

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
УКРАЇНСЬКИЙ НАУКОВО-ДОСЛІДНИЙ ІНСТИТУТ  
СОЦІАЛЬНОЇ І СУДОВОЇ ПСИХІАТРІЇ ТА НАРКОЛОГІЇ**

**КАРАГОДІНА Олена Геннадіївна**

УДК 616.89–008–07 + 616–058 + 615.89 + 61:159.961

**ПСИХОПАТОЛОГІЧНИЙ ТА СОЦІОКУЛЬТУРАЛЬНИЙ АНАЛІЗ ФЕНОМЕНУ  
ЦЛІТЕЛІВ-ЕКСТРАСЕНСІВ**

14.01.16 – психіатрія

**АВТОРЕФЕРАТ**

дисертації на здобуття наукового ступеня  
доктора медичних наук

**Київ – 2003**

Дисертацією є рукопис.

Робота виконана в Українському науково-дослідному інституті соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України.

**Науковий консультант:** доктор медичних наук, старший науковий співробітник

**Первомайський Віталій Борисович,**

Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, відділ судово-психіатричної експертизи, завідувач відділом

**Офіційні опоненти:**

доктор медичних наук, професор **Бітенський Валерій Семенович**, Одеський державний медичний університет МОЗ України, кафедра психіатрії, завідувач кафедри

доктор медичних наук, професор **Михайлов Борис Володимирович**, Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України, кафедра психотерапії, завідувач кафедри

доктор медичних наук, доцент **Чабан Олег Созонтович**, Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, відділення пограничних станів та соматоформних розладів, завідувач відділення

**Провідна установа:** Кримський державний медичний університет ім. С.І. Георгієвського МОЗ України, м. Сімферополь

Захист відбудеться “26” червня 2003 р. о 10.00 годині на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 26.620.01 в Українському науково-дослідному інституті соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України за адресою: 04080, м. Київ, вул. Фрунзе, 103

З дисертацією можна ознайомитись у бібліотеці Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України за адресою: 04080, м. Київ, вул. Фрунзе, 103

Автореферат розісланий “24” травня 2003 р.

**Вчений секретар**  
спеціалізованої вченої ради,  
кандидат медичних наук

**Гриневиц Є.Г.**

## ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

**Актуальність теми.** Наукові розвідки останніх років, присвячені обговоренню різних аспектів біопсихосоціальної моделі психіатрії, дедалі частіше стосуються соціокультуральних чинників психічного здоров'я населення (О.С. Чабан, 1997; В.А. Абрамов, 2000; Л.Н. Юрьєва, 2001, 2002; В.Ф. Москаленко, Є.М. Горбань, С.І. Табачников, 2002 та ін.). Серед цих факторів як українські, так і зарубіжні дослідники вирізняють впливи релігійно-духовного, культового або ритуального характеру, пов'язуючи з ними патоморфоз психічних розладів, зокрема, зміни змісту маячних переживань (І.М. Грига, 1997; Е.В. Клембовская и др., 1999), розвиток реактивних станів (В.А. Гурьєва, Е.В. Макушкин, 1998; Л.К. Хохлов и др., 1999; V. Burt, M. Rudolph, 2000), актуалізацію латентної психотичної симптоматики (Ю.И. Полищук, 1999) та формування залежної поведінки (Ф.В. Кондратьєв, 1997; О.М. Моховіков, 1999). З іншого боку, певні дослідження свідчать про те, що релігійна віра і практики можуть відігравати роль складових долаючої поведінки і сприяти пом'якшенню проявів психічних розладів (M. Strizenec, 2000; K.I. Pargament et al., 2000; И.А. Хахина и др., 2000; О.С. Чабан та ін., 2001). Таким чином, вивчення саногенної складової релігійних і ритуально-культових практик визнається актуальним напрямом теоретичних і практичних розробок у сучасній психіатрії (Б.В. Михайлов та ін., 2000, L Sparr, F. Fergusson, 2000).

На думку багатьох дослідників, дискусія щодо релігійних та обрядово-культових впливів на психічне здоров'я особи й суспільства загалом має охоплювати й питання діяльності “екстрасенсорних”, “духовних” або біоенергоінформаційних цілителів (Ф.В. Кондратьєв, 1994; М.М. Решетников, 2000; N. Waring, 2000; A.U. Ту, 2002). Біопсихосоціальний підхід передбачає, що будь-яка система охорони психічного здоров'я повинна враховувати особливості “етномедичних” традицій, отже, проблема взаємодії психіатричних служб з місцевими системами зцілювання вважається актуальною для багатьох країн світу (P. Дежарле и др., 2001).

Протягом останнього десятиліття у вітчизняних наукових публікаціях неодноразово констатувалась необхідність вивчення зв'язків між цілительством і станом психічного здоров'я загальної популяції й осіб з психічними розладами (П.В. Волошин, 1995; Л.К. Хохлов и др., 1995; Б.В. Михайлов та ін. 1999; Ф.В. Кондратьєв, 2001). Окремі аспекти даної проблематики обговорювались у роботах В.В. Іванова (1991), Т.В. Шнуренка (1991), В.І. Литвиненка (1995), В.П. Самохвалова (1998), Н.І. Долишньої, О.О. Мороз (1995), А.М. Бачерикова та ін. (1999), однак до теперішнього часу її не можна вважати вичерпаною (В.С. Підкоритов, 2002).

Нагальна потреба в подібних розробках зумовлена не тільки значним розповсюдженням практик народного цілительства в українському суспільстві, а й кваліфікацією альтернативного зцілювання як феномена, пов'язаного з докорінними змінами колективної і індивідуальної свідомості, зсувом ціннісних орієнтирів та світоглядних настанов, що відбулися в суспільствах постсоціалістичного простору (В.І. Полтавець, 1995; М.М. Решетников, 2000; Ф.В. Кондратьєв, 2001;

Б.С. Положий, 2001). Розвиток соціальної психіатрії та її методологічних основ, використання нових теоретичних підходів, адекватних багатовимірному розумінню етіології та патогенезу психічних розладів (Н.Ю. Пятницький, 2000, 2001; Е.А. Ромек, 2001; В.П. Самохвалов, 2002; А.М. Морозов, 2002), спонукають до комплексних дослідження цієї актуальної проблеми. Таким чином, питання впливу альтернативного зцілювання на стан психічного здоров'я може бути розглянуте крізь призму загальної проблематики соціальної психіатрії, а також одного з її актуальних аспектів – динаміки індивідуального й колективного психічного здоров'я на тлі духовних (релігійних) практик.

**Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.** Тема дисертаційної роботи є ініціативною. Дисертація виконана відповідно до напрямку наукових досліджень Українського НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, затверджена Вченою радою інституту (протокол № 2 від 28.02.1995 р.) і пов'язана з плановою темою “Розробити нові методи немедикаментозного лікування соматизованих невротичних порушень у дорослих та дітей” (1996 – 1999 рр., шифр ЦД-96.10.03.7, № держ. реєстрації 0196U010069). Виконання дисертаційного дослідження відповідало також плановій тематиці відділу проблем релігійних процесів Відділення релігієзнавства Інституту філософії ім. Г.С. Сковороди “Релігійний чинник у контексті етносоціальних і політичних процесів в Україні” (1997 – 1998 рр., шифр внутрішньої реєстрації 4.21.5.3) та відділу філософії релігії Відділення релігієзнавства Інституту філософії ім. Г.С. Сковороди “Феномен релігії: історіософське осмислення” (1998 р., шифр внутрішньої реєстрації 8–397).

**Мета і задачі дослідження.** Мета дослідження – розробка моделі соціально-психіатричної кваліфікації феноменів духовної практики (на прикладі біоенергоінформаційного цілительства) задля вдосконалення психіатричної діагностики та оптимізації взаємовідносин між психіатрією і біоенергоінформаційним цілительством.

Для реалізації мети роботи було поставлено наступні **задачі**:

1. Проаналізувати соціальні чинники й тенденції розвитку цілительства в Україні.
2. Виявити особливості містичного мислення біоенергоінформаційних цілителів у порівнянні з мисленням маячним.
3. Вивчити особливості феноменів зміненого сприйняття, що супроводжують практику біоенергоінформаційного зцілювання, та виявити чинники, що сприяють їх формуванню.
4. Вивчити особистісні характеристики цілителів за даними тесту СМДО і простежити динаміку показників їхньої соціальної адаптації в процесі цілительської практики.
5. Оцінити стан психічного здоров'я цілителів та його динаміку на тлі цілительської практики.
6. Виявити основні фактори, які спричиняють звернення осіб із загальної популяції до цілителів і зумовлюють зміни їхнього самопочуття в процесі зцілювання.

7. Вивчити чинники звернення до цілителів осіб з галюцинаторно-маячними розладами і дослідити характер впливу практик альтернативного зцілювання на перебіг та тяжкість їхньої психопатологічної симптоматики.

8. Визначити напрями оптимізації взаємовідносин між психіатрією й біоенергоінформаційним цілительством.

*Об'єкт дослідження* – феномен біоенергоінформаційного цілительства як проблемне поле сучасної соціальної психіатрії.

*Предмет дослідження* – вплив практики біоенергоінформаційного зцілювання на стан психічного здоров'я цілителів і їхніх пацієнтів.

*Методи дослідження.* Для розробки принципів психіатричної кваліфікації феноменів, що супроводжують практику біоенергоінформаційного зцілювання, використовувались клініко-психопатологічний, анамнестичний і катamnестичний методи, структурний психопатологічний аналіз (М.И. Рыбальский, 1992), пато психологічний метод із застосуванням СМДО (Л.Н. Собчик, 2000) та PANSS (S.R. Key et al., 1987), соціологічні методи (структуроване інтерв'ю, анкетування, моніторинг активності цілителів та різноманітних оздоровчих і релігійних угруповань). Аналіз психотерапевтичної складової зцілювання та процедури експертизи біоенергоінформаційних здібностей здійснено за результатами спостереження і включеного спостереження. Для статистичної обробки даних використовувалась оцінка достовірності різниці вибірових середніх і часток, кореляційний і факторний аналіз. Математична обробка здійснювалася на персональному комп'ютері за допомогою прикладних пакетів Excel, SPSS for Windows.

**Наукова новизна одержаних результатів.** Вперше в українській психіатрії поставлено завдання комплексного соціально-психіатричного дослідження біоенергоінформаційного цілительства, спричинене необхідністю напрацювання адекватної моделі психіатричної кваліфікації станів, пов'язаних із практикою зцілювання та користуванням послугами альтернативних (біоенергоінформаційних) терапевтів, а також оптимізації взаємовідносин між психіатрією й біоенергоінформаційним цілительством. Завдяки такому підходу вперше доведено, що біоенергоінформаційне цілительство слід розглядати як складову більш загального соціального феномену, і визначено певні субкультуральні орієнтири, необхідні для розмежування норми й патології при оцінці стану психічного здоров'я осіб, які практикують означені види зцілювання.

Вперше проаналізовано механізми формування специфічної світоглядної концепції цілительства й доведено їх схожість на процес поступового релігійного навернення. Для аналізу містичного мислення вперше запропоновано модель, базовану на антропологічних ознаках, і розроблено критерії диференційної діагностики непатологічного містичного мислення як світоглядного феномену й маячних ідей з “архаїчною” тематикою.

Вперше для вивчення особливостей генезу перцептивних феноменів, що супроводжують

практику біоенергоінформаційного зцілювання, використано комплексний соціокультуральний підхід, завдяки якому розкрито процес їх формування та адаптивну значущість для осіб з розладами сприйняття в анамнезі.

Вперше показано, що практикування біоенергоінформаційного зцілювання сприяє покращанню показників загального функціонування, а також виявлено поведінкові і психологічні чинники підвищення рівня соціальної адаптації цілителів з особистісними девіаціями, соматичними та соматоформними розладами.

На підставі комплексного соціально-психіатричного підходу вперше розроблено і застосовано принципи культурально-чутливої психіатричної кваліфікації станів осіб, що займаються біоенергоінформаційним зцілюванням, які дозволяють уникнути гіпердіагностики психічних та особистісних розладів. Доведено, що психіатрична кваліфікація їхнього стану має враховувати особливості світогляду, специфіку сполучених зі зцілюванням феноменів зміненого сприйняття і свідомості та виходити з розуміння цілительства як соціального феномену і водночас форми релігійно-містичної або духовної практики.

Вперше вивчено мотивацію користування послугами цілителів осіб із загальної популяції і висвітлено значущість специфічних світоглядних настанов для звернення до цілителів, закріплення настанови на зцілювання та досягнення його позитивного суб'єктивного ефекту.

Вперше здійснено аналіз основних технологічних складових процесу та прийомів біоенергоінформаційного зцілювання й доведено їх схожість на елементи психотерапевтичної взаємодії. Водночас описано магічні, або метафізичні компоненти цілительства й обґрунтовано необхідність реорганізації експертизи цілительських здібностей на міждисциплінарних засадах.

**Практичне значення одержаних результатів.** Практичне значення результатів дисертаційного дослідження полягає в реальній можливості їх застосування для подальшої трансформації психіатрії, впровадження її біопсихосоціальної парадигми, вдосконалення діагностики психічного стану осіб, які займаються духовними практиками, оптимізації взаємовідносин між психіатрією та біоенергоінформаційним цілительством. Прикладні аспекти роботи полягають у розробці моделі оцінки містичного мислення й диференційно-діагностичних критеріїв світоглядних і маячних феноменів, а також у напрацюванні принципів і процедури культурально-чутливої психіатричної кваліфікації психічного стану пацієнтів з нетрадиційними релігійними або світоглядними настановами.

У процесі дослідження розроблено й відпрацьовано методика збирання інформації про духовні проблеми та релігійний досвід пацієнтів, необхідну для підвищення якості діагностики, експертизи та планування реабілітаційних заходів у випадках, пов'язаних із духовними або обрядовими практиками.

Впровадження результатів роботи у практику сприятиме розвитку етичних і методологіч-

них засад психіатричного дослідження. Одержані у процесі розвідки дані та сформульовані автором висновки призначені для застосування у практичній роботі загальних і судових психіатрів, психологів і соціальних працівників, а також у навчальній підготовці означених фахівців на етапах перед- і післядипломної освіти.

Результати дисертаційного дослідження використано для підготовки навчального посібника “Релігійний анамнез у структурі діагностичного опитування осіб з психічними розладами та психологічними проблемами” і впроваджено в навчальний процес кафедри психіатрії Медичного інституту Української асоціації народної медицини, кафедри соціальної роботи та практичної психології АПСВ ФПУ, кафедри дитячої, соціальної та судової психіатрії КМАПО ім. П.Л. Шупика та в роботу лікувального об’єднання “Дніпропетровський комунальний міжобласний клінічний психоневрологічний центр”.

Матеріали дисертації застосовано в роботі міжвідомчої комісії з питань впливу нових релігійних течій на психічне здоров’я МОЗ України і Державного комітету України у справах релігій (1998 – 1999 рр.).

**Особистий внесок здобувача.** Дисертантка самостійно виконала аналітичний огляд літературних наукових джерел відповідно до теми роботи, розробила соціологічний інструментарій дослідження, особисто обстежила всіх респондентів, сформувала бази даних, здійснила їх статистичну обробку, аналіз та інтерпретацію. Здобувач особисто розробив основні практичні й теоретичні положення роботи. Авторіві належить методика збирання релігійного анамнезу, необхідна для впровадження культурально-чутливого підходу до психіатричної кваліфікації феноменів, які супроводжують духовну або релігійну практику. Внесок здобувача в публікації в наукових фахових виданнях, затверджених ВАК України, написані у співавторстві, полягав у наступному: у роботах № № 9, 14 зі списку праць, наведених наприкінці автореферату, написаних спільно з Я.С. Варшавським, автором поставлено мету й завдання дослідження, розроблено відповідний інструментарій, проведено обстеження хворих з галюцинаторно-маячними розладами, оброблено одержані дані і здійснено їх інтерпретацію; у роботі № 12 дисертанткою викладено власний досвід практичного вивчення та теоретичного осмислення феномену “Новий Вік” в Україні і висвітлено позицію щодо психіатричної кваліфікації даного явища; у роботі № 16 нею здійснено теоретичне узагальнення проблем сучасної психіатрії, виявлених у процесі дисертаційного дослідження, й окреслено перспективи їх розв’язання; внесок дисертантки у статтю № 20 полягав у викладенні специфічних етичних проблем, що виникли у процесі дослідження, та обґрунтуванні знайдених шляхів їх вирішення.

**Апробація результатів дисертації.** Проблеми та висновки дисертаційного дослідження доповідались та обговорювались на засіданнях відділу судово-психіатричної експертизи (протоколи № 1 від 22.05.2001 р., № 1 від 20.05.2002 р.), вченої медичної (протокол № 7 від 29.05.2002 р.) та

апробаційної (протокол № 1 від 26.02.2003 р.) рад УНДІ ССПН, а також на наступних конференціях, симпозіумах, семінарах та круглих столах:

міжнародних – на II конгресі “Народна медицина Росії – минуле, сучасне, майбутнє” (Москва, 1995); симпозіумі “Християнство. Гуманізм. Здоров’я” (Сімферополь, 1995); науковій конференції “Релігія в контексті суспільних і духовних реалій сьогодення” (Київ, 1995); круглому столі “Історія релігій в Україні” (Львів, 1996); симпозіумі “Націоналізм в Європі. Націоналізм у Галісії” (Ла Корона, Іспанія, 1997); IV конференції “Церковно-державні відносини у Центральній та Східній Європі” (Краків, 1997); IX конгресі Асоціації європейських психіатрів (Копенгаген, 1998); міждисциплінарній науково-практичній конференції “Жінка. Освіта. Демократія” (Мінськ, 1999); XVII конференції з еволюції людини “Мода, звичай, ритуал” (Сімферополь, 2000); семінарі “Новий Вік у Старому світі” (Боссей, Швейцарія, 2000); науково-практичній конференції “Актуальні проблеми соціальної і судової психіатрії та наркології” (Київ, 2001); науково-практичній конференції “Біопсихосоціальна модель як нова парадигма розвитку психіатрії в Україні” (Сімеїз, 2002); II симпозіумі з біоетики (Київ, 2002);

українських – на I національному конгресі невропатологів, психіатрів і наркологів України (Харків, 1996); щорічних наукових конференціях НаУКМА “Україна: людина, суспільство, природа” (Київ, 1995, 1997); круглому столі “Соціальна політика в умовах економічних і політичних реформ українського суспільства” (Київ, 1999); II республіканському навчальному семінарі “Кризові стани: сучасні уявлення, діагностика, терапія” (Київ, 2000); міжвідомчій школі-семінарі “Охорона здоров’я дітей та підлітків” (Київ, 2002).

**Публікації.** За матеріалами дисертації опубліковано 39 наукових робіт, у тому числі 23 статті у фахових виданнях, затверджених ВАК України (з них 18 одноосібних), і 11 – у матеріалах конференцій, тезах доповідей з’їздів, круглих столів та симпозіумів.

**Структура і обсяг дисертації.** Дисертація складається зі вступу, аналітичного огляду літератури, матеріалів і методів дослідження, трьох розділів власних досліджень, узагальнення результатів, висновків, списку використаних джерел та додатків. Її викладено на 374 сторінках машинописного тексту (289 сторінок – основний зміст роботи і 85 сторінок – таблиці, рисунки, список використаних джерел і додатки). Список використаних джерел містить 424 праці, з яких 295 україномовних і російськомовних авторів, 129 – зарубіжних авторів. Роботу проілюстровано 43 таблицями, 21 рисунком, 3 повними описами досліджених випадків та 17 частковими описами історій обстежених респондентів.



## ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ

**Матеріали і методи дослідження.** В основу роботи покладено результати дослідження осіб, які в 1994–1995 рр. проходили експертизу цілительських здібностей з біоенергоінформотерапії в атестаційно-експертній комісії УАНМ, осіб із загальної популяції, які у 1996–1997 рр. лікувались у біоенергоінформаційних цілителів, та осіб з психотичною симптоматикою різного генезу, які перебували на стаціонарному лікуванні в ЛПО “Дніпропетровський комунальний міжобласний клінічний психоневрологічний центр” (2001 р.).

Група *респондентів-цілителів* (100 осіб, з них 58 жінок) добиралася таким чином, щоб вибірка сукупність відповідала розподілу цілителів за статтю у генеральній сукупності (згідно з даними статистичної звітності УАНМ за відповідний строк). Застосовувані в цій групі анкетування та структуроване інтерв'ю були спрямовані на отримання комплексу соціально-демографічних та анамнестичних відомостей, релевантних завданням і гіпотезам дослідження. Оцінка психічного статусу респондентів-цілителів здійснювалась за допомогою структурного психопатологічного аналізу, базованого на принципах систематики критеріїв клінічної дефініції основних симптомів розладів сприйняття, адаптованих М.І. Рибальським (1992) для комп'ютерної діагностики сенсопатій.

Для кількісної оцінки рівня соціального функціонування респондентів-цілителів використовувалась шкала, розроблена автором на основі осі V DSM–III–R. Її критерії було доповнено даними про самопочуття та результатами оцінки вегетативного статусу. Оцінка загального функціонування здійснювалась для трьох часових проміжків: періоду, що передував цілительству, на момент першого й повторного анкетування.

Патопсихологічне дослідження респондентів-цілителів здійснювалось за допомогою повного варіанту опитувальника СМДО (566 тверджень). Результати тестування розглядалися згідно з принципами цілісного підходу, що враховує загальну конфігурацію профілю й уможливорює аналіз показників соціальної адаптації (Л.Н. Собчик, 1990, 2000).

Середній вік респондентів-цілителів становив  $41,9 \pm 9,9$  років; середній стаж цілительської практики –  $4,3 \pm 3,1$  роки, для більшості респондентів (78 осіб) він не перевищував 5 років. Жоден з респондентів-цілителів раніше не звертався до психіатра (в кожному випадку цей факт підтверджено відповідною довідкою з психоневрологічного диспансеру за місцем проживання). У вибірці переважали міські жителі (89%). Більшість досліджених (46) під час опитування не мали офіційного місця роботи, 22 особи обіймали посади, не пов'язані з практикою зцілювання, і 32 респонденти працювали в якості біоенергоінформаційних терапевтів. Більшість досліджених (65%) мали середню освіту. Серед 33 обстежених з вищою освітою 5 осіб мали ступінь кандидата технічних наук. Жоден з респондентів-цілителів не мав вищої медичної освіти, 15 осіб закінчили середні медичні навчальні заклади.

Виявлено, що 95% цілителів вважали себе фахівцями в галузі біоенергетики, а решта 5% пов'язували біоенергоінформаційне зцілення з іншими видами впливу (наприклад, з лікуванням за допомогою молитов або замовлянь). Головним лікувальним чинником у цілительській практиці 66% респондентів вважали біологічну енергію, 64% – силу власного духу, 61% – космічну енергію, 48% – вплив Вищого розуму, 79% – вплив божественної сили, 29% – дію природних факторів (як-от компонентів рослин, кристалів, магнітного поля); 24% досліджуваних поряд з переліченими вказували й інші лікувальні чинники (мислеформу, керований медитативний вплив, фізичний вплив під час масажу, дію гомеопатичних засобів). Найчастіше цілителі використовували власні навички для лікування захворювань внутрішніх органів (95%), нервової (91%), кісткової та м'язової (78%) систем. У 42% спостережень цілителі стверджували, що надають допомогу при психічних розладах і у 31% спостережень – при пухлинних захворюваннях.

При збиранні катамнезу (строк 1,5 – 2 роки) зі 100 анкет повернуто 61. Група катамнестичного дослідження відповідала загальній групі респондентів-цілителів за віком, середньою тривалістю цілительської практики та статтю. Згідно з катамнестичними даними майже всі (58, 95,1%) досліджені продовжували практику зцілювання.

При організації вибірки *пацієнтів цілителів* використовувався суцільний метод. Вона складалася зі 150 осіб, які лікувались у шістьох біоенергоінформаційних терапевтів із групи, сформованої в УАНМ. Досліджувалися особи, які вперше зверталися по допомогу до фахівця, що практикує альтернативну медицину. Анкетування здійснювалось двічі – на початку та по закінченню зцілювання.

Серед пацієнтів цілителів було 38 чоловіків (25,3%) і 112 жінок (74,7%); більшість з них (148, 92,0%) проживали у містах. Їх середній вік становив  $40,8 \pm 13,8$  років. Вищу та неповну вищу освіту мали 46 (30,7%), середню та середню спеціальну – 93 (62,0%) і неповну середню – 11 (7,3%) пацієнтів. Серед усіх респондентів цієї групи 5 (3,3%) отримали вищу медичну освіту і працювали лікарями, 12 жінок (8,0% від усієї групи і 10,7% від підгрупи жінок) мали середню медичну освіту, 7 (4,7%) закінчили курси молодших медичних сестер і 126 (84,0%) досліджуваних не мали ніякої медичної освіти.

Більшість пацієнтів (111, 74,0%) відвідували біоенерготерапевта через необхідність лікування конкретного захворювання або сукупності захворювань. Найчастіше пацієнти зверталися до цілителів з приводу захворювання шлунково-кишкового тракту (57,5%), серцево-судинної системи (42,0%), нервових та психічних розладів (40,3%). Для 28 (18,7%) респондентів мотивом для відвідування цілителя було бажання “зміцнити здоров'я в цілому”. Поряд із прагненням покращити здоров'я 25 (16,7%) респондентів сподівалися знайти допомогу у вирішенні власних психологічних проблем, причому такий мотив спостерігався у жінок частіше за чоловіків ( $p < 0,05$ ).

У 123 (82,0%) пацієнтів звертання до цілителя передувало лікування в медичних закладах.

Тривалість захворювання до моменту даного обстеження становила  $8,9 \pm 4,2$  року, а середня тривалість лікування у фахівців офіційної медицини –  $6,9 \pm 4,0$  роки. На задовільність результатів попереднього лікування у фахівців офіційної медицини вказали лише 25 (20,3%) обстежених.

Частка осіб, які раніше не відвідували медичні заклади, але в якості мотиву звернення до цілителя вказали на “необхідність лікування від якогось захворювання”, становила 10% від усієї групи (15 респондентів). Середня тривалість захворювання в них була достовірно меншою ( $p < 0,05$ ), ніж у тих, хто раніше отримував медичну допомогу в медичних закладах. Підгрупи тих пацієнтів, хто раніше лікувався, і тих, хто не лікувався в медичних закладах, суттєво не розрізнялися за показником “середній вік”. Виявлено, що особи, які захворіли впродовж останніх 5 років, не частіше за осіб з більшим строком захворювання зверталися до цілительів, нехтуючи послугами офіційної медицини. Окрім цього, для 15 респондентів, які пояснили звернення до цілительів наявністю конкретного захворювання, але раніше не отримували медичної допомоги, цей мотив не був основним – для них важливіше було “зміцнити здоров’я в цілому” або вирішити питання, не пов’язані зі здоров’ям. Доведено, що найбільшу кількість пацієнтів цілительів складала особи з тривалими захворюваннями, які не отримували очікуваних результатів лікування у фахівців офіційної медицини.

Групу *хворих* сформовано з 55 осіб, які в липні 2001 р. перебували в діагностичних відділеннях ЛПО з галюцинаторно-параноїдними або маячними розладами й одержували стаціонарну допомогу вперше, вдруге або втретє. Процедура дослідження хворих на психічні розлади респондентів полягала в одержанні інформованої згоди на участь у проекті, проведенні структурованого психопатологічного інтерв’ю, у процесі якого особлива увага приділялася збиранню релігійного анамнезу, заповненні спеціальної реєстраційної карти дослідження та бланку реєстрації позитивних і негативних синдромів за шкалою PANSS.

Серед обстежених хворих (середній вік  $38,1 \pm 12,5$  років) було 20 (36,4%) чоловіків і 35 (63,6%) жінок. З усіх досліджених 26 (47,3%) осіб перебували на лікуванні вперше, 21 (38,2%) – вдруге і 8 (14,5%) – втретє. Тривалість даного перебування у стаціонарі до моменту обстеження коливалася від 1 до 129 діб і становила в середньому  $37,0 \pm 30,2$  доби; тривалість проміжку після попереднього стаціонарного лікування для тих, хто поступив на лікування вдруге і втретє, становила  $17,6 \pm 14,2$  місяці. У групі переважали особи з середньою та середньою спеціальною освітою (36, 65,4%); у більшості випадків досліджені психічно хворі не працювали (40, 72,7%).

За діагнозами, вказаними в історіях хвороб, група характеризувалася таким чином: 22 (40,0%) – шизофренія, 26 (47,3%) – шизоафективний та гострий шизофреноподібний психотичний розлад, 3 (5,5%) – судинний психоз та розлади органічного генезу, 3 (5,5%) – хронічний маячний розлад, 1 (1,8%) – біполярний афективний розлад. Переважну більшість тут складала особи з параноїдною симптоматикою: 16 (29,1%) – з параноїдним, 14 (25,5%) – з галюцинаторно-

параноїдним синдромом і 9 (16,6%) – з синдромом Кандинського-Клерамбо. Серед решти респондентів у 1 (1,8%) спостерігався паранойяльний, у 6 (10,9%) – парафренний, у 3 (5,5%) – депресивно-маячний, у 1 (1,8%) – маніакально-маячний і у 5 (9,1%) – афективно-маячний синдром. Середній показник тяжкості проявів позитивних симптомів становив  $24,9 \pm 4,5$ , тяжкості негативних симптомів –  $17,3 \pm 4,9$ , тяжкості загальних психопатологічних синдромів –  $43,5 \pm 5,3$ ; сумарна оцінка психопатологічних розладів –  $85,8 \pm 9,6$  балів.

**У третьому розділі** роботи досліджено генезис формування світогляду респондентів-цілителів і визначено концептуальні орієнтири, необхідні для психіатричного аналізу цілительства в Україні як соціального феномену. На підставі інтерпретації даних анкетування та структурованого інтерв'ю доведено, що залучення респондентів до практики зцілювання спричинялося до поступової зміни їхніх світоглядних настанов від переважно раціоналістичних до переважно ірраціоналістичних, нагадуючи процес поступового релігійного навернення. Лише 8% респондентів-цілителів були неформально релігійними з дитинства, 63% виховувались у безрелігійному або атеїстичному середовищі. Під час опитування 92% цілителів вірили в Бога як триєдину сутність, ніхто не вважав себе атеїстом, 52% віднесли себе до категорії активно релігійних, 34% повідомили про належність до християнських конфесій. Поряд зі складовими традиційно християнського світогляду респонденти-цілителі мали вірування іншого характеру (80% – в існування Вищого розуму як позаособистісної сутності, 69% – в дію закону карми та переселення душ; 100% – у подібність одиничного й загального, єдність особистості і Всесвіту завдяки енергоінформаційній взаємодії; 94% – у зіпсуття; 82% – у чаклунство). Характер вірувань дещо змінювався залежно від стажу цілительської практики: серед респондентів, які займалися цілительством не більше 5 років, частіше зустрічалися віра у Вищий розум, реінкарнацію та існування інопланетних цивілізацій ( $p < 0,05$ ).

Становлення ірраціоналістичного світогляду цілителів відбувалося за такими етапами: 1) виникнення готовності сприйняти ірраціональні погляди, пов'язане з дією середовищних чинників (відомостей з літератури, засобів масової інформації, спілкування з практикуючими цілителями); 2) формування припущень про власні парапсихологічні здібності та пошуки їх доказів; 3) підкріплення припущень у процесі практики; 4) формування містичних уявлень або вірувань у можливість контакту з надприродним; 5) виникнення або підкріплення релігійних вірувань християнського типу; 6) розширення системи релігійних вірувань за рахунок поглядів орієнталістського типу; 7) формування синкретичної релігійно-містичної концепції, яка поєднує християнські й орієнталістські вірування з елементами парапсихологічної теорії.

Дія середовищних чинників була необхідною передумовою й одночасно важливим механізмом формування світогляду нового типу. Поряд із макросоціальними факторами на його становлення впливали й мікросоціальні обставини: власні соматичні хвороби (у тому числі стан клінічної

смерті) – 20%, хвороба або смерть близьких – 15%. Віра у надприродне підкріплювалась у зв'язку із застосуванням психотехнічних прийомів, зануренням у стани зміненої свідомості, на тлі яких виникали феномени зміненого сприйняття.

Виявлено, що світогляд і специфічна практика біоенергоінформаційних цілителів відповідають основним критеріальним ознакам соціально-духовного явища Нового Віку. Про це свідчать наступні дані. При первинному анкетуванні 39% обстежених респондентів-цілителів повідомили про віру в настання Ери Водоля, при повторному анкетуванні частка таких тверджень збільшилась до 55,7% (34). В існування так званого “керівництва згори”, яке здійснюється завдяки контактуванню, вірили 94% респондентів-цілителів, до контактерів себе віднесли 45 осіб; у реінкарнацію вірили 69% обстежених. Більшість досліджених (79%) не виключали цілющої сили кристалів. Дослідження довело, що цілителство не вичерпується проблематикою оздоровлення, воно перетворюється на спосіб “буття у світі”, охоплюючи поведінкові патерни, мотиваційну сферу, систему вірувань та цінностей особи, яка його практикує. Механізми формування цієї системи вірувань з притаманною їй особливою мовою, езотеризмом та певними практиками суттєво не відрізнялись від тих, що характерні для інших утворень Нового Віку (J.G. Melton, 1993, P. Heelas, 1996, Д.І. Бондаренко, 2000).

Протягом періоду дисертаційного дослідження було виявлено певну динаміку метафізичного аспекту концепцій та практик біоенергоінформаційного зцілювання, притаманну й іншим духовно-оздоровчим утворенням Нового Віку в Україні: 1) тенденція до “поглиблення” езотеричної частини платформи, пошуку дедалі більш стародавніх і таємних джерел окультного знання; цьому сприяв видавничий бум, постійне збільшення кількості видань окультно-містичного змісту, міжнародні контакти; 2) нове тлумачення таємної мудрості на підставі паранаукових знань, залучення досягнень сучасної науки до підтвердження окультних догматів; умоглядні пошуки подібності між стародавнім езотеричним і сучасним науковим знанням; 3) розвиток доктрини через знання, отримане інтуїтивним або позачуттєвим шляхом. До цього належать відомості, які надходять до adeptів під час інсайтів, контактування з “вчителями” через зорові або слухові канали, внаслідок автоматичного письма тощо; 4) тенденція до “гіперсинтезу” технік особистісного зростання, які об'єднують ритуальні (культові) дії і численні психотехнічні прийоми, постійно збагачуються внаслідок їх комбінування та індивідуально-практичного урізноманітнення.

На підставі моніторингу активності атестаційно-експертної комісії УАНМ, аналізу нормативних документів, наукових і дискусійних публікацій, результатів інтерв'ювання та двократного анкетування респондентів-цілителів показано, що набуття цілителством в Україні рис соціального феномену обумовлено з одного боку дією низки суто кризових чинників: соціально-економічною дестабілізацією, втратою ціннісних орієнтирів (аномією), падінням престижу офіційної медицини, погіршенням рівня психічного здоров'я населення та незадовільним станом

надання медичної, зокрема психіатричної та психотерапевтичної, допомоги. З другого боку для становлення концепції та практик біоенергоінформаційного цілительства важливе значення мали розповсюдження нових ідей в науці, розширення міжнародних контактів, зміна світоглядних орієнтирів широкого загалу і, нарешті, юридичне закріплення офіційного статусу народної медицини, процедури тестування цілительських здібностей і порядку одержання дозволу на практику зцілювання для осіб, що не мають медичної освіти.

Показано також, що існуюча процедура експертизи цілительських здібностей потребує вдосконалення, адже феномен біоенергоінформаційного впливу повинен вивчатися з мультидисциплінарних позицій.

Всупереч висловлюваній раніше думці (Ф.В. Кондратьєв, 1994, 1997) доведено, що концепцію цілительства не слід розглядати як “штучне” утворення, просту компіляцію розрізаних фактів, вірувань та переконань, а значне підвищення попиту на магічні методи зцілювання та відповідне зростання кількості практиків альтернативної медицини – як тимчасове явище, характерне лише для періоду локальної соціально-економічної кризи в суспільстві. Кваліфікуючи біоенергоінформаційне цілительство як прояв більш загального соціально-духовного феномену Нового Віку, слід визнати, що його поширення в Україні обумовлено як специфічними соціально-економічними чинниками, так і глобальними тенденціями розвитку суспільства, що в межах макросоціологічного підходу пояснюється закономірними процесами зміни культури чуттєвого типу, орієнтованої на примат раціоналізму та позитивізму, на культуру ідеалістичного типу – переважно надраціональну, надчуттєву та релігійну (П. Сорокин, 1992).

У межах аналізу макро- і мікросоціальних чинників формування світогляду цілителів розглянуто особливості мислення респондентів. Запропоновано використання моделі містичного мислення, базованої на антропологічних критеріях, що враховують вплив особливої “містичної реальності”, в якій живе людина (Л. Леві-Брюль, 1930). Плідність такого підходу, вперше обгрунтованого автором у 1997 р., підтверджено його застосуванням у пізніших роботах з феноменології містичного мислення (В.А. Жмуров, 2002). Виділено такі його визначні характеристики: ґрунтованість на вірі, обумовленість особливими колективними уявленнями, підпорядкованість закону партиципації (сопричастя), які разом спричиняють специфічну асоціативну готовність, не зрозумілу з точки зору логіки мислення раціонального.

У процесі аналізу змістовних характеристик мислення респондентів-цілителів констатовано, що теорія енергоінформаційного зцілювання збігається з уявленням про містичну реальність у визначенні Л. Леві-Брюля. Партиципація як можливість явища бути водночас і самим собою і чимось іншим реалізувалася, зокрема, в розумінні респондентами сутності Божественного: близько 80% досліджених сприймали Бога водночас як особистість і як Космічний розум, або Абсолют, енергетичну субстанцію, що пронизує Всесвіт. З позиції закону сопричастя можна пояснити також

безконтактне або дистанційне зцілювання: більше третини респондентів намагалися лікувати, використовуючи фотографії, малюнки, особисті речі або імена пацієнтів. Прийоми катартичної, числової та контагіозної магії, лікувальне застосування молитов та інших ритуальних дій базувалося на уявленнях про неподільність фізичної, енергетичної і духовної складових особистості, її зображення, імені, думок і дій. Виділено 3 категорії фабул цілительства з відносно схожим розумінням сутності лікувального впливу: біоенергетичну, біоенергоінформаційну, спіритуалістичну.

За формальними характеристиками мислення респондентів-цілительів відповідало критеріям аутистичного, афективного та символічного. Проілюстровано такі його особливості, як небажання звертати увагу на суперечність з дійсністю, суб'єктивність інтерпретації подій, нехтування законами формальної логіки, застосування специфічної символіки мовлення, використання символіки задля тлумачення сновидінь, пояснення різних видів магії та ритуалів. У 21 випадку зафіксовано докладність, подібну до маячної, яка виявлялася через надмірну деталізацію при описі явищ “містичної реальності”.

Мисленню цілительів були властиві характерні особливості мислення маячного: воно будується на “іншій логіці”, відмінній від логіки мислення раціонального; його умовиводи не потребують доказів, необхідних для обґрунтування раціональних ідей, а також не піддаються переконанню й не відповідають об'єктивній реальності. В ньому наявні складові всіх трьох основних форм маячіння: сприйняття, уяви та інтерпретації. Констатовано, що психопатологічна дефініція індивідуального містичного мислення не може виходити лише зі змісту та інших внутрішньо притаманних йому характеристик (як-от афективна обумовленість, аутистичність або символізм) і повинна спиратися на розуміння субкультурального контексту, особистісну значущість переконань суб'єкта та показники його соціального функціонування.

**У четвертому розділі** здійснено цілісний психопатологічний аналіз психічного стану респондентів-цілительів, вивчено їх патопсихологічні характеристики та показники соціальної адаптації.

У всіх респондентів-цілительів спостерігались розлади сприйняття: у 98% – кінестетичні, 63% – зорові, 37% – слухові. Вони характеризувалися значним поліморфізмом, тому піддавались аналізу в межах відносно однорідних груп, сформованих з огляду на генетичний зв'язок даних феноменів з процедурою діагностики та лікування і, таким чином, з урахуванням їхньої залежності від особливостей мислення, станів зміненої свідомості та афективного стану досліджених. Наявність у частині випадків таких ознак, як пороблення, відсутність зв'язку з певним рецептором, відсутність асиміляції об'єктами реального оточення вказувало на необхідність відмежування даних явищ від псевдогалюцинацій, які поряд з іншими переживаннями втрати контролю над психічними функціями або тілом належать до категорії симптомів шизофренії I рангу за К. Шнайдером.

Виявлено, що сенсопатії кінестетичної модальності не можна віднести до категорії псевдога-

люцинаторних: вони відповідали критеріям псевдогалюцинацій лише за основними загальними діагностичними ознаками (стан свідомості, особливості мислення, критичність). У більшості спостережень (78,6%) були наявні такі властиві псевдогалюцинаціям ознаки, як нереалістичність та неприродність відчуттів. Однак тактильні сенсопатії завжди вважалися респондентами такими, що реально існують, і супроводжувалися адекватною афективною реакцією. Вони не сприймалися як неприємні, прикрі або суб'єктивно нездоланні. Вельми характерне для псевдогалюцинацій відчуття “пороблення” було виявлено лише у 6,1% досліджених; у 89 (90,8%) випадках специфічні тактильні феномени були довільними й виникали лише у зв'язку з лікувально-діагностичною практикою.

Сенсопатіям зорової модальності (СЗМ) також були властиві основні загальні діагностичні ознаки, які наближали їх до псевдогалюцинаторних переживань: виникнення на тлі незміненої або звуженої свідомості, тісний зв'язок з особливостями мислення, некритичність до факту “галюцинування”. СЗМ, що актуалізувалися під час лікувально-діагностичної процедури (т. зв. близьковидіння), спостерігались у 33 осіб (52,4% у даній підгрупі). Вони були представлені видінням аури і внутрішніх органів. Перцептивні феномени останнього типу описано нами як гетеровісцероскопічні сенсопатії. Подібно до псевдогалюцинацій ці зорові образи локалізувалися в інтрапроекції або в уявному просторі, не були асимільовані об'єктами реального оточення, у ряді випадків виізнялися нереалістичністю й неприродністю оформлення, виникали поза зв'язком з часом доби, у 45,5% випадків сприймалися “внутрішнім зором”. Однак такі важливі їх особливості, як реальність для суб'єкта переживання, умовна довільність (їх виникнення опосередковувалось певною ситуацією, контролювалося вольовими зусиллями), зв'язок з домінуючими ідеями й позитивний критерій соціальної впевненості не відповідали класичним уявленням про зорові псевдогалюцинації.

Зорові переживання, не пов'язані безпосередньо зі зцілюванням, виявлено у 30 респондентів (47,6% від підгрупи осіб із зоровими сенсопатіями). Вони, як правило, мали фантастичні або релігійні сюжети й достовірно частіше за сенсопатії, пов'язані з практикою зцілювання, мали такі ознаки, як “інтрапроекція”, “локалізація образів у суб'єктивному просторі”, “пороблення”, “відсутність критерію соціальної впевненості”. Отже, сенсопатії другого роду більше нагадували псевдогалюцинаторні переживання, однак принаймні у 2/3 спостережень не відповідали повному набору їх діагностичних критеріїв.

Аналіз сенсопатій слухової модальності (ССМ) виявив, що ці переживання значно рідше опосередковувалися процедурою діагностики та лікування, ніж тактильні й зорові сенсопатії: вони виникали спонтанно у 20 осіб (54,1% від підгрупи з ССМ). Лише у 5 (13,5%) респондентів аудіальні феномени виникали переважно у зв'язку з практикою зцілювання, їх зміст вичерпувався відомостями про стан пацієнтів. У решти респондентів ССМ мали релігійно-фантастичні (19, 51,4%) або побутові (13, 35,1%) сюжети. У переважній більшості спостережень (78,4%) ССМ були позба-



влені природності, властиві об'єктам реального оточення, і, як правило, локалізувалися поза межами чуттєвого об'єкту (наприклад, надходили від Вчителя, з Космосу). Крім того, у 70,3% випадків аудіальні переживання були позбавлені сенсорного забарвлення, у 91,9% сприймалися без участі слухового аналізатора, а в 51,4% супроводжувалися почуттям пороблення відчуттів. Отже, в більшості випадків аудіальним сенсопатіям були притаманні найбільш характерні ознаки псевдогалюцинаторних переживань.

Частина респондентів-цілителів (45 осіб) стверджувала, що має здатність до проскопії, ретроскопії або ясновидіння. Ця здатність частіше була пов'язана з наявністю зорових, ніж слухових сенсопатій: у 33,3% (21) від усіх респондентів із СЗМ і 62,2% (23) від осіб з ССМ,  $p < 0,01$ . При цьому така особливість достовірно частіше ( $p < 0,01$ ) зустрічалась у підгрупі респондентів із зоровими сенсопатіями, не пов'язаними з діагностикою та лікуванням (15, 50,0% спостережень), ніж у підгрупі цілителів з гетеровісцероскопічними сенсопатіями (6, 18,2% спостережень). У цілителів із сенсопатіями слухової модальності пророкування часто пов'язувалося з феноменом контактування.

Здатність до контактування декларували 45 осіб. Феномен контактування був обумовлений сполученням специфічних переконань, сенсопатій і симптомів психічного автоматизму. Найчастіше цілителі описували контактування як "отримання вербальної інформації згори", на кшталт монологу, що інколи супроводжувалося феноменом автоматичного письма (кінестетичного автоматизму). Частки осіб, що вважали себе контактерами, статистично не відрізнялись у підгрупах респондентів з тактильними й зоровими сенсопатіями (відповідно 47,0% і 50,8%), але їхня кількість виявилася достовірно більшою ( $p < 0,001$ ) у підгрупі респондентів із сенсопатіями слухової модальності (86,5%).

Виявлено, що 37 респондентів-цілителів ще до початку практики зцілювання мали ті чи інші розлади сприйняття: 75,7% (28) становили зорові й 43,2% (16) – слухові феномени. Сполучені розлади сприйняття спостерігались у 9 (24,3%) осіб. Крім того, у 9 (24,3%) досліджених мали місце психосенсорні розлади, у 2 (5,4%) – явища психічного автоматизму, у 3 (8,1%) – явища типу "відділення від тіла". Ці феномени виникали у різні вікові періоди й у 14 (37,8%) випадках не були сполучені з дією якихось екзогенно-органічних або психогенних чинників, у решти досліджених їх поява опосередковувалась афектогенно чи була пов'язана із соматичними захворюваннями і/або органічними враженнями ЦНС.

Наявність розладів сприйняття в анамнезі суттєво впливала на вірогідність виникнення сенсопатій зорової і слухової модальностей, що супроводжували цілительську практику. У осіб з СЗМ і/або ССМ, які супроводжують практику зцілювання, порушення сприйняття в анамнезі зустрічались достовірно частіше ( $p < 0,01$ ), ніж у респондентів з лише тактильними сенсопатіями.

Ускладнення анамнезу було констатовано у 59 респондентів-цілителів (у 52 – дія якихось ек-

зогенних чинників, у 7 – функціональні порушення ЦНС та соматоформні розлади). Аудіальні сенсопатії спостерігалися частіше ( $p < 0,05$ ) у осіб з ускладненим анамнезом (26, 44,1% випадків), ніж у респондентів-цілителів без екзогенних чинників в анамнезі (11, 26,8% випадків). Ці розбіжності були зумовлені головним чином внеском фактора “черепно-мозкові травми та органічні враження ЦНС”.

Доведено, що формування сенсопатій цілителів пов’язане з домінуючими, афективно насиченими ідеями та використовуваними психотехнічними прийомами. Змістовно феномени зміненого сприйняття завжди відбивали світоглядну позицію респондентів; майже у 90% спостережень формування ірраціональних переконань або передувало, або збігалось у часі з появою сенсопатій. Навіть у тих випадках, коли сенсопатії виникали поза лікувальною діяльністю, вони мали релігійно-містичний або фантастичний характер. Психотехніки, активно застосовувані на етапі навчання зціленню, сприяли формуванню механізмів, схожих з механізмом сенсоріалізації уявлень. Сугестія та аутосугестія опосередковували закріплення цих механізмів та полегшували в подальшому актуалізацію “бажаних” образів. Психопатологічно сенсопатії цілителів найбільше близькі до психогенних галюцинацій. Змістовні характеристики мислення (концепція цілительства і світогляд загалом) виступали як “патогенетичний” фактор, а формальні характеристики мислення (зокрема символізм) діяли як “патопластичний” чинник їх формування.

Показано, що наявність розладів сприйняття різного генезу в анамнезі можна розглядати як чинник функціональної готовності до продукції сенсопатій, які виникають у зв’язку із застосуванням психотехнічних прийомів і потенціюються гетеро- та аутосугестією. Така функціональна предриспови́зція полегшує формування специфічних сенсопатій у цілителів, а наявність органічних вражень ЦНС підвищує вірогідність виникнення феноменів слухової модальності. Враховуючи більшу схожість аудіальних сенсопатій з псевдогалюцинаторними феноменами та їх меншу сполученість з практикою зцілювання, слід підкреслити особливу значущість цих феноменів для оцінки психічного статусу осіб, які мають містичний досвід або займаються біоенергоінформаційним зцілюванням.

За даними СМДО сумарний профіль респондентів-цілителів був розміщений у межах нормативного розкиду й мав нерізкий позитивний нахил. Серед усіх досліджених було виділено групу осіб, у профілях яких хоча б одна з основних шкал перевищувала 70-Т (загалом 25, з них 6 чоловіків і 19 жінок). Їх усереднений профіль (рис. 1, ряд 1), наближався до пограничного профілю з позитивним нахилом (84’69372–015).

Оскільки найвищими піками в цих профілях, які водночас спостерігалися найчастіше, є піки 8-ї та 4-ї шкал, можна констатувати, що переважною тенденцією у респондентів з особистісними девіаціями та вірогідними порушеннями адаптації були форми реакцій, характерні для осіб з експансивно-шизоїдною акцентуацією (Собчик Л.Н., 1990, 2000). Враховуючи дані щодо генезису

іраціоналістичних світоглядних настанов, ми припустили, що особи з дефіцитом можливостей раціонального відреагування суб'єктивно складних ситуацій використовують в якості психологічного захисту механізм своєрідної реконструкції реальності з побудовою афективно насиченої "іраціональної", фантастичної картини світу. Цілительська практика, ґрунтована на цій специфічній світоглядній позиції, стає для них засобом компенсації, який закріплюється завдяки існуванню соціального запиту та інших санкціонуючих зовнішніх чинників (офіційна підтримка альтернативного цілительства, розповсюдження релігійних вірувань у середовищі та ін.).

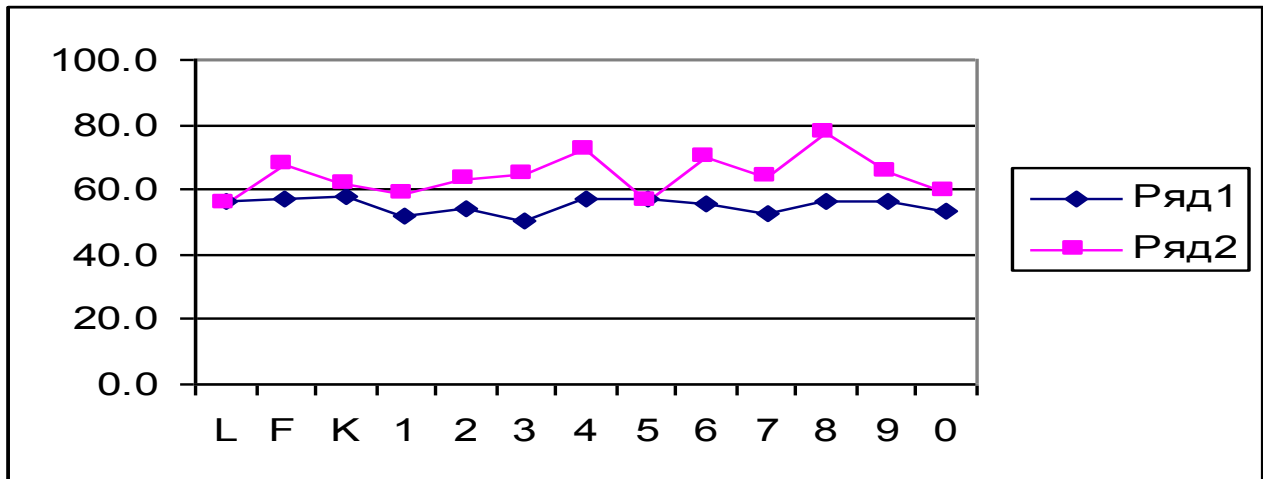


Рис. 1. Усереднені профілі СМДО респондентів-цілителів зі значенням основних шкал, що не перевищують (1, N=75) і перевищують 70 Т-балів (2, N=25).

Примітка. Ряд 1 – профіль підгрупи 1, N=75; ряд 2 – профіль підгрупи 2, N=25.

Оцінка характеру соціальної адаптації за даними СМДО була доповнена обчисленням показника загального функціонування (ПЗФ). ПЗФ-1 для періоду, що передував початку цілительської практики, становив  $24,5 \pm 5,4$ . ПЗФ-2, обчислений для періоду дослідження, достовірно перевищував ПЗФ-1 ( $p < 0,01$ ) і становив  $32,1 \pm 3,0$ . У осіб з ускладненим анамнезом ПЗФ-1 був достовірно меншим ( $p < 0,001$ ), ніж у решти респондентів ( $21,5 \pm 2,9$  і  $28,9 \pm 3,1$  відповідно). Достовірне підвищення ПЗФ у зв'язку із залученням до практики цілительства виявлено в обох порівнюваних підгрупах, однак у осіб з ускладненим анамнезом ПЗФ-2 ( $31,5 \pm 2,9$ ) все ж лишався у середньому меншим ( $p < 0,05$ ), ніж у цілителів з неускладненим анамнезом ( $32,9 \pm 2,9$ ). ПЗФ-3, розрахований за даними катамнестичного дослідження, становив  $29,6 \pm 4,8$  і був дещо меншим, ніж ПЗФ-2, однак все ж достовірно перевищував ПЗФ-1 ( $p < 0,05$ ). ПЗФ-1 і ПЗФ-2 достовірно не розрізнялись у респондентів з лінійним профілем (ПЗФ-1 =  $25,3 \pm 5,5$ ; ПЗФ-2 =  $32,4 \pm 3,3$ ) і високо розміщеним профілем СМДО (ПЗФ-1 =  $23,8 \pm 6,2$ ; ПЗФ-2 =  $31,3 \pm 3,1$ ).

Позитивна динаміка самопочуття респондентів-цілителів на тлі їхньої цілительської практики нагадувала феномени, описані як світоглядний і оздоровчий варіанти постневротичного розви-

тку особистості з позитивним радикалом психічних та поведінкових змін, за яких відбувається формування нової ієрархії цінностей, переосмислення взаємовідносин з оточенням на ґрунті нових філософських та релігійних настанов і/або виникає “збалансована параноя здоров’я” (В.Д. Менделевич, С.Л. Соловьева, 2002).

На основі даних кореляційного аналізу зроблено припущення, що певне підвищення ситуаційної тривоги сприяло пошуку виходу з несприятливої ситуації – або шляхом зміни стереотипу поведінки (гетеропластичної адаптації), або за рахунок зміни ставлення до незмінних обставин (реорієнтації). Рівень загального функціонування на тлі цілительської практики підвищувався також за рахунок активізації механізму витіснення (позитивна кореляція між значеннями 3-ої шкали та ПЗФ-1, ПЗФ-2) й помірно виражених імпульсивних реакцій із запереченням утруднень, тривоги, власної і чужої провини, відсутністю слідування жорсткій схемі поведінки (достовірна позитивна кореляція між значенням 9-ої шкали і ПЗФ-1) – табл. 1.

Таблиця 1

**Значення коефіцієнта кореляції Пірсона (r) між показниками загального функціонування (ПЗФ-1, ПЗФ-2) й окремими шкалами профілів СМДО**

Показник загального функціонування	Шкали СМДО					
	L	K	2	3	5	9
до початку цілительства	0,21*	0,23**	0,28*	0,27**	0,29**	0,04
на тлі цілительства	0,46***	0,52***	0,41***	0,32**	0,10	-0,26**

Примітка. Тут і далі різниця достовірна при: \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$ .

Представлені вище дані використано для формування моделі психіатричної кваліфікації станів, що супроводжують практику зцілювання, оцінки впливу практики біоенергоінформаційного зцілювання на самопочуття та світоглядні настанови загальної маси користувачів послугами цілительів і вивчення наслідків звернення до альтернативних цілительів осіб з психічними розладами (**п’ятий розділ**). Для психіатричної кваліфікації стану респондентів-цілительів здійснено порівняння адекватності двох підходів. Перший – так званий культурально-нечутливий – базувався на формальному використанні діагностичних критеріїв психічних розладів (МКХ–10, DSM–IV), за якого властиві субкультурі цілительів особливості світогляду не бралися до уваги. При цьому містичне мислення респондентів оцінювалось як фабулююче, надцінне або маячне, а виявлені феномени зміненого сприйняття – як галюцинаторні або ілюзорні. Другий – культурально-чутливий підхід – враховував соціальні впливи й субкультуральні особливості світогляду респондентів-цілительів. У його межах “містичне мислення” і специфічні сенсопатії розглядалися не як хворобливі феномени, а як субкультурально обумовлені непатологічні складові світогляду, закріп-

лені завдяки соціально санкціонованій діяльності; отже, психічні розлади діагностувалися на основі необхідної сукупності ознак, виявлених поза переліченими особливостями сприйняття й мислення.

*Згідно з культурально-нечутливим підходом* критеріям психічних і поведінкових розладів за МКХ–10 або DSM–IV відповідав стан 75 респондентів-цілителів. Підгрупи осіб з психічними розладами й без психічних розладів суттєво не різнилися за віком і стажем цілительської практики. За МКХ–10 особи з психічними розладами розподілилися за такими діагностичними категоріями: 30 – параноїдна шизофренія, безперервний перебіг (F20.00); 20 – шизотиповий розлад (F21.0); 8 – шизоафективний розлад (F25.x), з яких 5 – шизоафективний розлад, маніакальний тип (F25.0), 3 – шизоафективний розлад, змішаний тип (F25.2); 3 – розлади зрілої особистості й поведінки у дорослих, а саме демонстративний розлад особистості (F60.4); 14 – органічні маячні (шизофреноподібні) розлади (F06.2).

За DSM–IV досліджені розподілилися таким чином: 44 – шизофренія, шизофреноподібний або шизоафективний розлад (295.xx); 17 – особистісні розлади (301.xx); 14 – психотичні розлади внаслідок загальних медичних чинників (293.xx).

Діагностичні алгоритми МКХ–10 та DSM–IV, побудовані на основі західного раціонального підходу до оцінки реальності, постулюють “незвичайність”, “дивність” засадничих для теорії біоенергоінформаційного цілительства переконань (у тому числі в можливості передавання думок на відстані, або телепатії, впливу на погоду, заміни внутрішніх органів їх “астральними аналогами”, контакту з померлими або “інопланетянами”, керівництва думками або рухами й загального керівництва життям особи з боку надприродних сил чи істот). Однак такі ідеї є характерними для субкультури Нового Віку загалом і біоенергоінформаційного цілительства зокрема. Ігнорування цього факту призвело до констатації у респондентів-цілителів наявності маячіння впливу та псевдогалюцинацій і, відповідно, до діагностики психічних розладів у більшості (3/4) досліджених.

Середні значення показників загального функціонування, обчислені для всіх трьох часових періодів, суттєво не розрізнялися в підгрупах психічно здорових і осіб з психічними розладами, виділених на основі культурально-нечутливого підходу. При порівнянні середніх значень основних шкал профілів СМДО, порівнянні підгруп за частотами шкал, які перевищують 70 Т-балів, достовірних відмінностей також виявлено не було.

*Згідно з принципами культурально-чутливого підходу* на момент обстеження критеріям психічного або особистісного розладу відповідав стан 19 респондентів-цілителів. За МКХ–10 вони розподілилися наступним чином: 8 – параноїдна шизофренія (F20.00), 8 – шизотиповий розлад (F21.0), 3 – демонстративний розлад особистості (F60.4). За DSM–IV: 8 – шизофренія (295.xx), 8 – шизотиповий особистісний розлад (301.22), 2 – нарцисичний особистісний розлад (301.81), 1 –

гістрійонний особистісний розлад (301.50).

Серед осіб із психічними розладами було 6 чоловіків (31,6%) і 13 жінок (68,4%), середній вік яких становив  $48,2 \pm 7,1$  року. Відповідно підгрупа психічно здорових складалася з 36 (44,4%) чоловіків і 45 (55,6%) жінок, середній вік  $35,6 \pm 12,7$  року. Отже, ці підгрупи суттєво не відрізнялися за статевим складом, але респонденти з психічними розладами були старшими ( $p < 0,001$ ), ніж решта досліджених. Стаж нетрадиційного цілювання в осіб з психічними розладами становив у середньому  $5,6 \pm 4,5$  року й достовірно перевищував цей показник у досліджених без психічних розладів ( $4,0 \pm 2,7$  року) –  $p < 0,01$ . Особи з психічними або особистісними розладами мали більший за 5 років стаж цілительства достовірно частіше (8, 42,1% випадків), ніж психічно здорові респонденти (14, 17,3% випадків) –  $p < 0,01$ .

Відповідно до раніше виявлених загальних закономірностей, у більшості досліджених з психічними розладами феномени зміненого сприйняття цілительської тематики були обумовлені засвоєнням навичок цілювання або принаймні їх виникнення збіглося в часі з періодом захоплення теорією цілительства. Лише у двох жінок (10,5%) поява зорових образів, подібних до гетеровісцероскопічних сенсопатій, а також психосенсорних розладів передувала навчанню на курсах цілительства. Специфічні тактильні сенсопатії цілителів, слухові і сполучені (візуальні й аудіальні) сенсопатії, що супроводжували практику цілювання, спостерігались однаково часто у респондентів із психічними розладами й у психічно здорових. Візуальні сенсопатії, властиві практиці цілювання, були більш характерними для респондентів без психічних розладів. Психопатологічні феномени, які передували залученню до цілительства, спостерігалися у досліджених з психічними розладами достовірно рідше, ніж у здорових респондентів.

Серед респондентів із психічними розладами було достовірно більше ( $p < 0,05$ ) осіб з неускладненим анамнезом (11, або 57,9%), ніж серед решти респондентів (30, або 37,0%). Однак ці відмінності були обумовлені не стільки частотою органічних уражень і соматичних захворювань, скільки наявністю соматоформних розладів. Феномен контактування спостерігався у виділених підгрупах практично однаково часто.

При порівнянні частот шкал з ненормативними значеннями у виділених підгрупах виявлено значні розбіжності (табл. 2).

Виявлено достовірно більші значення ПЗФ-1 та ПЗФ-3 у осіб без психічних розладів (табл. 3). Значне підвищення ПЗФ-2 порівняно з ПЗФ-1 в обох підгрупах свідчить, що цілительство сприяло реабілітації та реадaptaції осіб як за наявності непсихотичних (соматоформних та невротичних) розладів, так і у випадках психотичних психічних розладів. Подальше зниження ПЗФ у респондентів з ознаками шизофренії та особистісних розладів відображає відносну нестабільність даного виду компенсації для осіб з ендогенними психічними процесами і стійкими особистісними вадами адаптації.

Таблиця 2

**Частоти окремих основних шкал, що перевищують 70 Т-балів,  
у профілях СМДО респондентів-цілителів з психічними (N=19)  
і без психічних розладів (N=81)**

Підгрупи осіб	Шкали СМДО				
	2	3	4	6	8
з психічними розладами, абс. (%)	5(26,3)	6(31,6)	6(31,6)	6(31,6)	8(42,1)
без психічних розладів, абс. (%)	1(1,2)***	0(0)***	7(8,6)**	9(11,1)*	10(12,3)***

Таблиця 3

**Порівняння показників загального функціонування (ПЗФ) у цілителів  
з психічними (N=19) і без психічних розладів (N=81)**

Підгрупи осіб	Показник загального функціонування		
	ПЗФ-1	ПЗФ-2	ПЗФ-3
з психічними розладами	(23,2 ± 5,5)*	31,9 ± 2,2	(26,4 ± 6,8)**
без психічних розладів	25,8 ± 5,7	32,3 ± 3,2	31,0 ± 4,6

Культурально-чутливий підхід до кваліфікації стану респондентів-цілителів уможливив розв'язання питання про розмежування світоглядних і маячних феноменів. Врахування динаміки світоглядної концепції респондентів-цілителів, особистісних рис за даними СМДО та показників їхнього соціального функціонування дало підстави стверджувати, що переконання 81 особи, віднесеної до категорії психічно здорових на основі культурально-чутливого діагностичного підходу, повинні кваліфікуватися як непатологічні, позитивно забарвлені надцінні ідеї світоглядного характеру. Вони мають розглядатися як варіант нормальних психічних реакцій, у генезі яких головну роль спочатку відіграють механізми засвоєння домінуючих у субкультурі ідей, ауто- та гетеросугестія, а в подальшому – закріплення переконань у процесі практики зцілювання, що супроводжується афектогенними сенсопатіями. Ці переконання тісно “зростаються” з особистістю, стають центром її мислення й визначають поведінку.

Переконання 8 респондентів, у яких за культурально-чутливою моделлю було діагностовано шизотиповий особистісний розлад, відповідали критеріям патологічних надцінних ідей. Вони вирізнялися особливою афективною напруженістю, ригідним домінуванням над усім комплексом

настанов і зумовлювали поширення “концепції цілительства” на всі сфери життя, нагадуючи розвиток істинних маячних ідей стосунку та інтерпретації.

У межах психотичних процесуальних розладів у респондентів спостерігались як суто “цілительські” за змістом маячні ідеї, так і ідеї іншого змісту (переслідування, впливу). Проведене дослідження свідчить, що питання про диференціювання маячних і світоглядних феноменів може бути вирішеним коректно лише на основі культурально-чутливого підходу до оцінки психічного статусу досліджуваних, з урахуванням усього комплексу особистісних особливостей, життєвого шляху й системи соціальних відносин.

З метою виявлення чинників, які сприяли суб’єктивним змінам самопочуття на тлі біоенерго-інформаційного зцілювання *пацієнтів цілителів із загальної популяції*, здійснено порівняння низки характеристик підгруп пацієнтів, що завершили (ЗЛ, 121 особа, 80,7%) й не завершили (НЗЛ, 29 осіб, 19,3%) лікування у цілителів. Підгрупи ЗЛ та НЗЛ відрізнялись рядом ознак. Пацієнти, що завершили лікування, були молодшими, частіше мали намір лікуватися від конкретного захворювання, середня тривалість їхніх захворювань була меншою й вони частіше були задоволені попереднім ефектом лікування у фахівців офіційної медицини ( $p < 0,01$ ). Пацієнти ЗЛ частіше декларували абсолютну впевненість в існуванні Бога і Вищого розуму, демонстрували більшу релігійну активність і значно вищий ступінь впевненості в існуванні пси-феноменів.

На тлі зцілювання у пацієнтів виявлено переконливу тенденцію до поглиблення релігійних вірувань, підвищення рівня релігійної активності та ступеня впевненості в існуванні й лікувальній дії пси-феноменів. Доведено, що попередня настанова й характер вірувань пацієнтів мали велике значення для залучення у процес терапевтичної взаємодії і потенціювали психотерапевтичний ефект зцілювання.

На підставі аналізу 128 спостережень сеансів зцілювання описано його психотерапевтичну складову. Виявлено, що відносини цілитель – пацієнт являють собою авторитарне співробітництво з традиційними для психотерапевтичної взаємодії елементами: добором пацієнтів, оцінкою ступеня вмотивованості та її підвищенням, складанням терапевтичної угоди, реалізацією завдань терапії, її завершенням. Описано три категорії прийомів зцілювання: мануальні, ритуальні, магичні. Показано, що цілителі використовують різні види сугестії (пряму, опосередковану, на тлі неспання та змінених станів свідомості).

При аналізі тематики маячіння у *осіб з психічними розладами* та її динаміки з врахуванням результатів досліджень попередніх років констатовано наявність процесу тематичного “оновлення” маячних фавул у структурі гострих психозів: “нові” тематичні елементи (дія божественної чи диявольської сили, біоенергетичний вплив, прояви активності інопланетян, чаклунів, вампірів, наврочення, зіпсуття, ясновидіння) зустрічались у 60,0% хворих (за даними І.М. Григи у 1990-х рр. – у 37,8% обстежених з маячними розладами).



Серед осіб з психічними розладами 21 (38,1%) повідомляв про власні цілительські здібності – 8 (38,1%) чоловіків і 13 (61,9%) жінок. Низка характеристик останньої підгрупи респондентів відрізняла їх від респондентів-цілителів: переконання в наявності “цілительських здібностей” у хворих на психічні розлади не мало безпосереднього зв’язку з дією характерних зовнішніх чинників, виникаючи аутохтонно поряд з рештою психотичної симптоматики. Висновок про суто маячний характер переконань у наявності цілительських здібностей підтверджено тим, що середня тривалість стажу “цілительської практики” у осіб із психічними розладами ( $2,6 \pm 2,4$ ) статистично не відрізнялася від тривалості існування психотичного синдрому ( $2,3 \pm 2,1$ ), а показники стажу “цілительства” позитивно корелювали з показниками тривалості психотичної симптоматики ( $r=0,30$ ;  $p<0,01$ ). “Маячіння зцілювання” майже ніколи не було ізольованим від маячних ідей іншої тематики й саме по собі не призводило до значних порушень соціальної адаптації. Ідеї цілительства не спричинялись до властивих загальній масі цілителів намагань вдосконалити власні здібності, до духовних пошуків, зміни способу життя. Лише 6 (28,6%) осіб з даної підгрупи декларували прихильність до здорового способу життя (серед респондентів-цілителів – 97%,  $p<0,01$ ). Порівняно з респондентами-цілителями в підгрупі психічно хворих з “цілительськими здібностями” порушення зорової перцепції спостерігались достовірно рідше, а порушення слухової перцепції – достовірно частіше; водночас “цілительська” тематика сенсопатій у респондентів-цілителів зустрічалася достовірно частіше, ніж у досліджуваній підгрупі психічно хворих.

Таким чином, переживання “цілительської тематики”, розглянуті в динамічному контексті психотичних станів з маячною та галюцинаторно-маячною симптоматикою, виявили певну відмінність від феноменів мислення і сприйняття, що супроводжують практику біоенергоінформаційного зцілювання. Загальне порівняння особливостей маячіння “нового змісту” й містичного мислення респондентів-цілителів, проаналізованих вище, підтвердило попередній висновок про близькість їх змістовних і формальних характеристик. Запропоновано схему диференціювання світоглядних (непатологічних надцінних) переконань та маячних ідей (табл. 4).

Виявлено, що 23 (41,2%) особи з психічними розладами зверталися до представників альтернативної медицини в період, який безпосередньо передував маніфестації гострої психопатологічної симптоматики, або на тлі галюцинаторно-маячних розладів. Більшість досліджених (18, 78, 2%) зверталася до цілителів з приводу наявних психічних розладів; 2 (8,8%) намагалися лікувати соматичні захворювання і 3 (13,0%) шукали допомоги у зв’язку з іншими проблемами. Респонденти оцінили наслідки зцілювання наступним чином: 3 (15,0%) – тимчасове поліпшення самопочуття, 13 (65,0%) – без відчутних змін і 4 (20,%) – погіршення стану. Останній показник виявився суттєвим у контексті аналізу чинників, що сприяли розвиткові специфічної галюцинаторно-маячної симптоматики у досліджених респондентів, адже саме в 4 випадках (17,4% від усієї підгрупи психічно хворих користувачів послуг цілителів) звернення до представників альтернати

## Диференційно-діагностичні особливості маячних ідей та непатологічних надцінних світоглядних переконань

Маячні ідеї	Надцінні непатологічні світоглядні переконання
– первинні, сполучені з маячним афектом та психологічно незрозумілим почуттям власної змінності, є “відповіддю” на цю внутрішню зміненість, яка виникає аутохтонно	– вторинні щодо особи та її суб'єктивної життєвої ситуації, є психологічно зрозумілим наслідком значущих зовнішніх подій (наприклад, власної соматичної хвороби, втрати близьких, соціогенного стресу)
– розвиваються за власними закономірностями, мало залежать від гетеросугестії, лише “переробляють” сюжети пануючих колективних уявлень	– формуються на основі “тиску колективних уявлень” за механізмами інтеріоризації, за участю сугестії та аутосугестії
– мають тенденцію до “застрягання”, розповсюдження “кліше” тлумачення реальності на всі аспекти життя, супроводжуються прогресуванням формальних розладів мислення (субкультурально неадекватна паралогічність суджень, безглуздий символізм, асоціації за слабкою ознакою) та порушенням комунікації	– є відносно динамічними, не призводять до грубих порушень комунікації, принаймні у середовищі однодумців або у відповідній субкультурі
переважають над вольовими зусиллями та практичним досвідом	– підсилюються завдяки цілеспрямованим вольовим зусиллям, коригуються практикою
– супроводжуються зниженням показників соціального функціонування (в тому числі порушенням сімейних та дружніх стосунків, браком здатності продуктивно працювати, зниженням суб'єктивної оцінки власного добробуту та задоволеності життям)	– не призводять до зниження рівня соціальної адаптації (оцінка якого має враховувати особистісно-значущий та субкультурально-орієнтований аспекти)

вної медицини відіграло роль “преципітуючого” фактора щодо подальшого формування фабули маячіння та інтерпретації розладів сприйняття. Отже, в частині випадків відвідування цілителів послужило підґрунтям для формування переважно “біоенергетичної” тематики у структурі параноїдного синдрому та/або синдрому Кандинського-Клерамбо, підсилюючи механізми розгортання захворювання на кшталт резонансу. Зроблено припущення, що для певної кількості хворих у період гострої зміни відчуття соматопсихічного “Я” контакт з цілителями є проявом намагання “з’ясувати” причини власної психічної нестабільності, що у свою чергу дозволяє знайти прийнятні тематичні орієнтири для інтерпретації галюцинаторних феноменів і врешті-решт призводить до кристалізації маячіння. Для більшості же хворих на психічні розлади контакти з цілителями не відбилися на змісті маячіння: у осіб, які звертались до цілителів, “нова” тематика маячіння та розладів сприйняття виявлялася навіть рідше ( $p < 0,05$ ), ніж у решти досліджених.

Підгрупи хворих, які звертались і не звертались до цілителів, не розрізнялись за показником тривалості існування маячного синдрому (він становив близько 1,5 року). Розбіжності частот, з якими в цих підгрупах зустрічались окремі компоненти “нової” тематики (Бог, Сатана, відьми, вампіри, зіпсуття, наврочення, інші магічні впливи) маячіння, виявились статистично недостовірними. Таким чином, виявлено, що релігійні, магічні та інші види т. зв. архаїчних переконань відіграють роль патопластичних чинників у формуванні цілісної синдромологічної картини, на тлі яких конкретні події з особистої історії психічно хворих (як-от звернення до цілителів, обрядова практика і т.і.) спричиняють лише її індивідуальні варіації.

Порівнювані підгрупи статистично не відрізнялись також і за показниками тяжкості психопатологічної симптоматики за шкалою PANSS.

## **ВИСНОВКИ**

1. У дисертації здійснено теоретичне обґрунтування й нове вирішення науково-практичної проблеми психіатричної кваліфікації психічних станів, що виникають у зв’язку з практикою біоенергоінформаційного зцілювання. Проблему розв’язано з позицій комплексного соціокультурального підходу, який дозволяє підвищити якість психіатричної діагностики у випадках, пов’язаних з різними видами духовної практики.

2. Дослідження виявило, що біоенергоінформаційне цілительство в Україні слід розглядати як складову соціально-духовного феномену, формування якого зумовлено як специфічними для українського середовища соціокультуральними чинниками, так і більш загальними тенденціями розвитку суспільства. Залучення до цілительства пов’язано з дією низки середовищних (втрата ціннісних орієнтирів, зростання рівня релігійності, популяризація окультних знань, зниження якості та доступності медичної допомоги), мікросоціальних й індивідуально значущих (проблеми втрат, екзистенційні проблеми) чинників.

3. Практика біоенергоінформаційного цілительства сполучена з формуванням особливої світоглядної концепції, ґрунтованій на містичному мисленні, яке за змістовними й формальними характеристиками збігається з мисленням маячним. Переконання осіб, які займаються біоенергоінформаційним зціленням, слід кваліфікувати як непатологічні надцінні світоглядні ідеї. Диференційна діагностика непатологічного містичного мислення й “архаїчного” маячіння має виходити з таких ключових моментів: зіставлення ідей з особистісними установками та конкретно життєвою ситуацією; співвідношення з колективними або субкультуральними настановами; аналіз динаміки розвитку, супутніх формальних особливостей мислення; співвідношення з вольовими зусиллями та практичним досвідом; вивчення показників соціального функціонування та комунікації і суб’єктивної оцінки якості життя.

4. Практика біоенергоінформаційного зцілювання зумовлює появу у практикуючих цілителів специфічних перцептивних феноменів кінестетичної, зорової і слухової модальності, що за генезом та структурою близькі до наявуваних (психогенних галюцинацій, або галюцинацій уяви). Функціональна predisпозиція (наявність розладів сприйняття та психосенсорних розладів в анамнезі) полегшує формування зорових і слухових сенсопатій у процесі зцілювання, а наявність у минулому органічних вражень ЦНС підвищує вірогідність виникнення у цілителів феноменів слухової модальності.

5. Четверть практикуючих цілителів мають особистісні девіації; більше половини (59%) мали в минулому ознаки порушення соціального функціонування та адаптації, пов’язані з дією соціально-стресових чинників, наявністю соматичних, невротичних та/або соматоформних розладів. Становлення ірраціоналістичного світогляду з релігійними настановами сприяє покращанню показників загального функціонування завдяки формуванню потужної позитивної домінанти, підвищенню самооцінки та почуття соціальної значущості. У осіб із соматичними захворюваннями та органічними враженнями ЦНС підвищення почуття соматичного благополуччя зумовлено позитивним впливом здорового способу життя, дією захисних механізмів витіснення та фантазування.

6. Практика біоенергоінформаційного цілительства може спричинитися до тимчасової компенсації психотичних розладів; цьому сприяє активізація внутрішніх механізмів подолання психотичної симптоматики у змінених станах свідомості, формування концептуальних рамок для позитивного осмислення розладів сприйняття та маячних ідей, а також низка чинників соціальної реабілітації (активізація комунікацій, підтримка мікросоціального оточення, наявність умов для соціально корисної діяльності).

7. Культурально-чутливий підхід до психіатричної кваліфікації станів осіб, що займаються біоенергоінформаційним цілительством, дає змогу уникнути гіпердіагностики психічних та особистісних розладів і діагностувати їх наявність приблизно у 1/5 (19%) респондентів. Такий

підхід враховує особливості світогляду біоенергоінформаційних цілителів, специфіку сполучених зі зцілюванням феноменів зміненого сприйняття і свідомості та виходить із розуміння цілительства як соціального феномену й водночас форми релігійно-містичної або духовної практики.

8. Найчастішою причиною звернення осіб із загальної популяції до енергоінформаційних цілителів є наявність у них хронічних захворювань і невдоволеність результатами попереднього лікування у фахівців офіційної медицини. Рішення щодо альтернативного лікування формується на тлі специфічних світоглядних переконань, релігійних вірувань і віри в паранормальні явища, а його реалізації у більшості випадків сприяє “усна реклама” – повідомлення знайомих про позитивні наслідки зцілення. Попередня настанова на альтернативне лікування, ступінь упевненості в дієвості біоенергоінформаційного впливу та світоглядні орієнтації пацієнтів визначають позитивний ефект зцілювання, якому притаманні основні організаційні й технологічні елементи психотерапевтичної взаємодії.

9. Звернення до цілителів осіб з галюцинаторно-маячною симптоматикою відбувається як на доманіфестному етапі психозу, так і в період його екзацербції і не призводить до посилення тяжкості психопатологічної симптоматики. У частині випадків (17,4%) лікування методами альтернативної медицини діє як пусковий чинник подальшого розгортання й тематичного оформлення галюцинаторно-маячної симптоматики. При цьому звернення до цілителів забезпечує саме “тематичні межі” кристалізації маячіння, відіграючи роль останньої ланки у низці зовнішніх детермінант маячіння.

10. Головними завданнями оптимізації взаємовідносин між психіатрією й біоенергоінформаційним цілительством є: а) вдосконалення експертизи біоенергоінформаційних здібностей на основі міждисциплінарного підходу; б) вдосконалення теоретичної підготовки психіатрів на основі вивчення культурологічного, соціологічного, персонологічного й релігієзнавчого аспектів психіатричної феноменології; в) опанування навичок культурально-чутливої діагностики психічних станів, пов’язаних з духовними практиками; г) широке інформування населення про складові біоенергоінформаційного зцілювання з метою формування засад для усвідомленого вибору способів психотерапевтичної допомоги та психологічної корекції.

### **СПИСОК ПРАЦЬ, ОПУБЛІКОВАНИХ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ**

1. Карагодина Е.Г. Феномены измененного восприятия у целителей-экстрасенсов: психопатологический и социокультуральный анализ // Соц. и клинич. психиатрия. – 1996. – Т. 6, вып. 2. – С. 56–65.

2. Карагодина Е.Г. Социальные и индивидуальные аспекты мистического мышления (по материалам исследования целителей-экстрасенсов) // Соц. и клинич. психиатрия. – 1997. – Т. 7, вып. 3. – С. 121–130.

3. Карагодина Е.Г. О некоторых социально-психологических аспектах феномена экстрасенсорного целительства в Украине // *Арх. психіатрії*. – 1999. – № 1 (19). – С. 63–68.
4. Карагодина Е.Г. О нозологической квалификации состояний, сопутствующих практике экстрасенсорного целительства // *Журн. психиатрии и мед. психологии*. – 1999. – № 1 (5) – С. 13–20.
5. Карагодина Е.Г. Биоэнергоинформационное целительство и социальная психиатрия: от частного к универсальному // *Таврич. журн. психиатрии*. – 2000. – в. 4, № 3 (14). – С. 65–67.
6. Карагодина Е.Г. Методический подход к анализу состояний, сопутствующих практике экстрасенсорного целительства // *Арх. психіатрії*. – 2000. – № 1–2 (20–21). – С. 9–12.
7. Карагодина Е.Г. О дифференциальной диагностике бредовых и мировоззренческих феноменов // *Таврич. журн. психиатрии*. – 2000. – в. 4, № 4 (15). – С. 60–64.
8. Карагодина О.Г. Мотивація звернення пацієнтів до цілителів-біоенерготерапевтів // *Вісн. Вінницького держ. мед. університету*. – 2001. – № 1. – С. 244–246.
9. Карагодина О.Г., Варшавський Я.С. До питання про вплив практики альтернативного лікування на формування й перебіг галюцинаторно-параноїдних розладів // *Мед. перспективи*. – 2001. – Т. VI, № 4. – С. 48–52.
10. Карагодина Е.Г. О механизмах “экстрасенсорного” воздействия в практике биоэнергоинформационных терапевтов // *Арх. психіатрії*. – 2001. – № 4 (27). – С. 36–40.
11. Карагодина Е.Г. Психотерапия как игра: сравнительные особенности “академического” и “традиционного” вариантов // *Таврич. журн. психиатрии*. – 2001. – в. 4, № 2 (17). – С. 36–39.
12. Карагодина О., Кулініченко В. Соціокультуральна концепція “Нового Віку” і психіатрична кваліфікація феномену біоенергоінформаційного цілительства // *Зб. наук. пр. співробітників КМАПО ім. П.Л. Шупика*. – 2002. – Вип. 11, кн. 2. – С. 631–635.
13. Карагодина Е.Г. О компенсации психотических расстройств в процессе целительской деятельности (случай из практики) // *Таврич. журн. психиатрии*. – 2002. – в. 4, № 3 (20). – С. 67–69.
14. Карагодина О. Г., Варшавський Я.С. Окремі аспекти формування маячних синдромів “нового” змісту // *Одес. мед. журн.* – 2002. – № 2 (70). – С. 46–50.
15. Карагодина О.Г. Психіатрія і експертиза біоенергоінформаційних здібностей // *Арх. психіатрії*. – 2002. – № 2 (29). – С. 9–13.
16. Карагодина О., Кулініченко В. Методологічний аналіз теоретичних засад сучасної психіатрії // *Зб. наук. пр. співробітників КМАПО ім. П.Л. Шупика*. – 2002. – Вип. 11, кн. 3. – С. 699–708.
17. Карагодина О.Г. Релігійність як предмет анамнестичного дослідження у психіатрії // *Вісн. пробл. біології і медицини*. – 2002. – Вип. 3. – С. 81–87.
18. Карагодина О.Г. Динаміка вірувань в процесі компліментарного лікування (за даними анкетування пацієнтів біоенергоінформаційних цілителів) // *Вісн. Вінницького держ. мед. універси-*

тету. – 2002. – № 2. – С. 528–530.

19. Карагодіна О.Г. Етичні аспекти психіатричної оцінки практики біоенергоінформаційного цілительства // *Арх. психіатрії.* – 2002. – № 4 (31). – С. 26–29.

20. Карагодіна О.Г., Пушкарьова Т.М. Деякі проблеми реалізації принципу інформованої згоди на участь у психіатричному дослідженні // *Пробл. мед. науки та освіти.* – 2002. – № 3. – С. 48–50, 59.

21. Карагодіна О.Г. Вивчення феномену релігійного досвіду в структурі переживань осіб з психічними розладами // *Лікарська справа.* – 2002. – № 7 (1065). – С. 32–36.

22. Карагодіна О.Г. Терапевтична взаємодія в практиці біоенергоінформаційної терапії // *Вісн. пробл. біології і медицини.* – 2002. – Вип. 7–8. – С. 69–73.

23. Карагодина Е.Г. О патогенетических механизмах формирования сенсопатий, сопряженных с практикой биоэнергоинформационного целительства // *Таврич. журн. психиатрии.* – 2002. – v. 6, № 4 (21). – С. 32–34.

24. Карагодіна О. Особистісні риси цілительів-екстрасенсів за даними тесту СМДО // *Україна: людина, суспільство, природа: Тез. доп. наук. конф. НаУКМА.* – Київ, 1995. – С. 27.

25. Карагодіна О. Сутність “науково-містичної” світоглядної концепції сучасних цілительів-екстрасенсів // *Міжнародна конференція “Релігія і церква в контексті реалій сьогодення”:* Тези доп. – К., 1995. – С. 30–31.

26. Карагодіна О. Психологічні механізми релігійного навернення сучасної людини // *Історія релігій в Україні: Тези повідомлень V міжнар. круглого столу.* – Ч. 2. – Київ-Львів, 1995. – С. 182–184.

27. Карагодина Е.Г. Практика врачевания как фактор компенсации психосоматических и невротических расстройств у целителей- экстрасенсов // *Христианство. Гуманизм. Здоровье: Материалы междунар. симпозиума.* – Симферополь, 1995. – С. 68–70.

28. Карагодіна О.Г. Загальні тенденції розвитку течії “Нового Віку” в Україні // *Історія релігій в Україні: Тези повідомлень VI міжнар. круглого столу.* – Львів, 1996. – С. 103–104.

29. Карагодіна О. Г. Феномен цілительства в Україні на початку 90-х років: деякі соціокультурні, психологічні та психопатологічні аспекти // *Наукові записки НаУКМА.* – Т. 1. – Київ, 1996. – С. 144–148.

30. Карагодіна О. Екстрасенсорне цілительство і проблеми сучасної соціальної психіатрії // *Укр. вісник психоневрології.* – 1996. – Т. 4, вип. 4. – С. 104–105.

31. Карагодина Е.Г. Феноменологические и социокультуральные характеристики сенсопатий у практикующих целителей – экстрасенсов // *Вісник Асоціації психіатрів України.* – 1997. – № 1 (8). – С. 74–85.

32. Karagodina O. New religious movements in Ukraine: psychological perspectives and problems

of legal regulation // *Nasionalismo en Europa. Nasionalismo en Galicia: Simposio Internacional celebrado en: Pazo de Marinan, La Coruna, 1997.* – P. 295–302.

33. Карагодіна О. “Контактування” як чинник сучасного релігійстворення (на прикладі українських цілителів-екстрасенсів) // *Україна: людина, суспільство, природа: тези доп. III щорічної наук. конф. НаУКМА, присвяченої 400-й річниці народження і 350-й річниці смерті П. Могили.* – К., 1997. – С. 66–67.

34. Карагодіна О. Деякі теоретичні засади соціально-психіатричної оцінки нових релігійних течій в Україні // *Вісник Акад. праці і соц. відносин Федерації профспілок України.* – 1998. – № 1. – С. 211–214.

35. Karagodina O. Two diagnostic approaches to the extrasensory healers' mental status // *European Psychiatry: 9th Congress of Association of European Psychiatrists. Standards of psychiatry.* – 1998. – Vol. 13, suppl. 4. – P. 254.

36. Карагодіна О. Проблема навернення в нові релігійні течії // *Релігійна свобода: історичне підґрунтя, правові основи і реалії сьогодення.* – К., 1998. – С. 117–121.

37. Карагодіна О.Г. Підготовка спеціалістів соціальної роботи в контексті сучасних соціокультурних змін // *Персонал.* – 2000. – № 1 (55), прилож. № 1 (6). – С. 115–117.

38. Карагодіна О.Г. Релігійний анамнез у структурі діагностичного опитування осіб з психічними розладами та психологічними проблемами: Навч. посіб. – К., 2001. – 64 с.

39. Карагодіна О.Г. Ставлення психіатрів до практики альтернативного лікування як проблема професійної етики // *Другий міжнар. симпозіум з біоетики, присвячений пам'яті В.Р. Поттера: Тези доп.* – К., 2002. – С. 142 – 143.

## АНОТАЦІЯ

**Карагодіна О.Г. Психопатологічний та соціокультуральний аналіз феномену цілителів-екстрасенсів.** – Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук за спеціальністю 14.01.16 – психіатрія. – Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, Київ, 2003.

Дисертацію присвячено вирішенню науково-практичної проблеми психіатричної кваліфікації психічних станів, що виникають у зв'язку з практикою біоенергоінформаційного зцілювання. У процесі обстеження 100 біоенергоінформаційних цілителів, 150 пацієнтів цілителів із загальної популяції та 55 хворих з галюцинаторно-параноїдними розладами виявлено мікро- та макросоціальні чинники, що сприяють розповсюдженню й популярності цілителства та спричиняють звернення до цілителів осіб з психотичними розладами. Запропоновано принципи культурально-чутливого підходу до кваліфікації психічних станів, що виникають у зв'язку з практикою зцілю-



вання. Розроблено критерії диференційної діагностики маячних ідей та непатологічних надцінних світоглядних переконань. Описано психотерапевтичну складову біоенергоінформаційного цілювання. Досліджено характер впливу цілювання на перебіг та тяжкість психотичної симптоматики.

Визначено головні завдання оптимізації взаємовідносин між психіатрією та біоенергоінформаційним цілителством.

**Ключові слова:** народна медицина, біоенергоінформаційне цілювання, патоморфоз психічних розладів, містичне мислення, релігійне маячіння, діагностика психічних розладів, психотерапія, соціальна реабілітація.

## АННОТАЦИЯ

**Карагодина Е.Г. Психопатологический и социокультуральный анализ феномена целителей-экстрасенсов.** – Рукопись.

Диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальности 14.01.16 – психиатрия. – Украинский научно-исследовательский институт социальной, судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины, Киев, 2003.

Диссертация посвящена решению научно-практической проблемы психиатрической квалификации психических состояний, которые возникают в связи с практикой биоэнергоинформационного целительства. При обследовании 100 биоэнергоинформационных целителей, 150 пациентов целителей из общей популяции и 55 больных с галлюцинаторно-параноидными расстройствами выявлены микро- и макросоциальные факторы, которые способствуют популярности целительства и побуждают лиц с психотическими расстройствами обращаться к целителям. Предложены принципы культурально-чувствительного подхода к квалификации психических состояний, возникающих в связи с практикой целительства. Разработаны критерии дифференциальной диагностики бредовых идей и непатологических сверхценных мировоззренческих убеждений. Описана психотерапевтическая составляющая биоэнергоинформационного исцеления. Изучен характер воздействия исцеления на течение и тяжесть психотической симптоматики.

Определены основные задачи оптимизации взаимоотношений между психиатрией и биоэнергоинформационным целительством.

**Ключевые слова:** народная медицина, биоэнергоинформационное исцеление, патоморфоз психических расстройств, мистическое мышление, религиозный бред, диагностика психических расстройств, психотерапия, социальная реабилитация.

## SUMMARY

**Karagodina O.G. Psychopathological and socio-cultural analysis of bioenergetic healers' phenomenon.** – Manuscript.

Thesis for the title of Doctor of medical science degree in speciality 14.01.16 – psychiatry. – Ukrainian research institute of social & forensic psychiatry and drug abuse Ukrainian Ministry of Health, Kyiv, 2003.

This thesis is dedicated to the resolution of scientific and practical problems of psychiatric qualification of mental states developing in connection with bioenergetic healing practices. The problem is solved from the position of complex sociocultural approach, which allows to increase the quality of psychiatric diagnostics concerned with different spiritual practices.

It was shown after the study of 100 bioenergetic healers, 150 healers' patients from general population and 55 mental patients with delusional and hallucinatory disorders that bioenergetic healing should be seen as a component of sociospiritual phenomenon, creation of which has been stipulated by both specific for Ukrainian environment sociocultural factors and more general trends in social development. It was recognized that the attracting to healing depends on the number of environmental (loss of former moral values, increase of religiosity, occult knowledge dissemination, decrease of the quality and availability of health services), microsial and individually significant (losses, existential problems) factors. Bioenergetic healing practices are united with a special world outlook development grounded on mystic thinking, which is consistent with delusional thinking by its intension and formal features. From the phenomenology perspective the bioenergetic healers' beliefs should be estimated as non-pathological overvalued visional ideas. Differential diagnosis between non-pathological mystic thinking and "archaic" delusion should consider several key aspects: collation of the ideas with personal beliefs and specific course of life; correlation with group or subculture beliefs; evolution analysis; concomitant formal features of thinking; correlation with volition action and practical experience; social functioning and communication assessment; and subjective quality of life evaluation.

It was shown that bioenergetic healing practices result in development in healers of the specific perception phenomena of kinesthetic, visual and auditory modality, which are similar to suggested phenomena (psychogenic or imagination hallucinations). Functional predisposition (past history of perceptual and psychosensorial disorders) facilitate the development of visual and auditory sensopathies during healing practices, and organic lesions in the past history increase the likelihood of auditory phenomena in healers.

One fourth of healers has personality deviations, 59% had had in the past the characters of abnormal social functioning and adaptation, related to social stress factors and presence of somatic, neurotic or somatoform disorders. Formation of the irrational world outlook with religious beliefs contribute to the improvement of general functioning due to onset of powerful positive dominant, self-rating and feeling of social importance increase. Bioenergetic healing practices could result in temporary compensation of

mental disorders due to activation of inner overcoming psychosis mechanisms subject to changed conscience states, forming of conceptual framework for the positive comprehension of perception disorders and delusional ideas, and a number of social rehabilitation factors (communication promotion, microsocial environment support, possibility of socially useful activity).

In course of the study the principles of culturally sensitive approach to nosologic qualification of bioenergetic healers mental state have been developed. That would help to avoid the overdiagnosis of mental and personality disorders, and to diagnose such the disorders in about 1/5 (19%) of respondents.

The study of the individuals having hallucinatory-delusional symptoms has shown that their visits to healers do not result in aggravating of psychopathological symptoms. In some cases (17,4%) the treatment by alternative medicine methods has an effect of release factor to further hallucinatory-delusional symptoms development and subject presentation.

The objectives have been set to optimize relationships between psychiatry and bioenergetic healing practices as follows: a) to improve the evaluation of bioenergeticoinformational abilities on basis of multidisciplinary approach; b) to improve the fundamental training of psychiatrists on basis of mastering the psychiatric phenomenology in cultural, sociological, personological and religious study aspects; c) mastering the skills of culturally sensitive approach to diagnoses of mental states associated with spiritual practices; d) extensive population information about the components of bioenergeticoinformational healing to develop the basis for deliberate choice of psychotherapeutic treatment and psychological correction methods.

**Key words:** folk medicine, bioenergeticoinformational healing, mental disorders pathomorphosis, mystic thinking, religious delusion, mental disorder diagnosis, psychotherapy, social rehabilitation.

Дисертантка висловлює щирі подяки співробітникам Української асоціації народної медицини та ЛПО “Дніпропетровський комунальний міжобласний клінічний психоневрологічний центр” за сприяння у збиранні первинного матеріалу, колегам з Відділення релігієзнавства Інституту філософії НАНУ ім. Г. Сковороди за допомогу у вдосконаленні методології дослідження, адміністрації АПСВ ФПУ за створення умов, що дозволили завершити роботу над дисертацією, Я.С. Варшавському, В.Л. Кулініченку і Т.М. Пушкарьовій за плідне співробітництво у підготовці публікацій, науковому консультанту д. мед. н. В.Б. Первомайському за критичний та неупереджений аналіз роботи і особливо – своєму вчителю й першому науковому консультантові д. мед. н., професору В. І. Полтавцю за підтримку в період планування та виконання початкових етапів дисертаційного проекту.