

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ КЛИНИЧЕСКОГО ПОДХОДА К ДУШЕВНОБОЛЬНЫМ-ВЕРУЮЩИМ

Б. ВОСКРЕСЕНСКИЙ*

В статье, с позиций трихотомической концепции личности, заимствованной из христианской антропологии, обсуждается понятие психического расстройства, подходы к разграничению духовного и душевного, варианты взаимоотношений веры и психической болезни. На основании собственного опыта помощи душевнобольным с переживаниями религиозного содержания автор дает некоторые рекомендации психотерапевтически-реабилитационного плана.

В последние полтора десятилетия в нашем обществе произошли коренные изменения системы ценностей, духовной атмосферы. Одно из направлений этих сдвигов – оживление религиозности, причем, это не только обращение к традиционному православию, но и повышенный, порой доходящий до экзальтации, интерес к нетрадиционным для России воззрениям и духовным практикам. Утрата опыта религиозных переживаний, церковного уклада жизни, непривычность и необычность вновь открываемых духовных состояний делают указанные процессы еще более сложными для осмысления. Перед психиатром и психотерапевтом они по-новому ставят вопрос о норме и патологии, об особенностях нервно-психических расстройств у душевнобольных-верующих, о

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

целебно-психотерапевтическом или, быть может, патогенном для психики воздействии религиозной веры.

Полагаем, что содержательный ответ на эти вопросы невозможен без привлечения трихотомической концепции человека. Разделение на душу-тело известно и философам, и психологам, и богословам. В отечественную психиатрию оно введено известным психиатром, профессором Д.Е.Мелеховым (1997, с.162). Поскольку в различных концепциях и подходах компоненты трихотомии понимаются по-разному, полагаем необходимым и обоснованным привести собственные определения этих понятий, которыми мы пользуемся с 1990 года (с работой Д.Е.Мелехова мы познакомились еще в «самиздатовской» форме).

Трихотомия как методологическая основа клинической психиатрии

Концепцию трихотомии удобно представить в виде трех вписанных друг в друга окружностей. Внутренний круг – тело, органы и системы органов в их взаимосвязи и взаимодействии. В случаях патологии, это поле деятельности врачей-интернистов. Средний круг – это душа, ансамбль, складывающийся из отдельных психических процессов (мышление, эмоции, сознание и т.д.), которые и являются своеобразными органами, инструментами психической деятельности. Именно их нарушения квалифицирует и корректирует врач-психиатр. Внешний круг – это дух, это ценностный аспект психической деятельности, это то, что человек ставит выше себя, ради чего он живет. Говоря несколько иначе, обобщеннее и, в то же время, точнее, дух – это отношение. Одухотворяться или низвергаться может все, что угодно. Для человека верующего любое отношение, любое взаимодействие направляется Богом.

Психические расстройства как таковые, то есть собственно болезненные психопатологические переживания, которые и являются, в нашем понимании, основным предметом клинической психиатрии, разворачиваются во втором круге. Телесные дисфункции, искажения ценностей и отношений (рассматриваемые как проявления заболевания), редкие и даже почти обязательные при душевных болезнях, вторичны.

Но круги оказываются равноправными в отношении этиологии – причин душевных болезней. Как показывает вся сумма знаний, накопленных клинической психиатрией, правомерно говорить о трех основных клинико-этиологических группах психических расстройств (определение «клинико-этиологический» констатирует взаимосвязь конкретных форм психопатологических переживаний и вызвавших их причинных факторов, на чем и строится диагностический процесс в психиатрии).

Соматогенные, экзогенные и органические заболевания имеют причиной телесные нарушения – мозговые и экстрацеребральные. Эндоген-

но-функциональные заболевания – по традиционным систематикам это шизофрения, маниакально-депрессивный психоз и близкие им формы – возникают «сами из себя». Обнаруживаемые при них нейромедиаторные сдвиги, визуализируемые изменения в мозге, по нашему мнению, не проясняют первопричины заболевания. Несомненной клинической реальностью остается то обстоятельство, что для возникновения этих заболеваний не имеют сколько-нибудь существенного значения ни внутренние болезни, ни стрессовые события. Но последние – причина психогенных, связанных с эмоционально-смысловым воздействием, расстройств. Их истоки – во внешнем круге.

По нашему мнению, концепция трихотомии – наилучший инструмент для решения таких традиционных проблем как «гениальность и помешательство», «преступность и психические аномалии», «психиатрия и инакомыслие», «психиатрия и религия». С нею становятся еще более убедительными, почти осязаемыми, различия в деятельности священнослужителя и врача-психиатра. Об этом неоднократно писали, так что мы упомянем лишь главное: священник спасает душу мирянина, охваченную грехом (сфера духовного, внешний круг); врач лечит и, по возможности, устраняет душевные расстройства (сфера душевного, средний круг). Поэтому декларируемое некоторыми соединение, слияние функций священника и врача в одном лице, вряд ли в полной мере осуществимо.

Н.А.Бердяев писал: «Если философ-христианин и верит в Христа, то он совсем не должен согласовывать свою философию с теологией православной, католической или протестантской, но он может приобрести ум Христов, и это делает его философию иной, чем философия человека, ума Христова не имеющего. Откровение не может навязать философии никаких теорий и идеологических построений, но может дать факты, опыт, обогащающий познание» (1993, с.22). Следовательно, нет оснований говорить об особой, православно-христианской психиатрии. Вероисповедание больного учитывается врачом-психиатром в контексте клинической оценки особенностей его личности. С психотерапией дело обстоит сложнее, поскольку она в значительно большей мере, чем психиатрия, опирается на духовную сферу пациента. Здесь возникает опасность духовного насилия – навязывания или «исправления» веры. Но миссионерско-катехизаторская деятельность не входит в компетенцию врача, в том числе и психотерапевта: «Не следует стеснять жизнь больных более того, сколько этого требует лечебная цель и соблюдение порядка в больнице. Что больным, имеющим потребность в религиозном утешении, должна быть дана к тому полная возможность – само собой разумеется. Настоящая религиозность выражается не в навязывании

больному духовного чтения или стеснении его, как провинившегося школьника, а в том, чтобы сделать все необходимое и полезное для его здоровья» (Моль, 1903, с.118).

Когда духовность прописывается как лекарство, когда она предписывается земными властями, она тут же исчезает. И это один из доводов, убеждающих нас отказаться от любых исследований, направленных на сопоставление и оценку различных вероисповеданий, конфессий и деноминаций по их, так сказать, оздоровительному, саногенному эффекту. Подобные сопоставления, конечно, напрашиваются, даже невольно. Однако заметим, что к вере приходят не из соображений здорового образа жизни и не в поисках долголетия. Эти цели вообще не являются определяющими в человеческой жизни, хотя понятно, что к здоровью нужно относиться разумно.

Вспомним замечание К.Г.Юнга о том, что католики менее невротичны, чем протестанты. И это при том – заметим уже мы – что большинство протестантских мировоззрений ориентированы на слишком натуралистически понимаемое благополучие. В.Зеленский – составитель и переводчик большинства русскоязычных сборников трудов швейцарского психоаналитика, распространяет юнговскую оценку и на православных. И мы, в ходе консультативной деятельности, осуществлявшейся, с соблюдением принципа добровольности, в одной из православных общин Москвы, практически не сталкивались с большими психогенными заболеваниями. Лечебно-коррекционная, психотерапевтическая деятельность успешно осуществлялась ими самими и их духовником, прицельно или в общем русле церковной жизни.

Столь же немногочисленны были больные с соматогенно-органической психической патологией. Выраженная астенизация, интеллектуально-мнестические затруднения диктуют им какие-то особые формы церковной жизни, менее напряженные, по крайней мере, во внешнем их выражении (посещение храма, встречи и деятельность в общине, паломничества и др.), чем у людей, физически благополучных.

Третью группу, наибольшую по численности и, поэтому, основную для психиатра-консультанта, связанного с общиной, составляют лица, страдающие заболеваниями эндогенно-функционального круга, прежде всего шизофренией и маниакально-депрессивным психозом. И эти же заболевания, по нашему мнению, составляют ядро всей клинической психиатрии, поскольку, как ни высокопарно это звучит, позволяют заглянуть в самые таинственные уголки человеческой психики. Таким образом, трихотомия формирует не только систематику психических расстройств, но и практическую врачебную деятельность, осуществляемую в условиях особым образом организованной духовной жизни.

*«Душевное» и «духовное»: проблема разграничения
в клинической психиатрии*

Разграничение нормы и патологии на уровне «душевного» принципиальных затруднений не вызывает, хотя в конкретном клиническом наблюдении возможны сложности, диагностические сомнения, ошибки. Противопоставление нормальных и болезненных, психопатологических процессов проработано психиатрией достаточно подробно. И сами больные способны осуществлять это разграничение, хотя его степень и формы у конкретных больных могут существенно различаться. Это определяется остротой состояния, наличием или отсутствием критики к болезни в целом, возможностями вербализации. Нередки и такие ситуации, когда больной, будучи убежден в истинности всего переживаемого, все-таки констатирует его принципиальное отличие от повседневности, обыденности.

В ряде ситуаций на помощь врачу-психиатру может прийти лексико-семантическая оценка переживаний больных. Опыт подобного подхода описан Б.Е.Микиртумовым и А.Б.Ильичевым (2003). Основываясь на работах А.Вежбицкой (2001), мы (Воскресенский, Воскресенская, 2002, с.118-120) именно лексику и семантику полагаем в основу психиатрического клиницизма, который оказывается, таким образом, более «глубинным» исследованием психики, чем теории и практики, базирующиеся на концепциях вскрытия бессознательного. Поясним: в ходе психиатрического клинического исследования нечеткие по содержанию само-описания больных – «расстраивался», «переживал», «показалось» и т.п. – психиатр преобразует в конкретные «увидел», «вспомнил», «понял», «испытал чувство», которые впрямую соответствуют элементарным единицам языка по А.Вежбицкой. Эти «видения», «знания» (осознания) здесь, при психическом расстройстве, приобретают особое качество, особую структуру – галлюцинаторную, бредовую, витально-депрессивную и проч.

Однако все эти разграничения осуществляются внутри сферы «душевного» и убедительны лишь для того, кто с доверием относится к психиатрии в целом. Но как быть, когда дело касается разграничения «духовного» и «душевного»? Процессуально-шизофреническое сочетание несочетаемого – мирное сосуществование в воззрениях большого элемента христианства и буддизма, занятия иконописью и церковным шитьем, осуществляемые под поп-музыку, – все это, по мнению психиатра, является отражением не духовного пути, а душевной болезни. Тем не менее, при разговоре с духовником одного из таких пациентов психиатр услышал, что «никакого психоза у этого юноши нет», что «он просто опытным путем проверяет нравственный закон».

В поисках выхода из этого противостояния мы пытались найти инструмент, позволяющий каким-либо образом рассмотреть и оценить духовную сферу душевнобольных-верующих. Здесь надо заметить, что, во-первых, выносить прямое суждение о системе ценностей пациента – вне компетенции психиатра и, в свое время, мы посвятили этому специальное исследование (*Воскресенский*, 1980), а во-вторых, «Дух, как таковой, не может заболеть» (*Ясперс*, 1997, с.871) – по крайней мере, в медицинском смысле.

Выбор пал на метод семантического дифференциала, созвучные нам направления использования которого мы усмотрели в работах В.Ф.Петренко (1983), А.Ш.Тхостова (2002) и, особенно, Е.Ю.Артемьевой (1999). Здесь мы хотим изложить лишь предварительные результаты исследования, поэтому его материалы и методику охарактеризуем кратко.

Гипотезой этого этапа работы стало существование лишь *сравнительных* особенностей духовной сферы душевнобольных-верующих с различной тяжестью заболевания. Не предполагалось каких-либо количественных оценок полученного материала, содержательного осмысления факторов. Такая сдержанность объяснялась сравнительной немногочисленностью наблюдений и стремлением не выходить за рамки компетенции врача-психиатра, из сферы «душевного» не переходить в сферу «духовного». Но полагаем, что этот шаг – искусительный, необходимый и, наверное, неизбежный – в недалеком будущем будет сделан.

В исследовании участвовали душевнобольные верующие, православные. Религиозно-конфессиональная принадлежность констатировалась самими больными. Как уже отмечалось выше, мы считаем, что психиатр не вправе экзаменовывать больного по Закону Божию. Жизнь в Церкви – это путь, на котором и новоначальные, и духовно опытные, равно дороги Богу. Существует также анонимное христианство. Поэтому вопросы об участии в богослужениях, чтении Писания, молитвенном правиле задавались в деликатной форме и ответы на них не оценивались по катехизису, а чаще всего просто несли клиническую информацию. Так, например, одна пациентка говорила: «Я хожу и в православный храм, и в лютеранский – там хороший орган» (она – профессиональная певица). И дальше: «Причащаюсь и там, и там».

С диагностической точки зрения, это были больные шизофренией с разными типами течения – от непрерывного до периодического, с различными синдромальными проявлениями. Все больные – женского пола.

Объектом исследования был тот «семантический слой субъективного образа мира» (*Артемьева*, 1999, с.32), который затрагивает духовно-

религиозное бытие человека. Для шкалирования были отобраны 16 слов, обозначающих понятия, кардинально значимые для христианина. Отбор понятий производился с помощью литературных источников духовной направленности, консультаций со священнослужителями и психологами, которым созвучен разрабатываемый нами подход. Особняком стояли два понятия. Слово «душа» для обследуемого контингента может приобретать особый смысл. Еще более специфичным в этом плане оказывается словосочетание «психическое расстройство».

Для анализа материалов проведенного исследования больные были разделены на три группы. Первая группа включала больных, у которых переживания с религиозной тематикой целиком и полностью являлись проявлением болезни. Таковы галлюцинаторные «разговоры с Богом», «мессианское и/или искупительно-жертвенное предназначение», «греховность вселенского масштаба» и т.п. До начала болезни они с христианством сколько-нибудь содержательно не соприкасались.

Вторую группу составили больные, чья вера сформировалась до начала заболевания, но переживания религиозного плана вошли в картину болезни, как правило, в структуру острого приступа.

Третья группа включала больных, у которых вера и болезнь «не соприкасались».

Была сформирована и четвертая, контрольная, группа, в которую вошли психически здоровые люди, верующие, стремящиеся жить максимально полной христианской церковной жизнью.

Предварительные результаты исследования продемонстрировали различия в организации семантических полей по группам. Выраженность этих особенностей выстраивалась в континуум, соответствующий нумерации групп, или, говоря иначе, имела место тенденция определенной взаимосвязи между особенностями духовной сферы (по изучавшимся параметрам) больных отдельных групп. Мы выражаемся столь осторожно по следующим соображениям: болезнь мы прослеживали в динамике, хотя и «на разных больных» (сделать это позволяет корпус знаний, накопленных клинической психиатрией); сферу «духовного» мы оценивали в статике, применительно к каждой отдельной группе. Выявив определенные тенденции в цепочке из групп, мы не считаем себя вправе утверждать, что такова же динамика духовных структур в каждом индивидуальном случае, что в ходе болезни происходит их деструкция, распад. Мы только обращаем внимание на то, что в разных группах особенности сферы «духовного» разные, и эти различия обнаруживают некоторую упорядоченность.

Опять обратим внимание на то, что в первой группе верующие, по существу, отсутствовали. Переживания этих людей, их высказывания

религиозного содержания были лишь проявлением болезни. В этих случаях речь идет о патологическом «душевном», выступающим под видом «духовного». Это не «искушение в виде болезни», как объяснял свои психопатологические переживания один из подобных пациентов, а «болезнь в виде искушения», как следовало бы сказать психиатру. Практически это означает, что жизненный путь такого человека направляется логикой болезни, а не духовным поиском, хотя бы и неосознаваемым, нецеленаправленным. Дух неуничтожим, но он может быть стеснен страданием психическим, равно и соматическим. Увы, у нас, медиков, нет возможности (и права?) ответить на вопрос, где он пребывает, когда угасает разум.

«Духовное» как психотерапевтически-реабилитационный фактор

Этот же контингент больных дал нам, однако, возможность проследить по-своему саногенное, психотерапевтически-реабилитационное воздействие духовного фактора. Больные, сознательно стремившиеся к полноте церковной жизни, независимо от реальной степени воцерковленности, отмечали благотворное воздействие личной веры на имеющуюся у них болезнь. Такая оценка имела место и при объективно утяжеляющемся заболевании (учащение приступов, нарастание продуктивной симптоматики) – и на это специально обращалось внимание больных. Больные, цитируем, «воспринимали болезнь как крест», и «это приносило облегчение», а клинически проявлялось, прежде всего, как более ответственное отношение к стационарному и амбулаторному лечению, как смягчение поведенческих расстройств. Отметим, что депрессивные и выраженные апатические расстройства отсутствовали («несение креста» выступало и как этическая эмоция).

Подобное отношение к болезни, ее осмысление, формировалось и формулировалось постепенно. Полагаем, что тезис «болезнь посылается за грехи» раскрывает нам не абстрактно-универсальные истоки страдания, патологии, а результаты глубоко личной, индивидуальной работы по осмыслению элементов цепи «жизнь-грех-болезнь». Безличный лозунг бездействен. Только в персонально организованной форме «духовное» и осуществляет свое психотерапевтически-реабилитационное воздействие.

В этом контексте замечание Д.Е.Мелехова о возможности духовного выздоровления при душевном и телесном страдании наполняется конкретным содержанием. Однако, никакие упрощения на этом пути недопустимы. А ведь у больных и у их родственников нередко встречается стремление к сиюминутному крещению, к максимально быстрому воцерковлению как к гарантированному способу исцеления. Предостерегая от такой скоропалительности, священнослужители подчеркивают,

что установку на исцеление не следует путать с целью и смыслом Таинства крещения: «Исцеление может произойти, и, так или иначе, произойдет, когда такой путаницы не будет» (святиц. Георгий Кочетков, 1998, с.136).

Путь к осмыслению, одухотворению «душевного» бывает различным. Перед психиатром и клиническим психотерапевтом нередко встает вопрос: поощрять или ограничивать больных в их стремлении к церковной жизни? Отвечая на этот вопрос, вновь обратимся к трем основным группам, представленным выше.

Пациентам первой группы, очевидно, не показано культивирование религиозных переживаний, по крайней мере, в период обострения заболевания. Для второй группы специальная деятельность, связанная с церковной жизнью, с их верой (к чему такие люди нередко стремятся), также, вероятно, не показана, однако, участие в деятельности общины на общих основаниях для них вполне возможно. Пациентам третьей группы сколько-нибудь значительных ограничений в этом плане ставить не следует.

Мы предложили здесь лишь ориентировочную схему. При построении психотерапевтически-реабилитационной тактики важно учитывать клинически оцениваемые мотивы – психопатологические переживания, иногда оказывающиеся отправной точкой для знакомства с христианством. Это касается, например, больных с резидуальным (сохранившимися после острого психотического приступа) «механизмом» религиозных переживаний. Религиозность может формироваться при поиске способов избавиться от вялотекущих сенесто-ипохондрических расстройств или же на основе постпроцессуального сдвига личности. Именно у таких больных нередко православные воззрения мирно (и, в то же время, весьма вычурно) сочетаются с самым вульгарным язычеством, оккультизмом, философским резонерством. Такие больные требуют особенно тщательно индивидуализированного подхода – поддержания здоровых, плодотворных сторон своей веры и «оттеснения» на задний план (без директивности, авторитарности и запретов) болезненно искаженных религиозных воззрений. Здесь особенно важна психиатрически-психотерапевтическая чуткость священнослужителя.

Клиническая реальность, лечебно-диагностическая практика свидетельствуют о том, что необычные психические упражнения выявляют предрасположенность, «слабость» психики, имевшуюся у больных изначально. Некоторые психически больные, например, весьма своеобразно переживают гипнотические состояния, упражнения из арсенала аутогенной тренировки. Нередко реакция на эти психотерапевтические методики приобретает дифференциально-диагностическое значение.

С чрезвычайной осторожностью также следует относиться к стремлению душевнобольных буквально следовать в своей жизни практике Святых Отцов. Ее следует представлять пациенту не как медицинско-психологический эталон, но как уникальный, в самом буквальном смысле, духовный опыт. Аскетика и мистика не тождественны психогигиене и психопрофилактике. Каждый человек, тем более, душевнобольной, способен вместить образцы поведения, знания, навыки лишь в меру своей духовной и душевной зрелости.

Решение подобных психотерапевтических и психопрофилактических задач наиболее эффективно может осуществляться врачом в содружестве со священником, и ни один из них не может заменить собою другого.

ЛИТЕРАТУРА

- Артемьева Е.Ю. Основы психологии субъективной семантики. – М.: Наука: Смысл, 1999.*
- Бердяев Н.А. О назначении человека. – М.: Республика, 1993.*
- Вежбицкая А. Сопоставление культур через средство лексики и прагматики. – М.: Языки славянской культуры, 2001.*
- Воскресенский Б.А. "Ключевые" переживания при основных формах неврозов. Автореферат канд. диссертации. – М., 1979.*
- Воскресенский Б.А. Общая психопатология. Учебно-методическое пособие. – М.: 2-ой МОЛГМИ им. Н.И.Пирогова, 1990.*
- Воскресенский Б.А., Воскресенская А.Б. Лексика и семантика как обоснование клиницизма. В сб. «Десять лет». – М.: Российское Общество медиков-литераторов, 2002.*
- Кочетков Георгий, свящ. Таинственное введение в православную катехетику. – М.: Свято-Филаретовская московская высшая православно-христианская школа. 1998.*
- Мелехов Д.Е. Психиатрия и актуальные проблемы духовной жизни. – М.: Свято-Филаретовская московская высшая православно-христианская школа, 1997.*
- Микиртумов Б.Е., Ильичев А.Б. Клиническая семантика психопатологии. – СПб.: Издательство СПбГПМА, 2003.*
- Моль А. Врачебная этика. – СПб.: Издательство А.Ф.Маркса. 1903.*
- Петренко В.Ф. Введение в экспериментальную психосемантику: исследование форм репрезентации в обыденном сознании. – М.: Изд-во Московского университета, 1983.*
- Тхостов А.Ш. Психология телесности. – М.: Смысл, 2002.*
- Эдингер Э. Творение сознания. Миф Юнга для современного человека. Научн. ред. В.В.Зеленского. – СПб.: Б&К, 2001.*
- Ясперс К. Общая психопатология. – М.: Практика, 1997.*