Values and Peak Experiences.— N.Y.: Pengium books, 1976.— 123 p.
32. *Newberg A.B., D'Aquili E., Rause V.* Why God won't go away: brain science and the biology of belief.— N.Y.: Ballantine Books, 2001.— 226 p.
33. *Perry J.W.* The far side of madness. Englewood Cliffs.— N. J.: Prentice-Hall, 1974.— 177 p.
34. *Persinger M.* Religious and mystical experiences as artifact pf temporal lobe function: a general hypothesis // *Percept. Mot Skills*.— 1983.— Vol. 57, № 3, Pt. 2.— P. 1255–1262.
35. *Russell B.* Mysticism and Logic, and other essays.— N. J.: Barners&Noble Books, 1981.—167 p.
36. *Steiner R.* Die Mystic im Aufgange des neuzeitlichen Geisteslebens und ihr Verhalthis zur moderne Weltanschauung. 5 Aufl. Dornach, Schweiz, Steiner-Nachlassverwaltung, 1960.— 147 s.
37. *Swedenborg E.* Arcana Coelestia quae in scriptura sacra: seu verbo domini sunt, detecta:his primum quae in Genesi, una cum mirabilibilibus quae visa sunt in mundo spirituum, & in coelo angelorum.— Reprint.— Originally published in 1749–1756.— Basel: Swedenborg Institut, 1962.
38. *Tart C.T.* Altered States of Consciousness; a book of readings / Ed. Ch.T.Tart.— N. Y.: Wiley, 1969.— 575 p.
39. *Wilber K.* The developmental Spectrum and Psychopathology: Treatment Modalities // *J. Transper. Psychol.*— 1984.— № 16.— P. 137–166.

## **ГЛАВА 4**

### **ПСИХОПАТОЛОГИЯ ОДЕРЖИМОСТИ И КОЛДОВСТВА**

Одержимость и колдовство входят в более широкое понятие архаического бреда, который определяется как бредообразование, в формировании которого участвуют суеверия, магические представления и религиозные верования, присущие человеку в стадии его недостаточного культурного развития и сохранившиеся у некоторых людей до настоящего времени [12].

#### **4.1. Симптомокомплекс одержимости**

*Одержимостью* называется комплекс переживаний, характеризующийся ощущениями нахождения в физическом теле человека сверхъестественных существ, влияющих на протекание физических и психических процессов. Действия, направленные на изгнание духов из тела человека, определяются термином *экзорцизм*.

В психопатологии бред одержимости рассматривается как вариант архаического бреда. Он часто сочетается с бредом овладения, служит проявлением синдрома психического автоматизма Кандинского — Клерамбо. При бреде одержимости нечистой силой у некоторых больных наблюдаются речедвигательные псевдогаллюцинации [2].

##### **4.1.1. Историко-теологический аспект**

Явления одержимости божествами были известны задолго до нашей эры. В Древней Греции они наблюдались во время шествий, носящих экстатический характер, у последователей культа бога виноделия Диониса. Сходными с ними по своим проявлениям были

неистовства жрецов Марса, Юпитера, Апполона. Возможно, эти явления легли в основу религиозных представлений о девственном (непорочном) зачатии и веру древних народов в то, что причина беременности — вхождение в тело женщины тотемического «зародыша», так называемая тотемическая инкарнация. В основе многих языческих религий, в частности шаманизма, лежат представления о том, что мир наполнен бесчисленными злыми и добрыми духами. Духи нуждаются в пище, и если люди забывают об этом, то духи насылают различные бедствия. Если женщина мучается в родах, то это значит, что в нее вселился злой дух, которого следует изгонять всевозможными устрашающими мерами [4].

В раннем христианстве вмешательство дьявола идентифицировалось в виде двух форм: 1) внедрение и 2) интернализация. Первая обозначала непосредственное внедрение злого духа в человеческое тело и возникновение вследствие этого умственных беспорядков. Вторая обозначала более тонкое вмешательство, вызывающее воспламенение греховных страстей и действия вопреки указаниям Бога и отцов церкви [51]. Кроме того, «овладение» в древние времена было единственным доступным понятием для объяснения психического расстройства [46].

В монотеистической религии представления об одержимости отражает Священное Писание. В Ветхом Завете подобных упоминаний немного. Едва ли не единственным является история первого царя израильско-иудейского государства Саула, которого стал мучить злой дух с тех пор, как его покинул Дух Господень (1 Цар. 16:14–16). В Новом Завете таких примеров множество.

Об Иисусе:

«И прошел о Нем слух по всей Сирии; и приводили к нему всех немощных, одержимых различными болезнями и припадками, и бесноватых, и лунатиков, и расслабленных, и Он исцелял их (Мф. 4:24)». «Когда же настал вечер, к Нему привели многих бесноватых, и Он изгнал духов словом и исцелил всех больных (Мф. 8:16)». «И призвав двенадцать учеников Своих, Он дал им власть над нечистыми духами, чтобы изгонять их и врачевать всякую болезнь и всякую немощь (Мф. 10:1)».

Особенно ярко случай изгнания бесов Иисусом описан в Евангелии от Марка.

«И когда вышел Он из лодки, тотчас встретил Его вышедший из гробов человек, одержимый нечистым духом. Он имел жилище в гробах, и никто не мог его связать даже цепями. Потому что многократно был он скован оковами и цепями, но разрывал цепи и разбивал оковы, и никто не в силах был укоротить его. Всегда, ночью и днем,

в горах и гробах, кричал он и бился о камни. Увидев же Иисуса изда- лека, прибежал и поклонился ему, и, вскричав громким голосом, ска- зал: что Тебе до меня, Иисус, Сын Бога Всевышнего? Заклинаю Тебя Богом, не мучь меня! Ибо Иисус сказал ему: выйди, дух нечистый, из сего человека. И спросил его: как тебе имя? И он сказал в ответ: легион имя мне, потому что нас много» (Мк. 5:1—9).

С христианской точки зрения возможность злых духов овладевать человеческим телом не подвергается сомнению. По словам св. Иоанна Кронштадского, «Господь пришел на землю именно для того, чтобы раз- рушить дела диавола и спасти от насилия его человека. Если нет диаво- ла, то нет христианства, тогда пришествие в мир Сына Божия было бы не нужно. Но это нелепо... Я видел и настоящих бесноватых, в которых вселились бесы, по неисповедимым судьбам Божиим, и производили в них умственное помешательство, произносили через них страшные хулы и сквернословия: видел как ужасно бросали они одного несчаст- ного из угла в угол, как нудили его лезть на стену и пр.» (цит. по [10]).

Распространенность бесоодержимости в Европе в различные ис- торические эпохи была различной. Но наибольшее количество эпи- демий приходилось на те периоды, когда церковь концентрировала все свои усилия на достижении полноты материальной и духовной власти. Благодаря сохранившейся до наших дней судебной докумен- тации процессов по обвинению в колдовстве, мы довольно подробно знаем об эпидемиях одержимости в женских монастырях и приютах: в Эксе (1609 г.), в Лилле (1610 г.), в Лувьере (1643 г.) [33]. В книге В.М. Бехтерева «Внушение и его роль в общественной жизни» приво- дится описание продолжавшейся несколько лет эпидемия одержи- мости среди монахинь луденской общины урсулинок, состоявшей из дочерей знатных семей [1]. Характерно, что к переживаниям овла- дения примешивался эротический компонент. Эпидемия началась с того, что игуменье, мадам де Бельсьел, стал являться по ночам при- зрак покойного приора монастыря, приближающийся к ее постели. Игуменья объявила, что она одержима Астаротом, а околдовал ее свя- щенник Грандье, преподнеся ей розы. Когда эта новость стала дос- тоянием других сестер, одержимость постепенно овладела всеми: мо- нахини говорили о браке с ангелами и демонами, их охватывали конвульсии, они корчились, извивались, сгибались дугою, имити- ровали лай собак, кошачье мяуканье, выкрикивали имена владев- ших ими демонов. В некоторых случаях монахини впадали в ката- лептическое состояние, в других они переходили в сомнамбулизм и бред или в состояние полного автоматизма. Приводимые описания

сцен, которые разыгрывались в монастыре под влиянием заклинаний, заимствованы В.М.Бехтеревым из книги отца Иосифа:

«Однажды начальница пригласила отца Сюрена отслужить молебен Св. Иосифу и просить его защиты от демонов во время говения. Заклинатель немедленно высказал свое согласие, не сомневаясь в успешности чрезвычайного молитвословия, и обещал заказать мессу с той же целью в других церквях. Вследствие этого демоны пришли в такое бешенство, что в день поклонения волхвов стали терзать игуменью. Лицо ее посинело, а глаза устались в изображение лика Богородицы. Был уже поздний час, но отец Сюрэн решился прибегнуть к усиленным заклинаниям, чтобы заставить демона пасть в страхе перед Тем, кому поклонялись волхвы. С этой целью он взял одержимую в часовню, где она произнесла массу богохульств, пытаясь бить присутствующих и, во что бы то ни стало, оскорбить самого отца, которому, наконец, удалось тихо подвести ее к алтарю. Затем он приказал привязать одержимую к скамье и после нескольких воззваний повелел демону Исаакоруму пасть ниц и поклониться Младенцу Иисусу; демон отказался исполнить это требование, изрыгая страшные проклятия. Тогда зачинатель пропел *Magnificat* и во время пения слов «*Gloria patri*» («Слава Отцу») и т. д. эта нечестивая монахиня, сердце которой было действительно переполнено злым духом, воскликнула: «Да будет проклят Бог Отец, Сын Святой Дух и все небесное царство!»... Заклинатель потребовал, чтобы демон немедленно покался перед Богородицей в своих богохульствах, но он все отказывался, пока не возобновили пение гимнов. Тогда демон стал извиваться, ползать и крутиться; он приблизился (т. е. довел тело мадам де Бельсьел) к самому выходу из часовни и здесь, высунув громадный черный язык, принялся лизать каменный пол с отвратительными ужимками, воем и ужасными конвульсиями. Он повторил то же самое у алтаря, после чего выпрямился и, оставаясь все еще на коленях, гордо посматривал, как бы показывая вид, что не хочет сойти с места; но зачинатель, держа в руках Св. Дары, приказал ему отвечать. Тогда выражение его лица стало ужасным, голова откинулась совершенно назад, и послышался сильный голос, произнесенный как бы из глубины груди: «Царица Неба и Земли, прости!».

Как далее пишет В.М.Бехтерев, «нетрудно представить себе, что подобные заклинания не только не действовали успокоительно на окружающих лиц, но еще способствовали большему развитию бешенства у несчастных монахинь». В подтверждение он приводит наблюдения беснований лувьевских монахинь богослова Лабертана:

«Эти 15 девушек обнаруживают во время причастия страшное отвращение к Св. Дарам, строят им гримасы, показывают язык, плюют на них и богохульствуют с видом самого ужасного нечестия. Они кощунствуют, отрекаются от Бога более 100 раз

в день с поразительной смелостью и бесстыдством. По несколько раз в день ими овладевали сильные припадки бешенства и злобы, во время которых они называют себя демонами, никого не оскорбляя при этом и не делая вреда священникам, когда те во время самых сильных приступов кладут им в рот палец. Во время припадков они описывают своим телом разные конвульсивные движения и перегибаются назад в виде дуги без помощи рук, так что их тело покоится более на темени, чем на ногах, а вся остальная часть находится в воздухе; они долго находятся в этом положении и часто вновь принимают его. После подобных усиленных кривляний, продолжавшихся непрерывно иногда в течение 4 часов, монахини чувствовали себя вполне хорошо, даже во время самых жарких дней; несмотря на припадки, они были здоровы, свежи и пульс их бился так же нормально, как если бы с ними ничего не происходило. Между тем есть и такие, которые падают в обморок во время заклинаний, как будто произвольно: обморок начинается с ними в то время, когда их лицо наиболее взволновано, а пульс становится значительно повышенным. Во время обморока, продолжающегося полчаса и более, у них не заметно ни малейшего признака дыхания. Затем они чудесным образом возвращаются к жизни, причем у них сначала приходят в движение большие пальцы ног, потом ступни и самые ноги, а за ними живот, грудь, шея; во все это время лицо бесноватых остается совершенно неподвижным; наконец оно начинает искажаться и вновь появляются страшные корчи и конвульсии».

Таким образом, как показал исторический опыт, в случаях коллективной одержимости процедуры изгнания дьявола не только были бесполезными, но и усиливали эпидемию. Единственным эффективным методом лечения в те времена была изоляция, разделение больных [33].

#### **4.1.2. Психопатологический аспект**

Современная психиатрия не ставит под сомнение то, что одержимость, представляя собой психопатологическое явление, подлежит рациональному объяснению и подчиняется тем же общепатологическим закономерностям, что и все другие психические расстройства. Несмотря на то, что еще J. Esquirol описывал демономанию в числе других душевных заболеваний [42], глубокая естественно-научная разработка этого явления впервые была осуществлена школой французских психиатров Ж. Шарко и П. Жане. В книге П. Жане «Неврозы и фиксированные идеи» подчеркивается, что во всех известных нам исторических случаях беснования имело место душевное расстройство, и что заклинания экзорцистов действовали аналогично внушениям в гипнозе [8]. Одна из глав книги посвящена разбору случая бесноватости.

Больной Ахилл принадлежал к низшим слоям общества и жил в среде, отличавшейся большим суеверием. Его отца мучили страхи, окружающие говорили, что он продался дьяволу, ходит к старому дереву беседовать с сатаной и получает от него мешок серебра. Дед неоднократно убегал без всякой причины из дому, мать страдала слабоумием и предавалась пьянству. Ахилл в развитии не отставал от сверстников, однако отличался серьезностью, впечатлительностью, какое-нибудь пустое, но необычное происшествие приводило его в замешательство. В 33 года он совершил небольшую поездку, во время которой изменил жене, был озабочен тем, как скрыть от жены свои похождения. Вскоре после этого он стал мрачен, озабочен, почти не замечал жены и ребенка, был очень молчалив, а затем и вовсе перестал разговаривать. Когда через некоторое время к Ахиллу возвратилась речь, он стал жаловаться на всевозможные боли: «нет сил, всюду болит, не хочется есть, мучит страшная жажда». Впоследствии он лег в постель, на все вопросы жены отвечал, что не знает, что приводит его в отчаянье, мрачные предчувствия одолевают его против воли. Через несколько дней он внезапно вскочил, сел, широко раскрыл глаза и разразился страшным конвульсивным смехом, от которого сотрясалось все его тело. С этого момента Ахилл встал с постели, отчаянно кричал о том, что его режут на куски, что наступил конец мира. Крики и беспорядочные движения продолжались до вечера. Пробудившись от тревожного сна, он рассказал, что видел дьявола, окруженного толпой чертенят, затем понял, что дьявол вселился в него самого и заставляет произносить ужасные кощунственные слова. Ему казалось, что эти слова произносил не он, а помимо его воли, его рот. Кроме того, дьявол выворачивал ему руки и ноги, причиняя нестерпимую боль. Пользуясь недосмотром окружающих, Ахилл убегал из дому, бегал по полям и прятался в лесу, где его находили в состоянии сильного страха. Будучи доставленным в Сальпетриер, Ахилл длительное время лечился в клинике Ж. Шарко.

В своей работе П.Жане тщательно и подробно описывает лечебные методы внушения, после применения которых наступило выздоровление. Описанный случай автор рассматривает с точки зрения разработанной им концепции психологического автоматизма, предвосхитившей в некоторой степени психоанализ З.Фрейда.

В отечественной психиатрии явления бесоодержимости изучались Н.В.Краинским. В своей работе «Порча, кликуши, бесноватые» он впервые отметил многофакторность возникновения расстройства [17]. По Н.В.Краинскому, оно возникало чаще у женщин, занятых тяжелым крестьянским трудом, имеющих те или иные физические заболевания. Происшествие, к которому кликуша приурочивает порчу, обычно связано с подозреваемым в колдовстве лицом. Получив от него какую-либо вещь, больная начинает чувствовать недомогание.



Постепенно формируется убеждение, что она «испорчена». Развивается болезнь в течение недель или месяцев и сопровождается болями под ложечкой, чувством стеснения в области сердца, онемением, ощущением ползания мурашек по телу, истерическим комком в горле. Затем возникает чувство, что под ложечкой «сидит какое-то тело», подступает к горлу, давит. На фоне углубляющейся замкнутости, скрытности, раздражительности возникает навязчивая боязнь святостей: нетерпимость к святым предметам, иконам, ладану и т. п. Затем под влиянием виденного и слышанного у других кликуш возникает идея одержимости святым духом. Первый припадок, обычно публичный, происходит при богослужении. Кликуша издает бессловесные звуки с различными переливами и интонацией (собачий лай, кукареканье, икота). Звуки произносятся громко, на высоких нотах. Кроме нечленораздельных звуков выкрикиваются обычно слова, отражающие собственные переживания («лихо, тяжело, страдаю»), хульные мысли (ругает святых, священников, предметы культа и таинства церкви). Выкрикиваются также имена колдунов и чертей. Выкрикивания сопровождаются двигательными симптомами. Кликуша падает на землю, совершает беспорядочные и хаотичные движения: катается, мечется, ломается, бьет руками и ногами об пол, трясется, дрожит. К особенностям поведения кликуши относятся щадящие падения (на теле кликуши никогда не обнаруживается ни синяков, ни ссадин); во время приступа сохраняется возможность ведения беседы, она отвечает от имени сидящего в ней беса. Создается впечатление, что кликуша контролирует ход богослужения и сообразует с содержанием молитвы не только начало, но и конец припадка. В конце приступа наступает расслабленность мускулатуры. Бред и галлюцинации у кликуш Н.В.Краинский отрицает, считая идеи бесоодержимости плодом суеверия и веры. У обследованных больных он не всегда находил истерические черты, но всегда боль под ложечкой (*globus hystericus*), метеоризм, онемение. Отмечено, что кликуши легко впадают в состояние гипноза.

Ряд исследователей дали патогенетическое толкование описанным явлениям. В предисловии к книге Н.В.Краинского В.М.Бехтерев отмечал, что кликушество и бесоодержимость развиваются на истерической почве. Склонность к ритмическим повторениям, а также к инстинктивным формам двигательной бури Э.Кречмер относил к гипобулическому типу нервно-психического реагирования [19]. Наиболее глубоко патогенетическую основу истерии вскрыл И.П.Павлов. Им установлено преобладание тормозных процессов

при врожденном слабом типе нервной системы, приводящее к освождению подкорковых автоматизмов [24].

Явления одержимости наблюдаются и в настоящее время. Их распространению способствуют низкий образовательный уровень, культурная среда, принадлежность к определенным религиозным движениям [34, 47, 50, 53, 57, 63]. Верования в овладение или демоническое влияние не могут однозначно интерпретироваться только как бред или как суеверие. Скорее их следует отнести к патопластическим факторам, играющим определенную роль в формировании клинической картины психического заболевания.

#### **4.1.3. Клинические варианты симптомокомплекса одержимости**

Симптомокомплекс одержимости встречается при разных психических расстройствах. По данным S. Pfeifer, обследовавшего 346 больных, вера в демоническое влияние наблюдалась у 56% больных шизофренией, у 29% пациентов с аффективными расстройствами настроения, у 48% больных с тревожными расстройствами, у 37% пациентов с нарушениями личности, и у 23% больных с поведенческими синдромами [58]. Таким образом, стоящая за явлениями одержимости клиническая реальность отнюдь не однородна. В частности, состояния одержимости с измененным сознанием совершенно не похожи на состояния, при которых сознание остается ясным [48]. На основании данных литературы и собственных исследований мы выделили следующие клинические варианты.

**Диссоциативный вариант.** По своей конструкции соответствует расстройству F44.3 Транс и одержимость (МКБ-10) [29]. Характеризуется временным сужением сознания, узкой и избирательной концентрацией на стимулах окружающей среды, состояниями овладения, когда больной убежден, что в него вселился дух, сила, божество или другая личность.

Больная, будучи глубоко религиозной, по окончании богослужения разговаривала с подругой, которая убедила ее в том, что оформление индивидуального налогового номера — великий грех. После беседы появились страх, тревога, беспокойство. Поехала отказываться от ИНН. В трамвае почувствовала сердцебиение, боли в груди, ощущение удушья, к горлу подкатился комок. Поняла, что находится во власти дьявола, который тащит ее в преисподнюю. О последующем сохранились отрывочные воспоминания. Якобы вышла из трамвая, блуждала по городу в поисках церкви. Войдя в храм, приставала к прихожанам,

священникам, говорила, что согрешила, просила избавить ее от нечистой силы. Будучи доставлена в психиатрический стационар, пришла в сильное психомоторное возбуждение, кричала, размахивала руками, смотрела на окружающих широко раскрытыми глазами, затем в течение суток была дурашлива, отвечала невпопад, то смеялась, то была подавленной.

В этом примере отмечается прямая непосредственная связь между психотравмой и возникшим расстройством. Психогенная пролонгированная реакция имела сложный структурный характер, включая синдромы панической атаки, сужения сознания, бредаподобных переживаний овладения, псевдодеменции.

В представленном ниже наблюдении с достаточной очевидностью выступают все структурные компоненты диссоциативного варианта.

#### ***Наблюдение 4.***

Больная Г., 43 года. Родилась и воспитывалась в религиозной семье. По характеру формировалась активной, общительной, в школьные годы занималась художественной самодеятельностью, любила быть на виду, стремилась к лидерству. В детстве получила сотрясение головного мозга. В 33 года, во время пребывания в гостях у сестры в сельской местности была оперирована по поводу кисты челюсти. Во время анестезии потеряла сознание, очнулась, когда «делали искусственное дыхание». Врачи сказали, что перенесла «клиническую смерть». Через полгода впервые отметила необычные состояния, когда чувствовала, что в голову входит энергия, затем испытывала какое-то раздвоение: «от тела отделяются руки, ноги, выхожу из тела вижу себя со стороны». Эти состояния были кратковременны, быстро проходили. В 34 года было видение: «белый крутящийся камень, голубой фон, женщина, похожая на больную, с восточным типом лица хлопала глазами, все было как во сне». Несмотря на эти эпизоды, была адаптирована, перерывы в работе были связаны с социальными причинами. С 1992 по 1994 гг. состояла на бирже труда, с января 1999 г. работала курьером на телефонной станции. В начале 90-х годов, пытаясь разобраться в соматическом заболевании мужа, стала читать много книг по оккультизму, посещала сеансы Кашпировского, ходила в рериховский центр, где «участвовала в сеансах связи с духами». В 40 лет перенесла стресс в связи с поступлением дочери в вуз, ходила с нею на все экзамены, стояла за дверью, переживала. Чтобы помочь дочери в поступлении, зашла в церковь помолиться. Во время службы «стало крутить, корежить, шея и руки начали произвольно крутиться». Слышала голоса: «Иди отсюда, пойдем со мной в вечность». Когда добралась до дому, стала требовать священника, чтобы установить: вселились ли в нее бесы или она заболела психическим заболеванием. В связи с выраженной ажитацией была госпитализирована в психиатрический стационар. После проведенного лечения психотическая

симптоматика была купирована. После выписки стала ездить к священникам, практиковавшим изгнание бесов (экзорцизм). В последние годы произошло усложнение психопатологической симптоматики, высказывала бредоподобные фантазии о том, что ее семья — потомки царя Давида, а она — царицы Тамары. Доказательством этому было то, что у нее «семитский тип лица», а у ее детей, как и у царя Давида и Иисуса Христа, голубые глаза и светлые волосы. Перед второй госпитализацией совершила паломническую экскурсию, участвовала в процедуре изгнания бесов. Возвращаясь с процедуры, в течение нескольких суток плохо спала, мало ела, вернулась усталой, разбитой. Дома была возбуждена, злобна, импульсивна, высказывала мысли, что за ней, из-за ее высокого происхождения охотятся агенты спецслужб. Была помещена в психиатрический стационар, где после лечения клопиксолом психотические явления сгладились.

При осмотре: ориентирована в месте, времени, собственной личности. Держится несколько демонстративно, на вопросы отвечает живо, эмоционально. Фон настроения несколько повышен. Свою госпитализацию объясняет тем, что у нее был «бред и голоса», а теперь нет. Фиксирована на религиозной тематике, уверена, что психической болезни у нее нет, а есть «бессоодержимость». Доказывая это, приводит примеры из Библии. Красочно и подробно излагает обряд изгнания бесов: «Священник проводит обряд. Я стою, стою, начинаю падать. Потом у меня начинают закрываться глаза, как будто я сплю, священник кладет Библию мне на голову, но меня продолжает клонить к земле. Когда он Библию перестал читать, у меня в голове все собралось и с криком из меня вышло. Крик мой бесам принадлежал, его слышали только я, священник и женщина духовная».

В отделении активна, общительна, общается с сохраненными больными, беседует с ними на религиозные темы. Отношение к своему заболеванию амбивалентное. С одной стороны соглашается, что у нее психическое заболевание, с другой — считает, что оно подвластно только священникам. На вопрос, почему же священники до сих пор беса не выгнали, отвечает: «Каждый священник — специалист по определенному бесу, а во мне такой сидит, что я еще специалиста не нашла».

*Диагноз:* F06.5 Органическое диссоциативное расстройство.

Изучение клинической картины показало, что у больной после анестезии с потерей сознания стали возникать кратковременные диссоциативные расстройства истерического круга, которые затем сменили развернутые состояния измененного сознания с истерическими гиперкинезами, истерическими стигмами, бредоподобными фантазиями и галлюцинаторными переживаниями. Больная примитивна, суеверна, психические расстройства у нее возникают на фоне мощного психогенного воздействия, обусловленного религиозными обрядами

«изгнания бесов». Обращает на себя внимание то обстоятельство, что острая симптоматика во время психотических эпизодов быстро купируется, не оставляя после себя характерного для процессуального заболевания личностного сдвига и нарушения жизнедеятельности.

**Параноидно-ипохондрический вариант.** Включает в себя случаи, когда характерные для ипохондрических синдромов ощущения физического неблагополучия, психалгии, сенестоалгии, сенестопатии, сенестезии интерпретируются как результат порчи находящейся внутри организма нечистой силой. Пациенты убеждены в наличии неизлечимой болезни, отказываются от обследования, лечения («врачи здесь не помогут»). Иногда реальные, чаще всего моторные неврологические симптомы, например гемифасциальный спазм, трактуются как проявления овладения высшими мистическими существами [36, 52].

**Галлюцинаторно-бредовой вариант.** Наблюдался у больных с психическими расстройствами шизофренического спектра и характеризовался сочетанием элементов синдрома Кандинского — Клерамбо с бредом воздействия. При преобладании в клинической картине ассоциативных автоматизмов стержневой компонент синдрома — переживание воздействия посторонней силы — персонифицировался и интерпретировался как овладение дьяволом. Слуховые псевдогаллюцинации, насильственно возникающие наплывы мыслей, разматывания воспоминаний толковались как результат «бесовских козней». Больные жаловались на то, что из-за происков сатаны в голову вкладываются мысли, оскорбляющие бога и священников («бог и дьявол одно и то же»). Возникают голоса, призывающие совершить грех («слышу голос жениха внутри тела, жених добивается половой жизни, это во мне дьявол сидит, искушает, если уступлю бесу — плохо будет Богу»).

У больных с сенестопатическими автоматизмами тягостные, неприятные ощущения в теле переживались как непосредственное внедрение сверхъестественного существа. Например, у больной на фоне подозрительности, беспокойства, тревоги возникли неприятные ощущения в голове («кто-то путает мысли, как будто вытравливает их»). Выпив стакан воды, почувствовала, что проглотила какое-то существо. Стоя под душем, увидела в зеркале какие-то рожи, затем почувствовала, что в теле кто-то находится, теребит внутренние органы, прогрызает бока. В голове и в ушах явственно услышала писк, затем голос: «Загрызу!». Решила, что она во власти сатаны, стала кричать, звать на помощь.

В другом случае пациентка чувствовала, что из нее исходят газы наружу, вызывала у себя рвоту. Не почувствовав облегчения, поняла,

что одержима нечистой силой: «внутри кто-то сидит, разрывает живот. В животе все стягивает, что-то шевелится». Испытывала насильственные движения в конечностях и языке.

Нередко возникали сложные по своей феноменологии явления бредовой деперсонализации и дереализации. Тотальная деперсонализация (бред метаморфозы) выражалась переживаниями деформации скелета, появления шерсти, рогов, когтей, хвоста. Бредовое поведение характеризовалось психомоторным возбуждением, суицидальными намерениями и действиями.

### ***Наблюдение 5.***

Больная С., 19 лет. Наследственность психическими заболеваниями неотягощена. Мать по характеру мягкая, застенчивая, отец — с эпилептоидными чертами характера. Младшая сестра здорова, учится в вузе. Больная родилась недоношенной на 7-м месяце беременности, протекавшей на фоне острых респираторных заболеваний с фебрильной температурой; в родах стимуляция, масса тела 1500 г. Наблюдалась невропатологами, была выявлена спастическая диплегия, установлен диагноз «Детский церебральный паралич». Инвалид с детства. В первые годы жизни была беспокойна, возбудима, имелись нарушения сна. Навыки ходьбы с 4 лет. В психическом развитии не отставала от сверстников. По характеру формировалась мнительной, отзывчивой, искренне привязанной к матери девочкой. Училась в обычной школе по массовой программе. Однако испытывала трудности при письме, уставала после незначительных нагрузок. В 12–13 лет под наркозом производилась пластика сухожилий нижних конечностей. С 6-го класса была переведена на домашнюю форму обучения. Увлекалась игрой на гитаре, пыталась писать стихи, песни, была влюблена в рок-музыканта Б., собирала записи с его концертами. Близких друзей никогда не имела, в отношениях с одноклассниками держала дистанцию. В семье воспитывалась в обстановке гиперопеки. С 15 лет стала более замкнутой, ревливой, конфликтной, часто ссорилась с младшей сестрой, которую считала менее красивой, чем она, резко сузился и без того незначительный круг общения, стала излишне суеверной, тревожной. Закончила 11 классов, в вуз не поступила. Свободное время проводила дома, в одиночестве, часто фантазировала, писала стихи. С 17 лет появились чувство безразличия, отсутствие удовольствия, потеря интереса к различным занятиям, адинамия, снижение аппетита. Отмечала, что «перестали слушаться ноги, стало трудно передвигаться». Эти ощущения не сопровождались ухудшением неврологической динамики. Через полгода усилилась деперсонализационно-дереализационная симптоматика. Ощущала, что руки чужие, «ватные» не могла мыслить как раньше, собственную речь воспринимала как чужую, казалось, что предметы находятся на каком-то отдалении. Не могла сосредоточиться на обычной де-

тельности, нарушился сон. Затем появилась мысль, что нравится парню, который хочет познакомиться с ней с помощью сестры, завидующей ее красоте и также влюбленной в этого парня. Обращалась за помощью к психологам. По рекомендации своего остеопата обратилась к женщине-экстрасенсу, которая лечила ее по телефону в строго определенное время. Спустя два месяца во время занятий с экстрасенсом ощутила идущий от телефонной трубки «поток тепла», из-за чего возникали покалывания в ушах. Появилось предположение, что экстрасенс «заколдовала мысли». С осени 2002 г. состояние ухудшилось. Отмечала вкладывание или отнятие мыслей, их передачу на расстоянии. Говорила, что телепатически общается с экстрасенсом, которая ведет с ней внутренние диалоги, заставляет желать родителям зла, предрекает рак, скорую смерть. Иногда чувствовала, что и сама может воздействовать на других людей. («Я посмотрела на рок-музыканта, а у него пошел ток из глаз и изменился взгляд»). Затем присоединились неприятные ощущения внутри головы, «вибрация» во влагалище, анальном отверстии. Увидев однажды по телевизору передачу религиозного содержания, пришла к выводу, что экстрасенс — ведьма. Постепенно стало ясно, что вкладывания мыслей, неприятные ощущения в голове, матке не что иное, как воздействия нечистой силы, внедрившейся в ее тело под «энергетическим влиянием ведьмы». Рассказала, что вначале бесы предположительно находились в матке, голове, а затем растеклись по всему телу, вызывая тепло, онемение, жжение, а в дальнейшем «рак». Отметила, что за один день «стала вся синяя, состарилась, появились морщины». Обратилась в церковь, где ей подтвердили одержимость бесами, неоднократно ездила в Псков на групповое изгнание бесов, вызывала батюшку на дом, считая, что это должно помочь. При чтении вслух Евангелия испытывала неприятные ощущения в анальном отверстии, трактуемые как «выход нечистой силы». В течение полугода от начала манифестации заболевания за медицинской помощью не обращалась. К психиатру обратилась по настоянию родителей, была госпитализирована. В стационаре в течение месяца продолжала испытывать неприятные ощущения в теле, чувство собственной измененности, открытость, остановку, путаницу и наплывы мыслей в голове, высказывала идеи одержимости нечистой силой. Отмечался депрессивный фон настроения без признаков суточной динамики и витализации аффекта. Получала галоперидол, азалептин, rispoleпт. Отмечалось уменьшение интенсивности продуктивной психопатологической симптоматики, на первый план в клинической картине вышли апатия, бедность речи, сглаженность эмоциональных реакций. В течение полугода амбулаторно лечилась хлорпротиксеном. Затем, в связи с нарастающей социальной отгороженностью, бездеятельностью, снижением продуктивности госпитализирована повторно.

При поступлении: сознание ясное. Во время беседы прикрывает глаза, избегая зрительного контакта. Эмоционально

тускла, депримирована, хотя субъективно снижения настроения не подтверждает. Говорит, что «не понимает своих мыслей, чувствует расслабленность во всем теле». Обвиняет сестру в том, что она «навела» на нее экстрасенса, которая по телефону «стряхивала» на нее бесов. Не исключает, что страдает психическим заболеванием, может быть шизофренией, «но лекарства бессмысленны, так как болезнь привита экстрасенсом».

В первые недели пребывания в отделении большую часть времени проводила в постели, поднималась только в присутствии родственников. Проявляла пассивность, капризность. Было начато лечение rispолептом, однако в связи с появлением выраженной тревоги, беспокойства, нарушений сна препарат был отменен. На фоне лечения эглонилом с циклодолом стала менее тревожна, адаптировалась в условиях отделения, но продолжала ощущать путаницу мыслей, расслабленность во всем теле, не желала проявлять какую-либо активность. Эглонил был отменен, назначен коаксил, позже — ремерон с хлорпротиксеном, на фоне которых уменьшилась заторможенность, снизилась актуальность бредовой симптоматики, улучшились настроение и аппетит. По отделению стала передвигаться с поддержкой, выполняла гигиенические мероприятия, более тепло общалась с родственниками.

Экспериментально-психологическое исследование: в структуре интеллекта отмечается неравномерность: невербальный интеллект — 76 баллов, вербальный — 103. Общая оценка — 91. При исследовании мышления отмечается актуализация слабых признаков: так объединяет в одну группу предметы зонт, барабан, пистолет, поскольку они «издают звук». Исследование личности выявило трудности социальной адаптации, тенденцию к тревоге, связанную с неприспособленностью, ориентированностью на внутренние, субъективные критерии в оценке окружающего, отрыву от реальности.

На ЭЭГ: диффузные ирритативные изменения с вовлеченностью диэнцефальных структур, снижение функционального состояния коры, снижение лабильности нервных процессов и косвенные признаки ликвородинамических нарушений.

Неврологический осмотр: врожденная энцефалопатия (ДЦП, спастический нижний парапарез).

Соматически: повышенного питания, кожа чистая, бледная. АД 120/80 мм рт. ст., пульс 68 в 1 мин, границы сердца перкуторно в границах возрастной нормы. I тон на верхушке сердца приглушен. В легких хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный, печень, селезенка не пальпируются.

*Диагноз:* F20.0 Параноидная шизофрения.

Диагноз параноидной шизофрении в приведенном наблюдении вряд ли может подвергаться сомнению. Несмотря на то, что больная страдает врожденной энцефалопатией в виде ДЦП, начало шизофренического процесса по времени с ним не связано. Заболевание де-



бютировало в возрасте 17 лет, феноменология деперсонализации проявилась в различного рода признаках психического отчуждения по А.А. Меграбяну [21]. Ее выраженность колебалась от приглушенности, блеклости самосознания до полного отчуждения мыслей и чувств, переживаемых как сделанные извне. В психопатологической структуре сквозного эндоформного синдрома [28] деперсонализационный компонент был наиболее выражен и проявлялся идеовербальными и идеосенсорными формами психического автоматизма. На манифестном этапе изменения самосознания приобрели выраженный бредовой характер. Больная высказывала убеждение, что вкладывания мыслей, неприятные ощущения в голове, матке не что иное, как воздействия нечистой силы, внедрившейся в ее тело под «энергетическим влиянием ведьмы». Бредовые идеи сопровождались соответствующими формами бредовой защиты. Возросла религиозная активность, больная приглашала священников на дом, прибегала к изгнанию бесов. В ходе лечения острая продуктивная симптоматика сгладилась и сменилась негативной.

**Депрессивно-бредовой вариант.** Соответствует описанной Э. Крепелиным клинической картине, основными чертами которой являются затруднение в усвоении восприятий и мышления, тревожное или грустное настроение, задержка воли с присоединением бредовых идей греховности и недостойности, обыкновенно с религиозным оттенком и нередко бредом метаморфозы (превращение в персонажей, воплощающих зло, например, дьявола) [18].

#### ***Наблюдение 6.***

Больная Д., 45 лет. Отец злоупотреблял алкоголем, отличался раздражительностью, вспыльчивостью, умер от инфаркта миокарда. Мать тихая, застенчивая, страдает заболеванием почек. Беременность протекала без осложнений. Больная в развитии не отличалась от сверстников, в детстве тяжелых заболеваний не переносила. В школу пошла с 7 лет, училась хорошо, была активной, общительной, имела много друзей. В 9 лет впервые возникли суицидальные намерения под впечатлением конфликтов в семье, обусловленных алкоголизацией отца: «наблюдала ссору пьяного отца и матери, видела, как отец гоняется за матерью с ножом, решила, что возьмет нож и воткнет себе в горло. Якобы услышала голос: «Тебе всего 9 лет», после чего бросила нож и забилась под ванну». После окончания 10 классов поступила в политехнический институт, училась успешно, получила диплом инженера. Первые годы работа была тяжелой, связанной с частыми командировками. В 1982 г. уволилась, так как планировала завести семью, познакомилась с мужчиной, который стал ее мужем. От брака с ним родила двух

сыновей. С 35—36 лет отмечала у себя изменение психического состояния, когда впервые появились нарушения сна, раздражительность, ранимость, склонность к бурным реакциям по незначительному поводу. Объясняла это алкоголизацией мужа, хотя и сама выпивала вместе с ним. Наряду с этим, отмечала снижение настроения, «ничего не хотела и не могла делать». Некоторое время работала уборщицей в НИИ онкологии, однако в связи с ухудшением самочувствия уволилась. Утром чувствовала себя лучше: «утром могла что-то делать, а к вечеру силы оставляли меня». При этом отмечала у себя повышенный аппетит: «Заедала все свои проблемы». В 36 лет в течение нескольких месяцев испытывала подавленное настроение, возникали суицидные мысли. Однажды решила повеситься, представила, как возьмет веревку и совершит задуманное, но услышала голос, предлагающий посетить храм. Пристрастилась к религии, стала регулярно посещать церковь. Пыталась помочь мужу, отправила его на курсы доктора Ш. По ее словам, лечение мужу помогло, он перестал пить. После этого интерес к религии ослаб, в церковь ходила все реже и реже. Муж же возобновил пьянство, больная восприняла это как «наказание Господне». Мужа очень любила, позволяла ему совершать сексуальные эксцессы, «позволяла все, кроме анального секса». В 38 лет вновь испытывала грусть, тоску, бессонницу, четыре месяца лечилась в больнице неврозов, где поставили диагноз: «Циклотимия». Получала финлепсин, амитриптилин, циннаризин. После выписки существенного улучшения не отмечала: «придавили, но не вылечили, душа не оттаяла». Сохранялось плохое настроение, ощущала отсутствие энергии, «все было противно, запустила дом». В дальнейшем из-за постоянного пьянства мужа выгнала его. После развода жить стало тяжелее, одна воспитывала детей, совершала церковные обряды. Тяжело переносила воздержание, однако внебрачных связей себе не позволяла. В последующие 7 лет перенесла несколько легких депрессивных эпизодов, которые проходили без лечения. С 1998 по 2000 гг. не работала, а затем вновь устроилась уборщицей.

В августе 2001 г. (45 лет) резко ухудшилось настроение. На фоне углубляющейся тоски и тревоги слышала мужской голос, запрещающий есть. Подчиняясь голосу, в течение 20 дней почти ничего не ела. Затем мужские голоса, которые она интерпретировала как бесовские, стали говорить непристойности. Активно посещала церковь, однако облегчения не было. Поняла, что в нее вселились бесы, воспринимала их чувственно, ощущала бесовской запах, исходящий от рук, других частей тела, говорила, что от нее пахнет «козлом», «мужиком». Чем больше молилась и ходила в церковь, тем чаще слышала голоса.

В день госпитализации под влиянием голосов, приказывающих обнажаться перед мужчинами, заниматься анальным сексом, пошла к своему начальнику, обнажалась, предлагала близость. Затем в отделе кадров была беспокойна, многократно переписывала заявление об уходе, порвала трудовую книжку.

Выбежала на улицу, металась по сторонам. Была доставлена в милицию, где приставала к сотрудникам, поднимала юбку.

Будучи доставленной в психиатрический стационар, была ориентирована в месте, времени, собственной личности. Подробно рассказала о своих переживаниях. Считает свое состояние болезненным, но в то же время утверждает, что она «одержима бесом». Неоднократно в течение беседы нюхает свои руки, говорит, что они пахнут «козлом», «мужиком», «запах отвратительный». Отмечает, что ее состояние наследственное, тут же упоминает об алкоголизации отца, позднее говорит, что и в «родителях бес сидел». Во время беседы иногда замолкает, прислушивается, сообщает содержание услышанного: «меньше болтай, что они понимают в бесовщине». Своим состоянием обеспокоена, рассчитывает на помощь врачей, хотя не уверена, что возможно лекарственное лечение, полагает, что целесообразно духовное. Фон настроения с депрессивным оттенком, хотя и без выраженного снижения. Сообщает, что голоса мучили ее и в прошлом: «отдавали приказы покончить с собой, говорили, что изнасилуют, заставят умереть, истекая кровью».

В отделении через две недели после лечения амитриптилином, клопиксолом состояние заметно улучшилось. Появилась заинтересованность окружающим, активно помогала в отделении, просила дать ей любую работу. В присутствии врача очень тепло говорила по телефону с сыном, просила его сходить к священнику. Вместе с тем жаловалась, что голоса окончательно не исчезли: «когда говорю с врачом — голосов нет, а как разговор прекращается — снова слышу. Приказывают, чтобы говорила не то, что думаю». Говорит, что ей очень стыдно за свое поведение перед поступлением.

Неврологический и соматический статус без особенностей.

*Диагноз:* F33.3 Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод, тяжелый, с психотическими симптомами.

Как видно из приведенного описания, клиническая картина характеризуется отчетливыми депрессивными приступами, и лишь в последнем приступе выражены как депрессивные, так и шизофренические симптомы. Основанием для установления данного диагноза послужили указания МКБ-10 о том, что появление редких шизоаффективных эпизодов не снимает диагноз рекуррентного депрессивного расстройства, если в остальном клиническая картина достаточно типична [29].

Болезнь началась с депрессивной симптоматики в виде подавленного настроения, возникновения суицидных мыслей. Одновременно возник интерес к религии. Активно посещала церковь, молилась, но существенного облегчения не наступало. В структуре последнего приступа наряду с депрессивной симптоматикой отмечались выраженные дисморфоманические проявления в виде галлюцинаций запаха собственного тела [44] с присоединением бреда одержимости.

Нередко депрессивная симптоматика сочеталась с усиливающимися чувство вины и греха переживаниями сексуального характера. Бредовую фабулу формировали галлюцинаторные переживания непристойных, бесстыдных манипуляций, производимых с половыми органами (генитальные галлюцинации по V.Magnan [55]). Больные высказывали убеждения, что сверхъестественные существа (бесы) занимаются с ними сексом, насилуют.

### ***Наблюдение 7.***

Больная Ч., 20 лет. Мать тихая, сентиментальная, обидчивая. Отец активный, настойчивый, временами раздражительный. Умер от тромбоэмболии, когда больной было 12 лет. Младшей сестре 17 лет. Здорова. Бабушка — активный член религиозной секты «Свидетели Иеговы». Беременность у матери протекала без отклонений. Раннее психомоторное развитие без особенностей. В детстве серьезных заболеваний не переносила. По характеру всегда была замкнутой, малообщительной, «держала все в себе». В школу пошла с 7 лет. Училась удовлетворительно. Всегда трудно сходилась с людьми. После окончания 8 классов пошла в ПТУ, где освоила специальность оператора ЭВМ. До поступления работала в метрополитене дежурной. За год до поступления в стационар бабушка привела ее в секту. Больная переносила высокие психоэмоциональные нагрузки. Наряду с выходами на работе в ночную смену регулярно посещала молитвенные собрания, читала Библию, хотя плохо понимала прочитанное, ходила по квартирам, распространяла религиозную литературу. В дни, свободные от ночной смены просыпалась в 5 часов утра и принималась за Библию. Появились мысли о том, что она «плохо служит богу и может быть наказана» Снизилось настроение. За неделю до госпитализации испытывала вялость, слабость, быструю истощаемость, особенно выраженные в утренние часы, плохо понимала связь между явлениями, переживала свое бессилие. Возникли боли в голове, затем какие-то «мысленные голоса» экзаменовали, задавали вопросы из Библии, на которые она не могла ответить. Затем возникла путаница мыслей в голове, их остановки и наплывы. Однажды перед сном в субъективном пространстве отчетливо увидела «демона» красного цвета с рогами на голове. Поняла, что демон находится в ее голове, воздействует на мысли, ставит ловушки. Затем демон переместился во влагалище. Ощущала покалывание, пощипывание (сенестопатические галлюцинации). Была возбуждена, тревожна, беспокойна, кричала, что «демон ее трогает, раздражает, насилует». Доставлена в психиатрический стационар.

При поступлении и в первые дни. Сознание не помрачено. Настроение снижено, крайне тревожна, напряжена, разговаривает тихим голосом, не глядя на собеседника: «Если посмотрю на Вас, могу причинить боль». Говорит, что под влиянием сатаны заблудилась, была под гипнозом, в оцепенении, не попала на работу, была в другом времени и месте. Загружена галлюцинатор-

ными переживаниями, слышит в голове сатанинский голос: «Как хочу, так и будет». Иногда дает соскальзывания в виде ответов «мимо». Например, на вопрос: «Что Вы слышите?», отвечает: «Согласна». Говорит, что сатана сидит в ее теле, ему подчинены все мысли, чувства, движения. Он отдает приказания, говорит неприятные вещи, заставляет заниматься сексом, сопротивляться ему невозможно: «Он внутри меня, он красный, на голове рога». После проведенного лечения (аминазин, галоперидол, общеукрепляющие, витаминотерапия) состояние заметно улучшилось. Стала спокойной, упорядоченной, бредовые идеи дезактуализировались. Критическая оценка своего состояния неопределенная. Соглашается, что под воздействием медикаментов сатана вышел из тела, но сохраняет убеждение, что была наказана за то, что плохо служила Богу. Считает, что спасется только в лоне секты, говорит «Свидетели Иеговы — это моя семья».

Соматический и неврологический статус без особенностей.

*Диагноз:* F20.0 Параноидная шизофрения с приступообразно-прогредиентным течением.

Клиническая картина в приведенном наблюдении характеризуется остро развивающимся синдромом Кандинского — Клерамбо на фоне нерезко выраженной депрессии с астеническим компонентом. Представленные в ней ассоциативный и сенестопатический автоматизмы трансформируются в бред одержимости с эротической окраской. В более тяжелых случаях (фантастическая парафрения) тенденция к фантастическому видоизменению бреда выражена наиболее отчетливо. Примером может служить больная С., у которой возникающие висцеральные галлюцинации внизу живота, тактильные галлюцинации в области половых органов, ощущения ударов, толчков (гаптические галлюцинации) приводили к необычным оргастическим ощущениям. Формировалось стойкое бредовое убеждение, что она оплодотворена нечистой силой и рождает дьявола.

## **4.2. Бред колдовства**

Проблема веры в колдовство, присущая различным этносам и социальным группам, включает в себя как социальные, культурные, так и медицинские аспекты. В XVI веке в средневековой Европе на костре и на эшафоте по обвинению в колдовстве погибло множество людей. Доля душевнобольных среди жертв инквизиции неизвестна, хотя история сохранила несомненные доказательства вынесения приговоров психически больным людям. Осмыслению эпидемий колдовства, бесоодержимости, роли внушения и самовнушения в их возникновении, а также процессов ведьм посвящена обширная литература [1, 13, 30, 35, 37, 40]. Среди психиатров, активно боров-

шихся с инквизицией, известно имя J. Weyer. Будучи, несомненно, сыном своей эпохи, он непоколебимо отстаивал мнение, что так называемые ведьмы — это пожилые женщины с больной фантазией, страдающие меланхолией, которые не в состоянии кому-либо вредить [64].

Исторически сложилось, что с XVI — до середины XVIII столетия в психиатрии преобладали демонологические концепции, отстаивающие существование двух типов умственных болезней: вызванных естественными причинами и дьявольским наваждением. Лечение заболеваний второго типа требовало изгнания дьявола, которое доходило до применения пыток. Явления бесоодержимости часто путались или идентифицировались с колдовством, хотя данное понятие в ту эпоху скорее имело социальное значение и применялось к осужденным «волшебникам» и «ведьмам» [59].

В XIX в. научная психиатрия расценивала явления демономании и демонофобии как психические расстройства, в основе которых лежит поражение центральной нервной системы. Этому во многом способствовали труды школы J. M. Charcot, трактовавшего многие симптомы бесоодержимости (конвульсии, изменения до неузнаваемости голоса и речи, чувство овладения духом) как проявления большой истерии, в основе которой лежит психогенный фактор [39].

В отечественных учебниках и руководствах бред колдовства и порчи отдельно не описывается, а наряду с бредом одержимости нечистой силой или животными включается в более широкое понятие архаического бреда [12]. В то же время полной идентичности между этими формами нет. В последние годы подчеркивается социальная значимость бредовой фабулы колдовства. Выявлено, например, что страдающие ею психически больные достоверно чаще совершают деликты против личности, включая убийства [7].

Общеизвестно, что содержание бреда в определенный срез времени обуславливается социальными и культурными факторами. В последние десятилетия в России в силу известных причин оживилась вера в сверхъестественные явления. По данным социологов, среди верующих в различные религиозные и парарелигиозные доктрины, людей, убежденных в существовании колдовства, порчи, сглаза было 47% [11]. Учет этих факторов необходим при проведении дифференциальной диагностики суеверий и заблуждений здоровых людей и болезненных идей того же круга.

Таким образом, бред колдовства проявляется в пассивной и активной формах. В первом случае он представляет собой непоколебимую убежденность больного в том, что определенное лицо, группа лиц или

неизвестные силы путем применения сверхъестественных средств и воздействий вредят, вызывают болезни и негативные изменения в личной жизни. Напротив, при активной форме пациенты сами убеждены в наличии у них необычных способностей и волшебных полномочий воздействия на окружающих: околдовывать, очаровывать, вызывать и исцелять болезни. Будучи нозологически неспецифичной, данная бредовая фабула встречается при многих психических расстройствах, но чаще шизофренического спектра [25].

#### **4.2.1. Клинические варианты бреда колдовства**

Входя в структуру аффективных, галлюцинаторно-бредовых синдромов, синдромов помрачения сознания, бредовая фабула колдовства разворачивается в зависимости от их конструкции и выраженности. Будучи разработанной и систематизированной в рамках паранойяльного синдрома, она проявляется в виде интуитивных догадок, констатаций, импровизаций, фантазий при параноидном синдроме с чувственным бредом и парафренном синдроме с бредом воображения.

В качестве постоянного компонента бреда выступают аффективные расстройства, определяемые картиной ведущего синдрома. Учитывая зависимость бредовых построений от его структуры, целесообразно рассмотрение клинического материала в рамках пяти синдромов: паранойяльно-ипохондрического, галлюцинаторно-параноидного, депрессивно-параноидного, парафренного и делириозного.

**Паранойяльно-ипохондрический синдром.** При данном варианте бредовая фабула развивалась постепенно. Идеи колдовства и порчи не проявлялись в «чистом» виде, а сочетались с идеями ущерба в рамках «параноида жилья», бреда ущерба или ревности [22, 31].

Период гнетущей тревожной неопределенности сменялся стойким убеждением, что соседи, ближайшие родственники (муж, зять, невестка) с помощью колдовских воздействий стремятся причинить вред здоровью. Способы, которыми осуществлялась порча, не выходили за рамки обычных суеверий и заключались в подбрасывании под дверь клубков с шерстью, камушков голубого цвета, нарезанных бумажек, золы, резинок, булавок, мертвых воробьев, крыс. В некоторых случаях порча наводилась с помощью газа, воды, подсыпания в пищу «зелья». Все больные испытывали неприятные телесные ощущения, которые интерпретировались как результаты колдовских воздействий («колдовство разошлось по всему телу»). К ним относились характерные для ипохондрического синдрома психалгии, сенестоалгии, сенестезии, сенестопатии [6]. Больные жаловались на

неясное телесное неблагополучие, упадок сил, прострелы в пояснице, дерганье в голове и шее, жжение в руках и ногах, жгучие, «доходящие до нерва» боли, ощущение, что в ноге «скручиваются волосяные нити», неопределенные боли в теле, в половых органах, чувство остановки сердца. Все эти проявления сопровождались аффектом тревоги и страха. Бредовая защита имела разнообразный характер: от передвижения мебели, выбрасывания «заколдованных» вещей до посещений церкви, регулярного окропления жилища святой водой, многократных обращений в компетентные органы.

**Галлюцинаторно-параноидный синдром.** Бредовые идеи колдовства и порчи в этом варианте отличались глубиной и всеохватностью, имели массивный характер, сочетались с идеями овладения, отношения, преследования. Ведущим аффектом являлась общая, диффузная тревога, как бы предупреждающая о надвигающейся опасности [26].

В представления о колдовстве вовлекались не только лица ближайшего окружения, но и какие-то неясные потусторонние силы. Порча осуществлялась не только «традиционными» способами, но и посредством гипноза, телепатии, экстрасенсорных воздействий, рентгеновских лучей. Первично возникшие ассоциативные автоматизмы интерпретировались как ее проявления. Больные жаловались, что колдуны вступают в разговоры, путают мысли, отбирают ум, навязывают свои идеи, комментируют прошлую сексуальную жизнь, называют «грязной, вонючей». Околдованные «экстрасенсами», они говорили, что их насильно пересаживают в другое астральное тело, совершают ежедневные акты насилия. Круг телесных повреждений, появившихся в результате порчи, был разнообразен, однако доминировали явления, относящиеся к дисморфомании [16]. Пациенты воспринимали себя физически измененными: лицо одеревенело, стало синим, появились морщины, изменились глаза, возник нарост на ухе, от тела исходит каловый запах (бред физического недостатка).

Сенсорные и двигательные автоматизмы J.Seglas [60] были характерны при присоединении к бреду колдовства явлений одержимости. Больные чувствовали, что находящаяся внутри колдовская нечистая сила намагничивает, разрывает внутренности, сжимает сердце, вызывает «колотуху», заставляет двигать языком, конечностями, испускать газы («бесы находятся в матке, голове, впоследствии растекаются по всему телу в виде тепла, жжения, вызывают рак, иногда выходят через анальное отверстие»).

Картина чувственного бреда содержала компоненты, описанные K.Jaspers [48], H.Ey [43], J.Capgras [38]. Переживания изменений ок-



ружающего включали бред значения, инсценировки, ложные узнавания. Квартира наполнялась каким-то ужасом и мраком, кухонная утварь, мебель, зеркала казались заколдованными, представляющими опасность. Формировалось убеждение, что самые близкие люди (мать, отец) заменены двойниками («мать — Вий», «мать — колдунья-сектантка, сконцентрировала в нательном крестике колдовскую энергию», «отец — вампир»).

Защитное поведение выражалось поступками, мотивированными бредовыми переживаниями. Пациенты требовали их расколдовать, размагнитить, обнажались, обливались водой. Иногда, пытаясь спастись, подливали соседям воду под дверь, подбрасывали клочки шерсти, писали жалобы в различные инстанции, совершали агрессивные и аутоагрессивные действия. В отдельных случаях больные совершали убийства.

### ***Наблюдение 8.***

Больной К. 35 лет. Родился в Туркмении, в семье чабана, третьим из десяти детей. Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Рос и развивался без отклонений. Со слов матери знает, что перенес какое-то тяжелое инфекционное заболевание с высокой температурой и обманами зрения. В школу пошел с 7 лет. По характеру формировался энергичным, активным, веселым, увлекался музыкой, самостоятельно учился играть на нескольких музыкальных инструментах. Окончил 9 классов. После школы работал помощником чабана. Одновременно играл в ансамбле, пел на свадьбах.

В 1983 г. был призван в армию, проходил ее в Забайкалье, в строительных войсках. К службе адаптировался легко. В период службы познакомился с русской девушкой. После демобилизации женился на ней и уехал в Туркменистан. Продолжал работать в колхозе сперва чабаном, затем охотником. Взаимоотношения в семье складывались хорошо. В браке родилось трое здоровых детей. В 1997 г. переехали в Забайкалье к родителям жены. Занимался малоквалифицированным трудом, из-за отсутствия зарплаты вынужден был уволиться. Занимался домашним хозяйством, мелкой коммерцией.

В начале 1999 г. купил у односельчанина старый дом, в котором долгое время никто не проживал. Вскоре в гости к супругам пришла соседка, которая нехорошо отзывалась о продавце: «В бога не верит, водится с нечистой силой, дом заколдован, в нем нет «четвертого угла», а жильцы, проживающие в нем ранее, умерли по неизвестной причине». Вскоре К. решил делать в доме ремонт. Во время ремонта обнаружил какую-то жердь, крестик, шерсть, волосы. Сопоставив слова соседки и факт обнаружения «колдовских предметов» предположил, что в доме «что-то нечисто». Изменилось психическое состояние, испытывал страх, тревогу, начал выпивать, «чтобы снять напряже-

ние». Перестал работать, семья проживала на пенсию матери жены. О своих предположениях рассказывал жене, родственникам, знакомым, которые не только не разубеждали К., но, наоборот, уверяли его в правильности его опасений, приводили устрашающие примеры смертельных случаев от порчи и сглаза. Жена К. полностью соглашалась с ним. Стал испытывать недомогание, слабость, покалывание в теле, головные боли. Постепенно сформировалось стойкое убеждение, что бывший хозяин дома — колдун, навел на семью порчу, хочет погубить. Почти ежедневно проводил досмотр помещений, находил все новые и новые колдовские предметы: клубки, нитки, бумажки, перья, затем сжигал их. Прямо в комнате или через стену отчетливо слышал голос бывшего хозяина дома, который «выл, как шакал» или говорил: «Я из тебя душу заберу». Решил принять православие, крестился, однако облегчения не наступало: «Дверь поменяли, к батюшке ходили, он меня крестил, жену крестил, всех окрестил, бочку воды налил, дом окрестил, легче не стало». Неоднократно пытался объяснить с «колдуном». При встрече с ним «состояние менялось, накатывался страх, возникала злость, хотелось все крушить, как будто бес вселялся». За несколько дней до совершения деликта состояние резко ухудшилось. Усилились страх, тревога, беспокойство, долго не мог заснуть, видел кошмарные сновидения («колдун говорит, что убьет меня, жену, детей, опускается надо мной, пытается душить»).

С целью защитить себя и семью взял жердь и нож, пошел в дом к «колдуну», нанес ему удар жердью по голове и удар ножом в область шеи, пытался выколоть ему глаза. Вернувшись домой, попросил жену выйти и помочь ему смыть колдовскую кровь. Сообщил жене, что «колдун» его преследовал, пытался вырвать сердце, поэтому он убил его, чтобы жить «спокойно, как раньше». После задержания был помещен в медсанчасть СИЗО, где продолжал испытывать тревогу, нарушения сна, обманы слуха. В специализированном психиатрическом отделении первые дни был почти недоступен речевому контакту, на вопросы отвечал мычанием, объяснялся жестами, плакал, не следил за своей внешностью, не принимал пищу. Через несколько дней после лечения аминазином и галоперидолом стал отвечать на некоторые вопросы, рассказал, что «голос» сообщил о мести жены «колдуна», которая убила его жену и детей, просил медперсонал убить и его. В специализированном лечебном учреждении, куда был помещен на принудительное лечение по определению суда, получал трифтазин, феназепам, аминазин, галоперидол, азалептин, клопиксол. После проведенного лечения состояние улучшилось. Осмотрен через три года после совершения деликта.

Психическое состояние: сознание ясное. Ориентирован в месте, времени, собственной личности. Эпизодически испытывает страх, тревогу, слышит голоса. Говорит, что где-то рядом находится шаман, со страшными клыками, который хочет его убить. Критики к своему состоянию не обнаруживает.

*Диагноз:* F28. Неорганическое психотическое расстройство.

Психические расстройства, описанные в приведенном наблюдении, во многом были обусловлены личностным реагированием К. на якобы «колдовские» действия продавшего ему дом соседа. В силу присущих К. примитивности суждений, веры в магические силы, повышенной внушаемости он придавал особое значение различным «колдовским» предметам, обнаруженным при ремонте дома. У пациента развился затяжной реактивно-индуцированный психоз с галлюцинаторно-параноидной симптоматикой. Большое значение в механизмах развития индуцированного реактивного психоза имела социокультурная обстановка, в которой находился больной. Родственники, соседи, знахарки, местные священники не только не разубеждали К. в нелепости его предположений, но и укрепляли его в вере в их истинность. Соседи говорили о страшных событиях, происходивших в доме до вселения туда семьи К., знахарки оказывали ему «лечебную» помощь, священник окроплял дом святой водой. Стереотип развития болезни заключался в первоначальном появлении невротических расстройств, нарушений сна, эмоциональной гиперестезии, головных болей, сверхценных идей колдовского воздействия. По мере углубления психоза сверхценные идеи трансформировались в острый параноид с истинными слуховыми и зрительными обманами. При этом поведение К. и его жестокие действия полностью определялось бредовой интерпретацией происходящего.

**Депрессивно-параноидный синдром.** Клиническая картина была во многом сходна с описанной W.Griesinger формой «*melancholia religiosa*» [45]. Выраженные депрессивные проявления в виде печали, подавленности, тревоги, болезненного бесчувствия, ипохондрических представлений о неизлечимом заболевании сопровождались депрессивным бредом самоуничтожения и самообвинения с идеями греховности, физической и моральной порчи. Очень тяжело переживались пустота, утрата чувства времени, исчезновение привязанности к близким, особенно детям. Уверяя, что все, что с ними происходит, — колдовство, больные считали себя виноватыми перед богом из-за недостаточной веры («все, что я делала, — делала неправильно, я грешница, бог отвернулся, в меня дьявол пытается вселиться — это так тяжело»). Актуальные бредовые переживания сочетались с навязчивыми контрастными явлениями («ставлю в церкви свечу во здравие, а приходят мысли, что за упокой»). Бред моральной порчи сопровождался имеющими обвинительный характер слуховыми галлюцинациями («голоса бранили, называли падшей, развратной, приказывали сожительствовать») и сенестопатиями, преимуще-

ственно в половых органах. В двух наблюдениях клиническая картина соответствовала бреду J.Cotard [41] и выражалась тревожным аффектом с болезненными идеями о разрушении всего организма.

Бредовое поведение характеризовалось усилением религиозной деятельности. Учащалось посещение церкви, больные изнуряли себя постами, молитвами, каялись в грехах, ретроспективно припоминая все явные и неявные совершенные в течение жизни проступки. Отсутствие облегчения убеждало их в истинности бредовых построений. Нередко возникали суицидальные намерения.

**Парафренный синдром.** В отличие от предыдущих вариантов, при которых все переживания, какими бы фантастическими они ни казались, относились в сознании больного к нему как к конкретной личности, при данном варианте нарушались другие, более глубокие уровни интеграции психических процессов. Определяющим фактором здесь было расстройство осознания собственного опыта личности, нарушение механизмов аутоидентификации [27]. Наряду с интерпретативными и чувственными в бредовые построения включались механизмы бреда воображения [5, 14].

Активная форма бреда, свойственная данному варианту, выражалась в открытии у себя выдающихся способностей и волшебных полномочий. Гипертимический фон настроения выражался приливом энергии, больные чувствовали, что помолодели, что цвет глаз принял необыкновенный изумрудный колдовской оттенок. Бредовое перевоплощение в колдунов, магов сопровождалось возникновением в теле телепатических волн, ощущением тепла в кончиках пальцев. Переосмыслению подвергались прошлое, настоящее и будущее. Больные утверждали, что с детства знали силу целебных трав, общались со святыми, получали наказы поощрять добро и бороться со злом. Вызывая души умерших родственников и слыша их приятные и необычные голоса, они угадывали чужие мысли, беседовали на расстоянии, назначали соседей по палате передатчиками своих мыслей.

В некоторых случаях клиническая картина характеризовалась смешанными параноидно-парафренными состояниями. Парафренный бред не снимал признаков параноидности, а наслаивался на них, усложняя клиническую картину. Картины с выраженной тревогой, страхом, психическими автоматизмами, идеями овладения нечистой силой (мать — колдунья, превращается в корову, от нее плохо пахнет, хочет убить) сменялись бредом воображения с яркими образными представлениями Богоматери, Иисуса Христа, инопланетян. Соответственно изменялась и фабула бреда с доминированием идей иного происхождения.

**Делириозный синдром.** Характеризовался преобладанием бредовых построений над нерезко выраженным галлюцинаторным компонентом, что соответствовало бредовому варианту дебюта белой горячки [32]. Парейдолии, зрительные галлюцинаторные образы интерпретировались как результат колдовских воздействий, наведение порчи. Больные выгоняли нечистую силу, обрызгивали квартиру хлоркой, баррикадировались. В более сложных случаях расширялась фабула бреда, больным представлялось, что вся семья проклята, родственники должны попасть в ад. Длительность бреда определялась тяжестью психоза и интеллектуальным уровнем больных.

Динамика, выраженность, коморбидность бреда колдовства и порчи определялись как гомономными (склад личности, кататимия), так и гетерогенными (нозология, статус, течение) факторами. Преморбидный склад личности при параноидной шизофрении был представлен астеническим и шизоидным вариантами. В инициальном периоде отмечались повышенная чувствительность, впечатлительность, ранимость, склонность к мечтательности, абстрагированию, магическому мышлению. Манифестация характеризовалась непродолжительным этапом интерпретативного бреда, отличающегося структурной целостностью со склонностью к генерализации бредовых переживаний. Преобладали идеи преследования, отношения, причиняемого ущерба, обиды, ипохондрические. Идеи колдовства и порчи появлялись постепенно, в среднем через семь лет после начала шизофренического процесса. В одних случаях они ассоциировались с воспоминаниями, представлениями, восприятиями, в других — возникали без всякого повода. Их появление сочеталось с нарушениями мышления в виде аморфности, нечеткости, абстрактной символики. Переход к парафреническому этапу выражался сменой аффекта. На фоне приподнятого настроения возникали идеи сверхъестественных способностей и иного происхождения.

При *шизоаффективном психозе* бред колдовства развивался преимущественно в рамках его шизодоминантной формы [3, 56, 61] и чаще соответствовал ее варианту, описанному А.А.Мухиным [23]. В преморбидном периоде у больных отмечались черты шизоидности с эмоциональной хрупкостью, гиперестезией. Симптоматическая лабильность выражалась в склонности реагировать на внешние факторы гетерономными психическими расстройствами. Психоз развивался постепенно, причем ему предшествовали не только соматогении и стрессовые жизненные ситуации, но и культовые воздействия (медитации, неконтролируемые парапсихотерапевтические мероприятия), на роль которых в возникновении психоза указывает R. Tolle [62].

На фоне астенодинамической депрессии наблюдались признаки бредового настроения, бредовой ипохондрии, бреда значения, появлялись мысли о наведенной порче. Затем, в период инверсии фазы с присоединением острого синдрома Кандинского — Клерамбо, наблюдалось фантастическое видоизменение бреда с явлениями бредовой деперсонализации и дереализации.

При *атеросклеротических психозах* бредовая фабула развивалась в рамках описанного Б.А.Лебедевым паранойяльного синдрома [20].

На фоне астенической симптоматики и жалоб соматического характера у больных начиналось формирование систематизированных бредовых идей, чаще персекуторного круга. Их содержание было связано с преморбидными особенностями личности. Больные отличались невысоким уровнем интеллекта, повышенной внушаемостью. Соматическое неблагополучие интерпретировалось как наведение порчи, в бред вовлекались лица ближайшего окружения, чаще соседи. На динамику бреда определенное влияние оказывало течение основного заболевания. При улучшении показателей деятельности сердечно-сосудистой системы интенсивность бредовых переживаний сглаживалась.

Итак, бред колдовства является компонентом архаического бредового комплекса и относится к нему как часть к целому. В отличие от не зависящих от временных и социальных факторов психопатологических явлений, например бреда Котара или бреда Капгра, он во многом представляет собой выражение социального патоморфоза психических заболеваний. Его распространенность в популяции зависит от изменений психологической ценностной ориентации, взаимоотношений между людьми, культурного уровня и потока информации [15].

Как и любой другой культурально обусловленный феномен, архаический бредовый комплекс, не изменяя глубинную сущность гетерогенных психопатологических универсалий (конструкция ведущего синдрома, течение, тяжесть), выражает их через совокупность культуральных, исторических и социальных компонентов [49]. Изучение архаического бредообразования помогает выкристаллизовать в общем бредовом синдроме постоянное прочное ядро его структуры, отделив его от случайных, непостоянных элементов влияния эпохи и окружающей среды [12].

Определяя с этой точки зрения клиническое значение бреда колдовства и порчи, следует рассмотреть его взаимосвязь и взаимообусловленность другими психопатологическими синдромами. Динамика бредообразования обуславливалась синдромотаксисом, т. е.

порядком чередования, сочетания и распада синдромов в течение движущегося патологического процесса [28]. Так, психалгии, сенестопатии, сенестезии, сенестопатии, дисморфомании в рамках астенического, ипохондрического, паранойяльного синдромов сочетаются с болезненными идеями порчи, колдовства; сенсорные и двигательные автоматизмы при галлюцинаторно-параноидном синдроме — с идеями одержимости; прилив сил, энергии, идеи величия, нарушение аутоидентификации при парафренном синдроме — с бредом иного происхождения и волшебных полномочий.

В эволюционном аспекте исследуемая бредовая фабула не представляется простым возвратом к палеологическому уровню мышления. Как было подмечено еще V.Magnan [55], предрассудки и суеверия прошлых веков сочетаются у больных с начатками знаний о научных открытиях современного мира, следствием чего является смешанная картина бреда. По нашим наблюдениям, идеи воздействия гипнозом, рентгеновскими лучами, различными видами энергий конкретизировались как колдовское вмешательство.

Клиническое значение бреда колдовства и порчи тесно связано с его социальным аспектом. Сочетаясь с бредовыми идеями преследования, отравления, ущерба, он образует «единый психопатологический узел, когда ставится под вопрос возможность дальнейшего общественно-морального бытия и физического существования больного, вызывая тем самым brutальные формы бредовой защиты» [9]. Поэтому его следует считать неблагоприятным прогностическим признаком как в клиническом, так и в социальном аспектах.

## Литература

1. Бехтерев В.М. Внушение и его роль в общественной жизни. — СПб.: К.Л.Риккер, 1903. — 144 с.
2. Блейхер В.М., Крук И.В. Толковый словарь психиатрических терминов. — Т. 1–2. — Ростов-на-Дону: Феникс, 1996.
3. Бологов П.В. Типологическая характеристика манифестных состояний шизодоминантной формы шизоаффективного психоза // Журн. невропатол. и психиатр. — 1998. — Т. 98, № 6. — С. 14–18.
4. Брокгауз Ф.А., Ефрон И.А. Энциклопедический словарь. Философия и литература, мифология и религия, язык и культура. — М.: ЭКСМО, 2003. — 591 с.
5. Вараваикова М.В. Состояния с бредом воображения при приступообразной шизофрении // Синапс. — 1993. — № 4. — С. 51–55.
6. Гиндикин В.Я. Ипохондрические расстройства и их уровни // Врач. — 1993. — № 2. — С. 11–14.

7. *Голенков А.В.* Клинико-социальные особенности больных с бредом колдовства, совершивших опасные действия // *Росс. психиатр. журн.*— 2001.— № 1.— С. 41–44.
8. *Жане П.* Неврозы и фиксированные идеи: Пер с фр.— СПб.: Изд-во О.Н.Попова, 1903.— 428 с.
9. *Зурабашвили А.Д.* Динамические уровни психического аппарата и персонологические проблемы при синдроме бреда // *Актуальные проблемы персонологии и клинической психиатрии.*— Тбилиси: Мецниереба, 1970.— С. 124–135.
10. *Иеромонах Пантелеймон (Ледин)* Козни бесовские.— М.: Православный фонд «Благовест», 1977.
11. *Каарияйнен К., Фурман Д.Е.* Религиозность в России в 90-е годы // *Старые церкви, новые верующие: религия в массовом сознании постсоветской России.*— СПб.: Летний Сад, 2000.— С. 7–48.
12. *Каменева Е.Н., Кудинов А.И.* Об архаических формах бреда // *Тр. 1-й Московской психиатрической больницы*, 1940.— Т. 3.— С. 440–450.
13. *Каннабих Ю.В.* История психиатрии.— Репринт.— М.: ЦТР МГП ВОС, 1994.— С. 74–81.
14. *Киндрас Г.П.* О психопатологии острого бреда воображения // *Вопросы общей психопатологии.*— 1976.— № 2.— С. 106–119.
15. *Ковалев В.В.* Патоморфоз психических болезней: его типы и причины // *Журн. невропатол. и психиатр.*— 1989.— Т. 89, № 12.— С. 51–55.
16. *Коркина М.В.* Дисморфомания в подростковом и юношеском возрасте.— М.: Медицина, 1984.— 221 с.
17. *Краинский Н.В.* Порча, кликуши, бесноватые.— СПб.: Тип. М.Акинфиева и И.Леонтьева, 1900.— 46 с.
18. *Крепелин Э.* Введение в психиатрическую клинику: Пер. с нем.— М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2004.— 493 с.
19. *Кречмер Э.* Об истерии: Пер. с нем.— СПб.: Образование, 1996.— 132 с.
20. *Лебедев Б.А.* Психические расстройства сосудистого генеза // *Руководство по психиатрии* / Под ред. Г.В.Морозова.— В 2 т.— Т. 2.— М.: Медицина, 1988.— С. 5–28.
21. *Меграбян А.А.* Деперсонализация.— Ереван: Армгосиздат, 1962.— 355 с.
22. *Медведев А.В.* Бредовые и галлюцинаторные расстройства при поздних шизофренических психозах, протекающих с картиной «параноида жилья» // *Журн. невропатол. и психиатр.*— 1990.— Т. 90, № 9.— С. 62–67.
23. *Мухин А.А.* Клинико-психопатологические особенности и типология острых параноидов при шизофрении // *Журн. невропатол. и психиатр.*— 1985.— Т. 85, № 2.— С. 236–243.
24. *Павлов И.П.* Полное собрание сочинений.— 2-е изд., доп.— Т. 3, кн. 1. Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности животных.— М.: Изд-во АН СССР, 1951.— 392 с.
25. *Пашковский В.Э.* Клинические аспекты бреда колдовства // *Журн. невропатол. и психиатр.*— 2005.— Т. 105, № 3.— С. 7–11.
26. *Попов Х.* Дифференциальный диагноз синдрома тревоги: Пер. с болгарск. // *Журн. невропатол. и психиатр.*— 1986.— Т. 86, № 11.— С. 1671–1676.



27. *Портнов А.А., Бунтов Ю.А., Лысков Б.Д.* К синдромологии парафренного бреда и сходных с ним состояний // Журн. невропатол. и психиатр.— 1968.— Т. 68, № 6.— С. 890—895.
28. *Портнов А.А.* Общая психопатология.— М.: Медицина, 2004.— С. 48—52.
29. *Психические расстройства и расстройства поведения (F00—F99)* (Класс V МКБ-10, адаптированный для использования в Российской Федерации) / Под общей ред. Б.А.Казаковцева, В.Б.Голанда.— СПб.: Изд. дом СПбМАПО, 2003.— 588 с.
30. *Рассел Б.* Почему я не христианин: Избр. атеист. произвед.: Пер. с англ.— М.: Политиздат, 1987.— 333 с.
31. *Терентьев Е.И.* Бред ревности.— М.: Медицина, 1991.— 271 с.
32. *Фролов Б.С.* О синдромологической структуре белой горячки // Журн. невропатол. и психиатр.— 1970.— Т. 70, № 5.— С. 736—740.
33. *Якубик А.* Истерия: Пер. с польск.— М.: Медицина, 1982.— 344 с.
34. *Alonso L., Jeffrey W.D.* Mental illness complicated by the Santeria belief in spirit possession // Hosp. Community Psychiatry.— 1988.— Vol. 39, № 11.— С. 1188—1191.
35. *Anderson R.D.* The history of witchcraft: a review with some psychiatric comments // Amer. J. Psychiatry.— 1970.— Vol. 126, № 12.— P. 1727—1735.
36. *Au W.L., Tan L.C., Tan A.K.* Hemifacial spasm in Singapore: clinical characteristics and patients perceptions // Ann. Acad. Med. Singapore.— 2004.— Vol. 33, № 3.— С. 324—328.
37. *Calmeil L.F.* De la folie considerée sous le point de vue pathologique, philosophique, historique et judiciaire.— N. Y.: Arno Press, 1976.— 522 p.
38. *Capgras J., Reboul-Lachaux J.* L'illusions des sosies dans un delire systematique chronique // Bull. Soc. de Med. Psych.— 1923.— Vol. 2.— P. 6—16.
39. *Charcot J.M., Richer P.M.* Les demoniaques dans l'art.— Paris: Macula, 1984.— 211 p.
40. *Connor J.W.* The social and psychological reality of European witchcraft beliefs // Psychiatry.— 1975.— Vol. 38, № 4.— P. 336—380.
41. *Cotard J.* Du délire de negations // Arch. De Neurol.— 1882.— Vol. 4.— P. 153—282.
42. *Esquirol J.* Des maladies mentales consideres sous les rapports medical, hygienique et medico-legal.— Paris: Balliere, 1838.
43. *Ey H., Bernard P., Brisset Ch.* Mannuel de Psychiatrie.— 3 ed.— Paris, 1967.— 1211 p.
44. *Gattaz W.F., Hass S.* The isolated olfactory hallucinosis and the olfactory hallucinations in the endogenous psychoses // Fortschr. Neurol. Psychiatr.— 1982.— Vol. 50, № 3.— P. 67—72.
45. *Griesinger W.* Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten: für Aerzte und Studirende.— 4 Aufl.— Braunschweig: F.Wreden, 1876.— 538 S.
46. *Hoyersten J.G.* Possessed! Some historical, psychiatric and current moments of demonic possession // Tidsskr. Nor Laegeforen.— 1996.— Vol. 116, № 30.— P. 3602—3606.
47. *Iida J.* The current situation in regard to the delusion possession in Japan // Jap. J. Psychiatry Neurol.— 1989.— Vol. 43, № 1.— P. 19—27.

48. *Jaspers K.* Allgemeine Psychopathologie.— 3 Aufl.— Berlin: Thieme, 1923.— 420 S.
49. *Karp I.* Deconstructing culture-bound syndrome // Soc. Sci. Med.— 1985.— Vol. 21, № 2.— P. 221–228.
50. *Kemp S., Williams K.* Demonic possession and mental disorder in medieval and early modern Europe // Psychol. Med.— 1987.— Vol. 17, № 1.— P. 21–29.
51. *Kotsopoulos S.* Intrusion and internalization of the devil: popular saints vs. the Fathers of the Church // Vesalius.— 2001.— Vol. 7, № 2.— P. 78–85.
52. *Lauerma H.* A religious experience or psychiatric symptom? // Duodecim.— 2000.— Vol. 116, № 23.— P. 2704–2709.
53. *Leon C.A.* «El duende» and other incubi. Suggestive interactions between, the devil, and the brain // Arch. Gen. Psychiatry.— 1975.— Vol. 32, № 2.— P. 155–162.
54. *Magnan V.* Le délire chronique a evolution systématique, par Magnan et P.Sériex.— Paris: Gauthier — Villars, 1892.— P. 184.
55. *Magnan V.* Les degeneres, etat mental et syndromes episodiques.— Paris: Rueff, 1895.— 235 p.
56. *Marneros A.* The schizoaffective phenomenon: the state of the art // Acta Psychiatr. Scand Suppl.— 2003.— Vol. 418.— P. 29–33.
57. *Omata W.* Schizoaffective psychoses in Germany and Japan — a transcultural psychiatric study // Fortschr. Neurol. Psychiatr.— 1985.— Vol. 53, № 5.— P. 168–176.
58. *Pfeifer S.* Demonic attributions in nondelusional disorders // Psychopathology.— 1999.— Vol. 32, № 5.— P. 252–259.
59. *Sedivec V.* Demonology in old medical manuscripts // Ceska Slov. Psychiatr.— 1995.— Vol. 91, № 5.— P. 277–281.
60. *Seglas J.* Les Hallucination psychomotorices verbales // Progress medical.— 1888.— Vol. 2, № 53.— P. 137–139.
61. *Spitzer R.L., Endicott J., Robins E.* Research diagnostic criteria: rationale and reability // Arch. Gen. Psychiatry.— 1978.— Vol. 35, № 6.— P. 773–782.
62. *Tolle R.* Psychiatrie 7., überarbeitete und erg. Aufl.— Berlin; New York: Springer-Verlag, 1985.— 433 S.
63. *Turkson S.N.* Schizophrenia — the spirit possessed 23 year old male from rural Kpando Dzoanti, Volta Region in Gana: case report // East. Afr. Med. J.— 2000.— Vol. 77, № 11.— P. 629–630.
64. *Weyer J.* De praestigiis damonum. Von teuffelsgespenst, zauberern und giftbereytern.— Franckfurt am Mayn: durch Nicolaum Basseum, 1586.— 575 S.

## **ГЛАВА 5**

### **ДЕПРЕССИИ С РЕЛИГИОЗНОЙ ФАБУЛОЙ БРЕДА**

Взаимоотношения естественнонаучного и религиозно-нравственного взглядов на депрессию имеют давнюю историю и традиции. Уже в монастырский период развития психиатрии накапливался опыт, представляющий ценность и для нашего времени. Византийский религиозный подвижник, автор знаменитого трактата «Лествица, ведущая к небесам» Иоанн Лествичник (VI в.) описал «отчаянье» как одно из подстерегающих монаха опасностей. Говоря о двух видах отчаяния, происходящих от множества грехов и от гордости, он уже в то время различал расстройства духовного и «естественного» происхождения [2]. В XIX в. религиозная меланхолия (*melancholia religiosa*) была описана W.Griesinger и включала в себя состояние душевной подавленности в сочетании с религиозным бредом тяжкого греха, страхом адских наказаний, проклятия богом [14]. Другой формой меланхолии, связанной с религиозными переживаниями, по W.Griesinger, являлась «демономеланхолия», которая возникала на фоне углубляющегося страха и сопровождалась ощущениями присутствия бесов в различных частях тела. В последующем термины «религиозная меланхолия», «религиозное помешательство» упоминалось в руководствах С.С.Корсакова [1], В.П.Сербского [8]. На имеющие пессимистический характер религиозные переживания обращали внимание не только психиатры, но и психологи. Основными характеристиками этих переживаний W.James считал то, что они вместо утешения приносят отчаяние, скрытый в них смысл представляется ужасным, а воздействующие на больного сверхъестественные силы воспринимаются как враждебные [13].

К. Шнайдер отметил три особенности психотических депрессий с религиозным бредом: 1) трансформацию ретроспективных припоминаний минимальных прегрешений в переживание тяжелой вины перед богом и неминуемое ожидание «заслуженного» наказания; 2) появление ранее не свойственной больным педантичной религиозной деятельности, не приводящей к минованию депрессии и успокоению; 3) утрату религиозной веры при психической анестезии (*anaesthesia psychica dolorosa*) [12].

Взаимоотношениям психопатологии и религии уделялось большое внимание в последних работах Д. Е. Мелехова [3]. В ходе патографического исследования болезни Н. В. Гоголя, он отмечал: «В религиозных переживаниях Гоголя были, особенно в первых приступах и даже до 1848 года, элементы борьбы с болезнью, сопротивления, молитвенного призывания к помощи Божией и просьб к близким о помощи в борьбе с мятежными мыслями, суевериями, пустыми приметами и малодушными предчувствиями. В дальнейших приступах, и особенно в последнем, было уже полное господство бреда греховности, самоуничтожения, потери веры в возможность прощения... При отказе от пищи и прогрессирующем истощении врачи применяли с лечебной целью пиявки, кровопускания, мушки, рвотные средства вместо укрепляющего лечения, искусственного питания и т. д.... Духовник советовал бросить все и идти в монастырь, а во время последнего приступа привел Гоголя в ужас угрозами загробной кары, так что Гоголь прервал его словами: «Довольно! Оставьте! Не могу больше слушать! Слишком страшно!» Болезнь и смерть Гоголя — типичный случай, когда врачи еще не умели распознавать это заболевание, которое еще не было описано в медицинской литературе, а духовник тоже не знал биологических законов этого заболевания, толковал его односторонне, духовно-мистически, а не в аспекте «широкого горизонта» человеческой личности, единства в ней биологического, психического и духовного, в их сложных взаимоотношениях».

В последние годы уделяется большое внимание психотическим депрессиям. В литературе отмечают присущие им бред и галлюцинации [13], чувство вины и ажитация [18, 20], опасность совершения больным суицида [15]. Однако структура и особенности развития депрессий с бредом религиозно-мистического содержания изучены недостаточно.

Таким образом, к депрессиям с религиозной фабулой бреда относятся психотические состояния, включающие в себя основные признаки депрессивного эпизода [7] (снижение настроения, утрата ин-

тересов и удовольствия, снижение энергичности) в сочетании с бредовыми идеями религиозно-мистического содержания, греховности, одержимости, колдовства. Наряду с указанными признаками, в структуре этих депрессий могут встречаться беспокойство, агитация, галлюцинации.

### **5.1. Клинические варианты депрессий с религиозной фабулой бреда**

В основу клинической типологии депрессий с религиозной фабулой бреда положен традиционный в отечественной психиатрии синдромологический принцип. По своей конструкции они относились к депрессиям 2-й группы по Ю.Л.Нуллеру [4] или сложным депрессиям по А.С.Тиганову [10] и характеризовались сочетанием симптомов депрессии с симптомами других психопатологических регистров. Нередко психоз начинался с тревожно-депрессивной симптоматики, а затем присоединялись галлюцинаторные, бредовые, сенестопатические, деперсонализационно-дереализационные проявления с постепенным ослаблением признаков депрессии. Эти особенности позволили рассматривать депрессии с религиозной фабулой бреда в рамках депрессивно-параноидных, меланхолично-парафренических, депрессивно-дереализационных, тревожно-депрессивных и депрессивно-ипохондрических синдромов.

**Депрессивно-параноидный синдром.** Характеризуется депрессивно-тревожным аффектом с бредовыми идеями греховности, осуждения, наказания. На фоне выраженных астенодепрессивных проявлений с ощущениями соматического неблагополучия возникают выраженные проявления чувственного бреда. Окружающее начинает восприниматься измененным, возникают страх, неотчетливые представления о надвигающейся катастрофе (бредовое восприятие). В кошмарных сновидениях видятся покойники, люди в черном («слуги сатаны»), смерть («силуэт в белом балахоне с косой наперевес»), гробы. Например, больной казалось, что с нее хотят сорвать нательный крест («проснулась вся в холодном поту»). Возникают навязчивые представления об умерших родственниках. Формирующаяся бредовая фабула постепенно принимает генерализованный характер: больные считают себя грешниками, падшими, опозорившими человеческий род. В церкви во взглядах прихожан, священников и даже в ликах святых на иконах они улавливают осуждающие намеки (бред особого значения). В бредовых построениях сочетаются са-

мые современные и архаические представления: «по заданию дьявола устанавливаются жучки, видеокамеры, считывается информация с домашнего компьютера». Ложные узнавания в виде симптома отрицательного двойника имеют характер непосредственной угрозы: «дочь — дьявол в образе дракона, хочет замуровать в квартире, лишиться еды и питья», «муж — дьявол, хочет убить». Предчувствия неминуемой жуткой развязки отражает бред инсценировки («все подстроено: нечистая сила вселилась в сестер, санитаров, врачей, хотят убить, задушить, покалечить, сбросить в бездну»).

Синдром Кандинского — Клерамбо представлен слуховыми, зрительными, обонятельными псевдогаллюцинациями, сочетающимися с идеями воздействия. Пациенты ощущают могильный запах, слышат голоса, как осуждающие, так и контрастные по содержанию («одни ругательные, другие божьи»). Ощущения внушения, воздействия, чтения мыслей на расстоянии интерпретируются в рамках основной фабулы. Осуждая себя за самые незначительные с точки зрения общепринятых норм проступки, больные часто и неистово, нередко по ночам, молятся, отказываются от мясной пищи, окропляют жилище святой водой, каются, исповедуются. Представления о собственной греховности усугубляет отсутствие облегчения.

### ***Наблюдение 9.***

Больная Ш., 34 года. Наследственность психическими заболеваниями неотягощена. Отец активный, общительный, умер в 1978 г. от инфаркта миокарда. Мать — чувствительная, впечатлительная, обидчивая, умерла в 1973 г. от онкологического заболевания. Больная — вторая из шести детей. В детстве росла и развивалась без отклонений, в детстве тяжелых заболеваний не переносила. По характеру формировалась застенчивой, нерешительной, обидчивой. В школе училась хорошо, после 10 классов пыталась поступить в сельскохозяйственный институт, но не прошла по конкурсу, была принята в политехнический техникум, который закончила. В 22 года вышла замуж за военнослужащего, работала мастером в ателье. В 23 года родила дочь. В 1993 г. подруга привела ее в церковь, после чего не реже одного раза в месяц посещала храм, участвовала в богослужениях, однако активно верующей себя не считала. В 1995 г. перенесла тяжелую психическую травму, обусловленную болезнью и смертью сестры. Вернувшись из Харькова, где жила сестра, чувствовала себя обессиленной, подавленной. Появились мысли о том, что она виновата перед ней из-за того, что «плохо ухаживала». Затем, наряду с подавленностью, появилась бессонница. Особенно плохо чувствовала себя по утрам. К чувству вины присоединились идеи греха перед богом. Чем больше молилась, тем острее чувствовала себя грешницей. Однажды почувствовала,

что в комнате произошли какие-то изменения, комната стала чужой, неприятной, страшной, возникли страх, тревога: вскакивала по ночам, видела очертания женщины с косой в белом одеянии (смерть пришла). Заметила, что соседи ведут себя необычно: косо смотрят, сухо и холодно здороваются, пытаются избегать ее. Их взгляды, реплики, улыбки воспринимала как осуждающие намеки, в которых усматривала подтверждение собственной греховности. Затем все разговоры соседей на кухне воспринимала как обвинительные реплики: «Называли короной, грязнулей, падшей». Вспомнила, как несколько лет назад молодой человек необычно посмотрел на нее, а она не отвела взгляд. Ретроспективно оценила это как измену мужу, еще больше уверилась в том, что она грешница и достойна самого сурового наказания. Однажды пошла замаливать грехи в храм. Когда подошла к храму, возникло ощущение, что все вокруг подстроено, с какой-то специальной целью вокруг церкви как-то по особенному ходят люди с крестами. Услышала голос Бога о том, что она своим присутствием оскверняет храм и должна его покинуть: «Храм должен принадлежать Богу». Дома была тревожна, беспокойна: то неистово молилась, то плакала, то смеялась, то пыталась куда-то бежать. Машиной скорой помощи была доставлена в психиатрический стационар.

В стационаре. В отделении в первые дни возбуждена, тревожна, взбудоражена, совершает беспорядочные движения руками, что-то бормочет. После инъекции клопиксола стала несколько спокойнее. В беседе сообщила, что вокруг все подстроено, одна из сестер — слуга дьявола, другая Бога. Та, которая слуга дьявола, ее околдовала. Вспоминает покойную сестру, говорит, что виновата перед ней, за это господь ее наказывает. После лечения амитриптилином, клопиксолом, трифтазином состояние улучшилось. Стала лучше спать, уменьшилась тревога, стала спокойнее, но длительное время полностью отсутствовала критика к своему состоянию. В дальнейшем согласилась, что была больна, обещала принимать лекарства после выписки. На свиданиях была приветлива с мужем, беспокоилась о дочке. Выписалась под наблюдение психиатра по месту жительства.

*Диагноз:* F32.3 Депрессивный эпизод тяжелой степени с психотическими симптомами.

В этом примере показано, что у больной с астеническими чертами характера после психической травмы возникают депрессивные проявления, к которым затем присоединяется острый чувственный бред с основными его компонентами: бредовыми восприятиями, болезненными идеями особого значения, инсценировки. С самого начала психоза переживания принимают выраженную религиозно-мистическую окраску, содержание которых определяют идеи греха перед богом, бред осуждения и наказания.

**Меланхолико-парафренный синдром.** Клиническая картина характеризуется глубокими нарушениями интеграции психических процессов, расстройством осознания собственного опыта личности, нарушением аутоидентификации [6].

Меланхолическая парафрения является одним из звеньев в развитии депрессивного приступа, в котором ей предшествовали неразвернутые астенический, анксиозный, деперсонализационно-дереализационный, галлюцинаторно-параноидный синдромы, которые сочетались и сменяли друг друга. Бредовая фабула содержала идеи мессианства, волшебных полномочий, перевоплощения, одержимости. Наравне с бредом воображения, в механизмы бредообразования включались интерпретативные и чувственные компоненты. Наблюдались отмеченные ранее Б.В.Соколовой лабильность аффекта и его несоответствие бредовой фабуле (бред величия при депрессии) [9]. Например, тягостное чувство индивидуальной вины трансформировалось в комплекс мессианства: больные осознавали себя избранниками бога, святыми, призванными привести человечество к покаянию, предотвратить всемирную катастрофу.

Нигилистический вариант бред Котара с отрицанием наличия у себя ряда органов, утверждениями об их гниении и распаде усложнялся конгруэнтными бреду галлюцинаторными голосами, «исходящими из ада» и обвиняющими в грехе.

Бредовая деперсонализация содержала религиозно-мистический компонент с присоединением бреда одержимости и бреда аутометаморфозы с переживаниями деформации скелета, появления шерсти, рогов, когтей, хвоста. Бредовое поведение характеризовалось психомоторным возбуждением, суицидальными намерениями и действиями. На высоте острого эндогенного психоза отмечались отдельные онейроидно-кататонические включения в виде калейдоскопически сменяющих друг друга фантастических представлений, иллюзорных восприятий, галлюцинаций, которые объединял эсхатологический характер переживаний. Больным представлялось, что они находятся в небесных сферах, где идет война идей с преобладанием темных сил из армии сатаны.

### ***Наблюдение 10.***

Больная Я-ва, 53 года. Об отце сведений нет. Мать умерла от соматического заболевания, была доброй, спокойной. Больная родилась младшей из трех сестер. Первая умерла в младенческом возрасте от менингита, вторая лечилась в психиатрической больнице в связи с «суицидом из-за несчастной любви». Дочь импульсивна, неустойчива в поведении, несмотря на молодой возраст, трижды была замужем.



Пациентка росла и развивалась без отклонений, в детстве серьезных заболеваний не переносила. С детства бабушкой была приобщена к православной вере, последние 15 лет регулярно посещает церковь, совершает обряды. Всегда была стеничной, общительной, беспричинных колебаний настроения не отмечала. В школе училась без особого интереса. После окончания школы окончила техникум железнодорожного транспорта. Многие годы работала на железной дороге инженером по охране труда. Много зарабатывала, часто бывала в командировках. В 25 лет вышла замуж, от брака имеет взрослую дочь. В доме обстановка была неспокойной. Из-за алкогольных эксцессов мужа дома часто случались семейные скандалы. Во время одной из ссор нанесла мужу ножевое ранение в грудь. Муж был госпитализирован, выписан в удовлетворительном состоянии. Осуждена условно. К настоящему времени судимость погашена.

В сентябре 2001 г. была уволена с работы по сокращению штатов. Состоит на бирже труда. Тяжело переживала потерю работы, возникшие материальные трудности, изменение социального статуса. В этом же году после конфликта с дочерью резко снизилось настроение. Затем появилось отчаянье, тревога, чувство надвигающейся беды. Ретроспективно оценивала свою жизнь, свои поступки. Возникло убеждение о собственной греховности, решила, что бог ее наказывает за нанесение ранения мужу: «Ударила чисто интуитивно, сама не знаю, почему воспоминания о содеянном не дают покоя». Затем почувствовала изменения в теле: «что-то стреляло, било». Возникла идея, что у нее гниют внутренности, что ее плоть заменяется дьявольской плотью. Слышала «голоса из ада» о том, что за грехи ее заживо сожгут в крематории. Решила покончить жизнь самоубийством, но не нашла в себе достаточно сил. Голоса приказывали уйти из дома, «чтобы всем было хорошо». В страхе выбежала на мороз одетая по-домашнему, в тапочках. Бродила по улицам, каким-то образом попала в метро, там долго стояла на платформе в опасной зоне близко к путям. Была задержана милицией. В пикете плакала, кричала, говорила «библейским слогом», была доставлена в психиатрический стационар.

В стационаре. При поступлении на верхних и нижних конечностях следы отморожения. Беспокойна, тревожна, не указывает фамилии, имени, отчества. Мечется, кричит, пытается куда-то бежать, говорит, что за грехи превращена в дьявола. На фоне относительно небольших доз транквилизаторов и нейролептиков седативного действия к концу первой недели стала более упорядоченной. Постепенно бредовые идеи дезактуализировались, появилась частичная критика к своему состоянию. Рассказала, что всеми ее передвижениями руководили голоса. Сначала думала, что голоса принадлежат Господу, а потом поняла, что дьяволу, так как «Господь творит Добро». Не исключает, что в теле находится дьявол, часто и подолгу молится, говорит: «Каюсь в грехах, но недостаточно». Сон поверхностный. Ест мало.

*Диагноз:* F32.3 Депрессивный эпизод тяжелой степени с психотическими симптомами.

У больной после ряда психических травм возникла выраженная депрессия с болезненными идеями вины, греха, суицидальными тенденциями. По мере развития депрессивного приступа присоединились конгруэнтные депрессивному бреду вербальные галлюцинации, признаки нигилистического бреда Котара, бред аутометаморфозы.

**Депрессивно-деперсонализационный синдром.** В отличие от предыдущего, при данном клиническом варианте деперсонализационные переживания не выходят за пределы возможностей данной личности и ограничиваются утратой чувства любви к близким в сочетании с тревогой, ощущением призрачности окружающего мира [10]. В основе переживаний лежит интенсивное, значительно более выраженное, чем при других клинических вариантах, осознание вины за совершенные прегрешения в прошлом и настоящем («вела распутный образ жизни, ублажала свою плоть, мало чтит слово божье, надо было оставаться девой»). Невозможность чувствовать и невозможность переживать, формирующие по R.Tolle [20] ядро меланхолии, приводили к убеждению, что бог отвернулся, не хочет слышать ни молитв, ни покаяний. Особенно тяжело переносились пустота, утрата чувства времени, исчезновение прежних чувств к близким, особенно детям («сын приходит, а я как каменная»). Фрагментарные идеи овладения, колдовства, порчи имеют характер бредовых интерпретаций. Отмечалась высокая суицидальная настроенность.

### ***Наблюдение 11.***

Больная П., 38 лет. Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Мать добрая, мягкая. Отец энергичный, решительный. Младшая сестра здорова. У больной в раннем детстве отмечались признаки невропатии, ночные страхи, боялась незнакомых людей, не могла оставаться дома одна, временами отмечались колебания настроения. К психиатру за помощью не обращались. Росла и развивалась не отставая от сверстников. В школе училась неровно, отличалась мнительностью, ранимостью, из-за этого было мало друзей. После окончания школы в училище получила специальность фармацевта. В 24 года вышла замуж, родила сына и дочь. Дети часто болеют простудными заболеваниями. С середины 80-х годов пристрастилась к религии, часто посещает церковь. За несколько лет до начала заболевания ухудшилась обстановка в семье, возник затяжной семейный конфликт, едва не закончившийся разводом.

В последний год чувствовала себя плохо. Перенесла оперативное вмешательство по поводу кисты яичника. В период обследования и в послеоперационном периоде возникали тревожные опасения о том, что от нее скрыли наличие онкологического заболевания. Затем появилась усталость, разбитость, потеря интереса к окружающему. С целью получить облегчение

стала часто ходить в церковь. Однако состояние еще более ухудшилось. Однажды, будучи в храме, молилась за здоровье детей, поставила свечу «во здравие», а в сознании появилась тягостная мысль, что «за упокой». Через некоторое время при произнесении той же молитвы, плохая мысль «пришла снова». От страха за жизнь детей перестала ходить в церковь. Решила, что она во власти демона: «Бог отвернулся, не дает никаких шансов». Испытывала интенсивные страх, тревогу, беспокойство, плохо спала. Впоследствии состояние еще более ухудшилось. Стала замкнутой, молчаливой, к чему-то прислушивалась, ощущала пустоту в голове, жаловалась, что у нее нет никаких мыслей, окружающий мир не волнует, «нет ни чувств, ни переживаний» Говорила, что «уходит в бездну, проваливается в ад». Была госпитализирована.

В стационаре. По записи дежурного врача, в день поступления возбуждена, драчлива, не удерживается на месте, периодически громко кричит. Путается в событиях последнего времени. В беседу вступает с трудом. Просит вызвать священника, говорит, что ей срочно нужно исповедоваться, снять с души тяжесть. Во время беседы глаза становятся влажными, говорит: «Я детей не любила, мужа не любила, не уделяла им внимания. Я бога только люблю, в меня дьявол пытается вселиться, я его не пускаю, это так тяжело. В церковь не могу ходить. Как свечку во здравие поставлю, так мысли приходят, что ставлю «за упокой». Тут же снова становится возбужденной.

В отделении первые 10 дней наблюдалось выраженное психомоторное возбуждение с растерянностью, импульсивными поступками. Однажды набросилась на соседку по палате с криками: «Ты ведьма, пришла меня убить», стремилась выброситься в окно. Врачу сообщила, что опасается надвигающейся глобальной катастрофы. Заявила, что ей срочно нужно идти в церковь, молиться, поскольку силы тьмы хотят ее растерзать. Слышала издали какой-то незнакомый голос, который бранит, приказывает. Была назначена массивная терапия нейролептиками, доза галоперидола достигла 30 мг/сут. При резком психомоторном возбуждении получала аминазин. На 10-й день лечения повысилась температура тела, диагностирована лакунарная ангина. После одномоментной отмены нейролептиков в следующие 2 суток отмечались резкая слабость, сонливость. Изменилась клиническая картина. Значительно уменьшились страх, напряженность, тревога. В то же время возникло ощущение собственной измененности. Жаловалась, что потеряла чувство времени (время течет бесконечно), исчезло чувство сна, не стало ощущения вкуса пищи. Очень тяжело переживала внутреннее опустошение, отсутствие чувства к близким, особенно к детям. Несколько месяцев проводилось лечение анафранилом в сочетании с клозапином и феназепамом. Состояние значительно улучшилось. Была выписана под наблюдение психиатра по месту жительства.

*Диагноз:* F32.3 Депрессивный эпизод тяжелой степени с психотическими симптомами.

Клиническая картина в данном наблюдении соответствует описанному Ю.Л.Нуллером [4] стереотипу развития деперсонализационной депрессии. В возникновении болезни сыграли свою роль как эндогенная предрасположенность в виде астенического личностного склада с тревожно-мнительным характером, так и чрезмерные для данной личности соматогенные и психогенные воздействия. Диапазон расстройств достаточно широк: на фоне тревоги, подавленности, фобий с контрастными навязчивыми мыслями возникают деперсонализационные проявления, которые сначала имеют фрагментарный характер, а затем начинают играть ведущую роль в клинической картине, по-видимому, в какой-то мере осуществляя защиту от крайне интенсивных тревоги и страха. Клиническую картину усугубляет религиозно-мистическая интерпретация депрессивно-деперсонализационных проявлений в виде болезненных идей греха, овладения, глобальной катастрофы. По миновании интенсивного тревожного аффекта эти идеи дезактуализируются.

**Тревожно-депрессивный синдром.** Характерные для тревожных депрессий отчаянье, предчувствия катастрофы приобретают эсхатологический оттенок. Стержнем тревожных переживаний является страх смерти без покаяния. В отдельных случаях чувство надвигающейся опасности с уверенностью в том, что «расплата за грехи неотвратима», сочетается с учащенным сердцебиением, удушьем, чувством дискомфорта в грудной клетке. Больные заламывают руки, падают на колени, читают вслух молитвы, хватают окружающих за руки, мечутся, зовут бога, называют себя великими грешниками, говорят, что погубили себя, всех родственников. На высоте тревоги возникают конгруэнтные аффекту голоса, обвиняющие в предательстве, отсутствии веры. Возникла напряженная потребность в совершении суицида.

**Депрессивно-ипохондрический синдром.** Выражается нерезким тревожно-тоскливым аффектом. Преобладают жалобы на общее нездоровье, плохое физическое самочувствие, головокружения, головные боли. Наряду с этим отмечаются жгучие, стреляющие, пульсирующие боли в пояснице, солнечном сплетении, половых органах. Постоянные ощущения соматического неблагополучия приводят к мрачным догадкам о сверхъестественной природе заболевания, не исключая колдовство и порчу. Нередко эти догадки имеют индуцированный характер, а идеи колдовства обусловлены суеверием и являются сверхценными. Больные не обращаются в медицинские учреждения, предпочитая помощь «целителей», «экстрасенсов» и т. д. Некоторые из них отправляются к святым местам, ищут целебные источники, пьют святую воду.

Динамика, тяжесть, коморбидность депрессий с религиозной фабулой бреда определялись как гомономными, так и гетерономными (нозология, статус, течение) факторами и были различными при психических расстройствах шизофренического, аффективного и органического спектра.

**Параноидная шизофрения с приступообразно-прогредиентным течением.** Преморбидный личностный склад характеризуется наличием астенических и шизоидных черт характера. В инициальном периоде заболевания отмечались стертые субдепрессии, снижение психической активности, непсихотические ипохондрические проявления. Первые приступы характеризовались полиморфизмом. Приступы, включающие в себя депрессии с бредом религиозно-мистического содержания, развивались аутохтонно, в рамках острого параноида и синдрома Кандинского — Клерамбо через 5—10 лет после первой манифестации (в среднем — четвертый приступ). В последующем психотические религиозные переживания дезактуализировались, быстро нарастала дефицитарная симптоматика с социальной дезадаптацией.

**Шизоаффективное расстройство, депрессивный тип.** Преобладают больные с астеническим и шизоидным преморбидным личностным складом. Длительность заболевания в среднем 7,5 лет. Депрессии с религиозным бредом чаще выявлялись на втором-пятом приступах в рамках аффектдоминантной формы шизоаффективного психоза с преобладанием как бреда восприятия, так и наглядно-образного бреда воображения. В возникновении болезни определенную роль играли перенесенные ранее заболевания или иные экзогенные вредности (хронические заболевания внутренних органов, нейроинфекции, травмы головы, онкологические заболевания), а также психогении, связанные с семейными обстоятельствами: разводом супругов, смертью близких и т. п. [4, 11]. Определенную роль здесь играли и чрезмерные психофизические нагрузки, связанные с отправлением религиозных культов: длительные молитвы в ночное время, изменение режима питания, а также экстрасенсорные воздействия.

Все эти вредности меняли реактивность организма, снижали его адаптационные возможности. Картина приступов, в структуре которых присутствовали депрессии с религиозной фабулой бреда, отличалась сложностью, развернутостью, последовательным включением регистров дезинтегрированной психики, начиная с астеноневротических и аффективных и заканчивая кататоно-онейроидными. В стадии ремиссии личность больных оставалась сохранной, а появляющиеся иногда легкие астенические изменения не препятствовали социальной адаптации.

**Острое полиморфное психотическое расстройство без симптомов шизофрении.** Возникало у пациентов с доминированием астенического и истерического психического склада непосредственно после стрессовых воздействий, связанных с неожиданной потерей источника средств к существованию, разводом, смертью близких. В поисках облегчения больные обращались к экстрасенсам, магам, эзотерической литературе, совершали медитации с визуализацией представлений, сосредоточивались на идеях кармы, переселения душ. Переход от непсихотических отрицательно окрашенных переживаний к психозу занимал не более двух недель. Клиническая картина острого периода характеризовалась эмоциональным смятением, тревогой, кратковременными бредовыми вспышками религиозного содержания, обманами восприятия. Депрессивный аффект, отражающий психотравмирующую ситуацию, не отвечал критериям депрессивных (F32.) эпизодов [7]. Выздоровление наступало через 2—3 месяца, в течение трехлетнего катамнестического наблюдения психотической симптоматики и нарушений социальной адаптации не отмечалось.

**Депрессивно-бредовое расстройство с конгруэнтным аффекту бредом.** Заболевание возникало у пациентов с преобладанием в доболезненном периоде астенических и циклоидных черт личности, его продолжительность в среднем составляла 7 лет, а длительность фаз — 3—4 месяца. Картина манифестных фаз характеризовалась эндогенными депрессиями с доминированием деперсонализационно-дереализационных и анестетических синдромов. Депрессии с религиозной фабулой бреда чаще выявлялись на 1—2-й фазе (5 наблюдений) в рамках биполярного психоза с преобладанием депрессий. Основным их клиническим выражением являлось тяжелое переживание собственного греха перед богом с последующей неминуемой расплатой. По ослаблении депрессивной симптоматики отмечались выраженные признаки астенизации.

**Органические психотические депрессивные расстройства.** Протаргированные депрессивно-параноидные состояния в рамках сосудистых поражений головного мозга развивались на фоне постепенно прогрессирующего психоорганического синдрома. Астенодепрессивная и депрессивно-ипохондрическая симптоматика сочеталась с идеями ущерба, супружеской неверности, парарелигиозными представлениями о колдовстве, наведенной порче, присутствии в квартире нечистой силы. Бредовое поведение характеризовалось поисками защиты у служителей культа, окроплением жилища «святой водой». Идеи малоценности и вины, как правило, не выявлялись; вместо них возникало чувство жалости к себе, зависти к окружающим.

У больных с эпилепсией депрессивные психозы с религиозной фабулой бреда развивались после длительного, не менее 7—10 лет, отсутствия эпилептических припадков и характеризовались сменой аффективных расстройств с пониженным настроением галлюцинаторной парафренией с появлением мегаломанических идей религиозно-мистического содержания.

Итак, характерной чертой депрессий с религиозной фабулой бреда является то, что общие, постоянные, независимые от влияния эпохи и окружающей среды признаки: подавленность, сниженная самооценка, мрачное, пессимистическое видение будущего и т. д. — окрашены патологическими религиозными переживаниями. Их экстремальный характер, в свою очередь, утяжеляет течение депрессивного психоза. Так, психическая боль, подавленность, пониженная самооценка, чувство вины трансформируются в идею личного греха перед богом, а в далеко зашедших случаях — в наглядно-образные «космические» переживания конца света, «заката богов», грандиозного переворота, виновником которого является сам больной [17].

Полученные данные позволяют высказать некоторые общие соображения о близости депрессий с религиозной фабулой бреда к острым эндогенным психозам [5]. Такие их структурно-динамические характеристики, как приступообразный тип течения, лабильность структуры приступов, многообразие синдромов, во многом определяют интенсивность и глубину патологических религиозных переживаний, степень актуализации бредовой фабулы на различных стадиях психоза.

Спорной и недостаточно изученной является роль этиологических факторов в возникновении депрессий с религиозным бредом. Здесь заслуживает внимания замечание Т.Ф. Пападопулоса о том, что сдвиг депрессивного бреда в сторону парафрении обусловлен не только и не столько глубиной депрессии, сколько возрастом, культурными особенностями и личностным опосредованием [5]. Нами установлено, что разворачиванию приступов шизоаффективного психоза и, особенно, острых полиморфных психотических расстройств непосредственно предшествовали психогении, реакции личности на соматические заболевания, а также чрезмерные или нетрадиционные культовые воздействия («культовая травма»). Во многих проявлениях психозы, непосредственно связанные с культовой травмой, были похожи на описанные M. Singer и R. Ofshe [19] реактивные шизоаффективно-подобные психозы.

Таким образом, депрессии с религиозной фабулой бреда, не претендуя на роль специфического симптомокомплекса и тем более отдельной нозологической единицы, являются психопатологическим образованием, требующим особого внимания и терапевтического подхода.

## Литература

1. *Корсаков С.С.* Курс психиатрии.— М.: Изд-во Моск. Ун-та, 1901.— Т. 1—2.— 1133 с.
2. *Лествичник И.* Преподобного отца аввы Иоанна, игумена Синайской горы, «Лествица», в русском переводе.— 5-е изд.— Козельской Введенской Оптиной пустыни Свято-Троицкая Сергиева лавра, 1898.— 380 с.
3. *Мелехов Д.Е.* Психиатрия и проблемы духовной жизни // Психиатрия и проблемы духовной жизни.— М.: Изд-во Свято-Филоретовской правосл.-христианск. школы, 1997.— С. 8—61.
4. *Нуллер Ю.Л.* Депрессия и деперсонализация.— Л.: Медицина, 1981.— 208 с.
5. *Пападопулос Т.Ф.* Острые эндогенные психозы.— М.: Медицина, 1975.— 192 с.
6. *Портнов А.А., Бунтов Ю.А., Лысков Б.Д.* К синдромологии парафренного бреда и сходных с ним состояний // Журн. невропатол. и психиатр.— 1968.— Т. 68, № 6.— С. 890—895.
7. *Психические расстройства и расстройства поведения (F00—F99)* (Класс V МКБ-10, адаптированный для использования в Российской Федерации) / Под общ. ред. Б.А.Казаковцева, В.Б.Голанда.— СПб.: Изд. дом СПбМАПО, 2003.— 588 с.
8. *Сербский В.П.* Психиатрия. Руководство к изучению душевных болезней.— М.: Мед. изд. комис. им.Н.Н.Пирогова, 1912.— 654 с.
9. *Соколова Б.В.* Острые парафренные состояния при шизофрении с приступообразным течением: Автореф. дисс.... д-ра мед. наук.— М., 1971.— 23 с.
10. *Тиганов А.С.* Аффективные расстройства и синдромообразование // Журн. невропатол. и психиатр.— 1999.— Т. 99, № 1.— С. 8—10.
11. *Точилев В.А.* Клиника, механизмы синдромообразования и терапия атипичных аффективных психозов: Автореф. дисс.... д-ра мед. наук.— СПб., 1994.
12. *Шнайдер К.* К введению в религиозную психопатологию: Пер. с нем. // Независимый психиатр. журн.— 1999.— № 2.— С. 5—9.
13. *Coryell M.* Psychotic depression // J. Clin. Psychiatry.— 1996.— Vol. 57, Suppl. 3.— P. 27—31.
14. *Griesinger W.* Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten: für Aerzte und Studierende.— 4 Aufl.— Braunschweig: F.Wreden, 1876.— 538 S.
15. *Hori M., Shiraishi H.* Delusional depression // Nippon Rinsho.— 1994.— Vol. 52, № 5.— P. 1268—1272.
16. *James W.* The varieties of religious experience.— 7<sup>th</sup> impr.— London — N.Y.: Longman Green and C°, 1903.— 534 p.
17. *Jaspers K.* Allgemeine Psychopathologie.— 3 Aufl.— Berlin: Thieme, 1923.— 420 S.
18. *Schatzberg A.F., Rothschild A.J.* Psychotic (delusional) major depression: should it be included as a distinct syndrome in DSM-IV? // Amer. J. Psychiatry.— 1992.— Vol. 149, № 6.— P. 733—745.
19. *Singer M., Ofshe R.* Thought Reform programs and the production of psychiatric casualties // Psychiatric Annals.— 1990.— Vol. 20, № 4.— P. 188—193.
20. *Tolle R.* Depressionen: Erkennen und Behandeln.—München: Beck, 2000.— 110 S.



## ГЛАВА 6

### БРЕД МЕССИАНСТВА

#### 6.1. Историко-теологический аспект

Мессиянство (messianism) в христианстве и иудаизме обозначается как вера в пришествие мессии. В свою очередь, мессия (*древнеевр. messiah*) — это ниспосланный свыше божественный спаситель человечества. Первоначально так назывался всякий помазанный освященным елеем, например первосвященник и, особенно, царь [2]. Впоследствии это слово стало означать исключительно Христа Спасителя. По ветхозаветным представлениям, мессия должен был явиться как избавитель человеческого рода — царь из дома Давидова, завоеватель, призванный возвысить еврейское царство. Как отмечает С.С.Аверинцев [1], мессианская идея имеет свои корни в самой структуре религии иудейского бога Яхве, требующего от своего народа беспрекословной верности и особой святости на его историческом пути, недостижимых без вождя и проводника. Поэтому в религиозно-мифологических представлениях иудаизма мессия — это идеальный царь эсхатологических времен, провиденциальный устроитель судеб народа божьего, посредник между богом и людьми, носитель высшего авторитета на земле, спаситель, приносящий с собой новое, исправленное состояние всего мирового бытия. В христианском вероучении образ мессии переосмыслен. На место избавителя своего народа становится искупитель грехов человечества. В первый раз он приходит в образе раба как учитель, целитель, взваливший на свои плечи бремя грехов человеческих, второй его приход будет овеян славою, он будет судить живых и мертвых.

Представления о мессии — достояние не только иудео-христианской культуры. В исламе ему соответствует образ Махди, скрытого

имама шиитов, в буддизме — это Майтрейя Будда. В древности и в средние века предводители народных восстаний иногда объявляли себя мессиями.

## **6.2. Психопатологический аспект**

Современные представления о бреде мессианства начинают появляться в психиатрической литературе в конце XIX — начале XX вв. Говоря об эволюции хронического бреда, V.Magnan выделил характерный для третьего его этапа религиозный бред величия с идеями «богоносительства», заметив что смена идей преследования на идеи величия происходит как постепенно, так и одномоментно, в результате «мгновенного озарения» [27]. Описывая бред величия при паранойе, Е.Краепелин указал, что «у больных при религиозном направлении мыслей под влиянием откровений во сне дело может дойти до бреда пророчества, до представления, что они избранники божии и мессии, причем обнаруживается стремление совершать публичные богослужения, приобретать сторонников» [25].

В последние годы бред мессианства изучается в основном в психопатологическом и транскультуральном аспектах [19, 20, 23, 26, 29, 30]. Согласно L.Perez [28], мессианский бредовой синдром, характеризующийся убеждением пациента в том, что он выбран богом для специальной и не подлежащей передаче другому человеку миссии, выражает серьезное нарушение идентичности и отражает социальную, культуральную и религиозную действительность. В основе бредовой фабулы лежат расстройства осознания собственного опыта личности, нарушение механизмов аутоидентификации [9].

Клинически это проявляется возникновением идей величия в форме присвоения сверхъестественных божественных полномочий, сочетающихся с правильной ориентировкой в собственной личности (двойная ориентировка), а в далеко зашедших случаях — с идеями полного перевоплощения в божественных персон. Бред отражает религиозную тематику, сложившиеся в последние годы в популяции [5] и включает не только библейские (бог, Иисус Христос, дева Мария, Христова невеста, ангелы, апостолы, пророки, богоизбранные, наместники бога на земле, антихрист, дьявол, нечистая сила, конец света, судный день), но и эзотерические представления (духи умерших, призраки, переселение душ, великие маги, колдуны, спириты, экстрасенсы, мировой дух, космические силы, инопланетяне).

В отличие от мужчин, никогда не отождествлявших себя с женскими образами, пациентки в отдельных случаях называли себя богом, Иисусом Христом, однако чаще Девой Марией, Христовой невестой.

По механизму «озарения» или под воздействием вербальных галлюцинаций появлялись идеи о возложении на больных особой миссии борьбы со злом, об установлении божественного порядка, спасении человечества. Бредовое мирозерцание и поведение определялось аффектом. При маниакальном аффекте представления о таинственной связи с божественной силой (мистический бред), мессианские идеи о переустройстве мира, объединении народов, построении царства божьего на земле появлялись на фоне подъема настроения вплоть до экстаза, ощущения прилива сил и энергии. Напротив, идеи вины в структуре тревожно-депрессивного синдрома трансформировались в фабулу пророчества о конце света, в наступлении которого виновен сам больной.

Клинические особенности бреда мессианства определялись нозологической принадлежностью психозов, в рамках которых он развивался.

**Непрерывная параноидная шизофрения.** Преморбидный склад личности был представлен шизоидным и астеническим вариантами. В детстве больные были замкнуты, малообщительны, предпочитали общество взрослых. Доманифестный период характеризовался постепенным снижением работоспособности, сужением круга интересов. Характерными были явления «социального дрейфа»: больные меняли места работы, предпочитая все менее квалифицированную. Утрата прежних чувств к близким, к друзьям сочеталась с появлением несвойственных ранее интересов и увлечений. Возникал интерес к философской и религиозной литературе, к богоискательству, паранормальным явлениям. Забросив собственные дела, порой семейные, пациенты постоянно ходили в церковь, совершали поездки по святым местам, становились завсегдатаями всевозможных встреч с иностранными проповедниками или относили последние деньги на курсы колдунов и магов. Наряду с этим отмечались невротоподобные, психопатоподобные, обсессивно-фобические, деперсонализационные расстройства.

В манифестном периоде клиническая картина соответствовала галлюцинаторному варианту параноидной шизофрении [13]. В первые годы болезни на фоне подозрительности, напряженности, тревожности формировался бред преследования в сочетании с явлениями психического автоматизма. По мере развития шизофренического

процесса, в рамках синдрома Кандинского — Клерамбо начиналось формирование описанного А.В.Снежневским [11] хронического протрагированного парафренного синдрома, при котором сочетались бред преследования, воздействия, явления психического автоматизма и бред величия. Идеи мессианства имели вторичный характер и были тесно связаны с содержанием галлюцинаций (галлюцинаторный бред). Элементарные слуховые и зрительные галлюцинации (отдельные звуки, роение точек, появление пятен) объяснялись воздействием «космического астрала». Вербальные псевдогаллюцинации интерпретировались как голоса бога, Богородицы, святого духа или «внеземного разума». Содержанием зрительных псевдогаллюцинаций были образы Иисуса Христа, Девы Марии, антихриста, инопланетян. Чувственный бред проявлялся лишь отдельными компонентами, подчиненными основной фабуле. Например, организованная около дома киносъемка толпы в виде «ходячих трупов» (симптом инсценировки) или особая, по мнению больного, последовательность библейских текстов (бред особого значения) соответствовали формирующейся фабуле о конце света и возложении миссии «спасения человечества». В дальнейшем картина парафрении видоизменялась, характеризуясь подъемом настроения, интенсификацией мыслительных процессов, появлением способностей к «ясновидению», «яснослышанию», получению сигналов из высших сфер. По мере развития парафренного синдрома менялось содержание бредовой фабулы. Например, больная последовательно называла себя «дочерью великого писателя», затем «потомком дома Романовых», и, наконец, «невестой Христа, на которую возложена миссия родить второго божественного младенца». По мере нарастания шизофренического дефекта содержание бреда становилось все более причудливым: больной одновременно называл себя «богом», «царем всех арабов», «царем Шри-Ланки» и «конем-жеребцом из Библии». Дезорганизация мыслительной деятельности сопровождалась распадом содержания бреда на не связанные между собой отдельные фрагменты, идея особой миссии представлялась нечеткой и неопределенной.

Бредовое поведение в период активной разработки бреда имело разнообразный характер: больные бродяжничали, уходили в безлюдные места «молиться богу и получать от него указания», нередко приставали к случайным прохожим с рассказами о своей миссии.

**Параноидная шизофрения с приступообразно-прогредиентным типом течения.** В инициальном периоде отмечались колебания настроения, рудиментарные обсессивно-фобические расстройства, явления

метафизической интоксикации. Идеи сверхъестественных возможностей, величия, перевоплощения в рамках бреда мессианства получали наибольшее развитие при острой парафрении. В предшествующих, типичных для данной формы шизофрении приступах бредовые построения хотя и не достигали завершенности, приобретали от приступа к приступу все более фантастический характер.

Острые параноиды с интерпретативным бредом развивались на фоне тревоги, беспокойства, нарушений сна, с включением таких элементов острого чувственного бреда, как бредовое настроение и бредовое восприятие. Доминирующие в клинической картине идеи преследования и отношения сочетались с отдельными метафизическими прозрениями [24].

Так, «преследование определенных лиц с целью нанесения вреда, слежка» и т. д. объяснялись влияниями «негативной кармы» или «мирового духа». Подтверждение своим догадкам больные черпали из эзотерических публикаций об особых отношениях человека с потусторонним миром. В рамках персекуторного бреда появлялись отдельные интуитивные догадки религиозно-мистического характера. Например, пациентка, убежденная в преследовании со стороны сослуживцев, после чтения главы из Евангелия от Матфея о втором пришествии предположила, что может произвести на свет божественного младенца. Не высказывая явных идей перевоплощения, больные намекали на свою избранность, отличие от окружающих, связь с потусторонним.

Приступы с остро развивающимся синдромом Кандинского — Клерамбо, возникающие на фоне маниакального или депрессивного аффекта, отличались клиническим разнообразием. В одних случаях они ограничивались только идеаторными автоматизмами. Обмен беззвучными мыслями, ощущение внутреннего беззвучного голоса, мысленные внутренние диалоги (психические галлюцинации Baillarger [16]) интерпретировались как телепатическая связь с богом, который все видит, все знает, руководит каждым действием. В других случаях телепатические мысленные голоса трансформировались в императивный галлюциноз, содержанием которого были приказы высших сил. Галлюцинаторные переживания нередко сочетались с бредовыми восприятиями: больным казалось, что вокруг них творится что-то необычное, таинственное, неземное. Синдром тотального овладения включал все виды автоматизмов. Звучащий внутри тела и раскачивающий его голос бога сопровождался соответствующими бредовыми толкованиями: «Если качает вправо, то все делаю правильно, если влево — что-то не то». Появлялись ощущения, что сверхъестественная сила окутывала тело эфи-

ром, заставляя его взаимодействовать с ноосферой, влиять на других людей (бредовая деперсонализация). Однако, несмотря на космический масштаб бреда овладения, все воздействия в картине данного приступа не меняли представлений больного о себе как данной конкретной личности [9].

Приобретая все более мегаломанический характер, бред мессианства в структуре приступа с картиной острой парафрении включал идеи величия и перевоплощения, сочетаясь с чувственным антагонистическим бредом, картиной псевдогаллюциноза и отдельными кататоническими включениями. Мессианские идеи и соответствующее им бредовое поведение определялось маниакальным, тревожно-напряженным или депрессивным аффектом. Идеи всечеловеческого примирения формировались на фоне экзальтации. Нередко во время молитвы или посещения церкви возникало ощущение, что в тело вселился «святой дух». Мысленный голос бога внушал больному, что он является посредником между богом и людьми, должен их объединить, стать «сверхчеловечески сильным целителем», заботиться о сиротах, раздавать деньги нищим.

Фабула борьбы со злом сочеталась с экстатически-тревожным аффектом, вербальным псевдогаллюцинозом. В голове возникали голоса бога, антихриста, Римского Папы, священников, убеждающие пациента, что он является божьим избранником, мессией, посланцем мирового разума. Принимая императивный характер, голоса призывали осуществлять борьбу добра со злом, сразиться с дьяволом или со злыми инопланетянами, «провоцирующими конфликты и выброс злой энергии». Чувственный бред содержал компоненты инсценировки, ложных узнаваний. Родственники, знакомые, прохожие на улице подразделялись на добрых и злых (антагонистический бред). В осанке, походке, выражении лиц людей, причисленных к клану «злых», улавливался специфический «бесовской оттенок» (бред интерметаморфозы). Формировалось убеждение о необходимости уничтожения дьявола. Получая «приказы свыше», больные в отдельных случаях совершали тяжелые агрессивные действия, будучи уверенными, что их направляет божья воля.

Конгруэнтные депрессивному аффекту идеи пророчества имели пессимистический характер. Обвиняя себя в грехе и одновременно считая себя озаренными богом провозвестниками, пациенты утверждали, что из-за их прегрешений «скоро окончится мир, воцарится тьма, люди не увидят света, наступит царство дьявола». Возникали суицидальные намерения.

Картина ремиссий после перенесенных приступов была неоднородной, нередко с рудиментарными галлюцинаторно-бредовыми расстройствами религиозно-мистического содержания.

**Шизоаффективное расстройство.** Мессианские бредовые идеи в рамках различных вариантов шизоаффективного психоза [7] преимущественно развивались по механизму бреда воображения. В возникновении психоза определенную роль играли как перенесенные ранее заболевания внутренних органов, нейроинфекции, травмы головы или иные экзогенные вредности [15], так и психогении, связанные с семейными обстоятельствами: разводом супругов, смертью близких и т. п. Определенную роль здесь играли и чрезмерные психофизические нагрузки, связанные с отправлением религиозных культов: длительные молитвы в ночное время, изменение режима питания, а также экстрасенсорные воздействия. Все эти вредности меняли реактивность организма, снижали его адаптационные возможности. По мнению Р.Телле [14], вследствие неконтролируемых влияний такого рода функция «Я» так нарушается, что наступает психотическая декомпенсация.

*Вариант с доминированием интеллектуального бреда воображения.* Преморбидный склад личности характеризовался склонностью к фантазированию, мечтательности, беспричинным колебаниям настроения. Развитие манифестного шизоаффективного приступа происходило на фоне маниакального аффекта с формированием фантастического бреда на основе активного вымысла, относящегося к прошлому, настоящему и будущему [6].

Фабула характеризовалась неожиданными импровизациями, потоком ассоциаций, калейдоскопом чудес и превращений. В бредовые построения, героем которых становился сам больной, включались отголоски вечных сюжетов, знакомых по литературе и фольклору. Идеи нравственного обновления сочетались с любовно-эротической тематикой. Например, больная, горделиво признавшись, что бог возложил на нее миссию «нести красоту в мир», утверждала, что является прямым потомком рода Ришелье. В прошлой жизни она была Марией Магдалиной, соблазнила Рафаэля в райском саду, а в дальнейшем, перевоплотившись в Гретхен, соблазнила Фауста. В настоящее время она наделена высшими полномочиями, отдает приказы Афродите и Венере.

Ложные узнавания, инсценировка, интерметаморфоза были следствием активного вымысла. Постановщиками и распределителями ролей в воображаемых событиях были сами больные. Пациентка,

наделяя себя главной ролью в установлении миропорядка и называя себя «терпилицей за грехи человеческие», называла палату «чистилищем», а соседок по палате — «Евой ХХІ века», «Ольгой из Евгения Онегина», «женой космонавта». В структуре интеллектуального бреда воображения наблюдалась бредовая ретроспекция с фантастическими по содержанию конфабуляциями. Редукция бредовых расстройств происходила постепенно, критика к острому периоду психоза была неполной.

*Вариант с наглядно-образным бредом воображения.* Картины с наглядно-образным бредом выражались яркими образными представлениями религиозно-фантастического характера и по своей структуре относились к описанным Н.Вагук состояниям «ониризма без спутанности» [18]. Фрагментарность, изменчивость, пластичность воображаемых объектов придавали бредовым сюжетам необычность и причудливость. Например, больная, воображавшая себя второй матерью Терезой с особой христианской миссией нести добро, видела на стене «как в кино» последовательно сменявшие друг друга образы Гитлера, Достоевского, изрыгающего пламя дракона, плачущей девочки, затем себя в виде сражающейся с драконом библейской девы. Идеи конца света сочетались с видениями на небе надвигающихся красных громад. Иногда образные картины возникали во время или после молитвы: «иконы ожили, засветились, видел себя в окружении 12 апостолов, ночью увидел бога в белых одеждах, он жестами звал меня к себе».

Встречались наглядно-образные представления, относящиеся к далекому прошлому, что давало основание констатировать конфабуляторный бред. Например, больной рассказывал, как в детстве увидел идущего по полю старца с очень бледным лицом, в котором узнал своего недавно умершего деда Якова. В дальнейшем силы тьмы стерли память, и, лишь недавно увидев святую троицу — бога Якова, Будду и Кришну, вспомнил, что дедом на него была возложена миссия уничтожения всех, в ком сидит дьявол. По мере утяжеления психоза бред принимал эсхатологический характер. Выход из острого психоза чаще был критическим.

**Рекуррентная шизофрения** (по МКБ-10 соответствует рубрике F23.03 Острое полиморфное психотическое расстройство) [10]. При данной форме шизофрении бред мессианства формировался на этапах фантастической аффективно-бредовой и иллюзорно-фантастической дереализации и деперсонализации [8], которым предшествовали выраженные аффективные расстройства, явления соматопсихической деперсонализации. Чувственный бред характеризовался широким спектром переживаний: от смутного беспокойства, ощу-



щения того, что что-то должно произойти, до бредового озарения, придания предметам и явлениям особого личностного смысла. Попытки разобраться в происходящем приводили к переосмыслению явлений и событий. Как объекты реального мира, так и предметы культа стали приобретать символическое значение (бред особого значения), что фиксировалось в высказываниях: «смотрела на икону и увидела, что глаза Иисуса горят, луч, исходящий от иконы ненормальный, красный. Поняла, что одни вещи от бога, другие от дьявола», «Услышал по радио религиозную передачу — понял, что стал богом». Ложные узнавания чаще всего проявлялись в иллюзорно-бредовой форме: родственники, знакомые, прихожане в церкви идентифицировались как представители потустороннего мира. На высоте психоза возникало ощущение нахождения в ином измерении, больные говорили, что стали понимать больше, чем все окружающие, стали носителями тайны, которая другим неизвестна. Острый антагонистический (манихейский) бред имел развернутый характер. Внезапно, по типу интуитивной догадки или озарения, возникло четкое представление о том, что существует мир бога и антимир сатаны, с которым надо бороться. Собственное тело воспринималось как «полигон борьбы светлых и темных сил». Формировалась уверенность в причастности к клану богоизбранных: «Я должна разгадать эту загадку, где этот антимир, где эти корни, откуда он берется. И если уничтожить корень зла, то все будет хорошо в мире. Я орудие борьбы Иисуса Христа против сатаны». Нередко ареной борьбы становилась квартира, а ее участниками — родные, близкие, соседи. Характерная для приступа периодической шизофрении бредовая дереализация сочеталась с деперсонализацией.

Подъем настроения, повышенная энергичность, различные интерцептивные сенсации и сенестопатии, явления психического автоматизма актуализировались в плане основной бредовой фабулы. У женщин переживания слияния с божеством сопровождались ощущениями легкости, расслабленности, «открытия энергетических центров», толчками в области матки (гаптические галлюцинации), предвосхищающими рождение божественных существ. У мужчин сенестоалгии в области солнечного сплетения, бедер сочетались с чувством появления необычайной мужской силы, интерпретируемым как перевоплощение в «верховного бога, создающего новую вселенную». Переход к онейроидному состоянию выражался чувством измененности космического масштаба и развернутыми, сценopodobными визуализированными представлениями о конце света, борьбе

миров. Больные предчувствовали, что в будущем им суждено участвовать в управлении миром, соединить в своем разуме все мертвое и живое человечество, отделить хорошее от плохого, уничтожить плохое космическим взрывом. Приступ заканчивался литически с появлением полноценной критики к своему заболеванию.

### ***Наблюдение 12.***

Больная Я-ва, 62 года. Наследственность психопатологически не отягощена. Отец — общевойсковой командир, по характеру волевой, властный, мать — мягкая, обидчивая, склонная к колебаниям настроения. Больная родилась от нормально протекавшей беременности, в развитии от сверстников не отставала. В детстве часто и подолгу болела простудными заболеваниями. В школу пошла с 7 лет, училась хорошо. Отличалась стеничным психическим складом. Росла активной, волевой, резкой. Стремилась быть в центре внимания окружающих. После 7 классов пошла в педагогическое училище, получила специальность воспитателя детского сада. После училища поступила в педагогический институт, по окончании которого вышла замуж за офицера и уехала с ним к месту службы. Некоторое время работала преподавателем биологии, затем лаборантом. В 29 лет родила сына. Беременность протекала без патологии, роды в срок. Через 5 лет из-за частых семейных конфликтов и бытовых неурядиц разошлась с мужем, уехала с сыном в Санкт-Петербург, работала в НИИ лаборантом, затем инженером. С учетом профессиональных вредностей (работа с изотопами) в возрасте 47 лет ушла на пенсию. Подрабатывала, занималась различными видами малоквалифицированного труда. В последние годы подрабатывала в качестве натурщицы в художественном вузе. Менопауза с 48 лет, климакс протекал без особенностей. С подросткового возраста страдает гипертонической болезнью, в 49 лет была госпитализирована по поводу язвы двенадцатиперстной кишки, операция не производилась. В настоящее время проживет с сыном в отдельной квартире, отношения в семье доброжелательные.

С 52 лет после смерти матери, ухудшения материально-бытовых условий стала искать утешения в религии. Активно посещала проповеди протестантского священника Р., затем вступила в секту евангелистов-христиан. Свое первое посещение проповеди, состоявшееся после ссоры с сыном, описывает следующим образом: «Шла бессознательно, вошла в толпу, попала на проповедь, стало жарко, расстегнула пуговицы на кофте и почувствовала, как Иисус вошел в мое сердце». Впоследствии бессистемно посещала различные религиозные объединения, долго не могла определиться. Так, была причастна к баптистской церкви, к секте пятидесятников, к харизматической евангелистской церкви, церкви «Явления силы и духа». По мнению

сына, после обращения к религии мать стала мягче, терпимее в быту, однако стремилась обратить сына в свою веру против его воли, из-за чего возникали конфликты. На дому часто собирались верующие, которых мать называла «братьями и сестрами», молились, распевали псалмы. Затем сын стал замечать, что во время молитв мать становится отрешенной, возбужденной, возводит руки к небу, говоря при этом, что «изгоняет злого духа». Произносила какие-то непонятные окружающим слова, объясняла, что говорит на «божественном» языке.

В октябре 2000 г. психическое состояние резко изменилось. Находилась в радостном, приподнятом настроении, чувствовала прилив энергии, ходила по квартире, распевала религиозные псалмы. Приставала к сыну, говорила: «Ты будешь с нами». Утверждала, что совместные молитвы «спасут сестру Тамару». Накануне первой госпитализации легла на кровать, вытянула руки вдоль туловища, кричала: «Богу слава!» С постели не вставала, от еды отказывалась. Ночью молилась, воздевая к небу зажатые в кулаки кисти рук, сильно зажмуривала глаза, почти двое суток не спала и ничего не ела. Поняла, что в доме дьявол, вселившийся в домашнего кота. Стала изгонять его, совершая вычурные движения руками. Утверждала, что сын стал полем битвы злых и добрых сил.

Была госпитализирована. При поступлении в больницу была малодоступна продуктивному контакту, не отвечала по существу на задаваемые вопросы. Выкрикивала стереотипные фразы: «Антону (имя сына больной) слава!», при этом била себя кулаком в грудь. Не давала до себя дотрагиваться, сопротивлялась соматическому обследованию.

На отделении некоторое время с постели не вставала, ни с кем не разговаривала. Через 2 суток с момента поступления состояние улучшилось, стала охотно вступать в беседу с врачом. Когда заходила речь на религиозные темы, эмоциональный фон приобретал оттенок эйфоричности, говорила с патетическими, восторженными интонациями. Рассказала о своем состоянии, предшествующем госпитализации. Пояснила, что обычно все молитвы проходили плавно, но последняя была очень тяжела. Во время молитвы чувствовала, как все «братья и сестры» молятся вместе с ней в своих квартирах, но все были едины: «Я держала в руках Библию и слышала в ухе голос бога. Ощущала, что нахожусь в центре поля битвы добрых и злых сил. Во время молитвы устала, так как должна была громко кричать, сильно сжимать кулаки, не давать злым силам проникнуть в мир. В кулаке я сжала дух колдовства, дух заблуждения. Я думала, что слышу и выполняю команды пастора Р., но потом поняла, что слышу голос дьявола. Голос говорил: «Ты стоишь в вечности, кричи: «Слава Антону!» Бог требовал найти и сделать последнее усилие для спасения сына Антона от бремени греха».

События последних часов перед госпитализацией помнила смутно. Свое поведение в первые дни пребывания в стационаре объясняла тем, что в нее проник враждебный голос и дал такую команду. Состояние во время беседы оценивала как хорошее: «ощущаю радость, хочется всех любить». Имя дьявола старалась не называть, вместо этого говорила: «тот, который». С первых дней пребывания в больнице стала получать клопиксол. Состояние стало постепенно улучшаться. Перестала слышать голос бога в голове, окружающее приобрело реальность. Охотно помогала в отделении, посещала лечебные мастерские. Вместе с тем, будучи человеком религиозным, происшедшее с ней интерпретировала как божье испытание.

После выписки некоторое время посещала психоневрологический диспансер, принимала поддерживающее лечение, продолжала подрабатывать натурщицей. Некоторое время церковь не посещала. Затем перестала принимать лекарства, вновь активно посещала секту. Через год после первой госпитализации состояние ухудшилось вновь. Стала слышать в голове голос дьявола, которого называла «лжецом». Дома громко кричала, пела псалмы, бросалась на пол, разговаривала без собеседника. Находилась в состоянии ярко выраженного психомоторного возбуждения, в поведении была неуправляемой, называла себя «божьей посланницей».

При поступлении 25.09.2001 г. в приемном покое падала на пол, выла, кричала: «Господи, помоги!». На отделении в течение суток отказывалась от еды, не вставала с кровати, отказывалась от общения с врачом. Слышала голос настоятеля церкви Р., который говорил от имени господина по наказу свыше, рассказывал о жизни на небе и земле. Затем к нему присоединился голос дьявола, который она пыталась изгнать молитвами. Голос дьявола исчез, его сменил голос бога, призывающий спасти мир и совершать непрерывающуюся молитву. Увидела летающую тарелку с инопланетянами, посланную спасти людей от грядущего апокалипсиса, затем видела себя на небесах в окружении ангелов с одной стороны и чертей — с другой. Поняла, что на небесах идет война между добром и злом, набирается новое войско для борьбы на земле и на небесах, а она послана на землю, чтобы очистить мир от дьявольской силы.

Через неделю после лечения клопиксолом, галоперидолом состояние улучшилось. Рассказала, что дьявол пытался научить ее думать по-своему, и тогда чувствовала, что мысли ее останавливаются. Абсолютно убеждена в существовании потусторонней дьявольской силы, которая может вершить судьбы людей. Считает себя причастной к клану избранных господом людей. Объясняет врачу, что любого человека, если он исполнен добрых помыслов, можно научить слышать голос бога, как учат в евангелистской церкви, ибо злые мысли и от-

рицательные эмоции разрушают человека изнутри. Рассказала, что раньше принадлежала к секте пятидесятников, суть веры которых состояла в восхвалении проповедников, на которых сошло божье спасение.

По просьбе врача демонстрирует «ангельский язык пятидесятников». На нем может говорить только истинный верующий. Для этого нужно полное сосредоточение, чтобы мысленно установить связь с господом и с его помощью переводить слова с обычного языка на божественный. Закрывает глаза, улыбается, нараспев начинает произносить бессмысленный набор слогов, в такт размахивает руками: «дара-да, дакта-верь, вера дакта». Происходящее на отделении, необходимость лечения оценивает следующим образом: «Да будет так, если на то воля Господа».

После выписки была упорядоченной, продолжала заниматься той же деятельностью, что и до поступления.

Третий приступ по типу клише развился через год. 30.10.2002 г. возникло психомоторное возбуждение, со слов сына стала кричать: «Господи, помоги!». Выбежала на лестницу, стала звать соседей на помощь, кричала, что горит дом, что в доме черт. Вновь перед глазами возникали представления о великой битве на небесах, ощущала запах дыма. Называла себя посланницей бога. Говорила: «Сейчас времена последние, времена скорби, многие люди вчера погибли, забиты морги, в церкви моей тьма погибла, никого в живых не осталось. В отделении периодически бывала тревожной, но аффект чаще имел экспансивный характер. Рассказывала о вселенской борьбе добра и зла, о своем в ней участии.

На фоне лечения аминазином, галоперидолом выровнялось настроение, перестала слышать в голове голоса бога и дьявола, работала в мастерских, помогала персоналу. Происшедшее с ней как психическое заболевание не расценивала.

ЭЭГ: отчетливые признаки раздражения в коре головного мозга и стволовых образованиях, предположительно на уровне гипоталамуса.

Неврологический осмотр: активной очаговой симптоматики не обнаружено.

Осмотр терапевтом: ишемическая болезнь сердца, атеросклеротический кардиосклероз.

*Диагноз:* рекуррентная шизофрения (по МКБ-10 соответствует F23.03 Острое полиморфное психотическое расстройство).

В данном наблюдении обращает на себя внимание сравнительно позднее начало болезни. Связано это, по-видимому, с изменением реактивности организма, обусловленным как соматическим (ИБС), так и психотравмирующими факторами. Наряду с ним существенную роль в возникновении психоза сыграли неконтролируемые влия-

яния, индуцированные нетрадиционными культовыми воздействиями и вызывающие измененные состояния сознания. Заболевание протекает в виде приступов, характеризующихся маниакальным аффектом, нарушениями сна, симптомами психического автоматизма, острым антагонистическим чувственным бредом, явлениями иллюзорно-фантастической дереализации и деперсонализации, отдельными кататоно-онейроидными включениями. На высоте приступа религиозно-мистические представления, борьба светлых и темных сил переживаются как события, происходящие на глазах больной. Их объединяет общая сюжетная линия в виде идеи особой божественной миссии, возложенной на больную высшими силами.

\* \* \*

Таким образом, являясь разновидностью бреда величия, бред мессианства характеризуется деструкцией «Я» в виде разрыва с прошлым опытом, перевоплощения в мифологических персонажей (тотальная деперсонализация) и присвоения сверхъестественных полномочий. По своему содержанию он имеет сродство с апокалиптическим, мистическим, антагонистическим (манихейским) бредом. Иногда ему предшествует бред высокого происхождения. Формирование мессианской бредовой фабулы происходит в рамках галлюцинаторно-параноидного синдрома и получает наибольшее выражение в структуре парафренного и онейроидного синдромов. Объем ее содержания, продолжительность, механизмы бредообразования (галлюцинаторный, чувственный и бред воображения) определяются формой шизофренического психоза.

При параноидной шизофрении бред мессианства возникает в структуре парафренного синдрома, который формируется после предшествующего параноидного этапа, а затем входит в клиническую картину сложного синдрома с психическим автоматизмом [9].

При ремиттирующих формах болезни, когда парафренный синдром определяет интенсивность и, в известной степени, глубину острых приступов шизофрении, идеи особой миссии становятся содержанием острого фантастического бреда. Ему предшествует бред особого значения, инсценировки, экстатически восторженный аффект [10]. Существенную роль в бредообразовании здесь играют аффективные расстройства и нарушения сознания в понимании Н.Еу [21].

В развитии бредовой фабулы при шизоаффективном психозе отмечается преобладание механизмов бреда воображения. Мессианские идеи сочетаются с идеями воздействия, телепатической связи, духовного слияния как персекуторного, так и благожелательного характера [3].

Бред мессианства нередко сопровождается бредовым поведением. Состояния, характеризующиеся экстатически-тревожным аффектом, фабулой особой миссии борьбы со злом, убеждением в способности дьявола принимать физический облик других людей в сочетании с императивными галлюцинозом и психическими автоматизмами, представляют высокую социальную опасность и требуют повышенного внимания со стороны психиатров.

### **6.3. Иерусалимский синдром**

Специфическое содержание мессианского бреда во многом связано с культурной традицией, усвоенной в прошлом религиозном опыте. Как показано L. Perez, оно не распространяется за границы культурно-религиозной идентичности пациента [28]. Согласно его наблюдениям, пациенты, воспитанные в русле иудейской и мусульманской традиции, где отсутствует идея вочеловечивания, не высказывали в психозе идеи превращения в бога. Напротив, пациенты-христиане отождествляли себя с Иисусом Христом. В свою очередь, мусульмане идентифицировали себя с пророком Мухаммадом, воинами, вождями.

Особый вид культурально обусловленной психопатологии связан также с географическим фактором и описан как «иерусалимский синдром» [4, 17, 22]. Термин был введен в научный оборот в начале 1990-х гг. как реакция на сообщения об особенностях психопатологии у туристов и паломников, в основном христиан из Америки и Европы, посещающих святые места. Содержательный аспект их патологических переживаний включал в себя религиозно-мифологические представления, непосредственно относящиеся к святым местам. Пациенты, связанные с иудейской культурой, наиболее часто давали психотические вспышки в Старом городе, около Стены плача или в других местах, имеющих особое религиозное значение для евреев. Бредовое поведение пациентов-христиан реализовалось в местах, связанных по преданию с жизнью, распятием и воскресением Христа (место Тайной вечери, Гефсиманский сад, Храм Гроба Господня).

## ***Типология иерусалимского синдрома***

**Тип 1. Психотический.** Выявляется у лиц, с ранее диагностированными эндогенными психозами. Их прибытие в Иерусалим непосредственно связано с особенностями психического расстройства, наличием в клинической картине религиозного бреда. Например, больной, идентифицировавший себя с Самсоном (героем ветхозаветных преданий, наделенным невиданной физической силой), был одержим идеей перемещения одного из гигантских каменных блоков, формирующих Западную Стену. Был доставлен в госпиталь в состоянии крайнего возбуждения, при попытке реализовать свой замысел. Кроме идей особой миссии, отмечаются идеи религиозного реформаторства, чудесного исцеления и т. д.

**Тип 2. Пограничный.** Выявляется у членов нетрадиционных религиозных групп, прибывших в Иерусалим, или одиноких паломников. Их отличает магическое мышление, вера в осуществление чудес, указанных в Библии, например, в воскрешение мертвых или в приход Мессии. Они носят одежды, в которые, по их мнению, были одеты апостолы. Иногда они привлекают внимание средств массовой информации. Вместе с тем поведение этих людей лишено психотических признаков, имеет относительно упорядоченный характер, в психиатрические учреждения они, как правило, не госпитализируются.

**Тип 3. Дискретный.** Выявляется у людей, не имевших в анамнезе психических расстройств. Они прибывают в Иерусалим как регулярные туристы без определенной миссии или цели, чаще с друзьями или членами семьи. При посещении Иерусалима у них возникают беспокойство, житация, напряженность. Они стремятся отколоться от группы или семьи, посещать святыне самостоятельно. В гостиницах обращают на себя внимание персонала стремлением использовать постельное белье в качестве хитонов. На высоте расстройства отмечаются громкое распевание псалмов, молитв, проповедование, основанное на нереалистических призывах к улучшению жизни. Галлюцинаторно-бредовых расстройств при данном типе не наблюдается. Раннее вмешательство позволяет предотвратить более серьезное психотическое расстройство.

## **Литература**

1. Аверинцев С.С. Мессия // Мифы народов мира.— Т. 2.— М.: Сов. энциклопедия, 1988.— С. 140—143.
2. Брокгауз Ф.А., Ефрон И.А. Энциклопедический словарь.— Репринт 1890 г.— М.: Терра, 1990.



3. *Варавикова М.В.* Состояния с бредом воображения при приступообразной шизофрении // Синапс.— 1993.— Т. 4.— С. 51–55.
4. *Зислин И., Спивак И.* Иерусалимские этюды // Независимый психiatr. журн.— 1999.— № 4.— С. 45–51.
5. *Каарияйнен К., Фурман Д.Е.* Религиозность в России в 90-е годы // Старые церкви, новые верующие: религия в массовом сознании постсоветской России / Под ред. К.Каарияйнена, Д.Е.Фурмана.— СПб.: Летний Сад, 2000.— С. 7–48.
6. *Киндрас Г.П.* О психопатологии острого бреда воображения // Вопр. общей психопатол.— 1976.— № 2.— С. 106–119.
7. *Пантелеева Г.П., Бологов П.В.* Клинико-нозологический подход к диагностике шизоаффективного психоза // Журн. невропатол. и психiatr.— 2002.— Т. 102, № 9.— С. 4–8.
8. *Пападопулос Т.Ф.* Острые эндогенные психозы.— М: Медицина, 1975.— С. 53–58.
9. *Портнов А.А., Бунтов Ю.А., Лысков Б.Д.* К синдромологии парафренного бреда и сходных с ним состояний // Журн. невропатол. и психiatr.— 1968.— Т. 68, № 6.— С. 890–895.
10. *Психические расстройства и расстройства поведения (F00–F99)* (Класс V МКБ-10, адаптированный для использования в Российской Федерации) / Под общ. ред. Б.А.Казаковцева, В.Б.Голанда.— СПб.: Изд. дом СПбМАПО, 2003.— 588 с.
11. *Снежневский А.В.* Общая психопатология. Курс лекций.— М.: Медпрессинформ, 2001.— С. 137–139.
12. *Соколова Б.В.* К клинике и психопатологии острых парафренных состояний при шизофрении // Журн. невропатол. и психiatr.— 1968.— Т. 68, № 5.— С. 754–761.
13. *Тиганов А.С., Снежневский А.В., Орловская Д.Д. и др.* Шизофрения // Руководство по психиатрии: В 2 т.— Т. 1 / Под ред. А.С.Тиганова.— М.: Медицина, 1999.— С. 426–428.
14. *Телле Р.* Психиатрия с элементами психотерапии: Пер. с нем.— Минск: Вышэйшая школа, 1999.— 270 с.
15. *Точилов В.А.* Клиника, механизмы синдромаобразования и терапия атипичных аффективных психозов: Автореф. дисс... д-ра мед. наук.— СПб., 1994.
16. *Baillarger J.* Des hallucinations, des causes qui produisent, et de maladies qu'elles caractérisent // Mémoires de l'Académie médecine.— 1846.— Vol. 12.— P. 476–516.
17. *Bar-El Y., Durst R., Katz G. et al.* Jerusalem syndrome // Brit. J. Psychiatr.— 2000.— Vol. 176.— P. 86–90.
18. *Baruk H.* Traité de psychiatrie.— Paris: Masson, 1959.— Vol. 1.— 425 p.
19. *Beit-Hallahmi B., Argyle M.* Religious ideas and psychiatric disorders // Int. J. Soc. Psychiatry.— 1977.— Vol. 23, № 1.— P. 26–30.
20. *Clark R.A.* Religious delusions among Jews // Amer. J. Psychother.— 1980.— Vol. 34, № 1.— P. 62–71.
21. *Ey H.* Paraphrenie expansive et demence paranoïde (contribution a l'étude des psychoses paranoïdes). Discussion nosographique // Ann. Med. Psych.— 1930.— Vol. I.— P. 274–281.

22. *Fastovsky N., Teitelbaum A., Zislin J. et al.* Jerusalem syndromes or Paranoid Schizophrenia? // Psychiatr. Serv.— 2000.— Vol. 51, № 11.— P. 1454–1454.
23. *Goldwert M.* The messian-complex in schizophrenia // Psychol Rep.— 1993.— Vol. 73, № 1.— P. 331–335.
24. *Jaspers K.* Allgemeine Psychopathologie.— 3 Aufl.— Berlin: Thieme, 1923.— 420 S.
25. *Kraepelin E.* Einführung in die psychiatrische Klinik.— 4te, völlig umgearbeitete Auflage.— Leipzig: J.A.Barth, 1921.
26. *Littlewood R.* The imitation of madness: the influence of psychopathology upon culture // Soc. Sci. Med.— 1984.— Vol. 19, № 7.— P. 705–715.
27. *Magnan V.* Le délire chronique a evolution systématique, par Magnan et P. Sériex.— Paris: Gauthier — Villars, 1892.— 184 p.
28. *Perez L.* The messianic idea and messianic delusion // Ment. Health. Soc.— 1978.— Vol. 5, № 5–6.— P. 266–274.
29. *Talmon Y., Abrahams A., Guy N.* Mediagenic psychoses // Harefuah.— 1994.— Vol. 127, № 1–2.— P. 13–16, 63.
30. *Zelt D.* First person account: the Messiah quest // Schizophr Bull.— 1981.— Vol. 7, № 3.— P. 527–531.

## ГЛАВА 7

### КУЛЬТОВАЯ ТРАВМА (психиатрические аспекты деструктивных культов)

Актуальность проблем, связанных с культовой травмой, возросла в нашей стране в последние десятилетия. Обусловлено это тем, что на фоне стрессовых воздействий, вызванных экономической нестабильностью, ломкой жизненного стереотипа, сформировавшегося в годы советской власти, многие люди стали искать утешения в потустороннем. Приход в религию осуществлялся без предшествующего религиозного опыта, семейных и общественных традиций, религиозного образования. В конце 80-х — начале 90-х гг. XX в. нашествие зарубежных проповедников, появление массы религиозных сект и так называемых христианских институтов, где под видом изучения Библии проводилось обучение эзотерическим доктринам с привлечением биоэнергетических, экстрасенсорных и экстремальных психотерапевтических практик, оказалось небезопасным для психического здоровья адептов. Врачи встретились с новыми видами патологии, появилось понятие *«культовая травма»*, под которой понимают комплекс воздействий, используемый в деструктивных культах и направленный на изменение сознания индивида.

Появлению расстройств, связанных с понятием «культовая травма», способствовала не только квазирелигиозная интервенция. В годы общественного кризиса ревизии подвергается все, в том числе и естественнонаучная картина мира, которая, казалось бы, была прочно усвоена населением за годы советской власти. Страх и тревога, охватившие массы, порождали, с одной стороны, стремление к подчинению, поиску сильного лидера, «железной руки», с другой — снижение силы собственного мышления, критики, интеллектуального

внутреннего диалога [12]. Это способствовало переходу к не согласующимся с логикой и опытом формам интеллектуальной деятельности. Одной из этих форм является магическое мышление, при котором мыслям, словам и действиям приписывается сила, например, возможность вызывать или предотвращать какие-либо события.

Разумеется, феномен магического мышления наблюдается не только у нас, и в других странах существует значительное число людей, верящих гадалкам, астрологам — явление, названное Т.Б.Дмитриевой «десантом средневековья в конец XX века» [2].

Однако именно в нашей стране, совпав с кризисом, этот феномен возник неожиданно, непредсказуемо, провоцируя индуцированные психические расстройства и нарушения поведения. Немало способствовали этому показ в визуальных СМИ нагнетающих страх убийств, катастроф, пыток, популяризация астрологии, мистицизма, представлений о колдовстве. В результате формировался магический вариант кризиса идентичности, когда личность под давлением духовных и социальных проблем погружалась в оккультные представления и мистические переживания.

### **7.1. Тоталитарный культ**

Социальные, психологические и психиатрические аспекты тоталитарных культов обсуждаются не только в России, но и во всех развитых странах. Существенный рост их количества и влияния оказывает губительное воздействие как на адептов, так и на общество в целом. Особенно очевидным это стало в 1978 г., когда в США 900 членов секты «Народный Храм» покончили жизнь самоубийством во время культового ритуала. Непреодоленная коллизия между положением «Всеобщей Декларации прав человека» о свободе совести и вредными последствиями деятельности тоталитарных религиозных течений порождает все новые и новые проблемы, включая терроризм.

История религии располагает многочисленными сведениями о возникновении различных религиозных движений. Как указывал выдающийся русский социолог Питирим Сорокин [16], на протяжении тысячелетий и столетий одни религиозные коллективы исчезают, другие — появляются, причем эти процессы совершаются, подобно политическим перегруппировкам, скачками; смена периодов религиозного движения и застоя связана с изменением социального уклада населения и служит симптомом этого изменения. От прочих

религиозных движений тоталитарный культ отличается специфическими чертами [26]:

- является группой или движением;
- демонстрирует чрезмерную преданность какой-либо личности, идее, вещи;
- использует реформирующую мышление программу, чтобы убеждать, контролировать и подготавливать к жизни в коллективе членов (т. е. интегрировать их в групповую уникальную модель отношений, верований, ценностей и практики);
- систематически стимулирует состояние психологической зависимости у членов;
- эксплуатирует членов для достижения успехов в целях лидеров;
- причиняет психологический вред членам, их семьям и обществу.

Разумеется, отмеченные признаки присутствуют не только в религиозных, но и в политических, военизированных, финансовых группах. Однако существенным признаком именно деструктивного религиозного культа является грубое, бесконтрольное применение манипуляций, направленных на вызывание измененных состояний сознания и связанного с ними феномена гипервнушаемости.

По А.М. Ludwig, гипервнушаемость параллельно с ухудшением способностей к критическому мышлению приводит к ослаблению дифференцировки субъективного восприятия и объективной реальности [22]. В силу этого появляется тревога и формируется компенсаторная потребность в поиске постоянной поддержки или руководства. Возрастает доверие к внушениям гипнотизера, шамана, лидера, религиозного целителя, проповедника или психотерапевта, которые представляются всемогущими, авторитетными фигурами. Ослабление самоидентификации формирует склонность идентифицироваться с авторитетной фигурой, чьи желания или указания воспринимаются как собственные.

### **7.1.1. Манипуляции, используемые в тоталитарных культах**

Культовые манипуляции, приводящие к изменениям в системе мышления, были впервые описаны R. Lifton на материале китайской культурной революции [20]. Они основаны на естественных потребностях человека быть связанными с другими людьми, принадлежать к какой-либо социальной среде (группе), получать социальное вознаграждение.

К культовым манипуляциям относятся:

- Контроль окружающей обстановки и доступа информации. Создание условий, при которых невозможен или крайне ограничен доступ информации, противоречащей установкам группы или ее лидера.
- Мистическое манипулирование. Внушение цели группы как единственно правильной. Окружение лидера мистической аурой морального превосходства и суперчеловеческих качеств.
- Внушение абсолютной покорности требованиям лидера и его помощников.
- Индоктринация вины. Индуцирование чувства вины за неуступчивость и сопротивление. Требование исповеди как средства очищения и признания собственных прегрешений перед группой и ее лидером.
- «Священная наука». Принятие основных догм группы как единственно верных, не поддающихся никакому критическому анализу истин. Догмы при обучении группы даются в виде утверждений. Вопросы и критика игнорируются как явления ненужные, сомнительные, греховные.
- «Заряженный язык». Использование специально созданного малопонятного жаргона, приписывание общепринятым понятиям новых значений. Приписывание новых значений таким эмоционально нагруженным словам, как «мать», «отец», «сестра», «брат», способствует отделению индивидов от их естественных семей.
- Доминирование доктрины. Согласно этому, доктрина создается для того, чтобы зачеркнуть весь прошлый познавательный опыт. Учения и цели группы более важны, чем личное благополучие индивида, от членов требуется жертвовать собой.
- Разделение существования. Проводится резкое разграничение между теми, кто будет спасен, и теми, кто будет проклят. Правом на существование пользуются лишь те, кто целиком разделяет цели группы и во всем подчиняются лидеру.

Создаваемая путем контроля мышления изоляция приводит к зависимости, формированию у индивида чувства уязвимости и беспомощности. Кроме описанных R. Lifton, в деструктивных культах используются и другие техники [15]. Наиболее экстремальные из них, включающие технологии «останавливающего мышления», постоянного медитирования, монотонного пения и повторяющихся действий, бесконтрольного навязывания непривычных ритуалов и визуализированных представлений, индуцируют состояния повышенной внушаемости.

Для правильного понимания патогенеза культовой травмы следует отметить, что не всегда и не во всех случаях индуцирование измененных состояний сознания приводит к возникновению психического расстройства. Многочисленные случаи выздоровления или улучшения при лечении истерического невроза или психосоматических заболеваний строятся на преимуществах внушаемости, склонности к эмоциональному катарсису. Известны примеры внезапного озарения, творческого инсайта, возникающих во сне, в состоянии транса, пассивной медитации. Если предположить, что суггестивные методы вызывают изменения биохимической анатомии, сходные с воздействием психотропных препаратов, становится понятным, почему одно и то же воздействие у одних людей вызывает улучшение, а у других — серьезную патологию психики. Как известно, любой сильнодействующий препарат в одних дозах улучшает состояние организма, а в других приводит к летальному исходу. Так же и воздействия на психику, приводящие к возникновению измененных состояний сознания, могут в одних случаях приводить к исцелению, в других — оставаться без последствий, в третьих — вызывать серьезные нарушения, вплоть до психотических. Однако если психиатр, назначая психотропное средство, учитывает его химическую основу, особенности фармакодинамики, рекомендуемые дозы, перечень побочных явлений, психотерапевт исходит из многовекового эмпирического опыта, то культовый лидер действует грубо, бесконтрольно, не учитывая последствий.

Одним из наиболее ярких примеров грубого деструктивного воздействия на психику является деятельность лидеров секты «Белое братство» [1]. Возникнув в Киеве в начале 1990-х гг. секта быстро распространилась по Украине, Белоруссии, России. Как и в большинстве современных сект, ее догматы представляли собой эклектическую смесь из йоги, буддизма, теософии, антропософии, христианских ересей. Особое место в «учении» занимал обрисованный в ярких деталях конец света с детально разработанной культовой практикой. Наибольшую опасность для физического и психического здоровья представляла тема жертвоприношения. Согласно доктрине, вслед за Страшным судом должен наступить золотой век, куда попадут 140 000 юсмалиан (так называли себя адепты). В руководстве секты стояли Кривоногов и Цвигун, которая, по-видимому, переживала религиозно-мистические состояния (видела живого бога). Неофиты набирались, главным образом, среди молодежи 15—19 лет. Первоначально лидеры появлялись в секциях восточных единоборств, йоги, а затем устремились в средние школы, где рассказывали детям о грядущем

Страшном суде и прочих ужасах. Желающих тут же крестили, выводя по одному в коридор. Сам обряд крещения заключался в том, что один из «старших братьев» секты прикладывал руку ко лбу крестимого, что-то вещал, непрерывно глядя тому в глаза, затем совершал руками пассы вдоль его позвоночника и окроплял водой из фляжки. По мнению специалистов, руководство «Белого Братства» апробировало на своих приверженцах методы насильственного управления психикой и поведением, психофизической обработки, изоэлектрических методов гипнотического внушения. Культовое воздействие осуществлялось также путем прослушивания аудиокассет с проповедями. Родителями и бывшими адептами, покинувшими «Белое Братство», отмечалось использование наркотических веществ. Согласно мнению специалистов, обследовавших адептов, у них подавлялась индивидуальность, снижалась критическая способность, нарушались дифференцирование эмоций, пластичность движений, активность и способность сопротивляться стрессам. В ноябре 1993 г. в Киеве едва не состоялось массовое самоубийство «белых братьев». Планировалось кровавое шоу, знаменующее начало Страшного суда с вознесением Цвигун, назвавшей себя Мария Дэви Христос. Кульминацией стал приход 10 ноября 1993 г. 25 сектантов в Софийский собор в Киеве. Усилиями правоохранительных органов страшные события удалось предотвратить.

Какие бы методы ни применялись в деструктивных культах, все они формируют психическую зависимость путем запугивания в случае ослушания. В культе сайентологов широко применяются слежка, доносы друг на друга, используются материалы, полученные на предварительном тестировании адептов. Церковь сайентологов, претендуя на абсолютное знание о единственно верном пути к спасению и самоусовершенствованию, исповедует лютую ненависть к научной психиатрии, навязчиво и агрессивно распространяя в СМИ и среди населения материалы о вреде психиатрии как таковой. Связано это, видимо, с тем, что основатель сайентологии Л.Р.Хаббард был человеком с определенными психическими расстройствами и проходил лечение в психиатрическом отделении морского госпиталя «Оак Кнолл» (США).

### ***7.1.2. Риск возникновения психического расстройства в результате культовой травмы***

Предрасположенность к психическим расстройствам в результате культовой травмы следует рассматривать во внутриличностном, межличностном и надличностном контекстах.



**Внутриличностный контекст.** Предрасполагающими факторами психических расстройств являются такие свойства личности, как повышенная внушаемость, ведомость, пассивность, склонность к магическому мышлению. Повышенная внушаемость является преципитирующим (т. е. ускоряющим, подталкивающим) фактором для формирования диссоциативных психических расстройств, особенно при чрезмерных психофизических нагрузках [18].

**Межличностный контекст.** Включает разрыв или ослабление связей с ближайшим окружением (родители, сверстники, соученики и т. д.). Человек, по каким-либо причинам чувствующий себя неадекватным в окружающем его обществе («не от мира сего»), не принятым из-за своих личностных, психических, физических или других особенностей, испытывает огромное облегчение среди людей, исповедующих другие (относительно тех, что бытуют в миру) ценности, в среде, где неадекватность и необычность, напротив, расцениваются положительно. Поскольку священное в религии противопоставляется мирскому, симптомы социальной дезадаптации чаще всего интерпретируются здесь как доказательства избранности [17].

**Надличностный контекст.** Включает социокультуральные изменения, которые стали происходить в России с конца 1980-х гг. Резкий слом устоявшегося атеистического менталитета homo soveticus привел к непривычной для него идеологической дезориентации, пробил брешь в догматически-материалистическом мировоззрении, оживил потенциальный интерес к духовным ценностям. Для многих крушение старого мировоззрения уже было стрессовым обстоятельством и предпосылкой развития тех расстройств психики, которые предрасполагают к восприятию неоккультных учений [7].

Нередко в секту вовлекаются больные с инициальными проявлениями шизофрении, стремящиеся преодолеть нарастающее чувство отгороженности. В этих случаях культовые воздействия провоцируют и утяжеляют течение заболевания.

### ***Наблюдение 13.***

Больной Р., 24 года. Наследственность психическими заболеваниями неотягощена. Мать — тревожно-мнительная, озабоченная состоянием своего здоровья. Отец вспыльчивый, но отходчивый. Пациент — единственный ребенок в семье. В развитии от сверстников не отставал. В детстве часто и подолгу болел простудными заболеваниями. Нередко выявлялись признаки невропатии — капризность, плохой сон и аппетит. Страшился темноты, чуждался бойких и шумных сверстников. В школу пошел с 7 лет. Учился хорошо, был послушным, не

любил шума, драк на переменах. В старшем подростковом возрасте испытывал затруднения в общении, переживал, что «не такой, как все». К учебе относился ответственно, закончил школу, поступил в политехнический институт. Учеба давалась с трудом, отмечал повышенную утомляемость, раздражительность, был не в силах сосредоточиться, усвоить изучаемый материал. Институт бросил, устроился на завод, где работал слесарем. После ухода из вуза утратил привычный круг общения, старых приятелей растерял, а новых не завел. Испытывал острое чувство одиночества, собственной неполноценности, начал выпивать, однако и в состоянии опьянения облегчения не испытывал. Увлёкся астрологией, покупал литературу по оккультизму. Постепенно стал формироваться интерес к различным религиозным течениям. Встречался с адептами Белого Братства, Общества Сознания Кришны, сайентологами. Однако все, что они говорили, его не увлекало. Переживал кризис, обусловленный неинтересной работой, нехваткой денег, неприятностями в семье (алкоголизация отца).

В этот момент встретил двух девушек, которые уговорили его вступить в организацию ВАИП (вузовская ассоциация по изучению принципа — одно из ответвлений церкви объединения (унификации), созданной американцем корейского происхождения Сан Мьен Муном). В первые дни пребывания в секте был удовлетворен получением того, что ему так не хватало: повышенным вниманием, приветливостью, взаимными объятиями («бомбежка любовью»). Затем начались многочасовые (по 12 часов в день) лекции, семинары, игры, совместные и индивидуальные молитвы, песнопения. На занятиях все время внушалось, что Мун является живым богом (второе пришествие), посланным в мир, чтобы приобщить людей к истинной любви. Говорилось, что он и его жена являются для адептов истинными родителями. Собственные потребности интерпретировались как «эгоизм», для искоренения которого неопит должен был обслуживать трех офицеров секты. После месячного курса обучения пациент был отправлен в Москву для сбора денег для секты путем попрошайничества (фандрайзинг). Несколько недель в Москве бродяжничал, жил на вокзалах, случайных квартирах, плохо ел и спал. Вернулся в Санкт-Петербург будучи усталым, разбитым. Все собранные деньги отдал в организацию. Стал замечать, что отношение к нему изменилось. Никто не обращает на него внимания, не дает новых заданий. Возникло чувство растерянности, снизилось настроение, казалось, что он в чем-то виновен. Попыток разъяснить ситуацию с помощью «старших братьев» не предпринимал, так как боялся, что подведет кого-либо из них и ситуация станет более сложной и непредсказуемой. Постепенно сформировалось убеждение, что в секте он занял место, предназначенное для представителей спецслужб. Однажды почувствовал как все из-

менилось. Окружающее стало непонятным, зловещим. Люди, машины двигались в каком-то определенном порядке. Шумы на улице, сигналы автомашин, обрывки разговоров интерпретировались как «передача информации». Заметил за собой слежку, считал, что за ним на машинах следуют переодетые агенты КГБ в черных масках. Обнаружил, что в квартире встроены «жучки» с целью получения сведений о нем и его передвижениях. Испытывал страх, тревогу, беспокойство, бессонницу. Был госпитализирован. На фоне лечения нейрорептиками состояние улучшилось, был выписан в удовлетворительном состоянии. По данным анамнеза после выписки работал на заводе слесарем. Религиозных сект не посещал, вел замкнутый образ жизни. В дальнейшем с промежутками в 1,5 года возникли два депрессивно-параноидных приступа с доминированием явлений синдрома Кандинского — Клерамбо.

*Диагноз:* F20.02 Параноидная шизофрения с приступообразно-прогредиентным течением.

В этом случае легко прослеживается роль культовой травмы как преципитирующего фактора. Личность с астено-сенситивной акцентуацией характера в преморбидном периоде, во время пребывания в секте подвергалась чрезмерным психофизическим нагрузкам. Двенадцатичасовые занятия наряду с неадекватным питанием и нарушениями сна привели к физическому и эмоциональному истощению, формированию синдрома зависимости, ослаблению критичности мышления. После фандрайзинга на фоне усугубления преморбидных личностных черт возникли отчетливые признаки депрессивно-параноидного синдрома в виде чувственного бреда, бреда особого значения, элементов синдрома Кандинского — Клерамбо.

## **7.2. Психические расстройства, возникающие в результате культовой травмы**

В последние десятилетия на психические нарушения, возникающие у адептов, вышедших по каким-либо причинам из деструктивных культов, обратили внимание американские психологи — специалисты по выходу. В нашей стране этой проблеме посвящен ряд работ. В данном разделе произведена попытка систематизации данных отечественных [5, 6, 11], зарубежных [19, 21, 24, 25] и собственных исследований [8—10, 14].

**Расстройства поведения, не достигающие уровня психических расстройств.** К ним относятся изменение интересов к семье, друзьям, работе и учебе, появление новой манеры одеваться. Обращает на себя

внимание изменение речи: высказывания производят впечатление заученности, «проигрываемой пластинки». Практикуются частые, без объяснений, уходы из дому, частые телефонные разговоры, длительные чтения или медитация. Изменяется режим питания, нарастает агрессивность или безразличие к ближайшим родственникам. Наблюдаются значительные денежные траты, займы, сборы у родственников и друзей.

**Психосоматические расстройства.** У экс-адептов после культовой травмы отмечались инфаркты миокарда, бронхиальная астма, язвенная болезнь, а также несколько случаев внезапной смерти. Однако чаще в ответ на психическую травму, обусловленную угрозами наказания за отступление от предписываемых правил поведения, развивались соматоформные вегетативные дисфункции. Расстройства появлялись внезапно, сопровождались вегетативным возбуждением, интенсивной болью во внутренних органах («возникла жгучая боль в сердце, почувствовала, что умираю, страшно, что умру грешницей»). В других случаях боли сопровождались выраженным страхом за будущее («легла на диван, сильные боли внизу живота возникли... как будто матку выворачивает наружу... думаю, что с нами будет... у них [лидеров культа — В.П.] такие связи... заберут деньги, квартиру, всех выгонят на улицу»). В некоторых случаях болевые ощущения быстро проходили и сменялись картинками, похожими на истерические сумеречные состояния.

**Атипичные диссоциативные нарушения.** Эти расстройства чаще наблюдались у экс-адептов, практиковавших методы введения себя в транс (длительная медитация с мантрами, подъем энергии кундалини). Испытываемые переживания они называли «выходами в бессознательное состояние сознания, когда нет ни мыслей, ни чувств». В период пребывания в культовой группе возникающие визуализированные представления, «слышание небесной музыки» адепты считали признаками продвижения в вере. В дальнейшем, в период выхода из группы, у них на фоне страха и тревоги отмечались физическая слабость, изнуренность, галлюцинации общего чувства: «правая половина тела в огне — левая холодна, как лед», «потoki воздуха входят в голову и начинают вращаться, двигаться», «во всем теле что-то ползает, что-то сводит горло, душит». Многие религии признают тот факт, что длительная сосредоточенность может привести к ряду диссоциативных феноменов, таких как галлюцинации, паралич, и другим нарушениям со стороны сенсорной сферы [3]. В некоторых случаях гипноз может спровоцировать развитие ограниченного, но иногда очень

длительного состояния транса. Для экс-адептов особенно характерны диссоциативные «плавающие» («floating») состояния, возвращающие их по механизму триггера обратно к культовому образу жизни.

**Посттравматическое стрессовое расстройство.** Возникает у экс-адептов после разрыва с культовой группой. Соответствует критериям МКБ-10 и включает в себя эпизоды повторного переживания травмы в виде навязчивых переживаний, реминисценций, снов, кошмаров, возникающих на фоне хронического чувства «оцепенелости» и эмоциональной притупленности [13]. Особенно характерны подавленное настроение, безотчетная тревога, гнев, амнезия или гиперемнезия в отношении травмирующих событий, неустойчивые диссоциативные или деперсонализационные эпизоды, ощущение беспомощности, изменения отношений с другими людьми в виде изоляции и отчуждения, недоверия, чувства безнадежности и отчаяния.

**Нарушения личности. Синдром зависимости (DDD-синдром).** Аббревиатуру термина составляют три английских слова — **deception** — обман, **dependency** — зависимость и **dread** — страх. Синдром проявляется: 1) в характерной для адептов потере собственной воли и интеллектуальной критичности к культовому учению, 2) в принятии жизненных решений только после совета и с разрешения старшего по культу, 3) в полной и неадекватной податливости лидеру, 4) в чувстве неудобства или беспомощности в одиночестве из-за чрезмерного страха, 5) в страхе быть покинутым лицом, с которым установлена тесная связь. Синдром зависимости является начальным нарушением психики, вслед за которым возможно развитие более тяжелых психических расстройств, вплоть до психозов с агрессивным поведением или суицидальными действиями.

**Психозы, ассоциированные с культовой травмой.** Для психозов, ассоциированных с культовой травмой, характерен индуцированный характер. В отличие от определения индуцированного психотического расстройства, ограничивающего развитие психоза рамками семьи, квазирелигиозные идеи, нередко принимающие форму бреда, индуцируются в процессе религиозных проповедей, литургий, обрядов. Ю.И.Полищуком, наблюдавшим адептов ряда деструктивных культов, выделены синдром сверхценных психогенных идей религиозного содержания, индуцированный религиозный сверхценный бред, индуцированный религиозный паранойяльный бред, малопрогрессирующая шизофрения со сверхценными, паранойяльными расстройствами, аффективно-бредовые психозы с псевдорелигиозным бредом в рамках рекуррентной и шубообразной шизофрении. Как

указывает Ф.В.Кондратьев, при диагностике подобных религиозных психозов становятся диагностически нейтральными такие классические свойства бредовых идей, как их несоответствие действительности, противоречие свидетельству чувств и рассудку, результатам проверки и доказательств. При диагностике целесообразно делать акцент не на абсурдности фабулы, а на других признаках, указывающих на особенности возникновения этих идей, и их сопряженности с другими психопатологическими феноменами.

### **7.3. Проблемы оказания психиатрической помощи адептам деструктивных культов**

В исследованиях, проведенных Ф.В.Кондратьевым, установлено, что наибольшей подверженностью прозелитизму новых культов отличаются лица, имеющие психотравмирующие проблемы, находящиеся в постстрессовом состоянии, в состоянии декомпенсации, с латентной психопатологией [4]. Если устанавливается факт добровольного присоединения к культовому образованию и у адепта не отмечается каких-либо психопатологических расстройств, то какое-либо психиатрическое вмешательство недопустимо при всей ненормативности нового поведения адепта. Согласно Законодательству РФ в области психиатрии, психиатрическая помощь может оказываться при согласии адепта (экс-культиста) на лечение. При возникновении в период пребывания в секте психотических состояний, представляющих опасность для самого адепта и для окружающих, или если фиксируется состояние, при котором неоказание психиатрической помощи ведет к дальнейшему утяжелению заболевания, принимается решение о недобровольной госпитализации. Особые трудности представляет психологическое консультирование экс-адептов в период выхода из культа. Здесь особый интерес представляет Веллспрингская программа лечения [23].

Цель Веллспрингской программы заключается в оказании помощи бывшим членам культа в возвращении к нормальной жизни, свободной от вредоносных влияний их культового опыта (фальшивое чувство вины, депрессия, тревога, страх, смущение, гнев). Сердцевина Веллспрингской программы состоит из психологического консультирования и учебных занятий по культовой динамике и спорным религиозным и духовным вопросам. К каждому индивиду относятся как к человеку с уникальной комбинацией потребностей и характерных черт, включая слабые и сильные стороны.

Отличительной чертой программы является отказ от приобщения экс-культиста к какой-либо иной (традиционной) религии, если он сам того не желает. Занятия сочетаются с отдыхом, чтобы дать человеку шанс оправиться от изнурительного оцепенения культовой жизни и обеспечить построение реальной модели посткультового жизненного опыта.

## Литература

1. *Деструктивные религиозные организации и некоторые религиозные группы матрицы «Экология духа, оккультизм и язычество».*— Омск: Омск. отд-ние МАНЭБ, 1999.— 41 с.
2. *Дмитриева Т.Б., Положий Б.С.* Психическое здоровье россиян // Человек.— 2002.— № 6.— С. 2–8.
3. *Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж.* Клиническая психиатрия: Пер с англ.— В 2 т.— Т. 1.— М.: Медицина, 1994.— 672 с.
4. *Кондратьев Ф.В.* Психиатрический и правовой аспекты оказания помощи адептам культовых новообразований («сект») с психическими расстройствами // Психологические и психиатрические проблемы клинической медицины. Сб. науч. тр.— СПб.: СПбГМУ им.акад. И.П.Павлова, 2000.— С. 172–173.
5. *Кондратьев Ф.В.* Роль тоталитарных сект как нового патогенного фактора // Мат. XII съезда психиатров России.— М., 1995.— С. 77–88.
6. *Кондратьев Ф.В.* Психиатрический аспект последствий деятельности современных культовых образований // Росс. психiatr. журн.— 1997.— № 2.— С. 25–30.
7. *Кондратьев Ф.В.* Современные культовые новообразования («секты») как психолого-психиатрическая проблема.— М.: Изд-во. мисс. отд-ние Московского патриархата, 1999.— 55 с.
8. *Пашковский В.Э.* Особенности соматических расстройств, возникших под воздействием культовой травмы // II Клинические павловские чтения: Сб. работ.— СПб.: Петрополис, 2001.— Вып. 2.— С. 36–37.
9. *Пашковский В.Э.* Об острых бредовых состояниях, ассоциированных с культовой травмой // Актуальные проблемы клинической и экстремальной психиатрии: Юбил. науч. конф., посв. 60-летию проф. В.В.Нечипоренко.— СПб., 2001.— С. 90–93.
10. *Пашковский В.Э.* О реактивных шизоаффективно-подобных психозах, обусловленных культовой травмой // Актуальные проблемы современной неврологии, психиатрии и нейрохирургии: Мат. Всероссийской научно-практической конференции с международным участием 27–28 ноября.— СПб., 2003.— С. 120–121.

11. *Полищук Ю.Ф.* Психические расстройства, возникающие у людей, вовлеченных в деструктивные религиозные секты // *Обозр. психиатр. и мед. психол.*— 1995.— № 1.— С. 14–20.
12. *Портнов А.А.* Общая психопатология.— М.: Медицина, 2004.— 270 с.
13. *Психические расстройства и расстройства поведения (F00–F99) (Класс V) МКБ-10, адаптированный для использования в Российской Федерации.*— СПб.: Издательский дом СПбМАПО, 2003.— 588 с.
14. *Рычкова В.А., Пашковский В.Э. Бондарев Н.В.* О структуре поведенческих и психических расстройств у молодых людей, вовлеченных в нетрадиционные культовые образования // *Проблемы девиантного поведения молодежи в современном обществе: Сб. тез. науч. конф. с международным участием 16–17 октября 2001 г.*— СПб.: НИПИ им.Бехтерева, 2001.— С. 89.
15. *Сборник материалов по вопросам помощи семьям и детям, оказавшимся в трудной жизненной ситуации, связанной с оккультно-мистической и религиозной деятельностью граждан и организаций.*— СПб., 1997.— 54 с.
16. *Сорокин П.А.* Человек, Цивилизация, Общество.— М.: Политиздат, 1992.— 542 с.
17. *Трунов Д.Г.* Религиозные организации и психотерапия // *Журн. практического психолога.*— 2000.— № 1–2— С. 40–56.
18. *Butler L.D., Duran R.E., Jasiukaitis P. et al.* Hypnotizability and traumatic experience: a diathesis-stress model of dissociative symptomatology // *Amer. J. Psychiatr.*— 1996.— Vol. 153, 7 Suppl.— P. 42–63.
19. *Castillo R.J.* Depersonalization and mediation // *Psychiatry.*— 1990.— Vol. 53, № 2.— P. 158–168.
20. *Lifton R.J.* Thought reform and the psychology of totalism: A study of «brainwashing» in China.— N.Y: Norton, 1961.
21. *Lowenstein R., Putman F.* A comparison study of dissociative symptoms in patients with complex partial seizures, MPD, and Post-traumatic disorder // *Dissociation.*— 1988.— Vol. 1, № 4.— P. 17–23.
22. *Ludwig A.M.* Altered States of Consciousness // *Arch. Gen. Psych.*— 1966.— Vol. 15.— P. 225–234.
23. *Martin P., Langone M.D., Dole A. et al.* Post-cult symptoms as measured by the MCMI before and after residential treatment // *Cultic Studies J.*— 1992.— Vol 9, № 2.— P. 219–250.
24. *Singer M.T., Ofshe R.* Thought reform programs and the production of psychiatric casualties // *Psychiatric annals.*— 1990.— Vol. 20.— P. 191–193.
25. *Tobias M.L., Lalich J.* Captive Hearts, Captive Minds: Freedom and recovery from cults and abusive relationships // *Hunter House.*— 1994.— P. 258–275.
26. *West L.J., Langone M.D.* Cultism: A conference for scholars and policy makers // *Cultic Studies J.*— 1986.— Vol. 3.— P. 117–184.



## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В заключение целесообразно остановиться на некоторых вопросах, представляющихся важными. Специалисты не раз отмечали, что содержание психических расстройств во многом обусловлено культурной средой, эпохой, уровнем знаний. Именно в эти времена возникают новые религиозные движения, происходит популяризация оккультизма и мистицизма, появляются новые прозорливцы и пророки. В мировой истории был момент, когда почти все население было убеждено, что 1000 год от Рождества Христова станет годом Конца света. Люди массами уходили в монастыри, отказывались от мирской жизни, замаливали грехи, прекращали обрабатывать землю и шли нищенствовать. Взрыв эсхатологических настроений был настолько силен, что хозяйство многих стран было парализовано.<sup>1</sup> Магический сдвиг, происшедший в сознании населения нашей страны в период социально-экономического кризиса, имел куда более скромные масштабы, однако несомненно, что страх лежал в основе столь различных по выраженности и распространению событий. Осмыслены ли такие явления психиатрией, объяснены ли они в психиатрических терминах, являются ли они вообще компетенцией данной науки?

Путь обращения в религиозную веру длителен и сложен. Наиболее гармонично он протекает тогда, когда религиозные навыки прививаются с детства. Этот процесс значительно усложняется, когда новый взгляд на мир и бытие возникает на более поздних жизненных этапах, вне ранее усвоенных религиозных традиций, да еще на фоне психотравмирующих ситуаций. Разумеется, у людей, предрасположенных к психическим срывам, любой крутой жизненный поворот может вызвать психическое расстройство. Но религия, которая сама по себе болезнетворной не является, а во многих случаях приносит

---

<sup>1</sup> Доманин А.А. Крестовые походы. Под сенью креста.— М.: ЗАО Центрополиграф, 2003.— С. 6–7.

облегчение, при особых условиях в силу присущей ей надмирности, таинственности, трансцендентности вызывает сложнейшие психопатологические переживания.

Как относиться к деструктивным культам? Существует взгляд, что неконтролируемость приносимого их деятельностью вреда надумана, а за обвинениями в их адрес стоят корыстные интересы представителей традиционных религий. Некоторые психиатры, считающие себя «независимыми», считают, что сама постановка вопроса о вреде деструктивных культов является посягательством на свободу личности, а изучение специфичности психических расстройств у адептов — не больше и не меньше, как возврат к «карательной» психиатрии. А как же тогда быть с диссоциативными, деперсонализационными, депрессивными и другими расстройствами, неоднократно описанными не только отечественными, но и зарубежными, в частности американскими, психиатрами и психологами? Как вообще соотнести религиозный опыт с различными отклонениями в психической деятельности? Ответы на эти вопросы дают современные принципы построения психиатрического диагноза, представляющие его сложным многоуровневым процессом, включающим в себя симптоматический, синдромологический, нозологический уровень. С введением в действие международных психиатрических классификаций (ICD-10 и DSM-IV) диагностика была дополнена уровнями социального функционирования. В данном контексте рассмотрению подлежат три ряда факторов: болезнь (патодинамический аспект функционального диагноза), личность (психологический аспект) и социальное окружение (социальный аспект). Результатом дальнейших разработок этой проблемы американскими психологами и психиатрами явилось введение в классификацию DSM-IV нового кода: «V62.89 Религиозные и духовные проблемы». К сожалению, в ICD-10 такой код, введение которого мы считаем целесообразным, отсутствует.

Изучение многообразия религиозного опыта приводит к необходимости применения уровневого подхода, развиваемого школой профессора Б.С. Фролова,<sup>1</sup> в основе которого лежит нормоцентрический принцип. С этой точки зрения соотношение нормы и патологии в религиозном опыте представляется следующим образом:

- Гармоничный религиозный опыт. Сюда относятся лица, у которых сосредоточение внимания на божестве не мешает, а наоборот,

---

<sup>1</sup> Фролов Б.С. Система оценки и прогнозирования психического здоровья при массовых психиатрических исследованиях. — Л.: ВМА, 1982. — 62 с.

гармонизирует социальное функционирование. Им присущи благоговение и любовь, уважение к собственной личности и к убеждениям других людей, ориентация на теплые межличностные отношения.

- Религиозный опыт с кратковременными религиозно-мистическими состояниями. Включает верующих, у которых во время богослужений или индивидуальных молитв возникают кратковременные эпизоды измененных состояний сознания. Их следует считать практически здоровыми, если выход из состояния не сказывается на социальном функционировании и повседневной деятельности.
- Религиозный опыт, отягощенный невротическими психическими расстройствами. Лица с данными нарушениями нуждаются в психиатрической и психотерапевтической помощи, которая оказывается с их согласия, преимущественно в амбулаторных условиях.
- Религиозный опыт, отягощенный психопатическими нарушениями (религиозные фанатики, реформаторы, страдающие паранойяльной психопатией со сверхценными идеями притязания). Нуждаются в психиатрической и психотерапевтической помощи, которая оказывается с их согласия, преимущественно в амбулаторных условиях. Принудительное психиатрическое обследование необходимо, если их поведение представляет опасность для близкого окружения, например, содержит призывы к жертвоприношениям, совершению суицида и т. д.
- Религиозный опыт, отягощенный психическими расстройствами психотического уровня. Включает больных, у которых патологический процесс отвечает закономерностям развития психического заболевания. Бред и галлюцинации религиозного содержания сочетаются с другими симптомами и синдромами, характерными для определенной нозологической единицы. Нуждаются в лечении в стационарных условиях. Недобровольная госпитализация применяется в случаях, если психическое состояние представляет опасность для самого больного и для окружающих или есть основания предполагать утяжеление болезни без оказания психиатрической помощи.

Итак, проблемы, связанные с взаимоотношениями психиатрии и религии, еще далеки до окончательного решения. Однако то, что они обращены к самому волнующему и загадочному — духовной жизни человека, определяет их перспективы.

**В.Э. Пашковский**

**ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА  
С РЕЛИГИОЗНО-МИСТИЧЕСКИМИ ПЕРЕЖИВАНИЯМИ**

Подписано в печать 19.12.2005. Формат бумаги 60×90<sup>1</sup>/<sub>16</sub>.  
Бумага офсетная. Печать офсетная. Усл. печ. л. 9,0.  
Уч.-изд. л. 8,4. Тираж 500 экз. Заказ № 546. Цена договорная.

Санкт-Петербург, Издательский дом СПбМАПО  
191015, Санкт-Петербург, Кирочная ул., д. 41.

Отпечатано в типографии «АНТТ-Принт».  
Санкт-Петербург, 12-я Красноармейская ул., д. 27.