

ПСИХИАТРИЯ И РЕЛИГИЯ: ПРОБЛЕМА РАЗГРАНИЧЕНИЯ НОРМЫ И ПАТОЛОГИИ

Б.А. ВОСКРЕСЕНСКИЙ*

В статье предлагается вариант группировки психопатологических расстройств, включающих религиозное содержание, по уровням (глубине расстройств) и клиническим проявлениям. На этой основе сопоставляются особенности диагностически-лечебной тактики, а также обсуждаются пределы компетенции психиатра в отношении этих расстройств.

Этнокультурное многообразие России и, в целом, мировые процессы интеграции и глобализации проявляются как взаимодействие, взаимообмен и взаимопроникновение идей, культур и традиций. Сопрежженным с этим, но противоположным по своей направленности процессом является борьба отдельных сообществ против утраты своей духовной, национальной, личностной идентичности. Одна из наиболее драматичных областей этого столкновения – религиозные верования.

В настоящее время широко ведутся дискуссии и предпринимаются определенные практические меры, нередко весьма спорные, в связи с возможной психической патогенностью некоторых религиозных учений и практик. Напомним, что понятие «диссидент» возникло некогда именно в недрах межрелигиозной, межконфессиональной борьбы. Путь к переосмыслению этого понятия краток, опасен и хорошо нам знаком. Так, в одной из последних публикаций авторитетного специалиста-психиатра среди «противоправных характеристик деструктивных сект» указывается: «пункт 6: разрушение государственности России, морали общества и менталитета русского народа...» (Сидоров, 2005, с.28-34). Как метко

* **Воскресенский Борис Аркадьевич** – кандидат медицинских наук, преподает на кафедре психиатрии Российского Государственного Московского Университета и на кафедре клинической психологии Московского Государственного Психолого-Педагогического Университета.

выразился в свое время Т.Манн (1993, с.301), «...при гигиеническом обосновании уместно любое подозрение идеологического характера».

Именно поэтому вопрос о четком разграничении нормы и патологии применительно к переживаниям религиозного содержания – чрезвычайно актуален и жизненно важен. В нашей недавней публикации (*Воскресенский*, 2004) мы заметили, что этот вопрос вполне разрешим. Хотя принципиальный смысл этого утверждения представляется несомненным, оно нуждается в конкретизации, поскольку само по себе очевидно лишь для врача-психиатра. Однако врач в проблемных ситуациях подобного рода появляется, как правило, далеко не первым. И жертвы, в кавычках и без, непривычных для России экзотических культов, а также их родственники вначале обращаются за помощью к психологам, психотерапевтам, священнослужителям традиционной церкви.

Выразительность, глубина, уровень психопатологической симптоматики могут быть различными. Часть психических расстройств внешне неотличима от нормальных переживаний. Другие обращают на себя внимание любого человека, даже неспециалиста, явной своей необычностью, неуместностью, непонятностью, нелепостью. Первые носят общее наименование *непсихотических расстройств*. Это переживания, которые встречаются и в норме, и как проявления патологии. Вторые – *психотические* – болезненны безусловно.

Как и любые другие, болезненные переживания религиозного содержания могут быть распределены по этим двум группам, в зависимости от того, частью какого целого они являются, то есть, говоря медицинским языком, в зависимости от синдромов (характерной совокупности симптомов), в которых они выступают, лучше сказать – в которые они оформляются. К первой группе – непсихотических расстройств, пограничной психиатрии¹ – можно отнести навязчивости (например, хульные мысли), истерические и некоторые психогенные индуцированные состояния (например, кликушество), деперсонализацию, реактивную депрессию, сверхценно-паранойяльные расстройства, эксплозивные (агрессивно-возбудимые) реакции. Выделяемые в последние годы «крик в толпе», «зависимость» и тому подобные феномены – лишь поведенческие акты, а хорошо известно, что не всякое аномальное в этико-правовом отношении поведение является признаком душевного расстройства. Чтобы стать таковым, оно должно определенным образом структурироваться, включиться в тот или иной синдром.

¹ В данном контексте приведенные определения позволительно употреблять как синонимы, хотя это и не вполне точно. – *Б.В.*

Пограничную «патологическую» религиозность можно определить как психогенно-психопатическую, то есть имеющую в основе механизмы, общие для нормы и патологии, и, в случаях заболевания, во многом детерминированную характерологическим радикалом. Говоря иначе, расстройства этого типа, даже будучи выявленными, не могут служить свидетельством ни о каком специфическом, патогенном для психики воздействии той или иной религиозной практики. Любая агрессия заразительна, подчеркивают психологи. Всякая толпа есть образование антигуманное, провоцирующее стадные импульсы, в числе прочего – крик в ней. Эффект внушения и зависимости встречается не только в условиях церковной жизни, но и в многочисленных выборных кампаниях, где он демонстрирует себя достаточно успешно. В разные исторические эпохи молодежь уходила не только в секты, но и в революцию, в бизнес, в массовом энтузиазме уезжала на целину и на БАМ.

Говорить о какой-либо специфике сомато-вегетативных, невротических и характерологических расстройств, якобы возникающих в особых условиях церковной жизни, также, по нашему мнению, нет никаких оснований. Если и можно встретить у больного обсессивно-фобические переживания, связанные с церковной жизнью, с посещением храма («страшно войти» – нередкая жалоба катехизируемых, новоначальных), то и они обычно либо вписываются в структуру определенного преморбида и бывают ассоциированы с другими навязчивостями, либо, чаще всего, все-таки не обнаруживают специфически обсессивного нелепо-чуждо-тягостного качества. Что касается астении, то она может быть более или менее психогенной, соматогенной, иметь процессуальную – шизофреническую природу, но не специфически религиозную.

Возможно, особую «психопатологическую» настороженность могут вызвать сверхценные переживания. Но классики психиатрии подчеркивали, что без сверхценной охваченности невозможны сколько-нибудь значительные достижения в любой сфере деятельности. Современные исследования (Малиночка, 2005, с.23-24) показывают, что сверхценные патологические увлечения даже в рамках расстройств шизофренического спектра организуют психику, личность больного и, по-своему, пусть и весьма несовершенно, противостоят разрушительному действию процесса. А само содержание этих увлечений – проблема не психиатрическая, а духовная, которая, в каких-то ситуациях, выражается в очень сложных, возможно даже, мучительных нравственных, правовых коллизиях.

Исторические расстройства ставят вопрос о внушаемости, которая является свойством здоровой психики. Как и все другие душевные особенности, у разных людей она выражена по-разному. Старая психиатрическая

формулировка утверждает, что внушаемость не есть признак большого ума. И это интеллектуальное своеобразие мы тоже должны, и в силах, осмыслить психопатологически – увидеть находящийся за ним, определяющий его инфантилизм, задержку психического развития, психопатическое «салонное слабоумие», не говоря уже о более очерченных формах интеллектуальной недостаточности, врожденной или приобретенной.

Психотические переживания религиозного содержания, будучи глубоко психопатологическими феноменами, могут быть сопоставлены с «нормальными» переживаниями лишь чисто теоретически, формально. Таковы пары: состояние подъема, вдохновения и маниакальное возбуждение; чувство собственного несовершенства, греховности и депрессия с идеями самообвинения, злого могущества, мучительного бессмертия; истинная увлеченность, охваченность каким-либо делом и метафизическая интоксикация, процессуальная паранойяльность, бред реформаторства, мессианства, галлюцинации, псевдогаллюцинации, психические автоматизмы («разговоры с Богом», «воспоминания о своем божественном происхождении» и т.п.).

Скудные по продукции кататонно-бредовые синдромы также могут включать в себя «религиозные» переживания. Например, больная с негативизмом, мутизмом, импульсивностью и нестойкими колебаниями мышечного тонуса, не глядя на собеседника, не интересуясь окружающей ситуацией, не вступая в контакт, стереотипно повторяет: «Молитвами Германа, молитвами Германа» (имеется в виду известный священник, практикующий «отчитки»).

Религиозным содержанием нередко бывают наполнены онейроидно-фантастические и сумеречно-экстатические состояния, нарушения сознания вследствие употребления психоактивных веществ. Полагаем, что к этой же группе могут быть отнесены и некоторые состояния, возникающие в ситуации клинической смерти, а также целенаправленно вызываемые состояния при применении специальных психотерапевтических, психотехнических приемов. «Религиозность» во всех этих случаях как бы вытекает из отсутствия критики или же поддерживается резидуальными (остаточными) галлюцинаторно-бредовыми расстройствами.

«Психотическую религиозность», таким образом, можно определить как продуктивно-дефицитарную, то есть строящуюся на определенной патологической основе и включающуюся в различные продуктивные и негативные расстройства.

Особняком стоит религиозность, базирующаяся на постпсихотических изменениях личности, причем степень вовлеченности личности в психическую патологию, «перемещения» из духовного в душевное мо-

жет быть различной. В некоторых особых случаях удается проследить, как духовное прямо-таки подчиняется душевному. Так, больная, в дисфорически окрашенном раптоидном состоянии проявляющая агрессию к матери и, в этот момент, частично сознающая и болезненность, и греховность своего поведения, позднее, по выходе из острого состояния, объясняет: «Я понимаю, что это грех, и от этого хочется ударить еще сильнее». А больному, посещавшему церковные службы в период острого аффективно-бредового приступа, священник представлялся Сатаной, управляющим его мыслями и волей. В период острого психотического состояния или даже вялого непрерывного течения заболевания, при отсутствии критики или при формальной критике, исполнение обрядов, молитв, посещение храма, участие в Таинствах нередко не приносят больным-верующим облегчения. Часто даже утрачивается сама эта потребность. Особенно тягостятся этим депрессивные пациенты: в таких состояниях они считают себя недостойными участвовать в службе, готовятся взять на себя грехи всего мира. Поэтому не следует искать духовного содержания в подобных переживаниях, видеть в них идеалы любви к ближнему, жертвенности, искупления. Это патологические состояния, которые ведут не к просветлению, а к раптусу, онейроиду, суициду.

Но, подчеркнем еще раз, не всякая необычность поведения есть проявление психической патологии. Особенно это важно помнить при квалификации пограничных состояний. Не всякая агрессивность, безудержность, эмоциональная лабильность, необщительность и «созерцательность» есть психопатология. Описываемые в последние годы как проявления «патологической религиозности» «крик в толпе», «зависимость» и тому подобные поведенческие акты становятся истинной психопатологией лишь тогда, когда включаются в тот или иной синдром, обнаруживают тенденцию к усложнению, преобразованию и закономерным образом сочетаются с другими психопатологическими феноменами.

Применительно к психогенной патологии о необходимости психиатрической помощи правомерно говорить только в тех случаях, когда оказывается возможным, выражаясь языком психологов, проследить переход отношения в черты характера, становление и закрепление невротических и характерологических расстройств, то есть констатировать патологическое развитие личности, а не чисто поведенческие, морально, культурно- и этнообусловленные реакции. Психиатры не вправе подменять своей активностью деятельность социальных институтов. Вместе с тем, лечить больных, пострадавших от различных манипуляций сознанием, фальсификаций и тому подобных воздействий, – их долг. Напомним, что возможность и необходимость этого разграничения обеспечи-

вается для психиатра трихотомической концепцией человека, которую правомерно считать методологической основой клинической психиатрии. Именно она позволяет психиатру видеть в больном (сфера душевного) Человека (сфера духовного).

Однако, по нашему мнению, при ряде гипопсихотических расстройств с анозогнозией (гебоидные расстройства, эксплозивные и некоторые формы паранойяльных реакций, алкоголизм, негрубая маниакальная расторможенность) к необходимости лечения целесообразно пытаться подойти через внешнюю греховность поведения данного человека и практикуемого им образа жизни. Напротив, при бреде самообвинения следует без усталости разъяснять пациенту болезненность его состояния, чтобы не повторить ситуацию, оставившую горестный след в культурной истории России (Н.В.Гоголь и его духовник о. Матфей).

Если же говорить о психически здоровом человеке, то он свободен в своем выборе и должен руководствоваться только своими духовными устремлениями и ограничениями. Сквозь эту призму он и воспринимает различные, в том числе и психогигиенические рекомендации.

В заключение еще раз подчеркнем, что человек – существо духовное, а психиатрия – наука о душевных болезнях. Поэтому, поиск некоей всеобщей психической нормы, будь то критерии среднестатистические, физиологические, адаптационные и т.п., представляется необоснованным. Понятие гармонически развитой личности является не столько медицинским, клиническим, сколько социальным. Гармония личности заключается не в равноценности, рядоположенности всех составляющих характера, а в овладении многообразием форм человеческой деятельности, ценностей, интересов. Психиатрическая же норма психического здоровья апофатична: это – отсутствие болезни.

ЛИТЕРАТУРА

Воскресенский Б.А. Некоторые аспекты клинического подхода к душевнобольным-верующим // Московский психотерапевтический журнал, 2004, №4, с.131-140.

Малиночка С.А. Патологические интересы и увлечения у больных с расстройствами шизофренического спектра и их влияние на социальное функционирование больных // Сб.: Актуальные проблемы клинической, социальной и военной экспертизы. Материалы конференции 16-17 июня 2005. – СПб, с.23-24.

Манн Т. Доктор Фаустус: Жизнь немецкого композитора Адриана Леверкюна, рассказанная его другом. – М.: Республика, 1993.

Сидоров П.И. Психический терроризм – нелегальное оружие массового поражения //Российский психиатрический журнал, 2005, №3, с.28-34.