

## Психиатрия и проблема духовной жизни

### Оглавление

#### Предисловие

Поиски целостного учения о человеке (синкретической личности)

Трихотомическое понимание строения личности в христианской антропологии

Попытки объективного понимания религиозного опыта в современной психологии

Отношения врача-психиатра к религиозным переживаниям больного

Болезнь и здоровье в психике человека

Соотношения и взаимное влияние духовных и душевных переживаний при аффективных психозах

Эпилепсия

#### Предисловие

Имя Дмитрия Евгеньевича Мелехова хорошо известно советским психиатрам. Крупный ученый-клиницист, один из основателей социальной психиатрии в нашей стране, автор фундаментальных работ по шизофрении, получивших развитие во многих научных коллективах. И, пожалуй, один из самых цитируемых в отечественной литературе исследователей.

Однако существовала область научных и практических интересов Д. Е. Мелехова, о которой в силу известных причин знали немногие, а именно область, связанная с вопросами религиозной жизни. Сын священника рязанской епархии, Д. Е. Мелехов через всю свою жизнь пронес глубокую веру в Бога. Быть верующим означало для него прежде всего непрестанно работать в своей профессии, что в свою очередь открывало ему путь к духовности. В одном из писем Дмитрия Евгеньевича можно найти такие слова: "Моя основная сфера — каждодневный труд, как у монаха монастырское послушание... трудиться значит молиться: Laborare est orare — так говорили в средние века...". "Как все материальное в природе является для нас выражением Славы и Сияния Божия, "присносущей силы Его и Божества", так, в частности, и моя отрасль труда и общения с людьми больными и здоровыми вот уже скоро 50 лет является для меня таким источником, через который мне больше всего открывается духовный мир".

Уникальный в наши дни опыт верующего ученого, психиатра, врача и гражданина нашел воплощение в работах Д. Е. Мелехова: "Психиатрия и проблемы духовной жизни" и "Н. И. Пирогов и вопросы жизни". Первая из них, оставшаяся, к сожалению, незаконченной, задумана автором как практическое пособие, адресованное и церковным служащим и медикам одновременно. Действительно как священник, так и врач найдут в этой работе много полезного для решения подчас очень непростых вопросов, возникающих и там, где душевно больным оказывается верующий человек, и там, где психические расстройства определяются переживаниями религиозного содержания. Вместе с тем написанное Д. Е. Мелеховым, на наш взгляд, выходит далеко за пределы хотя и весьма ценных, но чисто утилитарных сведений. В работе нашло отражение стремление ученого-верующего по коренным вопросам психической жизни и психиатрии, которые в официальной науке освещались с узких, односторонних, а нередко и просто догматических позиций. "Поиски целостного учения о человеке", "Трихотомическое понимание строения личности", "Попытка объективного понимания религиозного опыта в современной психологии" — названия глав труда Д. Е. Мелехова говорят об уровне рассматриваемых в нем проблем.

И вместе с тем этот труд представляет собой своего рода введение в религиозную психопатологию - область знания о человеке, фактические у нас не существовавшую. Кроме того, в нем имеются малоизвестные данные, касающиеся истории психиатрии, связанные с отношением религиозных деятелей к душевнобольным. Наконец, в этой работе раскрывается еще одна грань научного творчества Д. Е. Мелехова: его интерес к патографии — разделу психиатрии, также практически у нас не развивавшемуся многие годы. Им предпринят анализ хорошо известных фактов душевных болезней Н. В. Гоголя и Ф. М. Достоевского, учитывающий одновременно и психиатрический и религиозный аспекты.

Как человека и как специалиста в области социальной психиатрии, остро реагировавшего на состояние общественной жизни, Д. Е. Мелехова не могли оставлять равнодушным и проблемы нравственного и духовного воспитания молодежи. Свое отношение к этой теме он выразил в единственной "непсихиатрической" работе "Н. И. Пирогов и вопросы жизни". Личность знаменитого хирурга особенно привлекала Дмитрия Евгеньевича. В нем он видел образец необычайно плодотворной жизни, соединившей в себе великие достижения ученого-медика и глубокую действенную религиозность. Именно эта вторая сторона жизни и творчества Н. И. Пирогова, о которой умалчивалось в многочисленных работах о нем, подробно раскрывается Д. Е. Мелеховым.

Одновременно "с помощью Н. И. Пирогова" он поставил глубоко правдивый диагноз состояния нравственного и духовного воспитания в нашем обществе. Он вполне совпадает с тем, о чем с тревогой говорится теперь с самых высоких трибун: "Нравственное воспитание вовсе не заключает в себе необходимости заглянуть в себя, прислушаться к голосу совести"... "Перед юношеством не встают задачи поисков мировоззрения и борьбы за него. Оно дается в готовом виде, и потому даже для тех, кто его перенимает, редко оказывается подлинным убеждением".

В последние годы мы как бы заново открываем для себя имена известных ученых, которые и в послеоктябрьское время сохраняли не только глубокие научные традиции, но и высокие духовные ценности нашего Отечества. Среди них и представители медицины — хирурги В. Н. Войно-Ясенский, С. С. Юдин и психиатр Д. Е. Мелехов. Теперь, когда понятию "милосердие" возвращается его первоначальный смысл, когда создаются реальные предпосылки сближения науки и религии, церкви и медицины во благо человека, нет сомнения, что и работы Д. Е. Мелехова станут активными участниками этого животворного процесса.

А. М. Медведев

### Поиски целостного учения о человеке (синтетической теории личности)

В современной психологи и психиатрии в процессе разработки научных теорий личности все яснее выступает стремление найти общие пути научного и религиозного понимания личности, а в практической работе психологов, психиатров и священников — идти путем взаимопомощи, взаимоуважения и взаимообмена опытом в подходе к вопросам воспитания здоровой личности и лечения больных людей. Научные психологические теории личности за последнее столетие прошли путь развития от чисто описательного подхода на основе интроспекции (решения вопросов психологии личности только на основе чисто субъективного метода самонаблюдения) к объективно-экспериментальным методам Вундте и теперь к биологически-ориентированным, чисто физиологическим, механистически материалистическим теориям (рефлексологические и бихевиористические школы). Во всех этих последних теориях понятие личности неизбежно обеднялось: изучение ограничивалось исследованием отдельных "операций" или объективно регистрируемых реакций. Внутренняя жизнь личности в эксперименте не регистрировалась и выступала в лучшем случае как "индивидуальный фактор,

бросающийся в глаза в лабораторном эксперименте", либо как "помеха в лабораторном опыте": за употребление физиологами психологических терминов в процессе эксперимента взимался штраф. Здесь нет ни возможности, ни необходимости излагать эти многочисленные теории каждую в отдельности. Неудовлетворительность, односторонность, ограниченность этих теорий становятся общепризнанными. Идет процесс проникновения понятия личности даже и в биологически ориентированные теории. Повсеместными становятся поиски синтетического подхода, учитывающее в структуре личности все ее стороны все аспекты.

Современные социологические теории личности требуют рассмотрения как биологических (биогенных), так и психологических (психогенных) и социальных (социогенных) ее аспектов. Диалектическая психология в отличии от механистических, материалистических теорий видит главное, определяющее в личности, в ее общественных отношениях (В. Н. Мясищев), в ее высших идейных установках, мотивах, целях и ценностях (общественных и духовных, которые определяют "личностный смысл" поведения и поступков человека (К. Н. Леонтьев), является необходимой и определяющей частью личности, обеспечивающей торможение и регуляцию всех врожденных и приобретенных форм поведения. Физиологическую основу этой высшей, чисто человеческой инстанции И. П. Павлов видел во 2-й сигнальной системе. Выдвигается в качестве основного тезиса диалектической психологии "единство сознания и деятельности", ибо "бездейственная сознательность есть чистый дух, абстракция, а бессознательная деятельность есть обратная сторона той же интроспективной психологии" (С. Л. Рубинштейн). Так, по мере освобождения от примитивного механистически-материалистического мышления ("психика — функция мозга, такая же, как выделение желчи — функция печени") возникает признание духовных ценностей, духовных основ личности, несводимых к физико-химическим процессам. Тезис, ставший в XIX веке догматом, о том что наука может успешно свести все психические проявления человека к физическим и химическим понятиям, измеряемым в пространстве и во времени, расцениваются как "опасность современной цивилизации и важнейшая методологическая ошибка" (А. Харди). Так всеобщим и императивным требованием становится рассмотрение человека как целого, во всей полноте его физических, психических и духовных проявлений, как духовной личности. И это бесспорное достижение современной научной мысли, в особенности по сравнению с тем периодом, когда само понятие личности в нашей научной и художественной литературе было одиозным, а психология и социология, как ненаучные дисциплины, объявлялись ненужными. Верующий психолог или психиатр могут и должны с интересом следить за тем, как углубляется и расширяется мышление современных материалистов в исследованиях и теоретических концепциях личности и ее развития в норме и патологии (В. Н. Мясищев, А. Н. Леонтьев, С. Л. Рубинштейн, Шепаньский, Шибутани и др.). И пусть на данном этапе официально принятые в нашей стране социологические и психологические теории видят в развитии духовной личности человека только "всемогущее влияние общественных отношений, всей суммы общественно-исторического и личного опыта". Будет очень интересно наблюдать, как станет расширяться у честно мыслящих и ищущих истину объективных ученых понимание духовной личности человека и ее отношений с нижележащими пластами бытия — душевным и биологическим.

Для нас же теперь представляют интерес некоторые психологические и философские теории, которые воспринимают личность как "самодеятельную, самосозидающую, целеустремленную и осмысленную деятельность, как законченную систему скорее метафизически, чем экспериментально обоснованную" (В. Штерн).

Этого типа философски ориентированные теории личности берут начало от М. Шелера, которого по его моральным и интеллектуальным качествам называют "Сократом современности". Он — создатель целостного учения о человеке на основе христианского

опыта. В основе этого учения — необходимость учитывать все слои личности: соматические, витальные, психические и духовные в их взаимодействии. Он анализирует не только объективно-регистрируемые психические проявления или реакции человека, но и такие переживания, как доброта, благоговение, любовь, раскаяние, стыд, обреченность, что такое мое "Я", смысл жизни и т. д. Поставлена и решается задача преодолеть сведение человека к одному биологическому или психическому существованию. Предмет исследования — человек как целое, как духовная личность, обладающая известной автономией в отношении биологических и психических процессов. Религиозные переживания не нечто случайное или только отражающее общественные отношения: они имеют определенные значения во всей целостной системе личности, в общей "иерархии ценностей" в жизни личности. Больше того, личная духовная сфера мыслится как доминирующая и находящаяся в определенных отношениях с душевной и биологической. Современная религиозная психология признает диалектическое и динамическое отношение с Богом как одно из важнейших измерений личности. Именно на почве такого синтетического учения о личности человека ("персоналистическая антропология"), учитывавшего все слои бытия, возникают плодотворные отношения между теологом, психиатром и психологом, и устанавливаются правильные отношения между наукой и религией (Н. Нейман).

Естественно, что в научной области эта концепция еще не может считаться завершенной, она только развивается, и поэтому плодотворна в науке. В ней мы находим много близкого иозвучного с учением православных богословов и отцов церкви, для которых личность человеческая имеет неповторимую вечную ценность, абсолютно незаменимую в полном смысле слова. И эта вечная ценность человека не умирает в смысле полного уничтожения. Дух его переходит в иную сферу бытия, из одной форму существования в другую, бесконечно более великую.

### Трихотомическое понимание строения личности в христианской антропологии

Весь многовековый религиозный опыт богословского и практического подхода к человеческой личности в христианстве пронизан идеей трихотомического строения личности, раскрытия в ней не только духовного, но и душевного и телесного (биологического "природного") пластов бытия. Как у древних, так и у современных отцов и учителей церкви мы неизменно обнаруживаем внимание ко всей личности в целом, не только к духу и душе человека, но и к телу, участие которого в религиозном опыте признается, как аксиома. Христианская антропология православного святого Григория Паламы (XIX век), как и христианская по своей природе педагогика К. Ушинского (XIX век)стоится на основе понимания в человеке дифференцированных проявлений духа, души и тела.

*Напомним, что основной труд К. Ушинского — "Педагогическая антропология" — состоит из трех томов:*

1. *Воспитание тела.*
2. *Воспитание души.*
3. *Воспитание духа.*

Единство и гармония всех сторон человеческой личности считается признаком здоровой личности, состояние, которое дано было человеку в его первозданной чистоте, затем было утеряно в результате пренебрежения законами духовной жизни и теперь является заданным человеку, искомым состоянием: "чтобы ваш дух, душа и тело были совершенны во всей полноте и без всякого недостатка". Это завещание апостола Павла проходит через все века. Вот несколько примеров. Никодим Святогорец (VII) пишет: "Дух твой, ищущий Бога небесного, да властвует над душою и телом, назначение которых устроить временную жизнь". Для Макария Великого, подвижника IV века, была очевидна

наша зависимость от психофизического организма (мы теперь скажем от конституции или от типа высшей нервной деятельности). Он пишет: "У преусевающих в духовной жизни естество остается прежним: человеку супротиву оставляется его супротивность, а уступчивому его уступчивость... иной по естеству будучи супротивным предает свою волю Господу, и приемлет его Бог, а естество пребывает в своей супротивности. А иной добронравен, скромен и добр, посвящает себя Богу и его приемлет Господь".

Но это не значит, что проявления этих природных особенностей остаются в духовной жизни неизменными: они "хотя и остаются прежними в своем существе, но в своих проявлениях изменяются под влиянием духовной жизни". Он приводит два примера разного осуществления заповеди милосердия у человека с мягким характером и супротивного: один по мягкости утомляет грешника и зовет к покаянию, другой — супротивный — "наказывает согрешившего, сообразуясь с его силами, и следит за действие наказания и ждет покаяния". Широко известен его рассказ о различных проявлениях покаяния у двух монахов с различным характером: они изменили монашескому обету, ушли в мир и стали жить по обычаям мирской жизни, а потом раскаялись и просили братию вернуть их в монастырь. Им был назначен годичный срок испытания. Вернувшись через год они дали отчет: один весь год горько плакал о содеянном, другой весь год радовался, от какой беды и падения избавил его Господь. Когда монахи отчитались братии, как они провели этот год, оба они, пережившие покаяние явно различно в зависимости (как мы скажем теперь) от своей "конституции", "темперамента", были признаны "равно достойными" вернуться в монастырь.

Более близкое к нам время — XIX век — описание жизни старцев-отшельников на острове Валааме дает убедительные примеры разных характеров и темпераментов. Напомним два примера: один отшельник выбрал для своей келии северную сторону острова, на берегу тенистой бухты, заросшей вековыми соснами, где никогда не было солнца. Он питался сухарями и водой, не общался с людьми, соблюдал обет молчания, не принимал гостей, ходил в темной одежде, пренебрегал правилами гигиены и т. д. Другой избрал для себя южную бухту, окруженную светлыми березами, расчистил кусочек земли, разводил огород, имел небольшой пчельник, любил пить чай с медом и охотно принимал и угождал приезжих гостей, летом носил белый подрясник, был всегда очень опрятен, весел, жизнерадостен, любил петь высоким тенором молитвы. Посещавшие его гости, покидая на лодке его бухту, долго еще слышали воспевающие его звонким голосом любимые им гимны, прославляющие Богоматерь: "О тебе радуется, Благодатная, всякая тварь". Примечательно то, что в соборном сознании руководства монастырями на острове оба эти отшельника почитались, как "равно уважаемые". Такое же разнообразие характеров нашел отец Валентин Свентицкий, когда в 1913 году знакомился с отшельниками Кавказских гор и описал потом свою поездку в книге "Граждане неба". Теперь рассмотрим, как мысли древних отцов и подвижников отразились в сознании учителей церкви XIX века. Епископ Михаил Таврический, широко образованный человек, стоявший на уровне современного ему развития психологии и биологии, различал четыре "течения" ("сфера") внутренней жизни человека:

1. Течение материальной и чувственной жизни, где люди стихийно несутся и движутся во взаимной жестокой борьбе (здесь, видимо, соматический и витальный слой Шелера отнесены к одной сфере).

2. Сфера умственной жизни со своими законами и свойствами соединяет людей единством идей в своем колеблющемся и меняющемся свете.

3. Сфера высших человеческих симпатий (мы скажем теперь высших социальных чувств) и сострадания ("горячая струя в истории согревает людей и составляет из них живой организм").

4. Сфера свободной веры: здесь лучи духовного солнца, дающего всем жизнь и теплоту, которым "мы живем, и движемся, и существуем". В борьбе этих

течений (сфер) совершается драма внутренней жизни человека. У каждой из этих сфер свои законы, своя природа, направление и приемы борьбы.

Во власти человека непосредственно — только область духовной свободы: она не уничтожается никогда. Все другое течет и развивается по своим природным законам, ничего общего не имеющим со свободой человека. Только свобода человека, как солнце, может живить и направлять стихийные силы и сферы, живущие по своим законам, по внешним влияниям, бушуя и затопляя собой все. Слабая свобода только своим сознанием пассивно присутствует там, куда увлекают человека стихийные силы и течения, подчиняется их законам и даже может усиливать своим сознанием эти природные течения. Если у него доброе сердце, он подчиняется движениям эмоций, живет своим сознанием в этой области и тем усиливает ее. Если у него ясный и острый ум, человек своим сознанием и свободой следует за его логическими построениями и усиливает их. Если у него могучая фантазия, он отдается миру образов и грез. Если несокрушимая сила чувственности и эгоизма, он становится беззаветным слугой их и подчиняет им свою сферу духовной свободы.

Колебания возможны в зависимости от природного склада человека, от силы его стихийных влечений. По схеме остается одна и та же. Епископ Феофан Затворник, в том же ХК веке, систематически исследовал "что есть духовная жизнь", "что есть дух в человеке" в отличие от души и тела. В его понимании дух в душевной жизни человека проявляется трояко: в благоговении и страхе Божием, в совести и искаении Бога. Духовность есть "норма" человеческой жизни и проявляется она в сознании и свободе, "одуховленности" всех трех сторон человеческой психики: эмоциональная сторона приобретает стремление к красоте, воля приобретает стремление к бескорыстным поступкам, ум — стремление к идеальности. В единстве и равновесии всех сторон (духа, души и тела) человеческой природы коренится, по мнению епископа Феофана, свобода и сознание, подлинное здоровье человеческой личности, основа целостности нашего "Я". Лицо человека определяется тем, что в нем преобладает: дух, душа или тело. Если сознание и свобода помрачены и подчинены душевно-телесному (мы теперь скажем — психофизическому), тогда это уже не человек. Отличительная черта человека, выделяющая его из всех других тварей, высшая сторона человеческой жизни в духе; это неотъемлемая принадлежность нашего существа и проявляется у всех своеобразно.

Итак, мы видим, что представления о "слоях бытия", о "сферах" и течениях человеческой личности в деталях различается в разные исторические эпохи и у различных авторов даже одного и того же направления. Но бесспорно единство во всех веках обнаруживается в стремлении анализировать человеческую личность как целое, во всей полноте ее духовного и душевно-телесного бытия и преодолеть сведение человека к одному биологическому или психическому существованию.

#### Примечание.

Позволим себе напомнить только на двух примерах, что эта мысль о единстве, цельности всех сторон личности человека, как признаке здоровья, проникает не только в религиозную психологию, но и в объективную науку и художественную литературу. И. П. Павлов к концу жизни говорил не раз, что его физиологическое понимание высшей нервной (психической) деятельности никак не зачеркивает духовных проявлений человеческой личности. В частности, для физиологического понимания высших человеческих функций, регулирующих и тормозящих деятельность системы безусловных (чисто биологических рефлексов и систем условных (ассоциативных, познавательных) рефлексов он создал учение о третьей функциональной системе высшей нервной деятельности, так называемой 2-й сигнальной системе — специфически человеческой, которой и придавал высшее регулирующее значение. При этом он прямо говорил, что основа здоровой личности, цельности нашего "Я" коренится в единстве и взаимодействии этих трех систем. Американский писатель Леон Фейхтвангер хорошо писал о наших предках, которые "обладали способностью воспринимать дух и

*переносить его на других без посредства обедняющей и иссушающей письменности и устной речи. Они могли непосредственно воспринимать все существо человека как нечто единое. Так земля впитывает дождь. Мы — современные люди — ние. Мы лишились этого дара. Только немногие еще обладают им."*

Этот тезис необходим для дальнейшего изложения стоящих перед современным верующим психологом и психиатром проблем. И, в частности, для решения одной из самых актуальных в этом плане проблем: как соотносятся духовное и душевное здоровье? Духовные и душевые болезни? Всегда ли они развиваются параллельно или в неразрывной связи? Можно ли быть душевно здоровым будучи духовно больным? И наоборот — будучи духовно здоровым, заболеть душевной болезнью в медицинском смысле?

### Попытки объективного понимания религиозного опыта в современной психологии

Взаимоотношение естественнонаучной (медицинской) и теологической точек зрения на патологические проявления в психике человека в истории культуры было различным. Можно выделить три периода.

**I-й период** — господство религиозно-мистического понимания всех психопатологических проявлений. Психиатрии как медицинской дисциплины еще не существовало. Все психические болезни рассматривались как результат воздействия дьявола, бесодержимость или как непосредственный результат первородного греха (Гейнрот). Лечить их поэтому должны не врачи, а священники, философы, моралисты. Организационно этому донаучному периоду развития психиатрии соответствовал монастырский период психиатрии, когда государство, не имея психиатрических больниц и врачей-психиатров, возлагало на монастыри призрение психически больных ("бесных", "безумных", слабоумных) наряду с другими убогими людьми ("хромцы", "слепцы" и др.). Справедливость требует сказать, что уже тогда в далекие времена мы имеем пример дифференцированного подхода к психически больным даже и в монастырях. И попытке разграничить переживания людей, возникающие под воздействием злой духовной силы, демонских искушений с одной стороны, и переживания, являющиеся результатом естественных природных процессов в организме с другой. Так, человек большого духовного опыта и тонкой наблюдательности, настоятель монастыря, Иоанн Лествичник (IV) приводит определенные признаки, по которым он советует различать возникающие помимо воли монахов расстройства настроения духовного происхождения от таких же не уступающих молитве и силе крестного знамения настроений, развитие которых зависит, как он пишет, "от естества". Также основатель монашества в Киевской Руси Антоний Печерский 3 года ухаживал за монахом, больным кататонией, рассматривая его состояние как болезнь, а не результат воздействия злого духа (пример этот цитируется проф. Т. И. Юдиным).

**II-й период** — XIX век — становление психиатрии как научной медицинской дисциплины на основе рационалистических теорий (школе соматиков). По мнению сторонников этих теорий, психические болезни ничем не отличаются от соматических болезней. Только врач, исходя из чисто телесных, соматических и мозговых процессов, может понимать психопатологические проявления. Теолог и пастырь здесь не при чем. Всякий немедицинский путь отвергается и осуждается, как не имеющий познавательного значения (В. Гризингер 1861 г.) Проявления религиозной жизни трактовались (как иногда и в наше время) как психические заболевания или симптомы болезни (К. Шнейдер, 1956 г.). Религиозные догматы и идеи расцениваются как навязчивые идеи невротиков (Рейн, 1922 г.). Для Фрейда религия — "массовое безумие" и в то же время попытка самолечения человечества, помогающая ограничить власть инстинктов и влечений.

В последующие годы ставится задача создания "позитивной психологии религии" путем экспериментального воспроизведения и исследования религиозных переживаний с помощью религиозных тестов и понятий, как раздражителей, возбуждающих религиозное переживание. Этого типа исследователи, естественно, не идут дальше формального описания религиозных переживаний. Значение содержания духовного переживания, его "личностный смысл" отступает на задний план и игнорируется, как это вообще свойственно экспериментальным, чисто биологически-ориентированным теориям в физиологии и психологии.

**III-й период — XX —** век, когда в психологии и психиатрии возникает императивная необходимость синтетического рассмотрения психических проявлений человека в норме и патологии, во всей полноте его духовного и психофизического бытия. Это направление в психологии привлекло внимание и сочувствие многих крупных ученых. Установлено, что наше знание обусловлено тем или иным познавательным методом, что научные положения имеют ограниченную и преходящую ценность в зависимости от применяемого метода (К. Ясперс). Целостное антропологическое воззрение на человека во всей полноте его духовных и психофизических проявлений привлекло внимание таких ученых, как психиатры Бонхеффер, Кречмер, невролог Лермитт и др. Ими же признается необходимость рассматривать два аспекта религиозных явлений:

a. Поскольку проявления религиозной жизни в душе человека представляют собой определенные психологические состояния всей личности в целом и всегда связаны с теми или иными физиологическим процессами в организме человека, поскольку они могут быть предметом психологического, психофизиологического, а в случаях патологии — психиатрического исследования.

b. Но содержание религиозных переживаний выходит за пределы компетенции этих методов: оно должно быть предметом религиозного исследования и теологии.

Психиатрические гипотезы, психологические обобщения и теории неадекватны для объяснения религиозных переживаний. Поэтому религиозный человек, его поведение, состояние и даже заблуждения должны восприниматься во всем целостном строе человеческой личности, который включает не только психофизиологическое, но и духовное бытие. Таков этот широкий "горизонт обобщения", который пропагандируется "Сократом современности" Шелером и принимается многими учеными. В книге Шелера "Существенная феноменология религии" (1921 г.) делается попытка по возможности точно определить специфические черты религиозного переживания и дать анализ этих его особенностей. Выдвигается в качестве необходимого для объективного ученого требование не только формального описания религиозных переживаний, но обязательного раскрытия их духовного содержания и влияния их на поведение личности. В качестве основного положения (постулата) принимается, что религиозный человек на любой степени религиозного опыта проникает в одну глубоко отличную от всего остального опытного мира область бытия и духовных ценностей. Поэтому подлинно религиозный акт отличается следующими чертами:

a. ему присуща "тенденция к надмирности",

b. он осуществляется только посредством Божественного начала, в живой встрече с Богом, только при наличии некоего бытийного воздействия со стороны Божества, по Своей воле отдающегося человеку.

Таким образом утверждается "самобытность и непроизвольность религиозного опыта" (Шелер). Это "своеобразный синтетический акт, в котором мысль и функция "я" сплавлены в нерасторжимое единство" (Шелер), и который доступен формальному и историческому анализу; "отношение к духовному бытию стоит на первом плане в структуре религиозного переживания" (Вильволь 1989 г.). Для этого переживания характерна "целостность восприятия": религиозное переживание открывается

одновременно, как "дух и жизнь", как "духовность, излучающаяся в область иррационального, как иррациональная жизнь, соединяющаяся с духовностью". "Любовь и благовение описываются как наиболее выдающиеся черты, присущие только религиозному мировосприятию, как не простые эмоциональные величины, но духовно-личностные ценности, которые возникают лишь в личном опыте и имеют отношения только к личному носителю ценностей" (Вильволь). И, наконец, Трильфас (1952 г.) подчеркивает, что подлинный религиозный акт неразрывно связан с его волевым побудительным компонентом (его "интенциональным коррелятом"). "Вера, как форма познания, имеет духовное содержание, но как норма практической жизни она есть тип человеческого поведения". Таковы в самых общих чертах попытки современной религиозной психологии определить объективно не только форму, но и содержание религиозного переживания.

В этих попытках можно видеть общие усилия неразрывно связанных между собой дисциплин: психологии религии, религиозной феноменологии и религиозной социологии, направленные на обобщение религиозного (в основном христианского) опыта человеческой личности. Такое определение формы и содержания религиозного переживания поможет нам в дальнейшем изложении разграничивать здоровое и больное в религиозной жизни человека, истинно религиозное и псевдорелигиозное. В этом плане будут иметь особо важное значение следующие характеристики религиозного переживания:

1. "Надмирность" этой живой встречи с Богом, проникновение в отличную от всего остального опытного мира область бытия, отношение к духовному бытию.
2. Синтетический характер этого переживания, в котором мысль и все функции человеческой личности выступают во всей их целостности, в единстве, в котором участвует сердце (не анатомический орган, не центр только эмоциональной жизни, но сердцевина, центр человеческой жизни, "место совершенного синтеза", "фокус всего бытия").
3. Любовь и благовение, как наиболее важные черты, присущие только религиозному мировосприятию.
4. Неразрывная связь с волевым, побудительным компонентом, обязательное отражение религиозного опыта в делах, в поведении человека.
- 5.

### Отношение врача-психиатра к религиозным переживаниям больного

Вопросы, поставленные в названии этой главы, по существу, являются задачей всех последующих глав, поэтому здесь даются только общие положения, которые найдут конкретное выражение в последующих главах. Из них, в частности, станет вполне очевидным, что религиозные переживания в общей структуре личности могут занимать очень разное, прямо до противоположности положение: они могут быть в случаях патологии непосредственным отражением симптомов болезни (галлюцинаций, бредовых идей, физически ощущаемого воздействия на мысли и физические проявления человека). Но они могут быть и проявлением здоровой личности, и тогда, даже при наличии болезни, они помогают больному сопротивляться ей, приспособляться к ней и компенсировать дефекты, внесенные болезнью в личность больного. Вот почему для врача недопустимо при исследовании больного "сходу" трактовать всякое религиозное переживание как патологию или заблуждение и тут же в процессе исследования начинать антирелигиозную пропаганду или демонстрировать свое элементарное, догматически-материалистическое отношение к религиозным исканиям и сомнениям своего пациента. Более терпимо снисходительно-скептическое отношение на уровне либерального западноевропейского мировоззрения, но и оно не вызовет доверия больного и необходимого контакта с врачом.

Врач должен с большим вниманием и уважением к личности больного объективно проследить развитие религиозных переживаний, их логические, философские и эмоциональные истоки, ознакомиться с религиозным опытом больного в прошлом и настоящем и помочь ему разобраться, разграничить, что в этом опыте непосредственно продиктовано болезнью, природными психофизическими особенностями и патологическими процессами, и что является ценным духовным опытом здоровых сторон личности, которые могут помочь в борьбе с болезнью и послужить базой психотерапевтической работы врача. Священник, духовник, пастырь человеческих душ имеет дело с самыми глубокими и сокровенными переживаниями человека как в норме, так и в патологии. Часто он первый замечает в пришедшем к нему за духовной помощью начальные признаки психического заболевания. Он постоянно имеет дело с живой человеческой душой, с ее трудностями и болезнями. Его компетенция — болезни человеческого духа, влияние греха и помочь людям в преодолении последствий греха, его власти и чувства вины.

Христос твердо сказал: "Не здоровые имеют нужду во враче, но больные. Я пришел призвать не праведников, а грешников к покаянию". Грех — универсальный факт жизни человеческой личности. Осознание греха и покаяние — единственный путь борьбы с грехом и его преодоления. "Наше эмпирически данное состояние, т. е. действующий в нас грех стал почти законом нашего земного бытия" (Архиепископ Софроний). Под влиянием греха живая человеческая душа, не потерявшая совесть, испытывает чувство вины, печаль, мочение и потребность освободиться от греха. Верующий человек идет за помощью в церковь, обращается к духовно-опытному человеку. Он испытывает духовную боль и страдание, а иногда несет и физические последствия греха. Пред духовником, а также и перед психиатром, если он верующий человек, стоит первая задача поставить "духовный диагноз", т. е. необходимо определить, что в этих страданиях человека имеет непосредственно духовную причину и подлежит лечению духовному. Одновременно надо установить, что в его переживаниях оказывается проявлением душевной болезни, имеющей причину в нарушениях мозговой деятельности или всего организма, а потому требует врачебной компетенции, вооруженной современными знаниями законов психологической жизни, законов биологической, эмоциональной душевной жизни и медицинского воздействия (область психиатрии и психофармакологии). Или, наконец, у пришедшего имеются такие психофизические нарушения, которые являются опосредованым следствием личных или семейных грехов и тогда нуждаются в духовных и психиатрических методах лечения одновременно. В таких случаях духовное выздоровление может привести к психиатрическому и физическому выздоровлению (Именно так Христос исцелил расслабленного, когда видел духовную причину болезни и начал с ее устранения: "Чадо, прощаются тебе грехи твои"). Вот этот этап определения правильного духовного диагноза не менее, а вероятно и более ответственный, чем только психиатрический диагноз. Это определение духовного уровня развития, которого достиг человек, выяснение глубоко скрытого в тайниках души его отношения к Богу и ко греху и способность его сопротивляться силе греха. Здесь необходима компетенция умного и опытного человека, который имеет особый дар как присущую ему способность духовной прозорливости или как результат обобщения большого духовного опыта. Апостол Павел это называл "различение духов" (*discretio spiritum*) и перечислят его среди даров духа, различных действий духа и служении ("слово мудрости, слово знания, вера, исцеления, чудотворение, пророчество, различение духов, языки и их истолкования"). В сложных случаях, когда имеется одновременно и духовная и душевная (психическая) болезнь, необходима компетенция пастыря-богослова и врача психиатра, чтобы охватить анализом все сферы ("течения") человеческой личности, все слои бытия в целом. Именно поэтому, в современной зарубежной литературе стала аксиомой необходимость совместной работы врача-психотерапевта и пастыря-богослова (Силензоргер). Это веление времени, диктуемое интересами больных и широкого и всестороннего понимания человеческой

личности. Такая совместная работа необходима в сложных случаях, как на этапе диагноза, так и на этапе лечения. В качестве возможного варианта решения вопроса удачным является сочетание врача-психиатра и пастыря в одном лице.

Таков пример Уэттерхеда, который на основании своей 30-ти летней работы психотерапевта и пастыря написал полезную книгу "Психология, религия и лечение", к сожалению, в основном отражающую не православный, а протестантский опыт ведения пастырской работы. В предисловии к этой книге Уоттерхауз, имеющий 15 лет такого духовного и психиатрического ведения больных, пишет: "Первый вопрос, который я задаю всякому приходящему ко мне за психотерапией: "Какова ваша религиозная вера, религиозные убеждения?" И если мне больной говорит, что он верующий, я гораздо более уверен в том, что смогу ему помочь, чем тогда, когда он лишен такой веры". Но такое сочетание психотерапевта, врача и духовника в одном лице является редкостью. Обычно в таких случаях возникает необходимость у духовника рекомендовать больному обратиться к врачебной компетенции. Поводы для такого обращения к медицинской компетенции можно указать следующие:

1. Припадки истерические, эпилептические и смешанные, вегетативно-вазомоторные.
2. Нарастающее падение работоспособности, утомляемость, прогрессирующее снижение памяти и интеллектуальных способностей.
3. Резкое и прогрессирующее изменение основных черт характера, немотивированное и независимое от внешних условий развитие возбудимости, холодности, злобности, жестокости, тревожности, эмоциональной неустойчивости.
4. Повторяющиеся обманы зрения, слуха, обоняния, тактильные обманы, патологические ощущения в коже, ощущения воздействия электротоком и т. д.
5. Глубокие и стойкие или часто рецидивирующие состояния депрессии, тоски с безнадежностью, унынием, в особенности с мыслями о самоубийстве или состояния беспричинной веселости с беспорядочной повышенной активностью, неконтролируемым наплывом мыслей и переоценкой своих возможностей.
6. Неуправляемые насильтственные, навязчивые мысли, наплывы беспорядочных мыслей, непроизвольные остановки и обрывы в ходе логического процесса, ощущения искусственных, "сделанных", внущенных мыслей, возникающих под воздействием электротока, гипноза, радиоволн или бесоодержимости.
7. Яркие и повторяющиеся состояния "озарения", "прозрения", видения, голоса, не вытекающие из прежнего опыта и чужды общей структуре личности.
8. Непреодолимая власть грубых биологических влечений, "хульных" мыслей, чуждых для основного ядра личности, чувство потери благости, богооставленность с унынием, отчаянием и мыслями о самоубийстве.
9. Крайняя гордость, уверенность в правильности своих ошибочных суждений, вопреки очевидной реальности и объективному мнению окружающих (бредовые идеи ревности, изобретательства, реформаторства в гражданской и церковной жизни). Или, наоборот, комплекс приниженности, самоуничижения, как проявления тайной гордости и эгоцентризма. (NB: "Люди, называемые в человеческом быту помешанными, на языке подвижников именуются прельщенными, находящимися в состоянии прелести," — Архиепископ Софроний).

Духовный отец, прибегая к помощи врача, должен отдавать себе отчет, что врач подойдет к психологическим явлениям с точки зрения их объективного анализа в соответствии с современным уровнем развития науки, т. е. он не будет пытаться раскрыть духовный смысл переживаний или трактовать их как проявления бесоодержимости, но

будет выяснять особенности их патогенеза (развития) на основе современных знаний физиологии и патологии мозга, обмена веществ, эндокринной системы и объективных законов психофизиологии и психопатологии. Его лечебные мероприятия будут продиктованы этими знаниями и его клиническим опытом, т. е. знанием законов и динамики развития патологических явлений в клинике и уровнем развития психофармакологии. Что же касается отношения самого духовника к психически больному, то здесь уместно сослаться на авторитет Епископа Игнатья (Брянчанинова), который так писал: "И слепому, и прокаженному, и поврежденному рассудком, и грудному младенцу, и уголовному преступнику, и язычнику окажи почтение, как образу Божию. Что тебе за дело до его немощей и недостатков? Наблюдай за собою, чтобы тебе не иметь недостатка в любви".

Этот совет отражает многовековой опыт православного сознания, практики монастырей, тюремных и больничных храмов (которые были и в психиатрических больницах): душевно больные здесь неизменно встречали любовь, сострадание, поразительную терпимость к их патологическим проявлениям и индивидуальным особенностям характера и поведения, заботу, уход и привлечение к общему труду, не говоря о привлечении к участию в богослужении и таинствах, если они были в сознании и готовы к покаянию. Здесь уместно обратить внимание на принципиальное значение такого внимательного отношения к проявлениям психических заболеваний и уважения к индивидуальным особенностям характера и темперамента верующих людей. Оно коренится в признании того, что человек свободен только в своей духовной сфере и сознательном выборе своего пути к Богу или протеста против Него. Что же касается психической сферы, душевной жизни, то уже у Макария Египетского мы встречаем признания "материальности души", хотя и подчеркивается, что это материя особого рода). Епископ Феофан говорит о телесной стороне души, общей у человека с животными, и о признаках ее одухотворенности под воздействием духа и утверждает, что именно душевная сфера объединяет в себе телесную и духовную стороны человеческой природы. Это признание детерминированности индивидуальных черт человеческой психики, типов душевного устройства человека, равного достоинства "этих разных типов" вполне соответствует современному учению о характерах и темпераментах, о психологических витально-биологических основах аффектов и влечений, о выявлении биохимических, эндокринных, генетических и даже церебральных механизмов, влияющих на структуры этих влечений. В соответствии с такими взглядами весь подвижнический опыт говорит о том, что изменять свой характер, аффекты, страсти и пристрастия можно только длительной и упорной работой над собой, системой аскетических приемов, влияющих как на психику, так и на соматику, как на душу, так и на тело. Всякая мысль о произвольности и легкости изменения своей природной организации признается неосновательной, продиктованной только отсутствием духовного опыта. Отсюда необходимость духовного руководства молодыми подвижниками. Отсюда целая система воспитательных приемов и необходимость создания соответствующей среды. Епископ Затворник в своих письмах о христианской жизни и в книге "Что есть духовная жизнь и как на нее настроиться" дает очень точные описания необходимых мер воздействия на тело и душу в процессе духовного роста и показывает, что необходима продуманная организация жизни и сферы, в которой мы живем, выбор людей, предметов, картин, мелодий, образов, окружающих нас повседневно, если мы желаем изменить свою психофизическую организацию в соответствии с требованиями духовной жизни.

### Болезнь и здоровье в психике человека

Много веков человеческая личность стоит перед проблемой здоровья и болезни: определения этих понятий, разграничения их и переходов между ними. Религиозно-нравственное понимание всякой болезни, в том числе и психической болезни, отличается

от рационального и научного. Для верующего человека болезнь всегда вызывает удивление, недоумение и необходимость самопроверки, выяснения духовного смысла посланного испытания: человек в болезни имеет время подумать, сосредоточиться с помощью друзей, близких или духовного отца, проверить свою жизнь, свои ошибки и падения, которые могли послужить причиной болезни, исправить их последствия через покаяние и таким образом использовать время болезни для духовно-нравственного исправления.

Смиренное принятие болезни, терпеливое несение этого периода, надежда на помощь не только врачей, но и того, кто силен врачевать все болезни — все эти качества были всегда типичны для людей высокого духа в период болезни. Каждый человек должен иметь такое отношение к болезни как образец для подражания. Именно такое принятие болезни открывает возможность духовного возрастания, служит успокоению человека перед лицом труднопереносимых страданий, является источником утешения; самопознания и духовного подъема в несчастии (Ясперс). Биологическое понимание болезни, как одной из форм проявления нарушений всеобщего закона приспособления к условиям существования, требует объективного выяснения причин и механизмов этого (в данном случае нарушенного) приспособления, знание причин и механизмов развития этих нарушений является основой для помощи организму в преодолении повреждений, внесенных болезнью, и мобилизации защитных, компенсаторных механизмов, помогающих устраниТЬ или, по крайней мере, уменьшить проявления болезни. Общечеловеческое отношение к болезни, как оно отразилось в жизни, философских и художественных произведениях, связано с пониманием несовершенства человеческой природы, какого-то исходного ее нарушения и повреждения. Для одних (как Ницше) это повреждение изначальное, выявляющее порочность самой человеческой личности. Для других оно-результат какой-то глубокой метафизической духовно-нравственной катастрофы, совершившейся в глубинах человеческого духа и извратившей первозданную гармонию человеческой личности, которая теперь является для человека заданной и искомой. Всякая болезнь и особенно психическая, вызывает недоумение, удивление, протест. Человек проходит ряд ступеней — уровней от дисгармонии, декоординации структурных частей его личности, до их распада, дезинтеграции, деградации. В ряде случаев на разных этапах болезни происходит заострение отдельных качеств личности, выявление ранее незамеченных творческих возможностей и даже какой-то особой мудрости и нравственной высоты этих людей (примеры ДОН Кихота, Гамлета, князя Мышкина и многих других). Эти общечеловеческие и философские попытки определять сущность здоровья и болезни могут иметь определенный интерес.

Актеон определял здоровье как гармонию противостоящих сил. Цицерон — как правильное взаимоотношение психических сил. Для Эпикура здоровье — полное удовлетворение всех потребностей. Для стойка — высокий моральный подход в преодолении страданий. Для Ницше здоровья как такового в природе не существует. Для Груле, здоровье — свободное развитие врожденного влечения к добру. Вайцзеккер определяет здоровье как естественную возможность выполнить человеческое предназначение или найти самою себя в наиболее полном и гармоничном включении в общество. Комитет экспертов ВОЗ ООН близок к этому и определяет здоровье не только как отсутствие болезней и страданий, но и возможность полноценной общественной активности. И. П. Павлов видел основу здоровой личности, целости нашего "Я" в правильном взаимоотношении и взаимодействии трех инстанций, трех систем высшей нервной деятельности:

1. безусловных рефлексов -врожденных биологических потребностей и инстинктов,
2. условных рефлексов, отражающих конкретный опыт личности и

3. третьей инстанции — второй сигнальной системы, отражающей в речевой и обобщенной абстрактной форме высшие достижения человеческой истории и культуры.

Здесь уместно напомнить то, что было сказано в главе 1-й о понимании здоровья Еп. Феофаном и Никодимом Святогорием, для которых основным признаком здоровья было единство и гармония всех трех ступеней (сфер, ярусов, слоев) человеческой личности -духовной, душевной и телесной, и это единство и гармония достигается только при условии преобладающего влияния сферы духа, который должен властствовать над душой и телом. В этом единстве и гармонии — здоровье, норма человеческой жизни. В этом спасение (греческое слово *Soteria* значит одновременно и спасение и здоровье). В болезни, наоборот, видят распад и изоляцию противоположно действующих сил или элементов и слоев личности. Но в истории, поэзии, в искусстве мы находим постоянное стремление осмыслить значение болезни для человека. Часто обращают внимание на то, что существуют какие-то скрытые соотношения между болезнью и самыми глубокими человеческими возможностями, между мудростью и болезнью, творчеством и болезнью. Постоянно ставится вопрос: раскрытие творческих возможностей у душевнобольного человека происходит благодаря болезни или вопреки болезни, за счет сохраняющихся творческих возможностей личности? Вопрос о соотношении религиозных переживаний человека и болезни стоит в ряду этих проблем. Мы рассмотрим на конкретных примерах три стороны этого вопроса:

1. Религиозные переживания человека, как проявления болезни, когда больной воспринимает их как откровение, как реальность, ложная мистика по терминологии западных психологов и психиатров состояние прелести, прельщения по терминологии православных подвижников.

2. Религиозные переживания больного человека, их роль в борьбе с болезнью и значение их для компенсации последствий болезни.

3. Религиозные переживания, связанные с болезнью: могут ли они быть источником положительного религиозного опыта?

Ответ на эти вопросы требует внимательного анализа соотношения духовных и душевных процессов при различных психических заболеваниях (патологических формах) с учетом характера течения и стадии болезни, а также клинического состояния (синдрома), в котором болезнь проявляется на той или иной стадии развития. Для нашей задачи целесообразно иметь в виду современное разделение трех видов психических заболеваний в зависимости от их течения и степени участия органически деструктивных мозговых процессов в их развитии.

**1-я группа** болезней, в основе которых лежат соматические заболевания и органические процессы в головном мозге. Психопатологические проявления здесь отражают установленные физические изменения. Их точная квалификация, а не только психопатологический анализ является конечной целью врача: правильно поставленный диагноз открывает пути к лечению и помощи больному. Эти органические заболевания мозга в собственном смысле дают около 28% всех больных, находящихся на лечении в психиатрических больницах и диспансерах. Сюда относятся травмы и опухоли мозга, последствия энцефалитов и менингитов, мозговые специфические инфекции (сифилис мозга и прогрессивный паралич), склероз головного мозга, атрофические старческие и предстарческие заболевания, состояния врожденного слабоумия и умственной отсталости. Эта сравнительно простая для понимания группа болезней, оставляет еще нерешенные вопросы в связи с отсутствием совпадения и параллелизма между тяжестью болезни мозга и психическими нарушениями. Есть тяжелые психозы при умеренно выраженном страдании мозга, и есть тяжелые соматические мозговые поражения при умеренно выраженных нарушениях психики и даже при ясном сознании и душевном здоровье до самой смерти.

**2-я группа** психических заболеваний — так называемые эндогенные процессы. В этой группе нет специфических для диагноза соматических признаков. Диагноз ставится в основном на основе характерных изменений психики. Во многих случаях имеются отдельные соматические нарушения, которые позволяют предполагать наличие патологических процессов в головном мозге или явлений интоксикаций (самоотравления) в организме. Но часто соматические нарушения отсутствуют, в особенности на начальных этапах процесса или при благоприятном его течении. Если в дальнейшем они будут обнаружены (в чем у части психиатров в частности у наших отечественных есть уверенность) — тогда эти болезни могут перейти в 1-ю группу. При этих болезнях установлены специфические и необычные для здоровых людей психические проявления, психозы, припадки, изменения личности, которые имеют определенные и установленные закономерности развития и составляют основу нозологической характеристики и механизмов развития заболевания. Эти заболевания составляют подавляющее большинство больных, находящихся в больницах и диспансерах (50-60%). Сюда относятся три основные нозологические формы:

1. Маниакально-депрессивный психоз, циклотимия, вся группа аффективных психозов, типичные и атипичные формы их.
2. Шизофрения с различными ее формами и вариантами течения (медленно текущие, так называемые вялые — благоприятные формы, периодические приступообразнорецидивирующие формы, непрерывно текущие бредовые формы и юношеские злокачественно-текущие заболевания).
3. Генуинная наследственная эpileпсия.

При всех этих заболеваниях установлено определенное значение наследственного предрасположения, что дает основание признавать их эндогенную природу при определенном значении факторов внешней среды, воспитания, психических травм, защитных механизмов и сопротивляемости личности для выявления этого наследственного предрасположения, которое не считается роковым. Анатомические находки в мозгу отсутствуют при маниакально — депрессивном психозе, не характерны для шизофрении, при эpileпсии коррелируют с течением болезни и возможно являются не причиной, а следствием повторяющихся припадков, (эpileпсические заболевания при органических процессах в мозгу относятся к 1-й группе болезней).

**3-я группа** заболеваний — наиболее легких, функциональных и психогенных, а также конституциональных аномалий личности, не имеющих в своей основе деструктивных, т. е. разрушительных процессов в головном мозге. Эти заболевания не угрожают прогрессирующем течением, разрушением личности, снижением интеллекта, слабоумием. Сюда относятся реактивные психогенные заболевания, неврозы, психопатии, патологические характеры, аномалии личности и поведения. В больницах эти формы дают не более 10-15%. Их чаще можно встретить в санаториях, диспансерах, и даже в общих поликлиниках. По зарубежным данным в условиях урбанизации и индустриализации неврозами, если учесть и самые легкие формы, страдает большая часть человечества. Следовательно, это те пограничные заболевания, стоящие на границе между здоровьем и болезнью, с которыми врачу психотерапевту и пастырю в церкви приходится встречаться чаще всего:

1. Психопатии, патологические характеры (врожденные и приобретенные в связи с неблагоприятными условиями воспитания) типа возбудимых, эмоционально лабильных, патологически замкнутых, эмоционально холодных, конституциональных астеников, неврастеников, инфантильных, эмоционально лабильных истеричных, эгоцентричных инертных упрямцев, склонных к сверхценным (переоцениваемым) и бредовым образованиям (одержимых идеями ревности, сутяжничества, изобретательства, реформаторов общества), фантазеров, сексуально извращенных и т д Незрелость суждения и черты инфантильности являются общей особенностью большинства этих больных

2. Неврозы, невротические реакции и затяжные невротические развития личности возникающие в ответ на психотравмирующие ситуации у конституционально слабых или неуравновешенных личностей, в особенности тогда, когда они оказываются несостоятельными перед лицом непосильных требований или сверхсильных раздражителей окружающей среды. Разделяют неврозы истерические, навязчивые, фобические, ипохондрические, психастенические.

К этим формам врач будет подходить в поисках соматических и биологических причин и почвы, на которой они развились. Психотерапевт постараётся устраниć психотравмирующие причины или по крайней мере научить больного правильно на них реагировать. Опытный духовник поможет больному преодолеть моральные причины, дефекты воспитания, помочь больному достигнуть здорового уровня в духовной жизни, найти посильные и вызывающие интерес занятия и профессию, преодолеть моральные затруднения. Здесь психотерапевтическая работа часто связана с глубоким анализом душевных переживаний и многолетним воспитанием, ведением больного, психологии (от греческого *ago* веду) как вид психотерапии. В зависимости от убеждений и возможностей больного он часто обращается за этим к духовнику. Но даже и врачи психотерапевты в этих случаях апеллируют к моральной стороне личности и обязательно обращают внимание на наличие совести и чувства вины у больного.

Один человек видит в болезни выход и выгоду для себя (при истерии), у другого моральная реакция на симптом болезни возбуждает протест, будит совесть, способность к критике (Вайцзеккер). Американский психиатр Карпмен в своей классификации пограничных состояний (неврозов и психопатии) даже полностью отходит от медико-биологической точки зрения и придаёт решающее значение моральной самооценке больного и той реакции, которую вызывает только отрицательную реакцию, ибо психопаты бездушны, беззаботны, лишены чувства вины. Жизнь у них проходит в примитивном животном плане. Они не считаются с внешними обстоятельствами. Их поведение определяется животными инстинктами не подчиняющимися диктату сознания. Они не способны на сложные эмоциональные реакции. Карпмен даже предложил заменить термин "психопатия" термином "анэтопатия" (патологическое отсутствие морального чувства). Один из последователей его Р. Миллер на этом основании предложил такой дифференциально-диагностический признак:

Если у больного есть совесть и чувство вины, это не психопатия, а только невроз. У психопата нет совести и чувства вины. В лучшем случае только чувство неудобства от тех или иных проявлениях психопатического характера. Мы так подробно привели здесь эту крайнюю чисто морализирующую точку зрения для того, чтобы показать, что она далека от объективной медико-биологической и социальной характеристики психопатии, от научно медицинского и психотерапевтического подхода. Ибо христианский подход не заменяет, не подменяет медико-биологического подхода, а лишь его дополняет и обогащает. Эта морализующая точка зрения по существу чужда и христианскому подходу к больным с психическими аномалиями; она противоречит всему многовековому опыту православной Церкви и в частности, монастырской психиатрии, заветам Христа о помоћи больным и приведенному выше правилу епископа Игнатия Брянчанинова. Но подробнее об этом речь будет идти в последующих главах, при описании отдельных форм заболеваний и конкретных примеров. Здесь в заключение этих вводных глав необходимо сказать о том, важном что объединяет усилия всех трех представителей науки и религии, которые призваны врачевать душевные недуги, врача, представляющего медико-биологическую точку зрения, психотерапевта, использующего методы психического воздействия на больного и духовника, представляющего религиозную точку зрения и использующего методы духовно-душевного воздействия. Все они в процессе работы с больными имеют одну общую задачу: помочь больному осознать свою болезнь, критически отнестись к симптомам болезни, к своим недостаткам, дефектам психики

(интеллекта, темперамента, характера и поведения). Врач, использующий методы биологического и лекарственного (психофармакологического) воздействия для подавления бреда, галлюцинаций, возбуждения или депрессии, будет видеть успех своего лечения, если больной начинает понимать болезненное происхождение этих симптомов, относиться к ним, как к явлениям чуждым его личности. Такое критическое отношение говорит о выздоровлении. В других случаях больной говорит врачу: это было в прошлом (голоса, бред воздействия, колдовства, одержимости), а теперь этого нет. они меня оставили и не беспокоят. Такие больные иногда так и не понимают болезненного происхождения симптомов, но зная, что лекарство помогает их преодолеть, сами приходят к врачу в момент обострения или начинают вновь принимать назначенное ранее и помогавшее ранее лекарство. Врач в этих случаях констатирует неполное выздоровление, временное послабление хронической болезни, ремиссию с неполной критикой к болезни, с двойственным амбивалентным колеблющимся, неустойчивым отношением к ее симптомам.

Врач-психотерапевт сосредоточит внимание на тех симптомах, которые имеют психическое психогенное происхождение, которые связаны с психотравмирующими переживаниями (депрессия, навязчивые идеи, страхи, ипохондрические идеи) или с тяжелой реакцией на физическое или психическое заболевание, имеющие органическое, мозговое происхождение (склероз мозга, эпилепсия, шизофрения) или обусловлены конституцией, болезненным предрасположением (патология характера, психопатия). Во всех этих случаях задачей психотерапевта является выяснить путем детального исследования происхождение болезни, явные или скрытые психологические и конституциональные корни болезни объяснить их больному, довести до его сознания, помочь их осознать, критически оценить, преодолеть методами психотерапии, рациональной психотерапии разъяснением, разубеждением, внушением, гипнозом, самовнушением. аутогенной тренировкой, наконец воспитательной работой психологическими методами и т. д. Осознание с помощью врача порою давно забытых или вытесненных из сознания травмирующих переживаний помогает больному освободиться от их влияния (katarsis-древних греков). Правильное разумное отношение к психопатическим чертам характера или к болезненным влечениям с применением необходимой биологической терапии также облегчает состояние таких больных. В этих стадиях болезни нужна систематическая психотерапия и продолжение лекарственной, называемой теперь поддерживающей терапией.

Пред духовником стоит та же задача: помочь больному правильно критически отнести к психической болезни, осознать ее и активно ей противостоять, пользуясь в необходимых случаях помощью врача. Верующий человек, живущий здоровой духовной жизнью, постоянно контролирует себя, состояние своего сердца, слышит голос совести, по мере духовного роста осознает свои грехи, может тяжело переживать раскаяние (плач о грехах), но в молитве, в покаянии, в литургии находит облегчение, освобождение и радость (печаль, которая от Бога производит неизменное покаяние ко спасению — ведет к духовному оздоровлению). Совсем иная печаль мирская, депрессия, которая не проходит от молитвы и покаяния, приводит человека в состояние тоски, отчаяния, уныния, "производит смерть".

Духовник должен уметь показать пришедшему к нему болезненный характер такой депрессии, является ли она результатом чрезмерной болезненной реакции на ту или иную потерю (близких людей, дорогих вещей, состояния) или результатом нарушения мозговой деятельности, витальной депрессией, эндогенной, циркулярной или даже шизофренической (т. е. происходит от природы, от естества). В таких случаях необходимо кроме лекарственной терапии постоянно и терпеливо напоминать больному, что это болезнь и она пройдет (аффективные психозы теперь доступны терапии). Также необходимо привести больного к осознанию болезни при противоположных состояниях - возбуждения, переоценки своих сил. Горделивых бредовых мыслей о своем богатстве, об

исключительных способностях, об изобретениях мирового значения, об исключительном понимании и праве всех учить, обличать (паранойя — бред изобретательства, реформаторства, сутяжничества, ревности и т. п.). В этих случаях, задача длительного и упорного лечения привести больного к самокритической оценке своего состояния. То же самое и при галлюцинациях, бредовых идеях воздействия, навязчивых идеях, особенно тягостных для верующего человека непреодолимых навязчивых идеях и автоматических, нерегулируемых волей идеях хульного содержания, (т. н. хульных мыслях). Они требуют длительного лечения. Духовник своим авторитетом должен помочь больному понять, что эти идеи не являются результатом воздействия злого духа, бесоодержимости, а происходят от болезненного состояния центральной нервной системы, от естества, от природы. То же самое относится и к галлюцинациям и голосам ободряющего, критикующего, императивного характера или типа повторяющихся озарений, откровений. Во всех этих случаях нужна особая трезвость оценки, правильный духовный диагноз и умение различить духовные явления от болезненных. На примерах в дальнейшем изложении будет показано, что опыт в частности православных подвижников помогает отличить подлинно духовные переживания от болезненных, которые при отсутствии критического к ним отношения неизменно приводят верующего в состояние прелести.

### Соотношения и взаимное влияние духовных и душевных переживаний при аффективных психозах

Анализ различных взаимоотношений духовных и душевных переживаний мы начнем с сравнительно простых и очень распространенных аффективных психозов, при которых первичными являются сдвиги в аффективных, витальных, жизненных биологических слоях психики со сменой периодов упадка, подавленности, депрессии и периодов подъема, экзальтации, так называемого маниакального состояния. Причем периоду депрессии соответствует замедление, заторможение мыслей и действий по темпу и мрачная окраска содержания мышления (идеи самоуничижения исключительной греховности, преступности, безнадежности, уныния, духовной гибели и самоубийства). Периоду экзальтации маниакального состояния соответствует быстрый темп движений, гиперактивность, обилие мыслей и отвлекаемость, скачка идей, переоценка своих возможностей, достигающая степени идей величия, могущества и т. д. Эти периодические смены фаз депрессии и подъема настроения, так называемые циркулярные психозы, в легких амбулаторных случаях носят название циклотимии, часть не диагностируются и проходят, как периоды особой продуктивности в работе, солнечного настроения, живости и остроумия в обыденной жизни, или наоборот, как периоды меланхолии, мрачного настроения, медлительности в мыслях и действиях.\* В более тяжелых случаях приводят к неожиданному для окружающих самоубийству, осложняются бредовыми идеями преследования, воздействиями ступора, неподвижности и тогда дают основание для диагноза атипичного циркулярного психоза и циклофрении в одних психиатрических школах или для диагноза циркулярной и периодической шизофрении в других школах.

Для нас нозологическая оценка этих смешанных, осложненных, переходных форм не имеет значения. Важно лишь то, что возникают они у лиц особого психопатического склада, или на почве органической неполноценности мозга или в результате шизофрении, протекающей во время первых приступов по типу аффективных психозов. Типичные простые, неосложненные аффективные психозы, чаще развиваются у лиц мягких, общительных, эмоционально теплых синтонных, (т. е. гармоничных по своему складу), а по господствующему настроению относятся к конституционально депрессивным, склонным к пониженному настроению, чувству собственной малоценностии, недооценивающих себя в духовной области, склонных к повышенному чувству

Греховности, к слезам и печали о своих ошибках, к сомнениям в возможности прощения и редко их посещающему чувству радости прощения при покаянии. Другие, наоборот обладают повышенным фоном настроения: это гипертимики, они оптимисты. самоуверенные, деятельные, часто гиперактивные, но поверхностные, легкомысленные люди. Чувство покаяния и плача о грехах им не дано от природы, по их естеству. Если первых надо призывать к радости прощения, то вторым надо прививать чувство совести, самоконтроля, греха и покаяния. Трети из предрасположенных к аффективным психозам живут под флагом постоянной смены периодов депрессии, экзальтации и периодов ровного среднего настроения или даже депрессии (циклотимики). Рассмотрим круг относящихся к этим заболеваниям проблем на примере болезни Н В Гоголя, который умер в 1852 г, когда еще циркулярный психоз не был описан.

Его болезнь в то время не была правильно распознана, врачи ее неправильно лечили, духовный его руководитель неправильно оценивал состояние больного, хотя он за 12 лет перенес 9 аффективных приступов болезни, которые усложнялись от приступа к приступу, принимали атипичную форму благодаря включению бредовых и кататонических (ступорозных) симптомов (заторможенности). И больной умер от тяжелого истощения с нарушением обмена веществ, бредом греховности, самоуничижения, а на высоте приступа с упорным отказом от пищи, полной двигательной и мыслительной заторможенности и мутизмом (10 дней не говорил ни слова). Сожжение 2го тома "Мертвых душ" было также совершено во время приступа депрессии с болезненным сознанием своей виновности и греховности своего творчества. По своему характеру Н. В. Гоголь был, конечно, не синтонным человеком. Биографы говорят о странной смеси упрямства, дерзкой самонадеянности и самого униженного смирения при склонности к ипохондрическим переживаниям и странным выходкам еще во время учебы в лицее. Нозологическая трактовка болезни Гоголя (для нашей задачи не имеющая существенного значения) до сих пор остается предметом дискуссии (маниакально-депрессивный психоз или приступообразная шизофрения, на первых этапах протекающая в форме аффективных приступов).

Первый приступ болезни Гоголь переносит в 1840 г. в Риме. Он сознает, что находится в необычайном болезненном состоянии и пишет в письмах о тяжести в груди, давление дотоле не испытанном, об остановившемся пищеварении (что типично для депрессии), о болезненной тоске, которой нет описания, как смертный ужас. Он пишет: "Солнце, небо — все мне неприятно. Моя бедная душа: ей здесь нет приюта. Я теперь гожусь больше для монастыря, чем для жизни светской". Противоположные состояния: — 5/03-1841 г. В письме к Аксакову: "Да, друг мой, я глубоко счастлив, я слышу и знаю дивные минуты, создание чудное творится и совершается в душе моей". 13/03 -"труд мой велик, мой подвиг — спасителен". Данилевскому — 7/VII — "О верь словам моим. Властью высшею облечено отныне мое слово". Языкову — 23/X — "У меня на душе хорошо и свежо". Аксаков потом пишет об этих периодах: "Гоголь в эти периоды впадал в противный тон самоуверенного наставника". В состоянии патологической экзальтации появлялись мысли о его провиденциональном назначении. В первых приступах еще сохранялась критическая оценка своего состояния и поведения. Гоголь сам знал эти периоды возбуждения, наступавшие на выходе из депрессии на несколько недель, когда он не вполне владел своими чувствами и волей. В частности о "Переписке с друзьями" он писал о. Матфею и Иванову, что он написал и выпустил эту книгу "слишком скоро после своего болезненного состояния, когда ни нервы, ни голова не пришли еще в нормальный порядок".

В 1842 г. новый приступ депрессии и он пишет: "Мной овладела моя обыкновенная (уже обыкновенная) периодическая болезнь, во время которой я остаюсь почти в неподвижном состоянии в комнате иногда в продолжение 2-3 недель. Голова моя одеревенела. Разорваны последние узы, связывающие меня со светом. Нет выше звания монаха". (Письмо Прокоповичу). Снова в 1846 г. : состояние настолько тяжелое, что

повеситься или утопиться кажется ему единственным выходом, как бы похожим на лекарство. "Молитесь, друг мой, да не оставит меня Бог в минуты невыносимой скорби и уныния" (письмо Языкову).

В 1848 г. перед поездкой в Палестину письма еще отражают сопротивление и борьбу наступающим приступам болезни. Он рассыпает близким и друзьям составленную им молитву с просьбой вспоминать его и молиться о нем по этой записочке сверх того, что находится в обоих молебнах. "Душу же его исполни благодатных мыслей во все время дороги его. Удали от него духа колебания, духа помыслов мятежных и волнуемых, духа суеверия, пустых примет и малодушных предчувствии, ничтожного духа робости и боязни". (Письмо Шереметьевой 22/1 из Неаполя.)

Приступы учащаются и становятся тяжелее: 1849 г. — Жуковскому: "Что это со мной? Старость или временное оцепенение сил? Или в самом деле 42 года для меня старость? От чего, зачем на меня нашло такое оцепенение — этого я не могу понять. Если бы Вы знали, какие со мной странные происходят перевороты, как сильно все растерzano внутри меня. Боже, сколько я пережил (биограф Шенрок читает — пережог?), сколько перестрадал".

Последний приступ болезни (XII 1851-II-1852), в котором Гоголь погиб, протекал злокачественно, на фоне нарастающего депрессивного аффекта с бредовыми идеями самообвинения и гибели, с кататоническим ступорным состоянием, прогрессирующим истощением и полным отказом от пищи. Известно, что 2 суток он провел пред иконами на коленях без пищи и питья. Слуга обращается к друзьям, т. к. опасается за его жизнь. 11-12/02 он сжигает все рукописи 2-го тома "Мертвые души". С этой ночи он 10 дней лежит в напряженной позе в постели, ни с кем не говорит до самой смерти (вследствие бурно нараставшего истощения).

Итак, даже при отсутствии истории болезни и компетентного врачебного описания из этих потрясающих по наблюдательности и художественной точности самоописаний ясно следующее:

1. Гоголь страдал аффективно-бредовым психозом с приступообразным циркулярным течением.

2. Гоголь знал о своей ставшей обыкновенной периодической болезни и боролся с ней с помощью друзей и духовника о. Матфея.

3. Описание этой болезни в психиатрической литературе не было известным и впервые появилось через два года после смерти Гоголя (в 1854 г.). Поведение врачей и духовника в отношении патологических состояний Гоголя было ошибочным (Примечание).

4. При таких заболеваниях - обязанность духовника вовремя распознать аффективные витальные корни депрессии и маний, вовремя рекомендовать обратиться за помощью к врачу и помочь бороться во время депрессии с унынием, с греховными мыслями о самоубийстве с безнадежностью, мирской печалью, с тоской, которая "производит смерть", а во время экзальтации -помочь бороться с горделивыми мыслями, переоценкой своих возможностей, которые непосредственно смыкаются с состоянием прелести.

5. В религиозных переживаниях Гоголя были, особенно в первых приступах и даже до 1848 г., элементы борьбы с болезнью, сопротивления, молитвенного призыва помощи Божией и просьбой к близким и друзьям о помощи в борьбе с мятежными помыслами, суевериями, пустыми приметами и малодушными предчувствиями. В дальнейших приступах и особенно в последнем было уже полное господство бреда греховности, самоуничижения, потери веры в возможность прощения, т. е. все то, что западными психологами религии расценивается как ложная мистика, продиктованная болезнью.

6. Отсутствие истории болезни, описания состояний больного между приступами и, наконец, недоступность для изучения творчества Гоголя в

последние 10 лет его жизни не оставляет места для дискуссии о нозологическом диагнозе (циркулярный психоз атипичный или рецидивирующая, циркулярная шизофрения). В пользу последнего диагноза говорит отсутствие подлинных светлых промежутков, после частных, почти ежегодных приступов, изменения личности и творчества, утраты творческой свободы и того легкого жизнерадостного искрящегося весельем и юмором гения, которым Гоголь владел до начала болезни. Все это позволяет говорить о том, что у больного в ходе болезни наростали изменения личности, выходящие за рамки только ослабления и одряхления, которые наблюдаются у больных циркулярным психозом в более пожилом возрасте. Психиатр скажет, что в ремиссии у больного не было полного восстановления и наблюдались остаточные явления болезни, синдром изменения личности.

*Примечание: При отказе от пищи и прогрессирующей истощении врачи применяют с лечебной целью пиявки, кровопускание, рвотные средства вместо укрепляющего лечения, искусственного питания и т. п.*

Духовник не понимал, что имеет дело далеко не с обычным покаянием, печалью о грехах здорового человека, которая в общей диалектике здорового покаяния заканчивается радостью прошения и возвращением в дом Отца. У Гоголя была депрессия витальная, от природных биологических процессов, по естеству, печаль не та, которая от Бога, и которая производит неизменное покаяние ко спасению, а печаль мирская, которая производит смерть (по Ап. Павлу). По этому вместо ободрения и призыва к самопроверке, вместо разъяснения больному, что он впал в болезнь, которая имеет естественное биологическое происхождение, что эту болезнь надо принять и с терпением нести, как человек переносит тиф и воспаление легких или туберкулез, духовник советовал бросить все и идти в монастырь, а во время последнего приступа привел Гоголя в ужас угрозами загробной кары, так что Гоголь прервал ею словами: "Довольно! Оставьте! Не могу больше слушать! Слишком страшно!", и просил у него извинения за то, что "оскорбил его" (письмо Плетнева Жуковскому).

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 развития этого заболевания, толковал его односторонне, духовно-мистически, а не в аспекте широкого горизонта человеческой личности, единства в ней биологического, психологического и духовного в их сложных взаимоотношениях. Таковы результаты недостаточной компетентности врачебного и (позволим себе сказать) духовного диагноза, которые в наше время уже непростительны: избежать их в таких случаях можно только объединенными усилиями врача и духовника, верующий больной нуждается в помощи их обоих.

### Эпилепсия

Из большого и весьма многообразного по своим проявлениям круга эпилептических заболеваний мы рассматриваем в этой главе только основную группу генуинной, врожденной эпилепсии. В этой группе главной причиной болезни является передающаяся по законам наследственности готовность к судорожным припадкам (падучая болезнь по старой терминологии) и их психическим эквивалентам, нередко в сочетании с особым складом характера у больных и типичными особенностями их невросоматической организации, которые могут проявляться с детства (леворукость, заикание, мигрени, ночные снохождения и страхи, с полным отсутствием воспоминаний о них и т. д.)\*

\* Примечание: следовательно в этой главе не рассматриваются те случаи, когда эпилептические приступы развиваются в структуре какого-либо органического заболевания головного мозга (менингитов,

Различают простую, судорожную форму эпилепсии и сложную психическую эпилепсию, с различными приступами психических расстройств, заменяющих или сопровождающих судорожные пароксизмы.

А. ПРОСТАЯ ФОРМА ЭПИЛЕПСИИ проявляется в однотипных и сравнительно редких судорожных приступах, имеет относительно благоприятное течение и не сопровождается грубыми изменениями личности и явлениями слабоумия, большую частью лечится не у психиатров, а у невропатологов, т. к. больные не считаются психическими больными. Они нередко свои припадки скрывают — диссимулируют их, или сами о них ничего не помнят. Для духовной личности человека это заболевание ставит по существу те же проблемы, как и всякая телесная, соматическая болезнь. Такая форма эпилепсии была у Цезаря, Магомета, видимо и у св. Тихона Задонского, который из-за припадков должен был оставить епископскую кафедру и ограничить свою деятельность литературными трудами и заботой о человеческих душах.

Его высокий моральный уровень и очень теплое отношение к страданиям людей особо отмечал А. М. Горький, вообще не склонный к положительным оценкам священнослужителей, встречавшихся на его жизненном пути. Эта форма эпилепсии может развиваться у людей различного склада личности, но есть некоторые особенности, которые чаще других сочетаются с припадками падучей болезни, входят в структуру типичного наследственного предрасположения к этой болезни, а нередко углубляются, заостряются в ходе болезни и достигают степени бросающейся в глаза патологии, особенно при учащении припадков, которые являются одним из симптомов обострения болезни. Обязанность духовника в отношении этих больных — двоякая:

1. помочь больному правильно отнестись к своей болезни, освободить его от страха перед припадком, побудить к активному лечению современными и достаточно эффективными антисудорожными и другими необходимыми лекарственными средствами, а также содействовать квалифицированному обследованию больного, чтобы выяснить, не является ли причиной эпилепсии, менингоэнцефалит, опухоль, травма мозга, которые требуют специального лечения,

2. помочь больному в борьбе с патологическими проявлениями в его характере и поведении, критическом осознании своих аномалий характера и мышления (о чем речь — ниже). В психиатрии эти патологические черты личности больных эпилепсией определяются как "эпилептоидные", а в более тяжелых случаях как "эпилептический характер". Известны несколько его вариантов:

а. возбудимые, агрессивные люди сильных, непреодолимых влечений, безудержных вспышек гнева и страсти, приступов злобного агрессивного поведения. После таких вспышек больной может раскаиваться, просить прощения, сознавать безнравственность и греховность своего поведения, давать обещание исправиться, верующий человек может искать помощи в этой трудной борьбе в молитве, что создает такому человеку репутацию неискренности и ханжества, т. к. приступы гнева и агрессивного поведения повторяются. Отсюда определение старых учебников эпилептика, как человека с камнем за пазухой и молитвенником в кармане.

б. Астенизированные, утомляемые или тугоподвижные, медлительные, с преобладанием не агрессивных, а защитных реакций (дефензивный тип вязких аффектов, инертности мыслей). У одних

---

энцефалитов, травм, опухолей, артеросклерозе и тд), т. е. являются лишь симптомами этих заболеваний, и потому нередко имеют общее название симптоматические, эпилепсии.

доминирует чувство долга и сочувствия к людям гиперсоциального поведения. У других преобладает практичность, бережливость, скрупульность, хозяйственность, что в условиях старого общества также расценивалось как "гиперсоциальность", типы крепкого эгоистического хозяина-кулака или скупого рыцаря.

с. Больные склонные к тяжелым расстройствам настроения, дисфориям, наступающим без внешних причин приступам мрачной, злобной тоскливости, ворчливости, недовольства, продолжающимся от нескольких часов (встал с левой ноги) до нескольких дней. Такие приступы могут сопровождаться неудержимым влечением к алкоголю или к движению, что создает картину запойного пьянства и периодического бродяжничества (эпилептическая фуга, бегство). В других случаях такие приступы проходят под знаком подъема настроения и активности, со стремлением к поучениям, морализированию, с повышенной самооценкой и склонностью к сутяжному поведению О тактике врача и духовника в отношении этих вариантов эпилептических характеров речь будет идти подробнее при описании всех вариантов патологических характеров (психопатии).

Конечно, если до болезни пациент отличался сильным характером, высоким интеллектом и уравновешенным типом высшей нервной деятельности, его сопротивляемость болезни сохраняется дольше, и борьба с патологическими чертами характера ведется более успешно, чем при врожденной неуравновешенности и патологических чертах характера. Наоборот, в тяжелых и далеко зашедших случаях эпилепсии, в особенности начавшейся в детстве или осложненной другими заболеваниями головного мозга, может развиться картина эпилептического слабоумия со снижением памяти, способности к суждениям, с медлительностью, вязкостью, тугоподвижностью мыслительных процессов, узостью и эгоистической направленностью интересов, способностью к односторонним, необъективным суждениям продиктованным аффектом и достигающим степени бредовой убежденности в правильности своих патологических идеи (например, ревности, преследования, сутяжничества и т. п.). Эти тяжелые случаи чаще развиваются при второй форме (смешанной или психоэпилепсии), но даже и при редких припадках они крайне затрудняют приспособление этих больных к жизни в коллективе и полезную трудовою деятельность. Такие больные эпилепсией с слабоумием и бредовыми идеями, недоступными критике и коррекции, подолгу находятся в лечебных учреждениях и могут продуктивно работать при постоянном лечении и коррекции их поведения со стороны медперсонала или родных в семье.

В. ДРУГАЯ ФОРМА ЭПИЛЕПСИИ кроме судорожных припадков проявляется в психических эквивалентах (заменителях припадков). приступах помрачнения или полного выключения сознания с галлюцинациями, бредом, злобными аффектами, безудержной агрессией и опасностью для окружающих или наоборот в состояниях экстаза, озарения также с галлюцинаторными переживаниями Такие состояния помрачнения сознания могут быть краткими и протекать в виде выключения, отключения от окружающей обстановки, отсутствия (французское absence) с неясным бормотанием, причмокиванием или другими бессмысленными автоматизированными движениями бегства, фуги, вращения и т. п. Эти психические эквиваленты могут наступать в качестве больших предвестников больших судорожных припадков или наоборот, не посредственно следовать за припадком Такие сложные смешанные формы эпилепсии с судорожными припадками и психическими эквивалентами быстрее приводят к

более грубым изменениям личности со снижением интеллекта и нарушением правильного поведения в семье и обществе Описанные выше типичные варианты характерологических нарушений выступают здесь в более грубой форме, в сложных сочетаниях полярных противоположных качеств черты грубоści, агрессивности, гневливости сочетаются с чертами угодливости, спаcавости, льстивости и другими защитными формами поведения (полярность агрессивности и дефензивности) Или черты вязкости, медлительности, ту неподвижности, гиперсоциальности, с вспышками гнева безудержных влечений жестокости и т. д. (полярность связанности, замедленности и безудержных влечений = gebunden-getrieben немецких авторов) Или, наконец, полярность просветления, экстаза, подъема настроения и мрачной, злобной тоскливости и упадка.

Такие сочетания одновременно проявляющихся или сменяющих друг друга противоположных полярных признаков производят тяжелое впечатление двойственности, двойничества, противоречивости. (Иван Грозный, как пример такого эпилептического характера). При частых припадках и эквивалентах, при отсутствии светлых промежутков и восстановления критического отношения к своему поведению у больных утрачивается способность к правильной оценке (социальной и моральной) своего поведения, наступает торможение умственных способностей, снижение уровня личности или эпилептическое слабоумие. В таких случаях могут возникать не только судорожные пароксизмы и кратковременные эквиваленты, но и затяжные на несколько дней и недель психозы, когда больные неправильно воспринимают окружающее, становятся агрессивными и при изменении сознания могут быть опасными для окружающих. Однако при условии лечения, даже и после тяжелых припадков и психозов, возможны просветления, ремиссии, послабления в ходе болезни, с возвращением интеллектуальной активности, критического отношения правильной моральной оценки, раскаяния и сожаления о тяжелых или антисоциальных поступках, имевших место во время психоза. Неожиданное наступление тяжелых припадков, сотрясающих больного, повергающих его в судорогах и корчах на землю, вызывающих впечатление какого-то постороннего чуждого для личности воздействия в прежние времена давало основание расценивать эти приступы, как результат вмешательства злой силы, одержимости бесами, или, в других случаях, как результат божественных влияний, откуда пошло старое название эпилепсии священная болезнь (*morbus sacer*).

Еще в начале XX века возникновение эпилепсии, в особенности первых припадков, связывали с психической травмой, испугом, что позволяло описывать эту болезнь в учебниках в главе "nevrozov", т. е. заболеваний без органической основы. Современными исследованиями в медицине установлены определенные особенности динамики нервных процессов, вызывающие припадки, что позволяет врачам с успехом лечить этих больных противосудорожными и другими средствами с определенным режимом жизни и питания. При наличии очаговых изменений в коре головного мозга, в особенности после травм, менингитов и при опухолях мозга. Успех достигается оперативным вмешательством в нейрохирургических учреждениях. Очень поучительным для священника примером врожденной наследственной эпилепсии является болезнь Ф. М. Достоевского: гениальный писатель страдал с 15 лет эпилепсией. Это была относительно благоприятная по течению форма смешанной эпилепсии с редкими припадками и эквивалентами, благодаря чему он до конца жизни сохранил творческие способности, хотя и страдал значительными дефектами памяти. Заболевание дало обострение в студенческие годы, а затем в период суда, смертного приговора, лет каторги и солдатской службы.

Грубой ошибкой являются наивные попытки объяснить болезнью, выводить из болезни мировоззрение и творчество писателей или общественных деятелей. Ф. М. Достоевский был гениальным писателем "не благодаря, а вопреки" болезни. Будучи писателем автобиографическим, он в своем творчестве показал в частности и все многообразие и противоречивость проявлений и переживаний неуравновешенных типов

человеческой личности. В то же время, как верующий человек, вера которого прошла "сквозь все горнила сомнений", он в ряде своих героев отразил и свои попытки осмыслить свою болезнь и опыт борьбы с болезнью.

Наиболее полное отражение эта сторона переживаний писателя нашла в образе князя Мышкина (роман "Идиот"). В сопоставлении с самоописаниями автора в его письмах, в письмах и дневниках жены, мы имеем возможность по этому роману детально познакомиться с раздумьями гениального художника и мыслителя о болезни в свете религиозного опыта.

Из записных книжек Достоевского мы знаем, что к созданию образа князя Мышкина он подходил с четко осознанной задачей "показать положительного героя в условиях нашей русской действительности". "Восстановить и воскресить человека". Обсуждая при этом бывшие до него попытки дать образ положительного героя в литературе, автор упоминает Дон Кихота, Пикквика, Жана Вальжана и считает их неудачными. А для выполнения поставленной задачи выбирает образ и судьбу человека больного эпилепсией?!

Перед нами — человек больной с детства. Мы встречаемся с ним после его многолетнего лечения, проведенного в условиях специального лечебного учреждения. Болезнь замедлила его развитие, оставила в его психике черты детскости, незрелости, наивности. Психофизическая его организация надломлена болезнью, но тем не менее по своим духовно-моральным качествам он стоит неизмеримо выше всех окружающих. Клинически состояние его описывается в начале романа как состояние терапевтической ремиссии "послабления болезни", в периоде без припадков и эквивалентов, что позволяет ему вернуться на родину. Он полон любовью к людям, особенно к детям. В его планах — работа по воспитанию детей, организация клуба для них. Но при встрече его с обществом того времени начинают выявляться парадоксы: это — нездоровый человек, с эпилептическими чертами характера и поведения, с преобладанием защитных дефензивных черт и гиперсоциальности. Его за необычные поступки и суждения не стесняясь в лицо называют "идиотом". Но в то же время он производит на окружающих неизгладимое впечатление: он покоряет самых разных людей своей человечностью, добротой и мудростью. Конечно, с точки зрения врачебной он — и в это время ремиссии не полностью здоров: его организация надломлена болезнью (как и сам автор был, конечно, надломлен болезнью, хотя и не сломлен), его ранимость, сверхчувствительность к чужому горю и несправедливости окружающей жизни обрекает его на страдания.

Его душевный мир нарушается благодаря крайней ранимости, сензитивности, что приводит в конце романа к рецидиву припадков, но в этой чужой среде петербургского мещанства того времени он оказывается единственным человеком, кто "сохраняет духовную независимость, поэтическую гармонию естественно проявляемых чувств" (как стремился показать его артист Смокуновский на сцене).

И, наконец, что самое удивительное, наиболее высокие состояния духовного подъема, озарения, самые глубокие, почти пророческие высказывания непосредственно связаны у этого больного человека с предприпадочными состояниями, входят как бы в общую структуру предвестников припадка. Отношение самого больного, как верующего человека к этим состояниям представляет большой интерес для врача и для священника. Поэтому здесь приводится описание случая на вечере у Епанченых целиком, так, как оно сделано автором, конечно, на основе своего опыта и дано с точностью и полнотой медицинского документа. ("Идиот" Изд. 1905. г., стр. 26). "Князь был "вне себя", много смеялся коротким, восторженным смехом, говоря короткими фразами, между которыми не всегда удавливалась связь: "Неужели в самом деле можно быть несчастным? Знаете, я не понимаю, как можно проходить мимо дерева и не быть счастливым, что видишь его? Говорить с человеком и не быть счастливым, что любишь его? О, я только не умею высказать, а сколько вещей на каждом шагу таких прекрасных, которые даже самый потерявшийся человек находит прекрасными? Посмотрите на ребенка, посмотрите на

Божью зарю, на травку, как она растет, посмотрите в глаза, которые вас любят... он давно уже говорил стоя... (пропуск). Аглай быстро подбежала к нему, успела принять его в свои руки и с ужасом услышала дикий крик "духа сотрясшего и повергшего" несчастного. Больной лежал на ковре. Напомним, что в другой раз перед припадком (стр. 266) при встрече с Рогожиным на лестнице "князь помнил только первый звук своего страшного вопля, который он никакой силой не мог остановить". И еще одна страница (255-256), где Федор Михайлович в словах князя Мышина излагает, конечно, свои размышления над проблемой болезни и ее значения в общем духовном опыте больного. Он думал о том, что в эпилептическом состоянии его была одна ступень, когда (если только припадок проходил наяву), вдруг среди грусти, душевного мрака, давления -мгновениями как бы воспламенялся мозг и с необыкновенным порывом разом напрягались все силы жизни. Ум, сердце озарялись необыкновенным светом, все волнения, все сомнения, все беспокойства как бы умиротворялись разом, разрешались в какое-то высшее спокойствие, полное ясной, гармоничной радости и надежды, полное разума и окончательной причины (но и это было только предчувствие той окончательной секунды, с которой начинался самый припадок. Эта секунда была, конечно невыносима).

"Раздумывая об этом мгновении уже в здоровом состоянии — продолжает далее Достоевский — он часто говорил себе, что все эти мгновения и проблески высшего бытия не что иное, как болезнь, как нарушения нормального состояния, а если так, то это вовсе не высшее бытие, а наоборот, должно быть причислено к самому низшему. И, однако он дошел, наконец, до чрезвычайно парадоксального вывода: что же в том, что это болезнь? Какое до этого дело, что это напряжение ненормально, если самый результат, если минута ощущения, припоминаемая и рассматриваемая уже в здоровом состоянии, оказывается в высшей степени гармонией, красотой, дает неслыханное и негаданное дотоле чувство полноты, меры, примирения и восторженного молитвенного слияния с самим высшим синтезом жизни. "В этот момент, говорил он Рогожину, — становится понятным необычайное слово, что "времени больше не будет". Эти туманные выражения казались ему самому очень понятными, хотя еще слишком слабыми. В то же, что это — действительно "красота и молитва", что это действительно "высший синтез жизни", в этом он сомневаться не мог, да и сомнений не мог допустить".

"Ведь не видения же ему снились в этот момент, как от гашиша, опиума или вина. Мгновения эти были именно одним только усилением самосознания. Эта секунда по беспредельному своему счастью может стоить всей жизни." "Впрочем за диалектическую часть своею вывода он не стоял: отупение, душевный мрак, идиотизм стояли пред ним ярким последствием этих высочайших минут... Но действительность ощущения была вне сомнения и смущала его. "Что же в самом деле делать с действительностью?" Отсутствие лечения, бытовая неустроенность, сверхсильное напряжение переживаний в чужой среде приводят к новому обострению. Будущее князя Мышина остается неизвестным. Но этим не уменьшается значение попытки князя Мышина (*alter ego* — второе я — Достоевского эпилептика) осмыслить значение болезни в общей сумме религиозного опыта личности. Князь Мышин (он же и Достоевский) "не стоит за диалектическую часть своего вывода", но явно допускает, что переживания болезненного происхождения, непосредственно связанные с динамикой болезни, при определенных условиях могут стать источником положительного духовного опыта, имеющего большое значение для личности: "что же в том, что это болезнь?... если самый результат оказывается в высшей степени гармонией... дает неслыханное чувство полноты... красоты и молитвы... высшего синтеза жизни... беспредельного счастья...?" Такой вывод предполагает моральную ответственность человека и за противоположные, обусловленные болезнью состояния злобы, агрессии, жестокости, но об этом ниже. Здесь в порядке отступления, необходимо хотя бы коротко суммировать поучительное, для врачевателей тела и души больных отношение Достоевского к болезни и борьбу с ней. Больной гений, всю сознательную жизнь боровшийся с болезнью и преодолевавший ее. Это находит отражение в дневниках

Достоевского и его жены, в изданных ею воспоминаниях и письмах, и в творчестве. Гениальность, конечно, не болезнь. Но болезнь гения является фактом большой художественной и духовной значимости, в особенности у Достоевского. Все его герои в их противоречивости и двойственности отражают его личный опыт, его "удивительную, прекрасную и жестокую судьбу" (Б Бурцев). Отличительная черта патологических характеров — выраженная полярность, противоречивость проявлении отражается в его жизни и творчестве необычайно ярко. Амплитуда колебаний необычайная. Дисгармония, по видимости, сплошная. Периоды безудержного влечения к азартной игре в рулетку вплоть до зрелых лет, приступы дикого гнева, когда он по его словам "способен убить человека" и периоды горького раскаяния и самоуничтожения. Периоды творческого подъема, когда он за 26 дней пишет к сроку роман "Игрок", который он сам сравнивает с увлечением рулеткой, и периоды упадка, наступающие после припадков, которые его "добивают окончательно и после каждого он суток 4 становится беспамятным, не может сообразиться с рассудком". Состояние высокого подъема, счастья, озарения, проникновения в "иные миры" в периоды, когда он (в особенности в утренние часы и в дни после припадков) становится, по свидетельству Белинского уже в студенческие годы "в общении с людьми трудным до невозможности, с ним нельзя быть в нормальных отношениях, он считает, что весь мир завидует ему и преследует его". Или, по свидетельству его жены Анны Григорьевны, уже при первой встрече с ним в 1866 г производит на нее "такое тяжелое, по истине удручающее впечатление, какого не производил ни один человек в мире".

Сам он пишет о себе: "Я дитя века, дитя неверия и сомнения, до сих пор (1854 г), даже и до гробовой крышки" а к концу жизни ссылаясь на Великого Инквизитора и главу о детях в братьях Карамазовых говорил, что "нет и не было до него такой силы атеистических выражений, стало быть не как мальчик я верую во Христа и Его исповедую, а через большие сомнения моя осанна прошла как говорит у меня в том же роле черт". Такую же полярность мы видим и в героях романов, которые ведут начало от Достоевского, как человека Раскольников и Порфирии Петрович в романе "Преступление и наказание", князь Мышкин и Рогожин в "Идиоте" ясность, смирение и вера старца Зосимы и бунт Ивана Карамазова, ясность и чистота Алеша Карамазова и глубокое, моральное уродство ("инфериальность") Федора Карамазова и Смердякова, безудержная власть влечений и аффектов у Димитрия, сменяющаяся глубоким покаянием, жаждой избавления путем страданий и т. д. И, наконец, в жизни самого Федора Михаиловича соединение надлома, надрыва, самоказнь, сознание себя неисправимым грешником и пророческий характер выступлений, вершиной которого была речь о Пушкине. Он сознавал себя пленником своей судьбы и болезни и вел с ней борьбу. Двойственность, двойничество — судьба не только его героев, многие из которых гибнут в борьбе со своими двойниками. Двойничество он сознавал и в себе, и к концу жизни подводит итоги своего опыта борьбы с ним. Еще до каторги, как видно из письма к брату Михаилу, знает, что он болен, что хотя глубокая депрессия преодолена, но "болезнь осталась при мне". А в 1867 г пишет Майкову, характер мой больной и я предвидел, что она (Анна Григорьевна) со мной намучается "<sup>†</sup>".

А незадолго до смерти он в письме так анализирует двойственность: "Эта черта свойственна человеческой природе вообще. Человек может конечно, вечно двоиться и конечно, будет при этом страдать; надо найти себе исход в какой-либо деятельности, способной дать пищу духу, утолить жажду его. Я имею у себя всегда готовую писательскую деятельность, которой предаюсь с увлечением, в которую влагаю все мои старания, все радости и надежды мои и даю этой деятельностью исход". И так, перед нами

---

<sup>†</sup> Примечание эта встреча была как раз в периоде после очередного припадка у 46 летнего Достоевского и не помешала ей тогда, 20 летней девушке, через месяц принять его предложение о браке

пример больной личности гения, который был человеком исключительной силы. Каторга "переломила его жизнь надвое, но не сломила его". Он жил на 15 лет дольше Гоголя, но до конца своих дней сохранил творческие силы, критическое отношение к болезни, к своему характеру и живое сочувствие к людям. Двойничество было трагедией больного гения и его героев. Но он сохранил, как писал о нем Страхов, "глубокий душевный центр, определяющий все содержание ума и творчества", из которого исходила энергия, оживляющая и преобразующая всю деятельность (II). Поражала всегда неистощимая подвижность его ума, не иссякающая плодотворность его души. Он не оказывался от СОЧУВСТВИЯ к самым разнородным и даже противоположным явлениям, как скоро сочувствие к ним успевало в нем возникнуть.

Психиатры скажут, что мы в Достоевском имеем пример серьезного и длительного заболевания, которое благодаря большой сопротивляемости гениального художника и мыслителя позволило ему до конца жизни сохранить "ядро личности", творческие способности, сознание болезни и критическое отношение к себе, несмотря на выраженные черты патологического эпилептического характера, наложившего печать болезни на всю его жизнь и творчество. На этом примере можно кратко суммировать отношение самого верующего больного к проявлениям болезни и наметить основные линии поведения священника-душепечителя с больными эпилепсией. О двух основных обязанностях священника в отношении этих больных было сказано раньше:

1. побудить больного к врачебному обследованию и в случае необходимости — систематическому лечению и
2. помочь больному в борьбе с болезнью, в критическом осознании и преодолении своих аномалий характера и поведения.

Врач-психиатр может лечить больного в периоды острых психозов, помочь сделать приступы болезни и припадки более редкими и по возможности предупредить их рецидивы. Роль духовника особенно важна для этих больных в периоды между припадками, когда они осознают мучительные противоречия полярных состояний подъема и упадка, озарения и дикого гнева, просветления и помрачения сознания, полярных состояний благостного доброжелательства к миру и людям, и мрачного озлобления, раздражения, подозрительности и морализующих поучений. Острее чем при других психических заболеваниях, верующий больной воспринимает мир, вместе с героями Достоевского, как арену борьбы Бога с дьяволом, а сердца людей как "поле битвы" добра и зла. Поведение священника определяется общей задачей пастирства, помочь человеку найти глубину покаяния, восстановить правильное духовное ощущение жизни в душе человека, правильное отношение к своему греху и к своему бессмертному человеческому достоинству, которое подвергается таким драматическим испытаниям у больных, когда двойничество выражено максимально. Неудивительно, что в этом плане имеет такое большое значение судьба Достоевского и его героя князя Мышкина, образ которого создан с специальной целью: "восстановить и воскресить человека". В книге "Философия православного пастирства" дифференцируются 2 формы (степени) одержимости по их духовно-душевной структуре:

1. Бесноватость (посессия) — как полная связанность души демоном, когда человек теряет всякое самосознание, личность его совершенно пленена и
2. Одержанность (обсессия) — как частичная плененность злой силой души человеческой, или тела: человек сохраняет полное самосознание, возможность нравственной оценки своих поступков, но не имеет силы справиться с влекущей его силой.

"Уговорить одержимого, а тем более бесноватого — нельзя, ему надо помочь". С точки зрения врачебной также разграничиваются 2 формы эпилептических припадков и нарушений психической деятельности.

1. С полной потерей самосознания во время приступа и полным последующим забвением (амнезией) всего происходившего с больным и совершенного им.

2. С частичным помрачением или селением сознания, с сохранением сознания своей личности и воспоминаний о происшедшем, с невозможностью справиться со своими аффектами, влечениями и побуждениями.

Возможны (в особенности при длительных эквивалентных и сумеречных) колебания ясности сознания, смена периодов сохранности воспоминаний и отнесения переживания к "я", к личности больного и периодов кратковременного помрачения или сужения сознания, когда эти периоды проходят как облака на ясном небе ("обнубилияция" — колеблющееся, мерцающее сознание). Все события и поступки больных во время приступов первого типа, даже самые тяжелые преступления, судебной психиатрией определяются как поступки, совершенные в состоянии невменяемости; больные освобождаются от ответственности за совершенные деяния, выносится решение о необходимости их стационарного лечения. В случаях тяжелых правонарушений (убийств, насилий, лишенных цели многодневных путешествий с нарушением правил общежития и т. д.) назначается принудительное длительное лечение в условиях строгой изоляции и надзора. Если эти больные, узнавая от окружающих или от врачей о совершенных ими преступлениях против юридических законов и нравственных норм, приходят в недоумение, в ужас и сознают всю тяжесть своего антисоциального поведения, сожалеют о нем, то это служит признаком сохранности личности больного, способности критического отношения к болезни и гарантией того, что больной будет впредь выполнять все медицинские назначения и примет необходимость стационарного (и даже принудительного) лечения. Если же больной является верующим христианином, сознающим не только социальную, моральную, но и духовную ответственность за свои поступки, но он принесет покаяние за ПОСТУПКИ, совершенные даже и в бессознательном состоянии. Это будет выражением и доказательством правильной самокритической оценки своего поведения и сознания того, что "изнутрь, из сердца человеческого исходят злые помыслы" и "они оскверняют человека" даже и в состояниях сна и беспамятства. Когда поведение определяется биологическими, психофизическими, "природными процессами" (от естества по Иоанну Лествичнику), у такого человека, имеющего сознание ДУХОВНОЙ ответственности за свои поступки, совершенные даже и при помрачении сознания, священник не может отказаться принять покаяние, отпустить грехи (если нужно, то с наложением эпитимии), и это будет путем к правильной самооценке и восстановлению человеческого достоинства у больного, пришедшего в ужас или депрессию от сознания совершенного им.

Отсутствие такого сознания является свидетельством либо далеко зашедшего эпилептического слабоумия, либо врожденного морального уродства, преморбидной патологии нравственного сознания и совести, что должно учитываться и врачами, и духовником в процессе их психотерапевтической и воспитательной работы с больным. Так было в одном случае бессмысленного, безмолвного и крайне жестокого убийства, совершенного эпилептиком в сумеречном состоянии. равнодушное отношение к преступлению по выходе из сумеречного состояния у молодого человека без явлений слабоумия вызвала недоумение у врачей. Когда же они, собрав все данные о развитии и жизни больного, обнаружили у него старое органическое заболевание мозга с задержкой развития высших качеств личности господством низших биологических потребностей, без каких либо интересов и моральных ценностей, это отсутствие моральной оценки стало понятным. Больной был признан невменяемым и ему было рекомендовано принудительное лечение в условиях строгой изоляции, как представляющему социальную опасность, совершившему преступление в сумеречном состоянии.

Необходимость воспитания правильного критического отношения, социальной и моральной самооценки своего поведения, своих поступков и аномалии характера, в

полной мере относится к приступам второго типа, протекающим без помрачения сознания, с сохранением воспоминаний о происшедшем. Эти приступы и аномалии характера имеют закономерную, определяемую внутренними, физиологическими процессами, смену фаз и динамику, которая покоряет волю больного, и во время приступа делает его неспособным справиться с "влекущей его силой аффектов и влечений". По критериям Иоанна Лествичника такие состояния и колебания настроения, неподвластные духовным воздействиям и непрекращающиеся от молитвы, происходят "от природы, от естества". И тем не менее, поскольку они проходят ясным самосознанием, с сохранением чувства "я", отнесенности этих переживаний к "я", и сохраняются в памяти больного, они входят в общую сумму отрицательного или положительного личностного опыта и, конечно, подлежат нравственной и духовной оценке. И борьба с ними должна вестись как врачебными и фармакологическими (лекарственными) средствами, так и, у верующего человека духовными методами, и прежде всего. выработкой правильного отношения к своему греху и своему человеческому достоинству.

Этот вывод требует некоторого пояснения в свете положений, приведенных в первых главах Разделяя в человеке 3 сферы, 3 пласта его бытия, мы никак не должны забывать, что личность человека должна рассматриваться в единстве ее телесной и духовно-душевной организации. Митрополит Антоний (врач — хирург и психиатр по своему образованию и профессии) говорит так о значении тела в ДУХОВНОЙ жизни: "тело, даже мертвое, лежащее в гробу, это не только КУСОК поношенной одежды, которая должна быть отброшена, чтобы душа могла быть свободной. Для христианина тело нечто гораздо большее: нет ничего из того, что происходит с душой, в чем тело не принимало бы участия. Мы получаем все впечатления в этом мире, но также и в духовном мире частично через тело: вода крещения, хлеб и вино евхаристии, и т. д. взяты из материального мира. Мы не можем быть добрыми или злыми иначе, чем в союзе с нашим телом. С первого до последнею дня жизни тело остается со работником души во всех делах и вместе с душой составляет целостного человека. Оно по праву соединено с миром ДУХОВНЫМ, божественным". Достоевский лучше многих других знал, что стремления к духовным идеалам стоят человеку больших усилий. Преклоняясь перед свободой человеческого духа, он уважал естественные законы развития:

"Что бы он не делал, на всякое дело он смотрел, как на выявление натуры". (Бурсов). Также он понимал и болезненные проявления в своих припадках и характере. Наверное, он не раз вместе с апостолом Павлом мог воскликнуть: "бедный я человек! Кто избавит меня от сего тела смерти". И, понимая болезненное происхождение, природную обусловленность ("от естества") как своих вспышек гнева и страсти, так и своих высоких минут озарения и счастья, он не освобождал себя от ответственности за состояние злобы, мрака и двойничества, не мог их отделить от "себя", раскаивался в них и вел с ними борьбу. Также он не мог отказаться от состояний счастья и высшего молитвенного раскрытия мира, природы и людей в минуты озарения: они обогащали его внутренний опыт и входили в общую иерархию ценностей, которыми он обладал. Не случайно, эти слова князя Мышкина о счастье, любви ко всем людям, ко всей природе, потом повторит старец Зосима.

Здесь мы подошли к глубоко интимным переживаниям верующего человека пред лицом болезни. И вывод этот имеет значение не только для больных эпилепсией, но и для других болезненных форм. Депрессия обрекает больного на сознание безнадежности, уныния, преувеличенного чувства (стыда?) за свои грехи, с мыслями о самоубийстве. Раскрывая больному болезненное, "природное" происхождение этих мыслей, духовник должен помогать врачу, вооружать больного на борьбу с этими мыслями и намерениями, раскрывать их греховный характер, напоминать, что верующий человек не может подчиняться унынию и, тем более, думать о самоубийстве. Принятие и терпеливое несение креста в недели и месяцы депрессии, если она не уступает лечению, — единственno верный путь. Также и больным в противоположном маниакальном

состоянии, с переоценкой своих возможностей, с солнечным, безоблачным настроением, с наплывом горделивых идей и реформаторских, паранойальных, бредовых планов надо помогать сохранять самокритику, призывать к смирению и раскаянию в своих безрассудных поступках во время болезни. Восстановление критики к болезни будет симптомом выздоровления — психического и духовного, как это было в последние годы жизни с Дон-Кихотом, который отбросил все свои бредовые планы о рыцарских подвигах, принес покаяние за свои безрассудные путешествия и закончил жизнь в душевном мире. Итак, на примере болезни Ф. М. Достоевского — князя Мышкина, — выявилось в полной мере значение борьбы за сохранение критическою отношения к болезни, духовного ядра личности и глубины покаяния.

Пока у больного это сохраняется, можно говорить о духовном здоровье даже при наличии душевной болезни, если она не мешает больному сохранять основные признаки "духа в человеке" (по Еп. Феофану):

1. жажду Бога, стремление к нему,
2. благоговение и страх Божий,
3. совесть, приводящую человека к покаянию.

При этих условиях болезнь душевная, даже и врываюсь в область духовных переживаний, может сохранить больного от ложной нездоровой мистики, от бреда, от прелести (о чем речь в следующих главах).

Видимо этот вопрос о сохранении духовного ядра личности в болезни и критического к ней отношения Ф. М. Достоевскому представлялся столь важным, что он в поисках образа положительного героя, с целью "воскресить и восстановить человека", остановился на человеке больном. Именно потому творчество Достоевского и обладает такой силой психотерапевтического воздействия на больных и духовно возрождающего влияния на всех людей.

К этому вопросу мы еще ни один раз вернемся при описании других проявлений психических заболеваний, в частности навязчивых и хульных мыслей, бредовых идей воздействия и галлюцинаций (в главах о шизофрении, паранойе и истерии).