

РЕЛИГИОЗНО-МИСТИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ КАК ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА

В. Э. Пашковский¹, И. М. Зислин²

¹*Кафедра психиатрии Санкт-Петербургской Медицинской академии
последипломного образования,*

²*Центр психического здоровья «Кфар Шауль», Иерусалим, Израиль*

Определение

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

Эти явления, кажущиеся странными, пугающими, необычными, иногда неприемлемыми даже в рамках «стандартных» религиозных практик, во многих случаях рассматриваются и самими адептами определенной религии, а уж тем более нерелигиозными людьми, как проявления душевного нездоровья в широком смысле этого слова. Например, уже в новозаветных текстах указывается, что непонятное для окружающих «говорение на языках» (глоссолалия) может восприниматься как «пьянство» (Деян. 2:13) или «безумие» (1 Кор. 14:23).

С другой стороны, широкий интерес к «паранормальным» явлениям, возникший в последние десятилетия, позволил рассматривать многие мистические феномены не в рамках религиозности, а в широком контексте «анормального опыта» (77, 79).

Поиск сходств и различий между РМС и психозами осложняется еще и тем, что понятия «мистицизм», «мистика», «мистический» имеют множество толкований.

Со времен Фомы Аквинского теологи определяют мистику как познание Бога посредством опыта (*cognitio dei experimentalis*). При этом мистический опыт определяется как совокупность религиозных практик, используемых для непосредственного и экстатического единения с божеством (1, 38, 39, 63).

Как философская система мистицизм обозначает различные учения о конечном преобразовании человека и природы путем прямого союза души человека с богом через созерцание и любовь (64, 66, 70).

В религиоведении мистицизм иногда рассматривается как стадия развития религии и религиозно-

го сознания. Подчеркивая существование не мистики вообще, а лишь определенной ее формы – христианской, мусульманской, иудейской, Г.Шолем указывает, что «ошибочно отождествлять целое, обозначаемое нами как мистика, с личным опытом, реализуемым в состоянии экстаза, экстатической медитации и т.д.» (25).

Некоторые авторы (5) указывают на предельное расширение термина «мистика». Другие (22) отрицают саму возможность применения термина «мистика», объясняя это отсутствием определенности и однозначности, позволяющей разным исследователям употреблять его в разных значениях.

В рамках настоящей публикации мы ограничиваем дефиницию «мистика» двумя аспектами и определяем ее как: 1) религиозную практику, имеющую целью переживание в экстазе непосредственного единения с божеством; 2) совокупность философских, теологических доктрин, осмысляющих эту практику.

Мы уже указывали на «странность», «необычность», «неприемлемость» мистического опыта. Это один из элементов, сближающий РМС с психозами. Однако необходимо назвать и более существенные общие их черты. Экстаз, мистическое чувство блаженства и освобождения сближает РМС с маниакальной фазой аффективного психоза; видения, восприятия голосов, приказаний, божественных наставлений, чувство влияния и управления высшими силами – с галлюцинаторно-параноидным синдромом; отрешенность, уход от внешнего мира, погруженность в себя – с шизофреническим аутизмом. Речь в мистических состояниях (глоссолалия) часто является непонятной, вычурной и тем самым по своим внешним признакам может напоминать речевую спутанность при острых психозах. Эти и многие другие черты мистического опыта породили многочисленные исследования общности и различий психозов и РМС.

Оценка РМС – спорная проблема современной психиатрии. Как указывал С.С.Корсаков, «религия сама по себе не имеет влияния на душевные забо-

левания, но религиозный фанатизм и суеверия служат нередко причиной душевных болезней» (10). В то же время галлюцинации, иллюзии, бредовые идеи мистического содержания имеют свою специфику, определенным образом влияют на жизнедеятельность и поведение; в некоторых случаях утяжеляют течение психических заболеваний, плохо поддаются лечению, а иногда приводят к особо жестоким формам агрессии и аутоагрессии (54, 65, 73, 82). В американской психиатрии, например, мистицизм трактуется как феномен, находящийся на грани между нормальным состоянием психики и психозом (34).

В силу особой природы религиозного чувства, при исследовании РМС зачастую трудно уловить грань между психологией и психопатологией (27, 71). Для решения этой проблемы необходимо привлечение клиничко-психопатологических, философско-теологических (которые в рамках данной публикации не рассматриваются) и психологических концепций.

Клиничко-психопатологический аспект

Клиничко-психопатологическое направление, основные положения которого были четко сформулированы в конце XIX–первой трети XX века, создало стройную систему психиатрической диагностики. Это дало возможность обозначать РМС на языке психиатрии (24, 60).

Необходимо также упомянуть направление, относящее любые мистические явления к психопатологическим феноменам. Так, еще Сократ трактовал греческие слова *mantike* (пророк) и *manike* (безумство) как восходящие к одному корню. В начале XX века немецкий психиатр В.Гельпах утверждал: «Религиозный элемент почти всегда выступал в истории в болезненной оболочке и распространялся и претерпевал свои решающие превращения всегда на крыльях массовой душевной болезни. Чудеса слишком тесно соприкасаются с явлениями истерии. Религиозное произошло из болезненного» (3).

Психиатры конца XIX–начала XX века рассматривали РМС и в структуре отдельных заболеваний, и как отдельный синдром – «религиозное помешательство». В рамках меланхолии В.Гризингер (4) обозначил такие клинические варианты, как «*melancholia religiosa*» и «демоно-меланхолия», отмечая при этом, что религиозную меланхолию следует отличать от состояния, также связанного с религиозными представлениями, «но смелого, радостного и экзальтированного, при котором больной сам полагает, что он сделался Богом, или утверждает, что находится в самых близких отношениях с ангелами и небом». Подобные переживания Е.Крепелин (12) включил в описание «паранойи». Он указывал, 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». Экстатические переживания, видения небесного блаженства, бред о таинственном единении с Богом, чувственный бред с религиозно-эротическим содержанием, часто демономанический, сновидные помрачения сознания с отсутствием или смутностью воспоминаний Р.Крафт-Эбинг (11) рассматривал в рамках «истерического помешательства».

Религиозное помешательство (*paranoia religiosa*) как отдельную болезненную форму очертил В.П.Сербский (19). По автору, заболевание чаще встречается у лиц неуравновешенных, скудоумных, мечтательных, отличающихся склонностью к таинственному, чудесному. Началу заболевания предшествует 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 (дьявол олицетворяется в ком-нибудь из окружающих). 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.

В 1920-е годы возобладали точка зрения о нозологической неспецифичности религиозного помешательства. Это нашло наиболее полное отражение в известном постулате Э.Блейлер (2) о том, что *mania religiosa* может встречаться при любой душевной болезни с религиозными бредовыми представлениями, чаще всего при *dementia praecox*. Примерно такой же точки зрения придерживался К.Шнайдер (24), который, однако, в отличие от предшественников отметил, что отдельные РМС встречаются не только при психических заболеваниях, но и в структуре так называемых «аномальных реакций». Их появление он связывал с сильными психогенными воздействиями, глубокими потрясениями и впечатлениями, надеждами и опасениями. Изучение массовых психических эпидемий подтвердило ценность подхода к РМС как реакции на психогенные воздействия. При этом под психическими эпидемиями понимался ряд переменных синдромов, в большей степени истерической ориентации, имеющих полиэтиологическое происхождение (26).

В последнее время психиатры высказывали сомнения относительно безоговорочного отнесения РМС к психопатологическим явлениям (36, 47, 67).

Ревизии подвергалось использование психиатрической терминологии для обозначения РМС; указывалось, что некоторые из этих состояний являются общим проявлением дистресса и имеют, скорее, культуральное, чем психиатрическое происхождение. Отсюда следовало, что врачи нуждаются в элементарных знаниях религиозных доктрин и ритуалов

лов и должны учитывать структуру социальной организации религиозной группы (44). Сложность проблемы заключается еще и в том, что религиозность и психопатологическая симптоматика нередко переплетаются и сосуществуют одновременно. В последнее десятилетие было опубликовано немало работ, посвященных частоте встречаемости и вариативности РМС при психозах (18, 83).

Было показано, например, что при относительной стабильности тематики таких психозов частота их встречаемости варьируется достаточно широко под влиянием социальных факторов (30). Таким образом, можно заключить, что на сегодняшний день в психиатрии сложился определенный подход, при котором РМС рассматривается в системе, базирующейся на принципах классической феноменологии.

Психологический аспект

По В.Джемсу (6), мистические переживания характеризуются четырьмя критериями. 1) Неизреченность. Здесь имеется в виду невозможность в полной мере выразить словами сущность своего состояния. 2) Интуитивность. Обозначает недоступное для трезвого рассудка проникновение в глубины истины, выражающееся откровениями, моментами внутреннего просветления, неизмеримо важными для того, кто их пережил. 3) Кратковременность. Этот критерий накладывает временные ограничения на РМС – от получаса до двух часов. 4) Бездеятельность воли. Подчеркивается произвольность вхождения в РМС 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 РМС с состояниями измененного сознания вследствие наркотического опьянения эфиром или окисью азота, В.Джемс утверждает, что в отличие от них, мистические переживания всегда оставляют воспоминания об их сущности и глубокое ощущение их важности. Они окрашены необычным наслаждением, ощущениями безграничных возможностей, душевного возвышения, присутствия Бога. Вместе с тем, по В.Джемсу, провести резкую пограничную черту между РМС и «автоматическими» состояниями, трудно; мы наталкиваемся здесь на целый ряд постепенных переходов одной формы в другую и на самые разнообразные их сочетания.

Уже в 1900-е годы книга В.Джемса подверглась критике за отсутствие четких дифференциальных различий нормы и патологии. Полемизируя с В.Джемсом, Е. 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. Может быть, даже важнее, поскольку здесь идет речь о вещах неосознаемых». В то же время он осознавал трудности обоснования критерия нормы:

«Даже для двух человек затруднительно согласиться о том пределе, за которым нормальный религиозный опыт переходит в патологический. Демаркационная линия зависит от общего отношения личности к религии, темперамента, узости или широты суждений» (74).

Дифференциация нормы и патологии затруднена еще и тем, что ряд элементов мистических состояний присущ таким психологическим переживаниям, как любовь, родительское чувство, восприятие природы, произведений искусства, творческий взлет, терапевтический и интеллектуальный инсайт. Общие для них «моменты высшего счастья и свершения» американский психолог А. Maslow (59) называл «пиковыми переживаниями», которым свойственно: 1) восприятие объекта целым, завершенным, в отрыве от его связей, назначения, возможной полезности; 2) абсолютное сосредоточение внимания на объекте с восприятием мельчайших деталей и отсутствием селекции значимых и незначимых его компонентов; 3) нарушения ориентировки с утратой ощущения протяженности времени; 4) положительный эмоциональный фон с признаками удивления, благоговения, смирения и подчинения. С точки зрения классической психопатологии, объединяющим для подобных переживаний являются непатологические «измененные состояния сознания», содержащие множество модусов, общим фактором которых является отклонение от нормальной ясности, континуальности и связи с «Я» (27). Измененное сознание как диспозиционный фактор возникновения РМС отмечали многие авторы. R. Fischer (41) выделил два взаимно исключающих континуума измененных состояний сознания, генерирующих РМС. Первый – эрготропный – включает в мистические переживания визуализированные представления, галлюцинации, второй – тропотропный способствует расслаблению, пассивности, созерцательности. A. Deikman (35) на основе экспериментов со здоровыми испытуемыми пришел к заключению, что: 1) процедура умозрительной медитации – принципиальный момент в создании мистического опыта; 2) медиативный тренинг ведет к образованию интрапсихических барьеров, направленных против отвлекающих стимулов; 3) 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 K. Wilber (80), подразделивший процесс развития сознания в онтогенезе на три стадии: 1) предперсональную, 2) персональную и 3) трансперсональную. Каждой из этих стадий, по его мнению, соответствует определенный спектр психических расстройств.

В последние десятилетия предпринимались попытки поиска нейрофизиологической основы религии как таковой (29), в науке даже появился термин

«нейротеология» (81). Нейрофизиологическим маркером РМС отдельные авторы (37, 72) считают функциональные изменения в лимбической системе и височной доле, а также нарушение доминантности полушарий (37, 42, 61, 62, 75). Примером может служить ощущение присутствия Бога при раздражении правой темпоральной доли (69) или экстагическо-мистические явления, возникающие при эпилептических припадках. (48).

Вместе с тем, в литературе описан вариант, при котором психотические больные трактовали свои реальные (чаще всего моторные) неврологические симптомы как сигнал высших мистических сил (55).

Таким образом, феноменологическое направление психологии религии существенно дополняет рассмотрение РМС 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.

Психиатрическая феноменология РМС

Проблема психиатрической феноменологии РМС представляет не только теоретический, но и практический интерес. В последнее десятилетие в России широкие массы населения вовлекаются в религиозную деятельность, причем не только в традиционную церковь, но и в новые религиозные движения. В отечественной психиатрической литературе последних лет широко обсуждаются вопросы взаимосвязи религии и психиатрии (9, 13, 17, 18).

Накоплено уже достаточно данных, свидетельствующих о том, что отдельные психопатологические явления, возникающие в течение религиозной жизни, не приводят к нарушению жизнедеятельности и социального функционирования индивида (43, 50, 76). Например, среди 4 000 верующих, не являющихся психически больными, в общепринятом смысле, по данным А.Hardy (49), различные религиозные видения отмечались у 18%, голоса – у 7%, телепатические феномены – у 4%, контакты с умершими – у 8%, экстаз – у 5%.

Поиск сходства и различия между РМС и психозами происходит по линии наличия или отсутствия религиозного опыта, отдельных симптомов, интенсивности переживаний и т. д. (33, 78). Согласно критериям различения, предложенным израильскими исследователями D.Greenberg, E.Witztum (44, 45), психотические переживания в отличие от РМС, характерных для данного религиозного сообщества: 1) более интенсивны; 2) более устрашающи для самого индивидуума; 3) захватывают обычно сознание целиком, не оставляя места для других переживаний и мыслей; 4) сопровождаются снижением социального функционирования и утратой социальных навыков; 5) характеризуются получением особых посланий от значимых религиозных фигур.

Говоря об отдельных симптомах, эти же авторы отмечают, что галлюцинации при РМС преимущественно зрительные, в то время, как при психозах – в основном слуховые с критическим и враждебным содержанием. Глоссолалия, или «говорение на языках», отмеченное при РМС, отличается от психотических нарушений речи тем, что слова при глоссолалии непонятны и неизвестны самому говорящему. Бредовые высказывания об особых связях с потусторонним миром встречаются и при РМС, однако для них нехарактерны типичные для паранормальных идеи величия и бредовая деперсонализация. Существенной чертой аффективной сферы в РМС являются переживания «сладости», «удовольствия»; в противоположность этому больные с психозом проявляют недоумение и тревогу. Правда, экстагический аффект может присутствовать на начальных стадиях психоза, но затем он сменяется тревожностью, беспокойством. РМС преходящи, в большинстве случаев длятся несколько часов и полностью разрешаются, в то время как психотические состояния могут длиться месяцами, годами и оставлять после себя резидуальную симптоматику в виде бреда, сглаживания аффекта и сниженной социальной функции. Вход в мистическое состояние произволен, в то время как психоз возникает по своим внутренним законам. В отличие от больных с психозами лица в мистических состояниях стремятся разделить свои мистические опыты с окружающими.

Позиция D.Greenberg и E.Witztum представляется нам противоречивой. Совершенно правильно, на наш взгляд, указывая в одной из своих работ (46), что «диагноз психоза устанавливается на основе длительности патологического состояния, неспособности к управлению своим состоянием и утраты прежних привычек, в том числе религиозных», авторы, тем не менее, пытаются вести дифференциацию между РМС и психозами на уровне симптомов. Такая попытка нам кажется в принципе непродуктивной. В тот момент, когда мы обозначаем определенный феномен как «галлюцинация», нет смысла различать мистическое и психотическое путем разделения данного феномена на подвиды (зрительные/слуховые, острые/хронические и т.п.). «Мистическое» и «психотическое» могут быть выделены не на основании наличия или отсутствия тех или иных феноменов, а на основании выделения болезни, то есть нарушения нормальной психической деятельности, существенно влияющего на способность правильно понимать окружающую действительность и контролировать свое поведение. Излишне напоминать, что экстагический аффект, галлюцинации того или иного вида и даже необычность содержания мыслей сами по себе еще не свидетельствуют о наличии болезни. При таком подходе ни длительность состояния (например, психотические состояния могут быть чрезвычайно короткими, а мистические трансы длятся сутками), ни способность управлять своим состоянием, ни произвольный выход из него, взятые по отдельно-

сти, не могут иметь решающего значения в ситуации, где клиницист должен разграничить РМС и психоз. Болезнь – это особое качество.

Вызывает возражение и утверждение D.Greenberg и E.Witztum об особой коммуникативности лиц, переживающих РМС, отличающей их от больных с психозами. Следует отметить, что нередко больные с бредом притязания, реформаторства, сутяжничества демонстрируют нам крайнюю степень открытости своей бредовой системы, имеют четкую тенденцию обращаться в различные инстанции, пытаются вовлечь в свою систему как можно больше людей. В противоположность этому, например, одной из главных черт отшельников и схимников мистического толка является полная замкнутость и отрешенность от внешнего мира.

Некоторые авторы предприняли попытку сближения РМС и собственно психотических переживаний, оперируя понятиями «патологические» и «непатологические» формы психотического опыта в рамках когнитивной теории разрешения проблем (51, 52). В рамках этой модели непатологический психотический опыт рассматривается как адаптивный путь разрешения внутреннего кризиса. В случае же патологического психотического опыта происходит радикальное нарушение всей деятельности. В соответствии с этим при мистических переживаниях психотические феномены иногда имеют место, но могут иметь характер непатологических; в этом случае происходит лишь расширение опыта. С точки зрения клинической психиатрии такой подход заслуживает определенного внимания, хотя бы потому, что с психологических позиций подкрепляет тезис клинической психиатрии о невозможности постановки диагноза психоза лишь на основании одного, хотя бы и очень важного, симптома.

Примером попытки совмещения психологического и психиатрического подхода является концепция интерференции мистических и психотических феноменов, выдвинутая D.Lukoff (56). 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 (57, 58) явилось введение в классификацию DSM-IV нового кода V62.89 «Религиозные и духовные проблемы» (28).

Сложность рассматриваемого вопроса такова, что немногочисленные попытки разграничения РМС и психоза не привели к надежным результатам. Однако исследования в этой области помогли осознать необходимость поисков и определить их направление.

РМС: проблема дифференциальной диагностики

Итак, определенным достижением психиатрии последних десятилетий является признание факта существования особых, отличных от психоза, РМС (в американской литературе они обозначаются как

«spiritual emergency», в дословном переводе – «духовное критическое положение»). Существенными признаками этих состояний считаются: 1) экстатическое настроение с переживаниями спасения, радости, новой жизни, совершенствования; 2) быстрое получение нового знания путем инсайта. Примером может служить признание средневекового философа-мистика Я.Беме о том, что за четверть часа он увидел и узнал больше, чем за многие годы в университете; 3) изменения восприятия от гиперестезии до визуальных и слуховых галлюцинаций; 4) переживания и представления, ограниченные такими мифологическими темами, как общение с мертвыми; принятие новой идентичности; миссионерские путешествия; столкновения с демонами; космические конфликты; волшебные полномочия; новая радикальная перемена в обществе; религии; Божественный союз: Бог как отец, мать, ребенок, брак с Богом, и т.д. (68). Совершенно очевидно, что в данном перечне нет ни одного признака, который бы не встречался при психозах. И в этом ничего странного. Психоз «питается» всем, что дает ему ежедневная практика, – будь то самые обыденные или самые возвышенные ее элементы и проявления или, например, переживания, связанные с телесными недугами. Как указывал еще В.Маньян, «особенности каждого отдельного случая определяются религиозными и другими убеждениями больного, его образованием, социальной средой, повседневными занятиями. Строя бред, больной черпает из всех этих источников и кладет всякий раз на единую, общую для всех случаев канву неповторимый личностный отпечаток» (14).

С точки зрения практической психиатрии, сложность заключается еще и в том, что в психиатрических клиниках находятся в основном больные с тяжелыми и грубыми нарушениями психотического круга. Поэтому кратковременные РМС с психотическими признаками, если и попадают в поле зрения работающих в клиниках психиатров, то расцениваются ими так же, как и большие психозы преимущественно шизофренического спектра.

Несмотря на сложность и недостаточную изученность РМС, представляется возможным предложить некоторые принципы дифференциальной диагностики РМС и психозов. Здесь, как и при оценке любых психопатологических явлений, дифференциальная диагностика должна осуществляться в рамках диагностической системы, которая обозначается как «клинико-психопатологический метод» (23), включающий в себя следующие элементы.

1. Анамнез. В дифференциально-диагностических целях необходим сбор религиозного анамнеза. С определенной долей вероятности можно утверждать, что у лиц, неотягощенных психопатологической наследственностью, имевших длительный религиозный опыт и не перенесших в прошлом психических расстройств, вероятность возникновения при определенных условиях не связанного с

психозом РМС выше, чем вероятность развития собственно психического заболевания. И наоборот, риск психоза возрастает, когда религиозно-мистическая симптоматика появляется на фоне других психопатологических феноменов без предшествующего религиозного опыта.

Это подтверждается, например, изучением так называемого «иерусалимского синдрома» – своеобразного симптомокомплекса, развивающегося у паломников, посещающих Иерусалим. Показано, что большинство пациентов с данным синдромом перенесли психотические эпизоды еще до поездки в Иерусалим, а случаи впервые возникших психотических эпизодов гораздо более редки (7, 31, 32).

Важное значение имеет и изучение религиозной принадлежности, особенностей отправления культа. Следует отметить, что для психиатрии именно подход к мистическим явлениям на уровне индивидуального опыта, а не как к системе религиозных взглядов, должен являться определяющим. Любая религиозная доктрина сама по себе не может быть «хорошей или плохой», «нормальной или аномальной». Психиатрические оценки возможны лишь по отношению к индивидууму и тому, как он использует и структурирует свой опыт и культуральный багаж – в логике психоза или вне его. Применительно к религиозной тематике это означает, что проявления веры, какими бы причудливыми они ни были, сами по себе не являются симптомами психического заболевания.

Вместе с тем, следует обращать внимание на индивидуальные особенности отправления религиозного культа: чрезмерные психофизические нагрузки; связанные с изучением священных текстов частые медитации; молитвы с вызыванием визуализированных представлений; использование различных психотропных веществ; посещение (особенно впервые) высокозначимых для данной религии святых мест, которые при определенных условиях могут спровоцировать либо РМС, либо психоз с религиозно-мистическими переживаниями, либо способствовать экстацербации уже имеющегося психического заболевания (21).

2. Статус. Некоторые авторы отождествляют понятия синдром и статус (20). Однако, в отличие от синдрома, статус, или текущее психическое состояние, не имеет четко заданных границ, в его рамках возможно сосуществование нескольких синдромов, так и их калейдоскопическая изменчивость, непоследовательность смены, вклинивание друг в друга (8). В отличие от РМС, статус острых психозов с религиозно-мистической симптоматикой характеризуется сосуществованием как религиозных, так и не имеющих никакого отношения к религии переживаний – ипохондрических, персекуторных и т.д. Нередко возникающие во время молитвы экстатические состояния сменяются ощущениями подстроенности, слезки на улице, прослушивания телефонных разговоров и т.д. (16). Таким образом, существенным дифференциально-

диагностическим признаком психоза являются симптомы и синдромы, скрывающиеся за фасадом религиозно-мистических явлений.

3. Личность. Возникновение, проявление, индивидуальные особенности психических состояний в значительной степени зависят от склада личности. В соответствии с систематикой К.Кleist (53), включающей гомонимные (генетически связанные с личностью), гетеронимные (не имеющие аналогов в обычной психической жизни) и интермедиарные (смешанные) симптомы и синдромы, у лиц с предшествующим религиозным опытом РМС можно расценивать как гомонимные состояния. Уже В.Джемс (6) выделял среди верующих личности, раздираемые противоречиями внутренней жизни, характеризующиеся нервной неустойчивостью, склонные к экзальтации, подверженные меланхолии. Именно эти индивидуумы, по В.Джемсу, не знают меры, страдают одержимостью, слышат голоса, у них бывают видения – словом, они демонстрируют ряд симптомов патологического характера. Близких взглядов придерживался и С.С.Корсаков (10), отмечая, что религиозному помешательству подвержены не отличающиеся высоким интеллектом невропатические личности, воспитанные в суевериях и имеющие сексуальные аномалии.

4. Нозологический синтез. Естественными нозологическими единицами в медицине считаются виды патологии, имеющие одинаковые этиологию, патогенез, клиническую картину, развитие, течение, исход. В психиатрии же по ряду причин этиологически направленная систематика проблематична, поэтому нозологические единицы чаще выявляются по факторам наследственности, конституции, комплексного патогенеза, течения, органических проявлений прямых или непрямых мозговых повреждений, условий происхождения (21). В клинической психиатрии нередки случаи, когда тождественные по структуре и продолжительности состояния в одних случаях квалифицируются как реакции, а в других как заболевания. Примером может служить судорожный припадок. При отсутствии клинических и инструментальных признаков поражения головного мозга эксперты международной лиги по борьбе с эпилепсией рекомендуют обозначать однократные судорожные припадки как «припадки, связанные с определенной ситуацией» (15). По аналогии с этим можно утверждать, что и одинаковые по структуре РМС в одних случаях можно расценивать как проявления религиозного опыта, в других – как проявления болезни. Однако дифференциальная диагностика здесь более сложная, чем между эпилепсией и эпилептической реакцией, поскольку РМС лишены той четкости клинической и временной составляющей, какой обладают судорожные припадки. При этом важную роль играет оценка жизнедеятельности в целом. Исторические исследования показывают, что мистики, отличающиеся пассивностью и невысоким интеллек-

том, в силу полной отрешенности от практической жизни, несомненно, погибли бы, если бы их восторженные последователи не взяли бы на себя заботы о них. В противоположность им, мистики, чей экстаз доходил до крайних пределов, например, св. Игнатий, св. Иоанн, св. Тереза и др., проявляли неукротимую духовную деятельность; от трансов, в которые они впадали, их энергия только усиливалась (6).

Итак, религиозно-мистические состояния являются сложнейшей проблемой в психиатрии. Эта сложность обусловлена экстремальным характером религиозного переживания, невозможностью понимания его содержательных аспектов исходя из кри-

териев рационального способа познания (доказательства, логическое обоснование и т.п.).

Трудность заключается еще и в том, что религия и психиатрия представляют собой две самодостаточные системы и неизвестно, насколько религия нуждается в психиатрическом, а психиатрия – в теологическом объяснении религиозно-мистических явлений. Вместе с тем, психиатрия, как бы она сама того ни желала, не может устраниваться от решения этой проблемы, поскольку клиническая картина психической болезни, оставаясь в медицинском смысле одной и той же, в своем содержательном аспекте во многом зависит от культуральной и религиозной принадлежности и исторической обстановки.

ЛИТЕРАТУРА

- Бердяев Н. Философия свободного духа. – М.: Республика, 1994.
- Блейлер Э. Руководство по психиатрии. – Берлин: Врач, 1923.
- Гельпах В. Психические эпидемии // Литературно-медицинский журнал. – СПб.: 1908.
- Гринингер В. Душевные болезни для врачей и учащихся. – СПб.: Изд-во В.О.Ковалевского, 1881.
- Дан И. Раскрытие «Тайны мира»: Зарождение ранней еврейской мистики // Вестник Еврейского университета. – 2000. – Вып. 3 (21). – С. 211–244.
- Джемс В. Многообразие религиозного опыта. – М.: Русская мысль, 1910.
- Зислин И., Спивак И. Иерусалимские этюды // Независимый психиатрический журнал. – 1999. – № 4. – С. 45–51.
- Зюбан А.Л., Фролов Б.С. О структуре и «синдромотаксисе» экзогенного психоза // Материалы V Всесоюзного съезда невропатологов и психиатров. – М., 1969. – Т. 1. – С. 78–79.
- Кондратьев Ф.В. Психиатрический аспект в анализе последних деятельности современных культовых новообразований // Российский психиатрический журнал. – 1997. – № 2. – С. 25–29.
- Корсаков С.С. Курс психиатрии: В 2-х т. – М.: Московский ун-т, 1901.
- Крафт-Эбинг Р. Учебник психиатрии. Пер. с нем. – СПб.: Изд. К.Л.Риккера, 1890.
- Крепелин Е. Введение в психиатрическую клинику. Пер. с нем. – Т. 1. – М.–СПб.: ГИЗ, 1923.
- Левинсон Л. Заметки о вере и безумии // Независимый психиатрический журнал. – 1998. – № 1. – С. 47–51.
- Маньян В. Клинические лекции по душевным болезням. Пер. с франц. – М.: Закал, 1995.
- Одинак М.М., Дыскин Д.Е. Эпилепсия: Этиопатогенез, клиника, дифференциальная диагностика, медикаментозное лечение. – СПб.: Политехника, 1997.
- Пашковский В.Э., Шепелевич В.В. Острые психотические состояния с религиозно-мистической симптоматикой // Скорая медицинская помощь. – 2002. – Т. 3, № 4. – С. 50–57.
- Полищук Ю.И. Психические расстройства, возникающие у людей, вовлеченных в деструктивные религиозные секты // Обзор психиатрии и медицинской психологии. – 1995. – № 1. – С. 14–20.
- Савенко Ю.С. Природа тематических фиксаций // Независимый психиатрический журнал. – 2001. – № 4. – С. 60–62.
- Сербский В.П. Руководство к изучению душевных болезней. 2-е изд. – М.: Студ. Мед. Изд. комисс. им. Н.И.Пирогова, 1912.
- Снежневский А. Общая психопатология: Курс лекций. – М.: МЕДпресс-информ, 2001.
- Телле П. Психиатрия с элементами психотерапии. Пер. с нем. – Минск: Высшая школа, 1999.
- Торчинов Е.А. Религии мира. Опыт запредельного. Трансперсональные состояния и психотехника. – СПб.: Петербургское Востоковедение, 2000.
- Фролов Б.С., Пашковский В.Э. Основные психопатологические синдромы: Руководство для врачей. – СПб.: Изд. дом СПбМА-ПО, 2004.
- Шнайдер К. К введению в религиозную психопатологию // Независимый психиатрический журнал. – 1999. – № 1. – С. 5–13.
- Шодем Г. Основные течения в еврейской мистике. В 2-х т. – Иерусалим: Библиотека Алия, 1993. – Т. 1.
- Шиголев И. Ретроспектива психических эпидемий в России. Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. – СПб., 1996.
- Ясперс К. Общая психопатология. – М.: Практика, 1997.
- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Ed. 4. – Washington DC: American Psychiatric Association, 1994.
- D'Aquili E., Newberg A. The neuropsychological basis of religions, or why God went go away // Zygon. – 1998. – Vol. 33, N 2. – P. 187–201.
- Atallah S.F., El-Dosoky A.R., Coker E.M. et al. A 22-year retrospective analysis of the changing frequency and patterns of religious symptoms among inpatients with psychotic illness in Egypt // Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. – 2001. – Vol. 36. – P. 407–415.
- Bar-El Y., Durst R., Katz G. et al. Jerusalem syndrome // Br. J. Psychiatry. – 2000. – Vol. 176, N 1. – P. 86–90.
- Bar-El Y., Witztum E., Kalian M., Brom D. Psychiatric hospitalization of tourists in Jerusalem // Compr. Psychiatry. – 1991. – Vol. 32. – P. 238–244.
- Buckley P. Mystical experience and schizophrenia // Schizophr. Bull. – 1981. – Vol. 7. – P. 516–521.
- Committee on Psychiatry and Religion. Mysticism: Spiritual quest or psychic disorder? – IX/97. – N.Y.: Croup for the Advancement of Psychiatry, 1976.
- Deikman A. Experimental meditation // J. Nerv. Ment. Dis. – 1963. – Vol. 136. – P. 329–343.
- Dein S. et al. Editorial // Mental Health, Religion & Culture. – 1999. – Vol. 2. – P. 1–3.
- Duchene A., Graves R.E., Brugger P. Schizotypal thinking and associative processing: a response commonality analysis of verbal fluency // J. Psychiatry Neurosci. – 1998. – Vol. 23, N 1. – P. 56–60.
- Dupre L. The Christian experience of mystical union // J. Religion. – 1989. – Vol. 69. – P. 1–13.
- Egan H.D. Mystical crosscurrents // Communio International Catholic Review. – 1980. – Vol. 7. – P. 4–23.
- Fenwick P., Galliano S., Coate M.A. et al. "Psychic sensitivity", mystical experience, head injury and brain pathology // Br. J. Med. Psychol. – 1985. – Vol. 58. – P. 35–44.
- Fisher R. A cartography of ecstatic and meditative states: The experimental and experiential features of a perception-hallucination continuum are considered // Science. – 1971. – Vol. 174. – P. 897–904.
- Gianotti L.R., Mohr C., Pizzagalli D. et al. Associative processing and paranormal belief // Psychiatry Clin. Neurosci. – 2001. – Vol. 55, N 6. – P. 595–603.
- Greeley G. Ecstasy: A way of knowing Englewood Cliffs. – N.J.: Prentice Hall, 1974.
- Greenberg D., Witztum E. Problems in the treatment of religious patients // Am. J. Psychother. – 1991. – Vol. 45, N 4. – P. 554–565.
- Greenberg D., Witztum E. Sanity and Sanctity. – New Haven and London: Yale University Press, 2001.
- Greenberg D., Witztum E., Buchbinder J.T. Mysticism and psychosis: the fate of Ben Zoma // Br. J. Med. Psychol. – 1992. – Vol. 65. – P. 223–235.
- Grossley D. Religious experience with mental illness // Br. J. Psychiatry. – 1995. – Vol. 166. – P. 284–286.
- Hansen B., Brodtkorb E. Partial epilepsy with "ecstatic" seizures // Epilepsy & Behavior. – 2003. – Vol. 4. – P. 667–673.
- Hardy A. The spiritual nature of man. – London: Clarendon Press, 1979.
- Hay D., Morisy A. Reports of ecstatic, paranormal or religious experience in Great Britain and the United States – a comparison of trends // J. Sci. Study Religion. – 1979. – Vol. 17. – P. 255–268.

51. Jackson M.C., Fulford K.W.M. Spiritual experience and psychopathology // *Philosophy, Psychiatry & Psychology*. – 1997. – Vol. 4, N 1. – P. 41–66.
52. Jackson M.C., Fulford K.W.M. Psychosis good and bad: values-based practice and the distinction between pathological and nonpathological forms of psychotic experience // *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*. – 2002. – P. 387–394.
53. Kleist K. Zur Entschadigungsfrage bei den sogenannten Unfallneurosen // *Klin. Wschr.* – 1927. – Bd. 6. – S. 317–319.
54. Kunst J. Understanding the religious ideations of forensically committed patients // *Psychotherapy*. – 1999. – Vol. 36, N 3. – P. 287–297.
55. Lauerma H., Tulihatju M. Neurological motor disorders experienced as religious phenomena: role of abnormal movement monitoring // *Brain and Cognition*. – 1998. – Vol. 36. – P. 52–56.
56. Lukoff D. The diagnosis of mystical experiences with psychotic features // *J. Trans. Psychol.* – 1985. – Vol. 17. – P. 155–181.
57. Lukoff D., Lu F., Turner R. Toward a more culturally sensitive DSM-IV: psychoreligious and psychospiritual problems // *J. Nerv. Ment. Dis.* – 1992. – Vol. 180, N 11. – P. 673–682.
58. Lukoff D., Lu F., Turner R. Cultural considerations in the assessment and treatment of religious and spiritual problems // *The Psychiatric Clinic of North America*. – 1995. – Vol. 18, N 3. – P. 467–485.
59. Maslow A. *Religions, values and peak experiences*. – N.Y.: Penguin Books, 1994.
60. Милев В. Психология и психопатология на религията. – София: Медицина и физкультура, 1988.
61. Mohr C., Bracha H.S., Brugger P. Magical ideation modulates spatial behavior // *J. Neuropsychiatry Clin. Neurosci.* – 2003. – Vol. 15, N 2. – P. 168–174.
62. Mohr C., Rohrenbach C.M., Laska M., Brugger P. Unilateral olfactory perception and magical ideation // *Schizophr. Res.* – 2001. – Vol. 47, N 2–3. – P. 255–264.
63. Moltmann J. Theology of mystical experience // *Scott. J. Theology*. – 1979. – Vol. 32. – P. 501–520.
64. Moore A. *Mysticism and philosophy* // *Monist*. – 1976. – Vol. 59, N 4. – P. 493–506.
65. Neeleman J., Wessely S., Lewis G. Suicide acceptability in African- and white Americans: the role of religion // *J. Nerv. Ment. Dis.* – 1998. – Vol. 186, N 1. – P. 12–16.
66. Oakes R. Religious experience and epistemological miracles. A moderate defense of theistic mysticism // *J. Philosoph. Religion*. – 1982. – Vol. 18. – P. 47–54.
67. Pereira S., Bhui K., Dein S. Making sense of «Possession States»: psychopathology and different diagnosis // *Br. J. Hosp. Med.* – 1995. – Vol. 53, Suppl. 11. – P. 582–586.
68. Perry J. *The far side of sadness*. Englewood Cliffs. – N.J.: Prentice Hall, 1974.
69. Persinger M. The neuropsychiatry of paranormal experiences // *J. Neuropsychiatry Clin. Neurosci.* – 2001. – Vol. 13, N 4. – P. 515–524.
70. Phillips S.N. *Mysticism and metaphor* // *J. Philosoph. Religion*. – 1988. – Vol. 23. – P. 17–71.
71. Russel B. *Mysticism and logic*. – London: Allen&Unwin, 1917.
72. Saver J.L., Rabin J. The neural substrates of religion experience // *J. Neuropsychiatry Clin. Neurosci.* – 1997. – Vol. 9, N 3. – P. 498–510.
73. Silva J.A., Leong G.B., Weinstock R. Violent behaviors associated with the antichrist delusion // *J. Forensic Sci.* – 1997. – Vol. 42. – P. 1058–1061.
74. Starbuck E.D. *The psychology of religion*. – N.Y.: Scribner's, 1899.
75. Stockenius S., Brugger P. Perceived electrosensitivity and magical ideation // *Percept. Mot. Skills*. – 2000. – Vol. 90, N 3. – P. 899–900.
76. Thomas L., Cooper P. Incidence and psychological correlates of intense spiritual experiences // *J. Transper. Psychology*. – 1980. – Vol. 12, N 1. – P. 3–10.
77. *Varieties of anomalous experience: examining the scientific evidence*. – Washington, DC: American Psychological Association, 2000.
78. Wapnick K. «Mysticism and schizophrenia». *Understanding mysticism*. – Garden City: Image Books, 1980.
79. Whitlock F.A. The psychiatry and psychopathology of paranormal phenomena // *Austral. New Zeal. J. Psychiatry*. – 1978. – Vol. 12. – P. 11–19.
80. Wilber K. The developmental spectrum and psychopathology: treatment modalities // *J. Transper. Psychol.* – 1984. – N 16. – P. 137–166.
81. Winkelman M. Shamanism as neurotheology and evolutionary psychology // *Am. Behavior. Sci.* – 2002. – Vol. 45, N 12. – P. 1873–1885.
82. Zislin J., Katz G., Raskin S. et al. Male genital self-mutilation in the context of religious belief: the Jerusalem Syndrome // *Transcultural Psychiatry*. – 2002. – Vol. 39. – P. 257–264.
83. Zislin J., Pashkovsky V., Egorov A. et al. Religious psychosis in Russia and Israel. Transcultural analysis // *Europ. Psychiatry*. – 2004. – Vol. 19, Suppl. 1. – P. 188s.