

УДК 616.89

*Е. Г. Карагодина***О НОЗОЛОГИЧЕСКОЙ КВАЛИФИКАЦИИ СОСТОЯНИЙ, СОПУТСТВУЮЩИХ ПРАКТИКЕ ЭКСТРАСЕНСОРНОГО ЦЕЛИТЕЛЬСТВА**

Институт философии Национальной академии наук Украины

Ключевые слова: экстрасенсорное целительство, мистическое мышление, сенсопатии, культурально чувствительный нозологический подход

Современное экстрасенсорное (биоэнергоинформационное) целительство относится к числу феноменов, относительно мало изученных отечественными психиатрами. Тем не менее, практика экстрасенсорного целительства (ЭЦ) а priori рассматривается как фактор, негативно влияющий на психическое здоровье населения [2, 3]. В публикациях теоретического плана распространение идей ЭЦ расценивается как «возвращение к средневековью», «околонаучное мифотворчество», формирующее у целителей и их пациентов искаженное, иллюзорное представление о реальности, препятствующее адекватному социальному функционированию [7, 11]. Авторы отдельных клинико-психопатологических исследований указывают на то, что практика экстрасенсорного врачевания свидетельствует о социальной дезадаптации целителей [6], а экстрасенсорное воздействие способствует развитию острых психотических состояний у психически здоровых [5] и стабилизации патологических образований у больных с эндогенными процессами [14].

Биоэнергоинформационное целительство представляет значительный интерес не только для феноменологического анализа — его исследование могло бы способствовать прояснению ряда актуальных вопросов в области социальной психиатрии, возникших в связи с текущими культуральными и социальными процессами. В последнее десятилетие целительство в Украине приобрело характер общественного явления: с одной стороны, благодаря рекламе, расширению информационного поля, книжному буму и вследствие снижения престижа официальной медицины, популярность методов немедикаментозного лечения постоянно растет. С другой стороны, целительство стало официально санкционированной практикой, призванной — в соответствии с программой развития нетрадиционной медицины, основанной на рекоменда-

циях ВОЗ — повысить эффективность государственных мероприятий по охране здоровья населения [9, 10]. Предлагаемая программа предусматривает изучение и использование различных неаллопатических практик (в том числе фитотерапии, мануальной терапии, гомеопатии, нутрициологии и др.). В то же время наиболее динамичной областью нетрадиционного врачевания в Украине является биоэнергоинформационная терапия — большинство экспертных решений, вынесенных в 1991-1997 гг. аттестационной комиссией Украинской Ассоциацией Народной Медицины (УАНМ), касалось вопроса о соответствии требованиям, предъявляемым к биоэнергоинформационным терапевтам. Широкая распространенность практик ЭЦ, значительная социальная активность биоэнерготерапевтов обусловили актуальность исследования целительства как общественного явления и разработки адекватных подходов к квалификации психического статуса экстрасенсов с учетом особенностей современных культуральных процессов.

Несмотря на широкое обсуждение вопроса о создании культурально чувствительной диагностической системы психических расстройств [8, 13, 17, 18, 19], ныне действующие классификации не позволяют учитывать всего разнообразия этнических, духовных, религиозных и других социально-средовых факторов. Все нозологические подходы исходят из психопатологического принципа: первичным этапом диагностической квалификации состояния является констатация наличия или отсутствия симптомов психических расстройств. В то же время диагностика симптомов культурально обусловлена [15] и связана с господствующей научной парадигмой. Так, в DSM-III-R и DSM-IV вера в ясновидение, телепатию, шестое чувство, ощущение присутствия силы или субъекта, которые «в действительности» не существу-

ют, рассматриваются как несовместимые с культуральными нормами. В то же время такие убеждения и переживания, характерные в целом для культур незападного типа, все чаще встречаются среди наших соотечественников.

Цель и задачи исследования

Целью исследования являлась нозологическая квалификация психического состояния практикующих целителей-экстрасенсов на основании двух подходов: культурально чувствительного, учитывающего социальные влияния и культуральные особенности среды, и традиционно-нозоцентрического, исходящего из преимущественно медицинской модели психиатрии. В рамках первого «мистическое мышление» респондентов и специфические сенсопатии, сопровождающие целительскую практику, рассматривались не как психопатологические феномены, а как культурально и социаль-

но обусловленные составляющие мировоззрения и следствие социально санкционированной активности. В этом случае психические расстройства диагностировались на основании необходимой совокупности признаков, выявленных помимо перечисленных особенностей восприятия и мышления. Второй подход позволял расценивать «мистическое мышление» как мышление фабулирующее, сверхценное или бредовое, а визуальные и аудиальные сенсопатии, сопровождающие экстрасенсорную диагностику и лечение, как галлюцинаторные переживания.

Материал и методы исследования

Группа исследования формировалась из числа лиц, проходивших тестирование в аттестационно-экспертной комиссии УАНМ в 1994-1995 годах. Численность выборки — 100 человек, среди которых было 58 женщин. Средний возраст испытуемых $41,9 \pm 9,9$ лет. Все испытуемые являлись формально психически здоровыми лицами - никто из них ранее к психиатру не обращался и психиатром не наблюдался (факт подтвержден справкой из ПНД). В исследовании использовались методы структурированного интервью, анкетирования (в том числе катamnестический анкетный опрос, срок сбора катamnеза — 1,5-2 года), психопатологического анализа и патопсихологический (СМИЛ). Нозологическая квалификация психического статуса респондентов проводилась в соответствии с диагностическими алгоритмами DSM-III-R (оси I и II). Для оценки характера социального функционирования целителей использовался количественный показатель, разработанный нами на основе V оси DSM-III-R. Основные пункты указанной шкалы были дополнены сведениями о самочувствии и результатами исследования вегетативного статуса методом скринингово-

го опроса [1], что позволило рассчитывать показатель общего функционирования (ПОФ), который вычислялся для трех временных периодов: периода, предшествовавшего вовлечению в целительство, периода исследования и периода сбора катamnеза. При расчете ПОФ учитывались объективные (семейный статус, работа или учеба, семейные и производственные конфликты, выраженность симптомов вегетативных расстройств, частота обращаемости за медицинской помощью), и субъективные характеристики (степень удовлетворенности жизнью и ощущение успешности, самочувствие). Показатель общего функционирования оценивался в баллах в соответствии с такими критериями: 38-33 — проявления социальной дезадаптации отсутствуют, высокий уровень социальной активности; 32-26 — проявления социальной дезадаптации минимальны, высокий уровень социальной активности; 25-19 — нерезко выраженные проявления социальной дезадаптации; снижение уровня социальной активности; 18-9 — умеренно выраженные проявления социальной дезадаптации, заметное снижение уровня социальной активности.

Результаты исследования и обсуждение

Культурально нечувствительный подход.

Содержательные характеристики мышления имели исключительно важное значение для фор-

мирования феноменов измененного восприятия. Целительская концепция представляла собой комплекс религиозных и оккультно-мистических

представлений, включающих положения парапсихологии. Становление холистического мировосприятия напоминало процесс постепенного религиозного обращения и активировало механизмы, сходные с механизмами бредообразования. По формальным признакам мышление целителей удовлетворяло критериям аутистического мышления. Содержательно теория целительства оценивалась как бредоподобные фантазии, сверхценные идеи (14 наблюдений) или как бредовые идеи (47 наблюдений).

У 25 целителей была констатирована некоторая неадекватность и/или бедность эмоций. В большинстве случаев эти признаки (в сравнении с традиционными, клиническими дефинициями) были выражены минимально и проявлялись легкой неадекватностью (нев्यразительностью) мимики, едва заметной моторной угловатостью, скованностью, «блеклостью» речевых модуляций, стремлением избегать глазного контакта с интервьюером, «сопротивлением» во время интервью - недостаточной открытостью, нежеланием отвечать на вопросы, напоминающими наблюдаемую в клинике аутистическую отгороженность.

Феномены измененного восприятия были представлены сенсопатиями тактильной (98 наблюдений), зрительной (63 наблюдения) и слуховой (37 наблюдений) модальностей, которые возникали как во время лечебно-диагностических манипуляций, так и вне непосредственной связи с процедурой целения и представляли собой галлюцинаторные и/или иллюзорные расстройства. Аудиальные сенсопатии, особенно возникающие вне ситуации диагностики и лечения, в большинстве случаев удовлетворяли

критериям псевдогаллюцинаторных переживаний. 45 респондентов утверждали, что обладают способностью к «контактированию». У 37 испытуемых были выявлены феномены измененного восприятия в анамнезе. Было обнаружено также, что наличие органических поражений ЦНС в анамнезе повышает вероятность возникновения сенсопатии зрительной и слуховой модальностей.

Состояние 75 респондентов удовлетворяло критериям психических заболеваний или личностных расстройств по DSM-III-R. Среди них у 43 респондентов были выявлены признаки шизофрении (10 -резидуальная фаза, параноидный тип с хроническим или подострым течением; 30 — активная фаза, параноидный тип; 3 — резидуальная фаза, резидуальный тип с хроническим или подострым течением); у 14 — признаки шизотипического личностного расстройства; у 2 — нарциссического личностного расстройства; у 1 — истероидного личностного расстройства; у 5 — органического бредового расстройства, связанного с черепно-мозговой травмой; у 4 — органического бредового расстройства, связанного с атеросклерозом сосудов головного мозга; у 1 -органического галлюциноза, связанного с атеросклерозом сосудов головного мозга; у 1 -органического галлюциноза, связанного с ревматическим поражением сосудов головного мозга; у 3 — органического психического расстройства БДУ (возникшего вскоре после состояния клинической смерти и включающего переживания, связанные с парамортальным опытом).

Динамика показателей общего функционирования представлена в таблице 1.

Таблица 1.

Показатели общего функционирования в подгруппах лиц с психическими расстройствами (ПР, N=75) и без психических расстройств (БПР, N=25)

Показатель общего функционирования	ПР (N=75) M + s	БПР (N=25) M + s
ПОФ-1	24,7 + 4,6	25,1 + 3,3
ПОФ-2	32,0 + 3,5	32,5 + 2,9
ПОФ-3	29,7 + 8,4	31,1 + 3,5

Подгруппу лиц с ненормативными значениями «клинических» шкал профиля СМЛ (>70 Т

баллов) составили 25 респондентов. Наиболее часто нормативное значение превосходили 8-я,

6-я и 4 шкалы - в 18, 15 и 13 наблюдениях соответственно. В целом личностный профиль этих целителей по своим параметрам приближался к пограничному профилю с позитивным наклоном (84°69372-015) и позволял предположить формы реагирования и нарушения адаптации, характерные для лиц с экспансивно-шизоидной акцентуацией. Достоверных различий для усредненных значений шкал личностных профилей в подгруппах лиц с психическими расстройствами и без психических расстройств обнаружено не было.

Культурально чувствительный подход.

Содержательные и ассоциативные характеристики мышления целителей были адекватны пониманию реальности, в которой утрачены привычные для рационального мышления границы физических объектов, действует закон сопричастности и окружающее воспринимается иначе, вне принципов действия так называемых объективных законов.

Сенсопатии целителей представляли собой специфические феномены измененного восприятия, связанные с гетеро- и/или ауто-суггестивными воздействиями. Формированию и закреплению стереотипов их актуализации способствовали доминирующие идеи (парапсихологические, религиозные и мистические представления), определенная установка и освоение психотехнических приемов — почти в 90% наблюдений формирование религиозно-мистического мировоззрения либо предшествовало, либо совпадало по времени с появлением сенсопатии. Аффективная насыщенность переживаний отражала субъективную значимость убеждений и степень уверенности в реальности пси-феноменов или мистического опыта.

На момент обследования критериям психического заболевания или личностного расстройства удовлетворяло состояние 19 респондентов: шизофрения (295.xx) — 8, шизотипическое личностное расстройство (301.22) — 8, нарциссическое личностное расстройство (301.81) — 2 и истероидное личностное расстройство (301.5) — 1.

У всех 8 респондентов с признаками шизофрении можно было выявить не менее 5 симптомов резидуальной фазы шизофрении и лишь у 3 из них — не менее 3 психотических симптомов активной фазы параноидной шизофрении в анамнезе. В состоянии испытуемых, у которых не удалось выявить симптомов активной фазы заболевания в анамнезе, обнаруживалось не менее трех симптомов резидуальной фазы помимо мистического мышления [Г7] и специфичес-

ких для целительской практики сенсопатии [Г8]: аутизм [Г1], уплощенный или неадекватный аффект [Г5], чрезмерно детализированное или бедное по содержанию мышление [Г6]; в трех случаях - несостоятельность ролевого функционирования (снижение способности к выполнению функций супруги, матери и хозяйки дома) [Г2]. В трех из указанных наблюдений можно было выявить признаки шизофрении, резидуального типа, резидуальной фазы (295.62), и в двух — шизофрении, параноидного типа, резидуальной фазы (295.32). В случаях, квалифицированных как резидуальная шизофрения, продуктивная психопатологическая симптоматика практически отсутствовала — даже идеи целительской тематики были бедны по содержанию, целительская концепция отличалась незавершенностью и несистематизированностью. При диагностике резидуальной фазы параноидной шизофрении в качестве бредовых рассматривались идеи «подселения» (внедрения бесов или энергетических вампиров). Такая трактовка переживаний, в общей массе целителей считавшаяся нами проявлением мистического мышления небредового характера, была обусловлена, с одной стороны, особой нелепостью, тотальностью, доминированием над всеми другими идеями целительской концепции, и, с другой стороны, сосуществованием такого рода суждений с дефицитарной симптоматикой.

Катамнестическое исследование показало, что за время, прошедшее с момента первого обследования, у всех респондентов с резидуальной фазой шизофрении ухудшились показатели социальной адаптации: они утратили постоянную работу и почти не имели средств к существованию. В 1997 году четверо из них не проживали постоянно с семьями: двое «нелегально» жили в общежитии и двое не имели пристанища и ночевали либо у своих клиентов, либо в помещении лечебных центров, в которых временно подрабатывали. У двух испытуемых наблюдалось усугубление негативной симптоматики: наряду с эмоциональной неадекватностью и бедностью аффективного реагирования заметно прогрессировали ассоциативные расстройства мышления, вследствие чего мышление и поведение в целом становилось все более аутистичным и неадекватным.

У каждого из восьми респондентов с шизотипическим личностным расстройством было обнаружено не менее четырех критериев этого состояния помимо мистического мышления и обычных для целителей-экстрасенсов сенсопа-

тий: идеи отношения или значения [А1], необычное или эксцентричное поведение, манерность [А5], неадекватно абстрактное мышление с тенденцией к рассуждательству или резонерству [А7], неадекватный или уплощенный аффект [А8]. Кроме перечисленных признаков у двух женщин с личностными расстройствами были выявлены чрезмерная подозрительность и па-

раноидные идеи [А9], которые тематически соответствовали общей концепции целительства. Эти испытуемые в большинстве бытовых и социальных ситуаций (например, конфликтах на работе, ссорах с соседями, задержке выплаты заработной платы, подростковой преступности и т.п.) усматривали следствие влияния «сил из нижнего мира» или «энергетического вампиризма».

Таблица 2.

Показатели общего функционирования в подгруппах лиц с психическими расстройствами (ПР, N=19) и без психических расстройств (БПР, N=81)

Показатель общего функционирования	ПР (N=19) M + s	БПР (N=81) M + s
ПОФ-1	23,2 + 5,5*	25,8 + 5,7
ПОФ-2	31,9 + 2,2	32,3 + 3,2
ПОФ-3	26,7 + 7,8**	31,0 + 4,6

* различия достоверны при $p < 0,05$

** различия достоверны при $p < 0,01$

У семерых из 8 респондентов с личностным расстройством были получены катamnестические сведения, которые свидетельствовали об относительно высоком уровне их социальной адаптации: ПОФ-3 составлял у них в среднем $29,3 \pm 4,2$ балла. Пятеро из них продолжали заниматься врачеванием (двое работали в оздоровительных центрах, трое принимали пациентов на дому) и двое респондентов работали по спе-

циальности, лишь изредка оказывая помощь своим друзьям и знакомым. Динамика усредненных показателей общего функционирования представлена в таблице 2.

В подгруппах психически здоровых и лиц с психическими расстройствами, выделенных на основании культурально чувствительного подхода были выявлены существенные различия суммарных профилей СМИЛ (таблица 3).

Таблица 3.

Сравнительная характеристика профилей СМИЛ в подгруппах лиц с психическими расстройствами (ПР, N=19) и без психических расстройств (БПР, N=81) - культурально чувствительный подход

Шкалы СМИЛ	Средние значения шкал, ПР (N=19)	Частоты клинических шкал, превышающих 70Т	
	M + s	ПР-1 (N=19) n(%)	БПР-1 (N=81) n(%)
2	62,5+7,1	5 (26,3)***	1 (1,2)
3	60,9+12,2	6 (31,6)***	0 (0)
4	64,3+9,1	6 (31,6)**	7 (8,6)
6	62,6+11,4	6 (31,6)*	9 (11,1)
8	68,7+14,4	8 (42,1)***	10 (12,3)

* различия достоверны при $p < 0,05$

** различия достоверны при $p < 0,01$

*** различия достоверны при $p < 0,001$

Для нозологической квалификации психического статуса целителей ключевое значение имеет оценка мышления и восприятия респондентов. Культуральный контекст способствует формированию нового мировоззрения, которое противоречит классическим представлениям о реальности: распространение религиозных и оккультно-мистических воззрений, поиски объяснения так называемых паранормальных явлений с помощью новых научных теорий формируют толерантное отношение к паранормальному и сверхъестественному. В рациональной западной культуре такой способ осмысления действительности еще недавно казался архаичным, а в рамках нозологических алгоритмов — патологическим. По мнению О.Фабреги (1997) именно «остатки давно девальвированных социально-психологических ценностей, уступивших место рационалистичным и научным направлениям мышления и ощущения, «формируют» шизотипическое расстройство и делают его аномальным в нашем обществе». Тем не менее в обществах, где мистическое мышление и магические верования были и остаются «нормальными» и приемлемыми, это «расстройство» не существует и не может существовать как таковое, поскольку оно является обычным способом осмысления себя и своего поведения [13].

Традиционный психопатологический подход, учитывающий возможность возникновения аффектогенных или суггестивных иллюзий и галлюцинаций, позволяет объяснить значительный полиморфизм сенсопатий у целителей-экстрасенсов — в ряде случаев им были присущи признаки, характерные и для псевдо- и для истинных галлюцинаций. Культурально ориентированная позиция существенно дополняет это заключение: необходимо признать, что в последние годы наше общество испытывает значительное влияние культур незападного типа, для которых характерно толерантное отношение к феноменам измененного восприятия. Обучение целительству включает освоение приемов усиления тактильных ощущений и визуализации представлений, которые трактуются в рамках доминирующей (парапсихологической, оккультной или религиозной) теории. В тех случаях, когда возникновение сенсопатий предшествует вовлечению в целительство, феномены измененного восприятия ассимилируются новым мировоззрением и служат патопластическим материалом для его развития. В то же время теория целительства позволяет найти объяснение необычным переживаниям и способствует формированию копинг-

поведения, адекватного требованиям среды.

Диагностический алгоритм DSM-III-R, разработанный на основании западного рационального подхода к оценке реальности, постулирует «нелепость» основополагающих для теории целительства представлений (в том числе, о возможности передачи мыслей на расстоянии или контакта с умершими). Не трудно заметить, что эти представления укоренились в нашем обществе именно благодаря социокультуральным переменам последних лет, которые сопряжены с эволюцией технократического общества и затрагивают науку, образование и религию. Достаточно очевидно, что игнорирование этих перемен позволяет диагностировать психические расстройства у большинства из обследованных респондентов. При небольшом стаже целительства для диагностики активной фазы шизофрении достаточно наличия всего двух симптомов [A1a] и [A1b]: мистического мышления (со «странными убеждениями, несовместимыми с культуральными нормами, например, верой в ясновидение, телепатию, шестое чувство [4]) и сопутствующих целительской практике сенсопатий («галлюцинаций», которые доминируют, возникая по крайней мере несколько раз в неделю на протяжении нескольких недель). При диагностике резидуальной и активной фаз в случаях с большим стажем целительства о критерии [B] может свидетельствовать тот факт, что респондент оставил прежнее место работы (где трудился в соответствии с первоначально полученной специальностью) и работает целителем в оздоровительном центре либо не работает вовсе. При таком подходе все респонденты, сообщавшие о контактировании с высшим разумом или восшедшими учителями, имеют уже по крайней мере два признака, «настораживающих» в отношении параноидной шизофрении или шизотипического личностного расстройства, а если они при этом еще и не работают, то вероятность диагностирования психического заболевания или личностного расстройства для них значительно возрастает.

Сравнение показателей общего функционирования и профилей СМИЛ в подгруппах психически здоровых и лиц с психическими расстройствами, выделенных на основании двух диагностических подходов, позволяет утверждать, что культурально чувствительная модель более адекватна нынешней социальной ситуации при диагностике состояний, связанных с вовлечением в религиозно-мистическую и духовную практику. Динамика показателя общего функциониро-

вания, представленная в таблице 2, свидетельствует о том, что практика целительства может способствовать временной компенсации психических психических расстройств. Этот факт не является неожиданным: вовлечение в целительство повышает уровень самооценки и степень удовлетворенности жизнью, обуславливает развитие копинг-стратегии в отношении расстройств восприятия и ассимиляцию религиозных ценностей. Согласно ряду наблюдений религиозное обращение и мистические практики оказывают позитивное воздействие на психическое здоровье [16, 20]. Использование медитативных техник в сочетании с усвоением стереотипов мистичес-

кого (архаического) мышления может играть компенсаторную роль в отношении дефицитарных расстройств при шизофрении [12].

Таким образом, практика нетрадиционного врачевания повышает уровень общего функционирования целителей-экстрасенсов. Вовлечение в целительство с формированием иррациональных установок можно рассматривать как «магический вариант» преодоления кризиса идентичности [11], но такой поведенческий паттерн в условиях социальной нестабильности фактически является продуктивной адаптивной стратегией — целительство в Украине социально востребовано и поощряемо.

Выводы

1. Психопатологическая квалификация феноменов изменного восприятия и особенностей мышления целителей-экстрасенсов имеет решающее значение для нозологической квалификации их психического статуса.

2. Феноменологический анализ мышления и восприятия целителей-экстрасенсов как носителей синкретического (иррационального, религиозно-мистического) мировоззрения должен учитывать культуральные изменения, которые санкционируют сенсопатии и их мистическое осмысление.

3. Игнорирование культурального контекста приводит к гипердиагностике психических рас-

стройств у лиц с оккультными и религиозно-мистическими установками.

4. Практика экстрасенсорного целительства способствует социальной адаптации и в ряде случаев обеспечивает временную компенсацию психических психических расстройств.

Проведенное исследование свидетельствует о перспективности использования диагностических подходов, которые учитывают социальные реалии и современные культуральные тенденции. Такая позиция могла бы способствовать развитию гуманистической, клиенто-центрической ориентации в психиатрии.

О. Г. Карагодіна

ПРО НОЗОЛОГІЧНУ КВАЛІФІКАЦІЮ СТАНІВ, ЩО СУПРОВОДЖУЮТЬ ПРАКТИКУ ЕКСТРАСЕНСОРНОГО ЦІЛИТЕЛЬСТВА

Інститут філософії Національної академії наук України

Проведено порівняння культурально чутливого та культурально нечутливого діагностичних підходів до оцінки психічного стану українських цілителів-екстрасенсів. Зроблено висновок, що ігнорування культурального контексту веде до гіпердіагностики психічних розладів у осіб з оккультно-містичними та релігійними настановами. Сучасна діагностична система повинна враховувати особливості соціокультуральних впливів на світосприйняття та поведінку особистості — це сприятиме розвитку гуманістичної, клієнтоцентричної орієнтації в психіатрії. (Журнал психіатрії та медичної психології. - 1999. - № 1 (5). - С.13-20).

E.G. Karagodina

ABOUT DIAGNOSTIC ASSESSMENT OF THE EXTRASENSORY HEALERS' MENTAL STATUS

Philosophy Institute of Ukrainian National Academy of Sciences, Kyiv, Ukraine

Two diagnostic approaches to the assessment of the Ukrainian extrasensory healers' mental status were compared. It was concluded that the ignorance of cultural context leads to hyper-diagnosis of mental disorders in persons with occult, mystic and religious attitudes. An adequate modern diagnostic system must be culturally sensitive and take into account the peculiarity of social and cultural influences to the outlook and behaviour of personality. It would be useful for the development of humanistic client-centred orientation in psychiatry. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. - 1999. - № 1 (5). - P.13-20).

Литература

1. Вейн А.М. Краткий анатомо-физиологический очерк // Заболевания вегетативной нервной системы / Под ред. А.М.Вейна.- М.: Мед., 1991.-С. 12-38.
2. Виноградова Л.Н. Формы антипсихиатрических представлений и пути возвращения доверия населения // Пути обновления психиатрии: Материалы IV съезда НПА. - М.: Литература и политика, 1992. - С. 108 - 114.
3. Волошин П.В. Перспективні шляхи розвитку неврологічної, психіатричної і наркологічної і допомоги в Україні // Український вісник психоневрології. - 1995. - Т. 3, Вип. 2 (6). -С. 5-7.
4. Диагностичні критерії з DSM-III-R. - К., Абрис, 1994. - 272с.
5. Долишня Н.І., Мороз О.О. До питання про психогенний характер впливу екстрасенсів // Український вісник психоневрології. - 1995. - Т. 3, Вип. 2(6). - С. 301.
6. Литвиненко В.І. Экстрасенси: взгляд психиатра // Диагностика та лікування психічних захворювань в Україні: Матеріали міжнародної конференції (Львів, жовтень, 1995). - Київ: Акміс, 1995. - С. 155 - 156.
7. Кондратьев Ф.В. Социо-культуральный фон в России в конце XX века и его феноменологическое отражение в психопатологии // Социальная и клиническая психиатрия. - 1994. - N2. - С. 135 - 139.
8. Морозов П.В. Отражение культуральных факторов в классификации психических заболеваний // Культуральные и этнические проблемы психического здоровья / Под ред. Т.Б. Дмитриевой, Б.С. Положего. - М., 1995. - С. 61 - 63.
9. Поканевич В.В. Народна та нетрадиційна медицина: джерела та розвиток // Народна та нетрадиційна медицина України. Науково-практичний бюлетень. - 1997. - № 1(2) - С. 3-5.
10. Поканевич В.В., Козлов А.Г., Марушкевич Г.Б. Проблемы развития народной медицины в Украине // Материалы Первого Международного научного конгресса «Традиционная медицина и питание: теоретические и практические аспекты». - М., 1994. - С. 468.
11. Положий Б.С. Этно- и социокультуральные аспекты психического здоровья в современной России // Культуральные и этнические проблемы психического здоровья / Под ред. Т.Б. Дмитриевой, Б.С. Положего. - М., 1995. - С. 5 - 13.
12. Самохвалов В.П. Эволюционная психиатрия. - ИМИС - НПФ «Движение» Лтд., 1993. -286 с.
13. Фабрега О. Культуральноісторичні основи психіатричного діагнозу // Вісник асоціації психіатрів України. - 1997. - N1. - С.54 - 67.
14. Хохлов Л.К., Турлаев В.Г., Мельников В.Ф., Савельев Л.Н. О видоизменениях психопатологии в современных российских условиях // Культуральные и этнические проблемы психического здоровья / Под ред. Т.Б. Дмитриевой, Б.С. Положего. - М., 1995. - С. 90 - 92.
15. Al-lssa I. The illusion of reality or the reality of illusion. Hallucinations and culture // Br. J. of Psychiatry. - 1995. - Vol. 166. - P. 368 - 373.
16. Carid D. Religion and personality: Are mystics introverted, neurotic or psychotic // Br. J. of Soc. Psychol. - 1987. - Vol. 26. - P. 345 - 346.
17. Fabrega H. Psychiatric diagnosis: A cultural perspective // J. Nervous and Mental Disease. -1987. - Vol. 175. - P. 635 - 639.
18. Lukoff D., Lu F., Turner R. Toward a more culturally sensitive DSM-IV // J. Nervous and Mental Disease. - 1992. - Vol. 180. - P. 673 - 682.
19. Mezzich J., Fabrega H., Kleinman A. Cultural validity and DSM-IV // J. Nervous and Mental Disease. - 1992. - Vol. 180. - P. 4.
20. Spanos N.P., Moretti P. Correlates of mystical and diabolical experiences in a sample of female university students // J. of Sci. Study of Religion. - 1988. - Vol. 27.-P. 105-116.

Поступила в редакцию 4.05.98г.