
Александр Карачаров
Экзорцизм и переживание одержимости
18+

Александр Карачаров

Экзорцизм и переживание одержимости

https://litres.ru/74990072
SelfPub; 2026

Аннотация

Человек кричит во время молитвы, говорит чужим голосом и уверяет, что его телом управляет посторонняя сила. Свидетели спорят мгновенно: бес, болезнь или спектакль? Эта книга предлагает отказаться от поспешных ярлыков и научиться задавать точные вопросы.

Автор соединяет клиническую психологию, психиатрию, религиоведение и критический анализ источников, чтобы показать, как устроены переживания, называемые одержимостью. На страницах книги:

Православные и католические представления об экзорцизме в сопоставлении с буддийскими защитными текстами

Клинические гипотезы: диссоциация, расстройство транса одержимости в МКБ-11, психотические переживания, навязчивый страх и функциональные неврологические симптомы

Психология ритуала, правила проверки видеозаписей из интернета и границы заочной оценки

Острые этические вопросы: информированное согласие, защита детей, недопустимость насилия и использование экзорцизма в конверсионных практиках

Содержание

Клиническая психология, психиатрия и религиозные традиции 7
Аннотация 8
От автора 10
Вопросы к читателю 14
Оглавление 19
Часть I. Понятия, история и метод 49
Глава 1. О чём говорят, когда говорят об одержимости 49
1.1. Экзорцизм, одержимость и переживание внешнего контроля: рабочие определения 50
1.2. Наблюдаемый эпизод, рассказ участника и интерпретация свидетеля 55
1.3. Религиозный язык, культурная норма и клиническая терминология 58
1.4. Границы авторской позиции и исследовательские вопросы 60
Глава 2. От религиозного рассказа к медицинскому случаю 63
2.1. Евангельские повествования и раннехристианские свидетельства 65
2.2. От духовного воздействия к медицинскому объяснению 69

Александр Карачаров
Экзорцизм и переживание одержимости



Клиническая психология, психиатрия и религиозные традиции

Уважение к вере. Требовательность к фактам. Защита достоинства.

Клинический психолог Александр Карачаров

2027 год

Аннотация

Экзорцизм и переживание одержимости. Клиническая психология, психиатрия и религиозные традиции

Человек кричит во время молитвы, говорит чужим голосом и уверяет, что его телом управляет посторонняя сила. Свидетели спорят мгновенно: бес, болезнь или спектакль? Эта книга предлагает отказаться от поспешных ярлыков и научиться задавать точные вопросы.

Автор соединяет клиническую психологию, психиатрию, религиоведение и критический анализ источников, чтобы показать, как устроены переживания, называемые одержимостью. На страницах книги:

- Православные и католические представления об экзорцизме в сопоставлении с буддийскими защитными текстами
- Клинические гипотезы: диссоциация, расстройство транса одержимости в МКБ-11, психотические переживания, навязчивый страх и функциональные неврологические симптомы
- Психология ритуала, правила проверки видеозаписей из интернета и границы заочной оценки

Острые этические вопросы: информированное согласие, защита детей, недопустимость насилия и использование экзорцизма в конверсионных практиках

Книга написана живым литературным языком, с притчами, историческими примерами и рабочими схемами разбора случаев. Она адресована психологам, психиатрам, студентам помогающих профессий и всем читателям, которым важно понимать границу между верой, культурой и психическим здоровьем — не теряя из виду самого человека.

От автора



Эта книга родилась не в тишине библиотеки. В практике психологического консультирования, психотерапии и кризисной помощи мне не раз приходилось видеть людей, парализованных страхом перед словом «одержимость». Одни приходили после пугающих ночных приступов, уверенные, что внутри них поселилась чужая воля. Других приводили встревоженные родственники, уже успевшие свозить близкого на несколько «отчиток». В обоих случаях человек оказывался в ловушке. Между страхом сойти с ума и ужасом перед неведомой силой почти не оставалось места для спокойного разговора.

На мой взгляд, главная беда этой темы кроется в чрезмерном накале. Вокруг экзорцизма слишком много крика. Спокойных, точных вопросов почти не слышно, и именно этот дефицит трезвости заставил меня взяться за рукопись.

По сути дела, публичный спор о подобных состояниях десятилетиями вращается вокруг одной тесной развилки: бес, болезнь или спектакль. Подобный выбор обманчив. Он подталкивает наблюдателя наклеить ярлык раньше, чем собраны факты и выслушан сам человек. Здесь стоит сделать оговорку: я пишу с позиции практикующего специалиста, опираясь на клиническую психологию, психиатрическую классификацию и критический разбор источников. При этом у меня не было задачи ни доказывать существование духов, ни высмеивать религиозный опыт. Богословие и медицина отвечают на разные вопросы. Честная работа начинается с ува-

жения к этой границе.

Разве можно всерьёз разобраться в чужом страдании, глядя на него сквозь замочную скважину одной дисциплины? Здесь важен нюанс: за внешне похожим эпизодом может стоять диссоциативный транс, психотическое состояние, навязчивый страх, неврологический приступ или острый семейный конфликт. Нередко человек переживает вполне реальное расстройство и одновременно осмысляет его языком родной религиозной традиции. Опыт кризисной работы убеждает меня в простой вещи: попытка грубо обесценить веру собеседника разрушает контакт так же быстро, как и отказ от врачебного обследования.

Сразу предупрежу, чего на этих страницах нет. Вы не найдёте здесь сенсационных «разоблачений», инструкций по проведению обрядов и заочных диагнозов по видеороликам из сети. Чужая боль не годится для зрелища.

Примечательно, что книга задумывалась сразу для двух аудиторий. Коллеги (психологи, психотерапевты, врачи и студенты) найдут в ней систематизированный разбор диагностических критериев МКБ-11, дифференциальных гипотез и рабочих схем оценки случая. Внимательному читателю без профильного образования притчи, исторические сопоставления и понятные алгоритмы помогут не растеряться перед громкими заголовками или тревогой близких. Исходя из анализа собранного материала, я старался провести через каждую главу единый ориентир: добровольность, без-

опасность и защита человеческого достоинства стоят выше любых мировоззренческих споров. Надеюсь, эта книга станет для вас спокойным и надёжным собеседником.

Вопросы к читателю

Эти вопросы предназначены для самостоятельного размышления, обсуждения в читательской группе или на профессиональном семинаре. Они не являются диагностическим опросником и не предназначены для определения «одержимости» или постановки диагноза себе и другим.

До начала чтения

С чем у вас прежде всего связано слово «экзорцизм»: с религией, кино, медициной, страхом или личной историей?

Какие источники сформировали ваше представление об одержимости? Насколько хорошо вы знаете их происхождение?

Есть ли у вас готовое объяснение подобных явлений? Что могло бы заставить вас его пересмотреть?

Чего вы ожидаете от книги: подтверждения своей позиции, опровержения чужой или знакомства с другими способами понимания?

О языке и объяснениях

Как меняется ваше восприятие при переходе от фразы «одержимый человек» к фразе «человек, которого считают одержимым»?

Чем для вас различаются утверждения «он не мог остановить движение» и «его движениями управляла внешняя сила»?

Можете ли вы признать искренность чужого переживания, не соглашаясь с объяснением его причины?

Какие слова в обсуждении этой темы кажутся вам оценочными? Как можно заменить их более точным описанием?

О вере, культуре и клиническом взгляде

Что именно вы называете «нормальным»: привычное, распространённое, одобряемое обществом или не причиняющее существенных трудностей?

Как вы отнеслись бы к одинаковому поведению в знакомой вам религиозной среде и в чужой традиции?

Какие сведения о человеке вы хотели бы получить, прежде чем обсуждать возможное расстройство?

Чья позиция кажется вам наиболее убедительной — самого человека, его семьи, священнослужителя или врача? На чём основано это доверие?

Как сохранить уважение к религиозным убеждениям и одновременно возможность критически обсуждать конкретное вмешательство?

О свидетельствах и доказательствах

Что убеждает вас сильнее: эмоциональный рассказ очевидца, видеозапись или подробное описание процедуры проверки? Почему?

Если вы смотрите запись обряда, что вы непосредственно наблюдаете, а что достраиваете в своём объяснении?

Какие сведения о событиях до и после съёмки вам хотелось бы узнать?

Какие данные могли бы опровергнуть ваше первоначальное объяснение?

Одинаково ли строго вы проверяете материалы, которые подтверждают вашу позицию, и материалы, которые ей противоречат?

Насколько вам комфортно остановиться на выводе «имеющихся сведений недостаточно»?

О помощи и ответственности

Чего, по вашему мнению, прежде всего может хотеть человек, оказавшийся в центре такой истории: объяснения, облегчения, поддержки, защиты или чего-то другого? Как узнать его собственный ответ?

Как вы понимаете добровольное согласие? Какие обстоятельства заставили бы вас усомниться в том, что человек свободен отказаться?

Какие действия вы сочли бы недопустимыми независимо от религиозного или медицинского объяснения?

Как следует учитывать позицию самого человека, если она расходится с мнением близких?

Какие вопросы необходимо задать перед публикацией узнаваемой истории или видеозаписи?

Что для вас будет означать успешная помощь и по каким сведениям вы будете о ней судить?

После прочтения книги

Какой из ваших первоначальных взглядов изменился сильнее всего?

Какой аргумент автора показался вам наиболее убедительным, а какой — недостаточно обоснованным?

Удалось ли книге последовательно отделять наблюдение, рассказ участника и интерпретацию?

Какие вопросы остались открытыми? Каких источников или исследований вам не хватило?

Как теперь вы сформулировали бы вопрос, который в начале звучал как «бес, болезнь или спектакль»?

Что лично для вас означает фраза: «Прежде чем объяснять одержимость — понять человека»?

Задание для обсуждения

Выберите один случай из книги и разделите лист на четыре колонки:

Что известно
Кто это сообщил
Как это объясняется
Что остаётся неизвестным

Наблюдения и документированные обстоятельства
Участник, свидетель, специалист или автор источника
Предложенные версии и их основания
Пробелы, противоречия и непроверенные утверждения

Затем обсудите три вопроса:

●

Какой вывод позволяет сделать этот материал без дополнительных предположений?

●

Какие сведения могли бы существенно изменить вывод?

●

Какие вопросы о достоинстве, согласии и безопасности остаются важными независимо от выбранного объяснения?

Оглавление

Предисловие

- Для кого написана книга
- Авторская позиция и профессиональные границы
- Как читать клинические и религиоведческие разделы

Введение. Почему вопрос поставлен неверно

- От альтернативы «бес, болезнь или спектакль» к нескольким независимым вопросам
- Предмет, цель и метод книги
- Границы охвата: православие, католицизм и буддийские сопоставления

Часть I. Понятия, история и метод

Глава 1. О чём говорят, когда говорят об одержимости

1.1. Экзорцизм, одержимость и переживание внешнего

контроля: рабочие определения

1.2. Наблюдаемый эпизод, рассказ участника и интерпретация свидетеля

1.3. Религиозный язык, культурная норма и клиническая терминология

1.4. Границы авторской позиции и исследовательские вопросы

Глава 2. От религиозного рассказа к медицинскому случаю

2.1. Евангельские повествования и раннехристианские свидетельства

2.2. От духовного воздействия к медицинскому объяснению

2.3. Развитие обрядов и изменение представлений о страдании

2.4. Медицинские и психологические интерпретации разных эпох

2.5. Исторический источник и опасность ретроспективной диагностики

Глава 3. Психопатология и культура: где проходит граница

3.1. Что изучает психопатология

3.2. Культура — не внешняя декорация симптома

3.3. Культурно признанное переживание и психическое расстройство

3.4. От религиозного убеждения к клинической гипотезе

3.5. Транс и переживание замещения идентичности

3.6. Семья, община и несколько версий одного события

3.7. Религия как ресурс и как область конфликта

3.8. Культура самого специалиста

3.9. От культурного понимания к клиническому заключению

3.10. Клинический разбор: когда название диагноза укрепляет религиозное объяснение

3.11. Выводы: границы нормы и патологии

Глава 4. Что считать доказательством

4.1. Свидетельство, документ и независимое подтверждение

4.2. Достоверность события и достоверность объяснения

4.3. Отдельный случай, серия наблюдений и исследование эффективности

4.4. Альтернативные гипотезы и проверяемые утверждения

4.5. Как работать с противоречиями и недостатком данных

4.6. Почему «не объяснено» не означает «сверхъестественно»

Часть II. Религиозные традиции и практики

Глава 5. Одержимость и освобождение в православии

5.1. Евангельские основания и богословские представления

5.2. Запретительные молитвы и подготовка к Крещению

5.3. Молитвы над предполагаемо одержимыми: тексты и

атрибуции

5.4. «Отчитка»: церковное словоупотребление и местные практики

5.5. Различия между поместными православными церквами

5.6. Церковные документы: нормы, проекты и границы их применения

Глава 6. Католический экзорцизм: обряд, полномочия и распознавание

6.1. Место экзорцизма в католическом учении

6.2. Простой и большой экзорцизм

6.3. История чина: кодификация и пересмотр

6.4. Кто вправе совершать обряд

6.5. Медицинская оценка и церковное распознавание

6.6. Конфиденциальность, согласие и сопровождение

Глава 7. Буддийские сопоставления: защита, духи и страдание

7.1. Почему нельзя говорить о единой буддийской модели

7.2. Канонические тексты о защите и нечеловеческих существах

7.3. Ритуальные практики в отдельных традициях

7.4. Местные верования и религиозные институты

7.5. Современные психологические и медицинские прочтения

7.6. Границы сравнения с христианским экзорцизмом

Глава 8. Религиозный обряд и его социальное окружение

8.1. Кто первым называет человека одержимым

8.2. Авторитет священнослужителя, семьи и общины

8.3. Личная история и коллективное объяснение

8.4. Публичность, зрители и ожидания участников

8.5. Духовная поддержка и контроль над поведением

8.6. Что меняется после признания человека «освобождённым»

Часть III. Клинические объяснения

Глава 9. Диссоциация, транс и переживание утраты себя

9.1. Что обозначает понятие диссоциации

9.2. Изменения сознания, памяти и чувства идентичности

9.3. Трансовые состояния и диагностические категории

9.4. Переживания, описываемые как присутствие другой сущности

9.5. Травматический опыт: возможные связи и пределы выводов

9.6. Оценка без внушения и преждевременной интерпретации

Глава 10. Психотические симптомы и религиозное содержание

10.1. Содержание убеждения и его клиническая оценка

10.2. Голоса, присутствие и переживание внешнего управления

10.3. Религиозные идеи в общей картине состояния

10.4. Культурный контекст и дифференциальная диагностика

10.5. Как обсуждать переживания, не подтверждая непроверенную причину

10.6. Когда необходима срочная психиатрическая оценка

Глава 11. Навязчивости, тревога и страх одержимости

11.1. Страх стать одержимым и убеждённость в одержимости

11.2. Навязчивые мысли религиозного содержания

11.3. Чувство вины, стыда и морального загрязнения

11.4. Проверки, заверения и повторные обращения за освобождением

11.5. Панические переживания и телесные ощущения

11.6. Клинические разборы и ограничения интерпретации

Глава 12. Функциональные симптомы и другие медицинские причины

12.1. Непроизвольность и сознательная имитация: разные вопросы

12.2. Функциональные двигательные, речевые и чувствительные симптомы

12.3. Приступообразные состояния и необходимость обследования

12.4. Сон, вещества, лекарства и изменённые состояния

12.5. Почему нельзя ставить диагноз по одному внешнему признаку

12.6. Взаимодействие психолога, психиатра и невролога

Часть IV. Психология ритуала и проверка свидетельств

Глава 13. Что может происходить во время обряда

13.1. Ожидания и предварительная подготовка

13.2. Внушение и направляющие вопросы

13.3. Внимание, эмоциональное возбуждение и чувство контроля

13.4. Индивидуальная реакция и влияние присутствующих

13.5. Непроизвольное поведение и участие в ритуальном сценарии

13.6. Почему один механизм не объясняет все случаи

Глава 14. Как анализировать видеозапись экзорцизма

14.1. Происхождение записи и доступность оригинала

14.2. Монтаж, отбор фрагментов и подписи

14.3. Что видно в кадре и что остаётся неизвестным

14.4. Изменение голоса, языка и движений: вопросы для проверки

14.5. Заявления о необычных способностях

14.6. Границы заочной клинической оценки

Глава 15. Инсценировка, недостоверное сообщение и сознательный обман

15.1. Что именно называют «спектаклем»

15.2. Ошибка наблюдения и намеренная фальсификация

15.3. Как исследовать намеренность, не исходя из обвинения

15.4. Заинтересованность участников и пределы выводов о мотивах

15.5. Одна опровергнутая деталь и достоверность всей истории

15.6. Как формулировать вывод при недостатке данных

Глава 16. После обряда: что считать результатом

16.1. Изменение поведения и субъективное облегчение

16.2. Устойчивое улучшение и последующее наблюдение

16.3. Одновременное лечение и другие влияющие обстоятельства

16.4. Повторные эпизоды и изменение объяснений

16.5. Возможное ухудшение: как его устанавливать

16.6. Что требуется для исследования эффективности

Часть V. Этика и безопасная помощь

Глава 17. Согласие, принуждение и защита достоинства

17.1. Информированное согласие и возможность отказаться

17.2. Зависимость от семьи, общины и авторитетного лица

17.3. Физическое воздействие, унижение и запугивание

17.4. Фото- и видеосъёмка уязвимого человека

17.5. Согласие на обряд и согласие на публикацию

17.6. Ответственность наблюдателя и специалиста

Глава 18. Дети и другие уязвимые участники

18.1. Когда объяснение предлагают взрослые

18.2. Собственный голос ребёнка и позиция законных представителей

18.3. Поведенческие трудности и риск необоснованной интерпретации

18.4. Уязвимость при нарушениях коммуникации и зависимости от ухода

18.5. Основания для обращения за медицинской помощью и защитой

18.6. Этические ограничения исследования и публикации случаев

Глава 19. Экзорцизм в конверсионных практиках

19.1. Термины: сексуальная ориентация, гендерная идентичность и клиническое расстройство

19.2. Религиозное объяснение и заранее заданная цель изменения

19.3. Добровольность в условиях семейного и общественного давления

19.4. Международные профессиональные и правозащитные оценки

19.5. Российский и зарубежный материал: источники и пределы обобщения

19.6. Помощь при внутреннем конфликте без навязывания результата

Глава 20. Диалог специалиста и религиозного сообщества

20.1. Разделение компетенций

20.2. Обсуждение религиозных убеждений на приёме

20.3. Направление на обследование и обмен информацией

20.4. Конфиденциальность и согласие человека

20.5. Когда сотрудничество невозможно

20.6. Как не превратить клиническое заключение в подтверждение одержимости

Часть VI. Разборы случаев и итоговая модель

Глава 21. Как читать и сопоставлять клинические истории

21.1. Почему эти случаи включены в книгу

21.2. Структура разбора и качество документации

21.3. Рассказ участника и позиции окружающих

21.4. Диагностическая процедура и альтернативные гипотезы

21.5. Вмешательства и последующее наблюдение

21.6. Что отдельная история позволяет обобщить

Глава 22. От вопроса о причине к ответственному действию

22.1. Несколько независимых вопросов вместо одной аль-

тернативы

22.2. Что известно, что предполагается и что остаётся открытым

22.3. Потребность в помощи за пределами диагноза

22.4. Безопасность при диагностической неопределённости

22.5. Направления дальнейших исследований

22.6. Итоговая схема анализа случая

Заключение. Человек прежде объяснения

- Что даёт междисциплинарный подход
- Почему признание неопределённости не означает отказа от помощи
- Уважение к убеждениям и ответственность за выводы

Приложения

Приложение А. Словарь основных терминов

Приложение Б. Схема описания случая без преждевременного диагноза

Приложение В. Вопросы для критического анализа видеозаписи

Приложение Г. Карта оценки исторического источника

Приложение Д. Образец разграничения наблюдения, сообщения и интерпретации

Приложение Е. Этические вопросы при подготовке случая к публикации

Предисловие

В начале XIX века французский психиатр Жан-Этьен Эскироль, описывая пациентов с «демономанией», обратил внимание на парадокс: один и тот же крик в стенах парижской больницы Сальпетриер и под сводами загородного собора вызывал у свидетелей диаметрально противоположные действия. В первом случае больному прописывали холодные обливания, во втором — созывали причт для чтения заклинательных молитв. Спустя два столетия ситуация изменилась меньше, чем принято считать. Когда человек падает на пол во время службы, говорит чужим голосом или утверждает, что его телом распоряжается посторонняя сущность, спор между родными, священниками и врачами разворачивается по тому же сценарию.

Эта книга выросла из необходимости остановить авто-

матический выбор между тремя привычными ярлыками: «бес», «болезнь» или «спектакль». По сути дела, за каждым из этих слов стоит свой способ задавать вопросы. В клинической и исследовательской практике мне не раз приходилось сталкиваться с тем, как поспешное объяснение закрывает путь к реальной помощи. Примечательно, что ошибаются обе стороны: и те, кто видит в любом трансе прямое вмешательство потусторонних сил, и те, кто с порога объявляет глубокое религиозное переживание симптомом шизофрении или сознательным притворством.

Существует старая притча о трёх путниках, нашедших в сумерках у дороги человека, который бился в судорогах и бормотал несвязные слова. Первый путник, знаток священных книг, достал амулет и принялся изгонять злого духа. Второй, городской лекарь, немедленно достал ланцет, чтобы пустить больному дурную кровь. Третий, старый паромщик, не знал ни заклинаний, ни латыни; он просто убрал из-под головы лежащего острый камень, расстегнул тесный ворот и дождался, пока дыхание выровняется. На мой взгляд, современному исследователю и практикующему специалисту критически не хватает именно этой позиции паромщика — умения сначала обеспечить безопасность и увидеть живого человека, а уже потом строить теории.

Для кого написана книга

Прежде всего это издание адресовано практикующим

психологам, психиатрам, психотерапевтам и студентам помогающих специальностей. В университетских курсах по клинической психологии тема религиозно окрашенных состояний часто ограничивается кратким упоминанием бреда воздействия или диссоциативного транса. В кабинете же специалист сталкивается с живым человеком, который приносит не параграф из учебника, а страх, стыд, давление семьи и собственную, глубоко укоренённую картину мира. Здесь важен нюанс: непонимание религиозного языка клиента разрушает терапевтический альянс быстрее, чем любая техническая ошибка.

Второй круг читателей — люди без специальной медицинской или психологической подготовки. Тема экзорцизма окружена плотным слоем кинематографических штампов и сенсационных роликов в интернете. Книга поможет разобраться, как устроены обряды в разных традициях, почему камера фиксирует поведение, но никогда не фиксирует его причину, и как отличить достоверное свидетельство от умелого монтажа или ошибки наблюдения. Все клинические и религиоведческие термины объясняются прямо по ходу текста без академической тяжеловесности.

Наконец, книга написана для близких тех людей, чьё состояние окружающие называют одержимостью, а также для священнослужителей и богословов, открытых к диалогу. Когда в семье происходит нечто пугающее и необъяснимое, растерянность толкает родственников к крайностям. Текст

не заменит очную консультацию врача и не станет руководством по проведению обрядов, но даст ориентиры: какие вопросы задавать, на что обращать внимание и где проходит граница безопасной помощи.

Авторская позиция и профессиональные границы

Моя позиция строится на простом, но жёстком правиле: безусловное уважение к человеку и его убеждениям при столь же последовательной критичности к любым объяснениям и доказательствам. Страдание человека реально всегда, независимо от того, какими словами он его описывает. Однако признать тяжесть переживания не значит согласиться с гипотезой о демоническом вмешательстве или, напротив, объявить верующего человека психически нездоровым.

Книга не берёт на себя роль судьи в мировоззренческих спорах. Я исхожу из принципа разделения компетенций. Богословское суждение о природе зла и смысл молитвенного чина принадлежат религиозной традиции. Клиническая оценка симптомов, дистресса и нарушений функционирования — область медицины и психологии. Смешение этих сфер порождает опасные гибриды: когда священник начинает ставить психиатрические диагнозы, а психолог берется рассуждать о духовной чистоте пациента.

Здесь стоит сделать оговорку об этических границах. Уважение к религиозной традиции заканчивается там, где начинается насилие, унижение достоинства или отказ в жизненно необходимой медицинской помощи. В истории и современ-

ной практике достаточно примеров, когда под видом «освобождения» к уязвимым людям — в том числе к детям — применяли физическое принуждение, лишение сна, публичное осмеяние. Отдельную тревогу вызывает использование экзорцизма в конверсионных целях — для попыток насильственно изменить сексуальную ориентацию или гендерную идентичность. В этой книге подобные практики рассматриваются однозначно как нарушение базовых прав человека и профессиональной этики, не имеющее ни клинического обоснования, ни оправдания благими намерениями.

Ещё одна принципиальная граница касается работы с примерами. В книге вы найдёте разборы исторических хроник, клинических случаев из научной литературы и публичных видеозаписей. Но здесь нет ни одной выдуманной «иллюстративной истории из практики», где ради красоты сюжета склеены судьбы разных людей, и нет заочных диагнозов, поставленных по коротким роликам из сети. Если в источнике не хватает данных, мы прямо зафиксируем этот пробел. Честное «мы не знаем» в науке и клинической практике куда ценнее эффектной догадки.

Как читать клинические и религиоведческие разделы

Чтобы чтение не превратилось в путаницу из богословских цитат и медицинских кодов, главам задана строгая внутренняя логика. Религиоведческие и клинические раз-

делы отвечают на принципиально разные вопросы, поэтому читать их стоит как два отдельных оптических прибора, настроенных на разные слои реальности.

В **религиоведческих главах** мы смотрим на явление изнутри самих традиций — православия, католицизма и выборочных буддийских текстов. Наша задача — понять, как сама культура описывает столкновение человека с нечеловеческими силами, кто наделён правом совершать защитные или заклинательные действия и какие предохранители выработаны внутри самих церквей. Например, официальные документы Католической церкви прямо предписывают обязательное медицинское и психиатрическое обследование до решения вопроса о большом экзорцизме. Приводя эти нормы, мы изучаем устройство религиозного института и его внутреннюю логику, а не подтверждаем существование сверхъестественных причин болезни.

В **клинических главах** фокус смещается на устройство психики, работу мозга и диагностические гипотезы. Мы разберём, как диссоциация, психотические состояния, обсессивно-компульсивные навязчивости или функциональные неврологические расстройства могут принимать форму переживания внешнего контроля. Читателю без медицинского образования важно воспринимать эти описания не как справочник для самодиагностики. Сходство отдельного признака — например, изменения голоса или страха перед святыней — ещё не доказывает наличие расстройства. Современ-

ная диагностика требует оценки всей клинической картины, длительности состояния, культурного контекста и исключения соматических причин.

На протяжении всей книги мы будем удерживать простую проверочную рамку из пяти уровней:

Наблюдаемое поведение: что именно человек делал и говорил в конкретный отрезок времени.

Субъективный опыт: как он сам ощущал контроль над телом, память и происходящее вокруг.

Культурное и религиозное объяснение: какое имя этому событию дали сам участник, его семья и община.

Клиническая гипотеза: какие медицинские и психологические механизмы могут стоять за симптомами и как их проверить.

Границы неизвестного: какие сведения отсутствуют в источнике и какие выводы делать преждевременно.

Книгу можно читать подряд, прослеживая путь от древних текстов и формирования обрядов к современным методам дифференциальной диагностики и этике помощи. А можно обращаться к отдельным главам как к рабочему инструменту при разборе конкретной ситуации. Какой бы маршрут вы ни выбрали, главным ориентиром остаётся одно правило: за любым объяснением, диагнозом или ритуалом должен оставаться видимым сам человек.

Введение. Почему вопрос поставлен неверно

Представьте привычную сцену, знакомую каждому по документальным хроникам, рассказам очевидцев или интернет-роликам. Идёт служба или приватная молитва. Внезапно человек начинает кричать, падает на пол, выгибается, говорит изменившимся, хриплым голосом и перестаёт реагировать на обращения. Позже он рассказывает, что не мог управлять собственным телом. Свидетели расходятся во мнениях мгновенно. Один убеждён, что проявился бес. Второй предполагает тяжёлое психическое или неврологическое расстройство. Третий скептически пожимает плечами: перед нами хорошо разыгранный спектакль.

Внешне все трое обсуждают одно событие. На деле каждый отвечает на собственный вопрос и опирается на разные основания. Эта книга начинается с предложения отказаться от поспешного выбора между готовыми ярлыками. Слово «одержимость», вынесенное на обложку, здесь обозначает область исследования, а не установленную причину происходящего.

От альтернативы «бес, болезнь или спектакль» к независимым вопросам

Формула «бес, болезнь или спектакль» подкупает своей простотой. Она обещает три понятных варианта, из которых достаточно выбрать один. Но логическая стройность этой триады обманчива: предложенные ответы лежат в совершенно разных плоскостях.

«Бес» — религиозная гипотеза о воздействии сверхъесте-

ственной сущности. «Болезнь» — клиническое предположение, требующее медицинской проверки. «Спектакль» — и вовсе многозначное бытовое слово, которым называют и сознательный обман, и публичное зрелище, и просто выразительное, театральное поведение. Ставить их в один ряд — всё равно что спрашивать, из чего сделан мост: из стали, из инженерного расчёта или из необходимости перебраться на другой берег.

Вспомним старую восточную притчу о слепцах, ощупывающих слона. Тот, кто схватился за хобот, решил, что перед ним змея; держащийся за ногу — что это колонна; потрогавший ухо — что это опахало. Каждый зафиксировал реальную деталь, но принял часть за целое. В историях об экзорцизме происходит нечто похожее, только вместо ощупывания спорящие сразу выносят приговор. Чтобы выйти из этой ловушки, мы разделим единый, запутанный вопрос на шесть самостоятельных исследовательских шагов.

Первый вопрос: **что именно произошло?** Нам нужно сухое, точное описание действий, их последовательности и условий наблюдения без включения гипотезы в сам рассказ. Фраза «человек упал после начала молитвы» фиксирует факт. Фраза «молитва заставила демона проявиться» уже навязывает причину. Фраза «он специально упал ради зрителей» приписывает умысел. Для второй и третьей формулировок требуются отдельные доказательства.

Второй вопрос: **что переживал сам человек?** Рассказ

участника нельзя подменить впечатлением очевидца или кадрами видеозаписи. При этом важно отделять описание опыта от его толкования. Ощущение «моя рука двигалась сама по себе» сообщает об утрате чувства авторства действий. Утверждение «моей рукой двигал злой дух» добавляет объяснение источника. Примечательно, что в современной неврологии хорошо изучены функциональные расстройства, при которых судороги или спазмы абсолютно непроизвольны, но не связаны ни с повреждением мозга, ни с притворством. Отсутствие потусторонней силы не превращает человека автоматически в актёра.

Третий вопрос: **кто назвал происходящее одержимостью?** Сам участник ещё до начала обряда? Испуганные родственники? Священник, проводивший чин? Или журналист, придумавший броский заголовок для видеоролика? Человек, считающий себя одержимым, и человек, которого объявили одержимым окружающие, находятся в принципиально разных психологических и социальных ситуациях.

Четвёртый вопрос: **есть ли основания для клинической гипотезы?** Диагноз никогда не ставится по одному яркому признаку. Клиническое руководство Всемирной организации здравоохранения по МКБ-11 требует оценивать весь комплекс симптомов, их длительность, влияние на повседневную жизнь, культурный контекст и исключать соматические заболевания. Единичный эмоциональный срыв на службе не делает человека пациентом психиатра. И наобо-

рот: если врачи не нашли известной болезни, это фиксирует лишь границы текущего обследования, а не доказывает демоническую природу симптома.

Пятый вопрос: **что известно о намеренности поведения?** Добровольно прийти на молитву, искренне ожидать проявления симптомов, потерять контроль в пиковый момент и сознательно разыгрывать сцену перед камерой — четыре разных состояния. Слово «спектакль» в этой книге заменяется конкретными проверками: был ли монтаж записи, подтвердились ли заявления о необычных способностях, есть ли объективные признаки умышленной фальсификации.

Шестой вопрос: **что было предпринято и к чему это привело?** Название обряда не заменяет описания реальных действий над человеком. А сообщение «после молитвы стало легче» ещё не отвечает на вопрос, надолго ли ушли симптомы, получал ли человек параллельно медицинскую помощь и не ухудшилось ли его состояние спустя месяц.

Такое разделение не усложняет анализ, а делает его честным. Диагноз не отменяет вопроса об этичности обращения, искренность человека не доказывает его правоту, а религиозный смысл ритуала не равен его клинической эффективности.

Предмет, цель и метод книги

В центре нашего исследования лежат четыре взаимосвязанных элемента: наблюдаемое событие, субъективный

опыт, культурное или клиническое объяснение и само вмешательство. Чтобы не путать их, мы с самого начала разводим термины. Экзорцизм в рамках этой книги — религиозное действие, направленное, согласно представлению участников, на освобождение от внешнего духовного воздействия. Совершение такого обряда не доказывает присутствие духа, точно так же как приём таблетки от головной боли не доказывает конкретную причину мигрени.

Здесь важен нюанс: даже внутри самих религиозных институтов эти уровни часто разделяют. Например, Катехизис Католической церкви и официальные разъяснения епископата прямо отделяют экзорцизм от лечения болезней, относя последнее к компетенции врачей и требуя медицинского обследования до решения о проведении торжественного чина. Для исследователя такие документы — ценнейший источник о внутренней логике традиции, но не медицинский протокол.

Цель книги — не вынести окончательный метафизический вердикт о существовании потустороннего мира, а предложить надёжный инструмент анализа. Психологу и психиатру она поможет не патологизировать религиозную веру клиента и одновременно не пропустить опасное заболевание за красивой мистической оболочкой. Читателю без специальной подготовки — научиться трезво оценивать громкие истории и не путать выразительность зрелища с доказательством.

Наш основной метод — критический анализ источников и соразмерность выводов доступным данным. Каждый документ отвечает строго на свой вопрос. Богослужебный текст показывает, как устроен чин; историческая хроника — как эпоха осмысляла страдание; клиническая публикация — какие гипотезы проверил врач; видеозапись — что попало в объектив в конкретные минуты. В этой работе действует жёсткое правило: отсутствие установленной болезни не доказывает присутствия беса, а отсутствие сверхъестественного объяснения не доказывает сознательного обмана.

Границы охвата: православие, католицизм и буддийские сопоставления

Чтобы исследование не превратилось в поверхностный пересказ экзотических сюжетов со всего света, мы сознательно ограничиваем круг источников. Религиоведческое ядро книги составляют православная и католическая традиции, рассмотренные раздельно. Общее христианское основание не должно скрывать серьёзных различий в богослужебных текстах, канонических правилах и реальной приходской практике.

В православном разделе мы отделим общее богословское учение и древние предкрещальные молитвы от современных вне-крещальных «отчиток», отношение к которым заметно различается даже между поместными церквами. При работе с документами мы будем строго учитывать их статус: например, опубликованный в 2022 году проект документа Русской

Православной Церкви об отношении к практикам экзорцизма будет рассматриваться именно как проект для обсуждения, а не как окончательный общецерковный закон.

В католическом разделе фокус направлен на латинскую традицию: разграничение малых форм экзорцизма и торжественного большого чина, требования канонического права о специальном разрешении епископа и протоколы взаимодействия с психиатрами. При этом мы будем помнить, что официальная норма и поведение отдельного священника на местах могут расходиться.

Буддийские материалы включены в книгу как выборочные сопоставления, позволяющие проверить границы привычных христианских понятий. Нельзя говорить о единой позиции «всего буддизма». Мы обратимся к конкретным текстам — например, к канонической «Атанатия-сутте» (DN 32), где речь идёт о защитных строфах от недружественных нечеловеческих существ, — и сопоставим региональные ритуальные практики тхеравады и тибетской традиции. Сходство внешних элементов ритуала не будет автоматически приниматься за тождество смыслов.

Наконец, за пределами книги сознательно остаётся модная, но методологически порочная практика ретроспективной диагностики. Мы не станем ставить посмертные психиатрические диагнозы героям средневековых хроник или евангельских повествований. Невозможно обследовать человека, от которого осталось лишь несколько абзацев, напи-

санных с религиозно-назидательной целью.

Вместо вопроса «кто перед нами — одержимый, больной или обманщик?» эта книга предлагает другой ориентир: что нам достоверно известно, какие гипотезы выдерживают проверку и как помочь человеку безопасно, пока часть ответа остаётся закрытой. Начнём с самого главного — с наведения порядка в словах, которыми мы описываем это явление.

Часть I. Понятия, история и метод

Глава 1. О чём говорят, когда говорят об одержимости

В старой притче о двух путниках, заблудившихся в тумане у горного перевала, один кричит, что впереди обрыв, а другой уверяет, что тропа уходит в глухой лес. Оба видят лишь плотную пелену перед носом, но каждый уже вынес приговор о том, что скрыто за ней. Слово «одержимость» работает точно так же. Под одной короткой вывеской скрываются совершенно разные явления: молитвенный обряд, собственное переживание утраты власти над собой, чужое толкование поведения или диагноз из психиатрического справочника.

Зачем нам наводить порядок в словах ещё до того, как мы откроем исторические хроники или истории болезней? На мой взгляд, путаница в понятиях превращает любой разговор об экзорцизме в спор глухих. Один человек говорит о духовной сущности, другой — о диссоциации, третий — о театральном жесте, а всем кажется, что они спорят об одном и том же. В ходе анализа эмпирических и междисциплинарных данных было обнаружено, что смешение этих уровней мешает и исследователю, и практикующему специалисту.

1.1. Экзорцизм, одержимость и переживание внешнего контроля: рабочие определения

Короткие слова обманчивы. Кажется, будто смысл «экзорцизма» и «одержимости» ясен без долгих разъяснений, стоит лишь включить телевизор или вспомнить классический роман. По сути дела, в научной и клинической работе такие слова требуют жёстких рамок — не чтобы спорить с верой или медициной, а чтобы удерживать точность речи.

Экзорцизмом в этой книге называется религиозное действие или последовательность действий, которые совершающий их служитель либо сама традиция понимают как изгнание, отстранение или сдерживание предполагаемой духовной силы. Здесь важен нюанс: мы описываем заявленную цель ритуала, но не превращаем название обряда в доказательство того, что духовная сущность действительно присутствовала. В католическом Катехизисе (п. 1673) и каноне 1172 Кодекса канонического права торжественный экзорцизм относится к сакраменталиям и требует особого разрешения местного епископа, тогда как простые формы связаны, например, с подготовкой к Крещению. Само по себе слово «экзорцизм» ещё не отвечает ни на вопрос о диагнозе, ни

на вопрос о том, был ли обряд каноническим.

Примечательно, что даже внутри одной традиции смысл действия зависит от контекста. В «Атанатия-сутте» (DN 32) палийского канона звучат защитные строфы царя Вессаваны, обращённые к нечеловеческим существам ради безопасности уединённых монахов и мирян. Но называть любой защитный текст или обряд «экзорцизмом» в христианском смысле значило бы натягивать чужой крой на иной материал.

Одержимостью в нашем рабочем словаре называется объяснение: человек, его семья или община связывают состояние или поведение с присутствием либо влиянием внешней духовной силы. Согласитесь, между фразами «человек был одержим», «человек считал себя одержимым» и «родственники считали его одержимым» лежит целая пропасть! Первая претендует на знание причины. Вторая фиксирует личное убеждение. Третья описывает позицию окружающих, которая может не совпадать с тем, что чувствует сам участник.

Когда толкование исходит в первую очередь от свидетелей, родных или проводившего обряд лица, мы будем говорить о *приписываемой одержимости*. Если же сам человек связывает свой опыт с внешней сущностью, перед нами *переживание одержимости*. А ещё шире стоит *переживание внешнего контроля* — ощущение, что мысли, движения, слова или побуждения идут не по собственной воле и управляются кем-то или чем-то извне.

«Я не мог остановить руку — и я знаю, что это был

злой дух». В этом простом высказывании сплетены два разных факта: субъективная непроизвольность движения и причинная гипотеза о его источнике.

Опыт клинической практики показывает, что утрата привычного контроля не равна ни сверхъестественному вторжению, ни притворству. При функциональных неврологических расстройствах судороги или спазмы бывают вполне реальными и непроизвольными, хотя органического повреждения мозга врачи не находят. Здесь стоит сделать оговорку: этот пример не превращает любой эпизод «одержимости» в функциональное расстройство, но напоминает, что выбор не сводится к формуле «либо сам притворяется, либо действует дух».

Отдельно стоят клинические категории, прежде всего *расстройство транса одержимости* (Possession trance disorder, код 6B63 в МКБ-11), отнесённое к диссоциативным расстройствам. В описании Всемирной организации здравоохранения речь идёт об изменении сознания, при котором привычная идентичность переживается как замещённая внешней сущностью, а поведение — как управляемое ею, причём учитываются непроизвольность, нежелательность, дистресс или нарушение функционирования, культурный контекст и исключение других причин. Диагностический код описывает клиническую картину, но не выносит метафизического вердикта о существовании духов.

Рабочее понятие
Что именно описывает
Какой вывод из него не следует

Экзорцизм
Религиозное действие, понимаемое участниками как воздействие на предполагаемую духовную силу
Что духовная причина установлена или исход доказан

Объяснение через одержимость
Приписываемую событию причину в виде внешней сущности
Что это объяснение разделяет сам человек

Переживание внешнего контроля
Сообщаемый опыт утраты привычного управления или внешнего влияния
Что известен механизм этого переживания

Наблюдаемый эпизод
Ограниченный во времени фрагмент доступных для фиксации событий
Что установлены диагноз или сознательный умысел

Клиническое заключение
Профессиональную оценку в пределах компетенции спе-

циалиста

Что решён богословский спор

1.2. Наблюдаемый эпизод, рассказ участника и интерпретация свидетеля

Представьте двух человек, стоящих у окна в дождливый вечер. Один говорит: «Стекло покрылось каплями». Второй добавляет: «Небо плачет о грехах города». Третий замечает: «Стекло намокло, потому что на улице ливень». Все трое смотрят на одно окно, но их фразы несут разный вес.

В разборе любого случая нам придётся разделять три слоя свидетельств: наблюдаемый эпизод, рассказ участника и интерпретацию свидетеля. Смешать их проще простого — достаточно написать в отчёте «началось беснование» вместо сухого перечня того, что было видно и слышно. Наблюдение фиксирует поведение: закрыл глаза, упал на пол, повысил голос, повторил фразу, не ответил на вопрос. Оценочные ярлыки на этом шаге лучше отложить.

Рассказ самого человека открывает доступ к его внутреннему миру: что он помнит, чего боялся, ощущал ли действия добровольными или непроизвольными. Но и здесь важно отделить переживание от его объяснения. «Мне было страшно» описывает состояние. «Мне было страшно, потому что во мне заговорила чужая сущность» соединяет эмоцию с

толкованием. Исходя из анализа таких рассказов, я считаю необходимым фиксировать не только сами слова, но и то, когда они прозвучали — во время эпизода, на следующий день или спустя годы после обряда.

Интерпретация свидетеля — это уже взгляд со стороны. Очевидец может точно запомнить, что человек кричал, но ошибиться в причине крика. Поэтому фраза «свидетель видел» не равна фразе «свидетель заключил».

В качестве учебного примера разберём типичную подпись под видеороликом: *«Во время молитвы демон заговорил голосом женщины, а затем покинул её»*. В одном предложении здесь соединены четыре разнородных утверждения, которые стоит развести:

- **«Демон заговорил»**

— точнее зафиксировать: женщина произнесла фразу изменённым голосом, а проводивший обряд истолковал это как речь демона.

- **«Она ничего не контролировала»**

— в беседе женщина сообщила, что не могла произвольно остановить речь.

- **«Бес вышел»**

— после определённой части чина изменённая речь прекратилась, и участники объяснили это освобождением.

●

«Она выздоровела»

— сведений о состоянии после завершения записи недостаточно, чтобы судить об устойчивом изменении.

Подобный разбор не высмеивает веру участников, но и не принимает художественную формулировку за готовый факт. Если в распоряжении исследователя только короткий смонтированный фрагмент, нельзя дописывать к нему несуществующее интервью или выдавать титры в сети за независимую экспертизу. Когда несколько публикаций пересказывают одну и ту же историю из единственного источника, они не превращаются в три независимых доказательства.

1.3. Религиозный язык, культурная норма и клиническая терминология

В старой притче о переводчике при дворе двух правителей один царь велел перевести слово «честь» как «верность трону», а другой — как «бесстрашие в бою». Переводчик понял, что буквальный обмен словами без знания контекста породит только обиды. С религиозным и клиническим языками происходит то же самое: их нельзя ни объявить враждебными друг другу, ни переводить друг в друга без остатка.

Религиозный язык говорит о демонах, духовной борьбе, искушении и освобождении в рамках определённого вероучения. В междисциплинарном обзоре Кристофера Кука (Cook, 2024/2025) показано, что богословские позиции простираются от буквального признания злых духов как самостоятельных сущностей до символического или экзистенциального прочтения зла. Когда мы цитируем церковный документ — например, разъяснения Конференции католических епископов США, отделяющие пастырское распознавание от врачебного диагноза, — мы узнаём позицию института, но не получаем медицинского доказательства причины чьих-то симптомов.

Не менее важно уточнять, чья именно *культурная норма* имеется в виду. В одной общине громкий плач и внезапное падение во время молитвы могут восприниматься как привычная форма выражения скорби или экстаза, а в другой — пугать всех присутствующих. В руководстве ВОЗ по МКБ-11 (2024) при оценке расстройства транса одержимости учитывается, выходит ли состояние за рамки принятой коллективной культурной или религиозной практики. Но культурная приемлемость сама по себе не гарантирует ни добровольности, ни безопасности обращения с человеком.

Клиническая терминология служит иной задаче — согласованному описанию психических и поведенческих расстройств, границ с нормой и дифференциальной диагностики. Религиозное содержание мысли или веры само по себе не является признаком болезни. Как подчёркивается в культурном формулировочном интервью Американской психиатрической ассоциации, клиницисту важно понять, как вера помогает человеку справляться с трудностями или где рождает внутренний конфликт.

На мой взгляд, читателю и специалисту стоит бережно относиться и к названиям людей. Слово «пациент» уместно там, где человек обращается за медицинской помощью или описан клинический случай. Участник религиозного обряда, собеседник или свидетель не становится пациентом автоматически только потому, что психолог изучает его историю.

1.4. Границы авторской позиции и исследовательские вопросы

Зачем вообще нужен такой строгий методологический каркас? Чтобы не подменять исследование ни слепой доверчивостью, ни холодным цинизмом. Уважение к человеку и его убеждениям не требует признавать каждое его объяснение установленным фактом. И наоборот: скепсис по отношению к непроверенной гипотезе не даёт права ни высмеивать верующего, ни объявлять любое непонятное поведение сознательным обманом.

В этой книге мы отказываемся от логики «остаточного доказательства»: мол, раз врачи не нашли болезни, значит, виноват дух — или наоборот, раз сверхъестественное не доказано, значит, человек симулирует. Отсутствие установленного диагноза говорит лишь о пределах проведённого обследования. Даже если одна деталь рассказа не подтвердилась, это ещё не повод отбрасывать всю историю целиком без проверки остальных фактов.

Для каждого случая мы будем задавать семь относительно самостоятельных вопросов:

Что доступно наблюдению? Какие действия и слова зафиксированы, каковы границы записи и кто её сделал?

Что переживает человек? Как он сам описывает сознание, память, контроль, страх, тело и смысл события?

Кто предложил объяснение? Принадлежит ли версия самому человеку, близким или проводившему обряд?

Каков контекст? Какие отношения, убеждения и обстоятельства важны для понимания истории без подгонки под готовый сценарий?

Какие клинические основания имеются? Проводилось ли обследование, какие гипотезы проверены и что остаётся за рамками заключения?

Что известно о добровольности? На что человек соглашался, мог ли отказаться и выяснялось ли его отношение напрямую?

Как оценены последствия? Чем подтверждаются перемены во время обряда и после него, за какой срок и что происходило вне ритуала?

Эти вопросы помогают задавать нейтральные вопросы в беседе: вместо «какой дух в вас вошёл?» — «как вы понимали происходящее?», а вместо «зачем вы это изображали?» — «что вы могли и чего не могли контролировать по своей воле?» Книга не ставит диагнозов по видеороликам из сети, не подтверждает духовный статус людей и не учит проводить обряды. Зато она помогает увидеть, где заканчиваются факты и начинается ответственность за помощь человеку.

Методологическая граница главы: слово «одержимость» не используется как готовый диагноз, а участие в об-

ряде не превращает человека в пациента.

Теперь, когда мы развели основные понятия и определили способы смотреть на факты, можно отправиться в прошлое — не за посмертными диагнозами, а чтобы увидеть, как менялись рассказы о страдании и способы описывать человека.

Глава 2. От религиозного рассказа к медицинскому случаю

В старой притче о двух путниках, рассматривающих старинный свиток, один спорит о том, какими чернилами выведен узор, а другой пытается по штрихам угадать, какой рост и походка были у писца. Свиток один, но вопросы у читателей разные. История одержимости часто выглядит так же, как череда сменяющих друг друга версий: сначала демоны, потом врачи, затем психологи. На мой взгляд, подобная линейная схема — будто каждая новая эпоха просто стирает ошибки предыдущей — слишком проста для реальной истории.

Религиозные, медицинские и психологические объяснения в прошлом не вытесняли друг друга одним ударом, а сосуществовали, спорили и переплетались. В одном тексте на первом плане стоят духовная власть, освобождение и возвращение человека в общину. В другом — признаки состояния, длительность эпизода и отклик на вмешательство. Переход между такими описаниями меняет не только слова, но и само положение человека: из участника священного события он может превратиться в объект врачебного наблюдения.

Историк не может посадить человека из прошлого на кушетку и собрать анамнез заново. У него остаются рукописи,

хроники, картины, судебные протоколы и позднейшие пересказы. Поэтому главный вопрос этой главы звучит иначе, чем в модных популярных пересказах: не «каким диагнозом страдал герой старинного текста», а «что именно позволяет установить сам источник и как в нём родилось предложенное объяснение»?

2.1. Евангельские повествования и раннехристианские свидетельства

Когда мы открываем Евангелия, мы попадаем в текст с собственным богословским замыслом, а не в амбулаторный журнал. В Евангелии от Марка изгнание нечистого духа в синагоге Капернаума становится первым подробно рассказанным чудом Иисуса; похожие эпизоды занимают заметное место у Матфея и Луки. Эти сцены уходят корнями в древнеиудейские представления о демонах и нечистых духах.

Однако внутри евангельского повествования изгнание духов служит не просто описанию странного поведения. Исследователь Нового Завета Иэн Уоллис (Wallis, 2020) обращает внимание на контраст между созидающим, освобождающим действием Духа и подавляющим, разрушительным характером злых духов, изгнание которых в тексте связано с утверждением власти Иисуса и наступлением Царства Божия. Показательно и то, что в Евангелии от Иоанна рассказов об изгнании демонов Иисусом вообще нет. Разные евангелисты по-разному отбирают материал и расставляют акценты, поэтому склеивать все тексты в единую «историю болезни» было бы методологически неверно.

Здесь важен нюанс с авторством и датировками. Мы сохраняем привычные названия — «Евангелие от Марка»,

«Евангелие от Матфея», «Евангелие от Луки», «Евангелие от Иоанна» — но отделяем церковное предание об авторстве от историко-критических выводов о происхождении текстов и их связи с очевидцами. Фразу «евангелист сообщает» нельзя незаметно подменять фразой «врач наблюдал», а предполагаемую дату события — временем записи дошедшего до нас текста.

Даже самый выразительный древний рассказ может молчать о деталях, критичных для клинициста: о длительности приступа, о состоянии между эпизодами, о приёме веществ или о сопутствующих болезнях.

Сравнить отдельные черты описания с известными состояниями допустимо, но превращать сходство в готовый диагноз без достаточных оснований — значит переступать границу между сопоставлением и заключением. В синоптических Евангелиях эпизоды освобождения часто связаны с судорогами, немотой или слепотой, а в рассказе о гергесинском (гадарском) бесноватом (Мк 5:1–20) исследователи отмечают картину глубокого душевного расстройства (Cook, 2020). Но отсутствие современных медицинских терминов в древнем тексте само по себе не доказывает сверхъестественную причину — жанр источника задаёт пределы выводам в обе стороны.

За пределами Евангелий раннехристианские апологии показывают, как рассказы об экзорцизме работали в публичном споре. Во «Второй апологии» (гл. 6) Иустин Мученик

утверждает, что христиане изгоняют демонов именем Иисуса Христа, противопоставляя это иным практикам. В «Апологии» (гл. 23) Тертуллиан предлагает вывести одержимого перед судом и уверяет, что по слову христианина дух сам признаёт свою демоническую природу, что в логике автора служит аргументом против языческих божеств.

Примечательно, что убедительность апологетического аргумента и точность реконструкции отдельного эпизода — разные вещи. Автор может говорить вполне искренне, но его текст не заменяет независимого наблюдения за конкретным человеком, фиксации условий и сведений о дальнейшем состоянии. Обобщение вроде «многие освобождались» сообщает о позиции свидетеля, но не даёт статистики.

Раннехристианский мир не был пустым пространством без иных представлений о духах: в античной культуре существовали разные способы распознавания и устранения предполагаемого духовного воздействия, опиравшиеся на особые формулы, авторитет или личные качества действующего лица. Вспомним эпизод из книги Деяний апостолов о сыновьях Скевы: странствующие заклинатели пробуют призвать имя Иисуса, которого проповедует Павел, но терпят неудачу и сами бегут ранеными от человека со злым духом. На уровне самого рассказа неудача связана с вопросом о том, кто вправе действовать этим именем, но ни доказать существование демонов, ни поставить диагноз напавшему человеку этот текст сам по себе не позволяет.

Ещё один показательный сюжет из Деяний — история рабыни, прорицания которой приносили доход её хозяевам, пока Павел не повелел духу выйти из неё именем Иисуса Христа. В этом повествовании переплетаются духовный мотив и экономический интерес окружающих, а голос самой девушки остаётся за кадром. Из её молчания нельзя вывести ни согласие, ни несогласие с предложенным объяснением, а фраза «в тот же час» завершает сюжетную линию рассказа, но не заменяет долгосрочного наблюдения за её жизнью.

В этой книге мы будем различать:

- прекращение описанного поведения
- сообщение самого человека об изменении переживания
- признание освобождения окружающими
- устойчивое улучшение повседневной жизни
- объяснение причины произошедшего изменения

Подтверждение одного пункта не означает автоматически, что подтверждены остальные.

2.2. От духовного воздействия к медицинскому объяснению

В старой притче о враче, пришедшем в дом, где все шепчутся о ночном призраке, лекарь сначала открывает окно, проверяет тягу в дымоходе и лишь потом смотрит на бледного хозяина. В истории представлений об одержимости всё было ещё сложнее: врачи и богословы нередко спорили внутри одной и той же картины мира, где допускались и телесные недуги, и козни злых духов.

Прежде чем говорить о раннемодерных спорах, важно развести *обвинение в колдовстве* и *приписываемую одержимость*. Утверждение, что кто-то нанёс вред магией, признание в предполагаемом союзе с демоном и рассказ об утрате контроля над телом — разные утверждения, требующие разных вопросов.

Именно в этом контексте возникает фигура Иоганна Вейера и его трактата *De praestigiis daemonum* (1563), посвящённого прежде всего демонам, магии и процессам над обвиняемыми в колдовстве. Вейер не был «современным психиатром в средневековом костюме»: он рассуждал с позиций медицины, права, психологии и богословия своего времени, связывая ряд явлений с меланхолией и расстройством воображения, но при этом не исключая полностью демоническо-

го вмешательства. Его значение — в сдвиге вопроса: нужно ли принимать рассказ о сверхъестественном буквально или стоит исследовать состояние человека, который его сообщает?

Здесь стоит сделать оговорку. Историческая ценность аргументов Вейера в защиту преследуемых людей не отменяет того, что в его текстах присутствовали предрассудки эпохи, в том числе в отношении женщин. И тем более нельзя приравнивать его *меланхолию* — связанную с гуморальными представлениями о теле, нарушениями воображения и ложными убеждениями — к современной клинической депрессии. Совпадение звучания или частных черт ещё не делает старинный термин синонимом нынешнего диагноза.

Что же меняется, когда появляется *медицинский случай*? Меняется сама оптика: на первый план выходят характер проявлений, их последовательность, длительность, состояние вне эпизода, проверка иных причин и исход вмешательства. Но одно слово «болезнь» ещё не гарантирует строгости: врач тоже может опираться на пересказ, упускать детали или подгонять факты под любимую теорию. Вопрос «кто имеет право объяснять?» никуда не исчезает, просто к голосу священника добавляется голос врача.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «Литрес».

Прочитайте эту книгу целиком, купив полную легальную версию на Литрес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.