

Научная статья

УДК 159.922.4

DOI 10.25205/2658-4506-2021-14-2-3-21

Концептуализация симптомов шизофрении в этнопсихиатрии

Мария Янушевна Мацевич

Белорусская государственная академия искусств
Минск, Республика Беларусь

vvv0045@mail.ru

Аннотация

Отправной точкой статьи является исследование парадигматической эволюции концептуализации симптомов шизофрении в транскультурной психиатрии на материалах компаративного анализа. В процессе исследования были применены следующие методы: культурологический, логический, а также метод сравнительного анализа и герменевтической реконструкции. Была эксплицирована культурная, этническая, историческая обусловленность концепта «шизофрения», репрезентирована философская герменевтическая модель истоков заболевания шизофренией, обладающая эвристическим потенциалом для формирования нового образа патологии. В связи с этим концепт «шизофрения» обогащается осмыслением галлюциногенной активности и многообразных видов мистического неосознаваемого знания вдобавок к этнической, философской, антропологической и социокультурной проблематике. Научная новизна статьи заключается в диалектическом осуществлении реконструкции различных культурно-этнических подходов к анализу шизофрении, что позволило найти способ многопланового решения проблемы ее «предпосылочности».

Ключевые слова

Шизофрения, этнопсихиатрия, межкультурная дисперсия, галлюцинации, мистицизм, буддизм, терминология, психопатология.

Для цитирования

Мацевич М. Я. Концептуализация симптомов шизофрении в этнопсихиатрии // Reflexio. 2021. Т. 14, № 2. С. 3–21. DOI 10.25205/2658-4506-2021-14-2-3-21

Conceptualization of the Symptoms of Schizophrenia in Ethnopsychiatry

Maryia J. Matsevich

Belarusian State Academy of Arts
Minsk, Republic of Belarus

vvv0045@mail.ru

Abstract

The starting point of the article is the investigation of paradigmatic evolution of the conceptualization of schizophrenia symptoms in transcultural psychiatry on the basis of comparative analysis. Within the research the following methods were applied: cultural and logical studies, the methods of comparative analysis and hermeneutic reconstruction. As a research outcome, we explicated cultural, ethnic, and historical conditioning of the concept «schizophrenia». Besides, we represented a philosophical «hermeneutic model» of the origin of the disease called schizophrenia, which is heuristic for the conceptual formation of a new image of pathology. The abovementioned prerequisites provide for enriching the concept of «schizophrenia» by understanding hallucinogenic activity and various types of mystical unconscious knowledge in addition to ethnic, philosophical, anthropological, and sociocultural issues. The research novelty of the article is in the dialectical reconstruction of different cultural and ethnic approaches to the analysis of schizophrenia, which allowed us to find a multifaceted solution of the problem of its 'presuppositiveness'.

Key words

Schizophrenia, ethnic psychiatry, cross-cultural variance, hallucinations, mysticism, Buddhism, terminology, psychopathology.

For citation

Matsevich M. Ya. (2021) Conceptualization of the Symptoms of Schizophrenia in Ethnopsychiatry // *Reflexio*, 14 (2), 3–21. (in Russ.) DOI 10.25205/2658-4506-2021-14-2-3-21

Светлой памяти
профессора Евгении Васильевны Петушковой
посвящая...

Введение

В представленной статье показывается взаимосвязь между герменевтикой и антропологией, с одной стороны, и психиатрией, с другой. Особо акцентируется внимание на способах обращения этнопсихиатрии с культурным материалом. Концепт «шизофрения», сходства и различия в ее понимании и дефиниции в контексте европейской традиции сравниваются с изучением специфики взаимоотношений нормы и психопатологии в восточных культурах. Описываются несколько способов, благодаря которым герменевтическое, антропологическое истолкование бреда, «Я», Другого и самого процесса понимания могут быть применены в практике психиатрии.

Цель статьи – раскрыть влияние культуры и этнической принадлежности на симптоматику проявлений шизофрении. Сопутствующими задачами стали: применение герменевтики как эпистемологического фундамента; понимание бреда и галлюцинаций как этнически, культурно и социально обусловленных явлений; выявление эвристического потенциала предпосылочных структур антропо-

логии в определении хронических процессов дезинтеграции личности, а также нарушений целостности психики.

С методологической точки зрения интерпретация реальности и субъективные значения социальных действий превращаются в часть этнографического анализа. Использование герменевтики в этнографии позволяет понять, интерпретировать культурные процессы, которые были бы невозможны при простом психиатрическом описании. Подчеркивается важность строгого разделения истинного и ложного, предвзвешенности и/или интуиции в довербальном моменте встречи с психиатрическими пациентами. После краткого описания неоднозначности медико-биологического европейского подхода к концепту шизофрении обосновываются преимущества диалектической этнокультурной перспективы в психиатрии: увидеть позитивность негатива; поставить под сомнение жесткость дихотомий норма – отклонение, болезнь – здоровье и т. д.

Дискуссии о дефиниции

Термин «шизофрения» существует уже более века, однако его активное использование продолжает порождать дискуссии. Английская исследовательница Элисон Баббан и ее коллеги полагают, что термин «шизофрения» приносит больше вреда, чем пользы. Они утверждают, что отсутствие четких границ (по сравнению с другими расстройствами) с точки зрения симптомов, течения, ответа на лечение или этиологии свидетельствует о недостаточной предсказательной силе и в целом полезности рассматриваемой терминологии [Brabban et al., 2013]. Указанные эксперты предположили, что отсутствие конструктивной валидности термина «шизофрения» демонстрируется его неоднородностью: как, например, в случае, когда два человека, у которых диагностировано одно и то же расстройство, могут иметь совершенно разные симптомы. Подобные различия в симптомах без согласованной общей причины опасны при прогнозировании того, какой пациент лучше всего отреагирует на то или иное лечение и каким окажется результат. Эта неоднородность также может объяснить, почему у части людей диагностируют коморбидные расстройства.

С тех пор как Э. Блэйлер впервые описал «группу шизофрений», некоторыми организациями (например, ВОЗ и Американской Психиатрической ассоциацией) предпринимались попытки определить группы путем исследования характеристик симптомов, с помощью «консенсусной» классификации. Были разработаны системы ICD-10 (в русском варианте МКБ-10) и DSM-IV-TR: обе описывали параноидную, гебефреническую, недифференцированную, кататоническую и остаточные группы с простой шизофренией, большей частью исходя из традиции. Однако эти группы мало использовались в исследовательской или клинической практике из-за опасений относительно их достоверности, отсутствия четких прогнозов и стабильности в продолжительном периоде. Они были удалены из новейшей редакции DSM-V. Исследователи по-прежнему единогласно придерживаются мнения, что пациенты, соответствующие критериям шизофрении по текущей версии DSM или ICD, представляют собой гетерогенные группы. «Симптомные» группы были успешны при определении кластеров симптомов, но не групп пациентов,

и некоторые ученые утверждают, что конкретный симптом-основанный подход более надежен и достоверен, чем диагностический [McGorry et al., 1995, p. 245].

Первые психологические подходы к особенностям, связанным с определением термина и понятием «шизофрения», как правило, фокусировались на использовании анализа, основанного на симптомах. Такой анализ не преодолевает разнообразия представлений пациентов, например, с паранойей или насильственными галлюцинациями. Альтернативные объяснительные модели шизофрении были описаны кросс-культурно, но они не опирались непосредственно на развитие диагностических кластеров. В частности, нелегко перенести в систему классификаций культурные атрибуты и убеждения, связанные со сверхъестественными способностями или биологией как причиной симптомов [Rathord et al., 2018]. Помимо клинической полезности необходимо также обратить внимание на вопрос о том, как диагноз шизофрении влияет на пациентов и насколько этот термин полезен для тех, кому ставят подобный диагноз. Во всем мире он достаточно сильно стигматизирован. Так, Чарльз Хоу и соавторы [Howe et al., 2014, p. 157] обнаружили, что люди при невозможности получить альтернативную помощь в первую очередь воспринимали этот диагноз как «отрицательный», но неизбежный. Диагноз шизофрении может быть стигматизирующим и с социальной точки зрения. Это связано со страхом насилия, постепенным ухудшением состояния и отсутствием надежды на выздоровление. Генетическое объяснение шизофрении, как было установлено, еще чаще ассоциируется со стигматизирующим отношением, так как сочленено с опасностью, непредсказуемостью и стремлением людей к социальной дистанции [Serafini et al., 2011, p. 580]. Вышеперечисленные предрассудки могут помешать гражданам обратиться за помощью на ранних стадиях заболевания, тем самым оттягивая начало лечения, а также выступать в качестве механизма социальной изоляции, препятствующего выздоровлению и сокращающего возможности трудоустройства, получения образования и т. д. Поэтому пациенты предпочитают использовать альтернативные термины – неточные, но менее «позорные». Любопытно, что стигматизация психических заболеваний процветает и в медицинской сфере. Это может быть связано с культурой в медицине и уровнем медицинской подготовки, культурой восприятия врачей [Wallace, 2012, p. 15].

В восточных странах (например, в Японии, Китае и Южной Корее) пытались снизить уровень стигматизации шизофрении путем замены этого термина более «безобидным». В частности, Япония официально заменила термин «шизофрения» на «синдром дисрегуляции интеграции» (*togo-shitcho-sho, integration dysregulation syndrome*) [Sato, 2006]. Это новое понятие связано с моделью стресс-уязвимости и подчеркивает, что расстройство поддается лечению и что выздоровление возможно, если правильно скомбинировать передовую фармакотерапию и психосоциальное вмешательство [Ibid.]. Оно считается более приемлемым как для пациентов, так и для специалистов. В Южной Корее этот термин был заменен на *johyeonbyung* («расстройство настройки»), но средства массовой информации продолжают использовать старый термин «шизофрения» [Lee et al., 2014]. Разработка условий, которые могут быть приемлемыми и значимыми как для врачей, так и для пациентов, станет шагом вперед в общении и лечении, влияющем на вовлеченность и результаты.

Дискуссии свидетельствуют о многозначности понятия «шизофрения» и требуют уточнений единства языка через психиатрические классификации, учета различий диагностических критериев в разных этносах.

Шизофрения и ее связь с культурой

Когнитивная основа шизофрении одинакова у всех людей, однако содержание галлюцинаций и бреда у пациентов значительно отличается в разных частях света [Banerjee, 2012]. Ниже описан ряд работ, посвященных изучению основных различий между западным и восточным обществами в их понимании и отношении к психическому здоровью.

Ученые обычно обращаются к социоцентричности при объяснении многих из этих различий. Социоцентризм относят к спектру коллективизма – индивидуализма, присутствующего в ценностях конкретной культуры [Ibid.]. Западные культуры, как правило, более индивидуалистичны, восточным же больше свойственен коллективизм. Коллективистские общества сильнее заинтересованы в обмене товарами (не только материальными), уделяют особое внимание семье как основной единице наиболее приемлемой самопрезентации, которая облегчает социальную адаптацию. Здесь вовлеченность в жизнь других людей больше, а социальные взаимосвязи сложнее, чем на Западе, поэтому акцент делается на принадлежности человека к социальным группам и его вкладе в их жизнь. Это преуменьшает роль личности, так как считается, что «свои результаты соответствуют результатам других» [Ibid.]. Для азиатских культур характерно стоическое отношение к жизни. С точки зрения восточного человека индивидуализм подчеркивает достижения индивида и поощряет конкуренцию, а не сотрудничество. Личная выгода оказывается важнее коллективных установок, что неприемлемо. В восточных странах неохотно обсуждают эмоциональные проблемы с незнакомцами, вместо просьбы о помощи предпочитают самостоятельно решать их [Versola-Russo, 2005, p. 91]. Последнее может быть вредно с точки зрения психиатрической помощи, которая чаще имеет дело с эмоциональными, а не соматическими проблемами.

У вьетнамских больных многие специфические культурные факторы происходят из социальных установок: коллективизм, семья, народная медицина, конфуцианские и буддийские традиции. Из-за этого симптомы у людей, страдающих шизофренией, принципиально отличаются от симптомов у пациентов в западном обществе [Gainess, 2014, pp. 30–33].

Обобщая, можно сделать вывод, что шизофрения – это болезнь, связанная не только с клинической картиной, но и с культурой. Это означает, что разница культур может влиять на специфику ее проявления. Западный социум склонен рассматривать симптомы шизофрении как медицинскую проблему, в то время как восточные общества воспринимают данный концепт как духовное или сверхъестественное явление.

Герменевтика шизофрении

Являясь психическим расстройством, зарегистрированным почти в каждой стране мира, шизофрения представляет собой интересный случай для изучения

того, как различные культуры могут генерировать разные проявления одной и той же болезни. Наиболее часто цитируемая статистика показывает, что от шизофрении страдает примерно 0,7 % населения мира, хотя количество больных варьируется в разных странах и внутри них [Banerjee, 2012]. Чаще всего шизофрения манифестирует у мужчин в возрасте от 20 до 25 лет, у женщин – в 20 лет. Реже заболевание диагностируют у детей или взрослых старше 45 лет. Шизофрения характеризуется бредом, галлюцинациями, неорганизованной речью и поведением. Иллюзии и галлюцинации известны как позитивные симптомы шизофрении; к негативным относят серьезное снижение эмоциональной выразительности, побуждающей пациента к социальной изоляции и отсутствию мотивации. Для постановки диагноза как минимум шесть симптомов должны присутствовать в течение шести месяцев и активно проявляться в течение одного месяца (DSM-5). Эти основные симптомы наблюдаются у всех пациентов, но проявляются совершенно по-разному в разных культурах. Бред и галлюцинации как бы выстраиваются в текст, при помощи которого больной пытается обратиться к социуму. «Играет сама игра», овладевая игроками (пациентами): субъектом игры здесь является не игрок или его субъективный игровой опыт, а сама игра (как игра света, красок, волн). Когда мы участвуем в игре впервые, у нас обычно уже есть предвзятое онтологическое представление о том, что это за игра. Описанное не означает, что игрок теперь в совершенстве знает сущность рассматриваемого объекта. Подобное предвзятое мнение будет задавать или сбивать с толку интерпретацию; также оно может изменяться в процессе игры, влияя и даже трансформируя саму онтологию. Изначальное практическое понимание мира является условием для возможности текстовой (например, аллегории) или научной интерпретации мира. Именно Г. Гадамер сделал продуктивным этот элемент игры в герменевтике и, в частности, применительно к языковому опыту, в котором через нас говорит сам язык. Г. Гадамер пришел к мысли, что в герменевтическом опыте происходит некое свершение, и это свершение не есть наше действие, но «деяние самого дела».

Герменевтическое истолкование шизофрении в мире

Попробуем просто поразмышлять о классическом описании шизофрении (ощущении того, чем она является), элементах, которые считаются ключевыми при диагностике, и соответствует ли сама дефиниция разработанному концепту. Предубеждение в понимании Г. Гадамера описывается следующим образом: «это суждение выражено до определенного доказательства всех определяющих объективных моментов» [Gadamer, 1976, p. 25]. В исследованиях чилийского психиатра О. Дёр-Цегерс отмечена следующая тенденция: обычно при встрече с пациентом-шизофреником «отсутствие контакта», «дистанция», «аффективное уплощение» соответствуют довербальному уровню, интуитивно-эмпирическому, точно такому же, как при формировании эстетического вкуса. «Хороший вкус всегда уверен в своем суждении» [Гадамер, 1988, с. 79]. При встрече с шизофреником нам не хватает определенного чувства общности, которое японцы называют *ки* [Doerr-Zegers, 1987, p. 30]. Трудности в устном общении почти всегда предше-

ствуется неудачное довербальное общение. В случае пациента с шизофреническим расстройством отсутствует не гармония, а ощущение, что он или она не совсем субъект сам по себе. Эта особенность межличностного общения весьма хорошо описана Ж.-П. Сартром в книге «Бытие и ничто» [Сартр, 2000]. В главе III «Конкретные отношения с Другим» Сартр показывает, что мы бесконечно «отсылаемся» от Другого-объекта к Другому-субъекту и обратно. Фундаментальный элемент этого – «отношения премьеры», где появление Третьего меня «открывает». По мнению Сартра, нет больше приоритетной структуры, исходящей от меня к Другому. Завершая пункт означенной главы «Мы – объект», философ делает вывод о том, что *мы* гуманиста как Мы-объект – идеал, которого нельзя достигнуть. Прежде всего, следует помнить, что сам язык становится герменевтическим опытом мира и действительностью, интерпретативной схемой, задающий ориентацию в мире [Гадамер, 1988, с. 548]. Для человека мир существует в форме, в которой он не существует ни для какого другого живого существа. И это существование обусловлено языком.

В справедливости утверждений Гадамера можно убедиться, сталкиваясь с пациентом-шизофреником. В первых описаниях этой болезни первостепенное внимание уделялось языковым нарушениям, так называемому ослаблению ассоциаций (термин Э. Блейлера). Классическая бессвязность или неологизмы издавна и до сих пор считаются одним из основных симптомов шизофрении. Возможно, именно потеря «диалогического» характера слова это наиболее существенное явление. Пациент – это ощущение, которое исследователь постоянно испытывает, будучи не в состоянии по-настоящему понять, что говорит шизофреник. И здесь уместно сравнить это с пребыванием в стране, язык которой мы не совсем хорошо понимаем. Опуская самые серьезные нарушения языка, такие как непоследовательность или неологизмы, автор статьи сосредоточивает внимание больше на ослаблении ассоциаций, бреде и галлюцинациях.

Самые ранние межкультурные исследования симптомов шизофрении были больше сосредоточены на бреде, а не на галлюцинациях. Это происходило, вероятно, потому что бред легче измерить и оценить. Во время исследований, проведенных в 1960-х годах, ученые собирали данные, отправляя анкеты в психиатрические центры по всему миру. В анкетах были вопросы о психотических симптомах у пациентов в каждом из местных центров. Результаты этих ранних исследований показали тесную связь между культурой и типом галлюцинаций. В Северной Африке и на Ближнем Востоке больше были распространены зрительные и тактильные галлюцинации. В Европе чаще фиксировали слуховые галлюцинации. Эти данные были подтверждены новым исследованием, в котором участвовали более 1 080 пациентов с шизофренией из семи разных стран (Австрия, Польша, Литва, Грузия, Пакистан, Нигерия и Гана). В общей выборке слуховые галлюцинации являлись наиболее распространенным симптомом и затрагивали 74,8 % участников, у 39,1 % участников они сопровождались визуальными галлюцинациями. Последние были наиболее распространены среди пациентов из западноафриканских стран. Этот результат соответствует статистике, согласно которой визуальные галлюцинации самые частотные в традиционных культурах [Bauer et al., 2011, p. 324].

Как только стало понятно, что тип симптомов варьируется в зависимости от культуры, ученые начали проверять, будет ли отличаться содержание симптомов. Ненормальное поведение и выражение мыслей обладают огромным спектром проявлений, из-за которых окружающие считают это проблемой [Myers, 2011, p. 310]. Пациенты, в настоящее время живущие в Пакистане, страдали от визуальных галлюцинаций больше, чем другие группы, и приписывали природу этих галлюцинаций духам или призракам. Также у них отмечено намного меньше слуховых галлюцинаций, чем у британцев или среди «белых» британских групп (британцев, живущих в Пакистане). Между британскими пакистанцами и коренными пакистанцами разница была намного больше, чем между британскими пакистанскими и «белыми» британскими участниками исследования. Это наглядная иллюстрация того, как непосредственное окружение оказывает существенное влияние на проявление галлюцинаций и заблуждений [Ibid., p. 309].

Влияние культуры на шизофрению настолько сильно, что различия между культурами могут объяснить и различия в симптомах. Р. Нисбетт и его коллега [Nisbett, Miyamoto, 2005] считают, что разные акценты в визуальной обработке и обработке внимания (автоматичности) могут быть причиной варьирования типов галлюцинаций от культуры к культуре. Ученые провели несколько исследований, в которых участники изучали отношения в различных средах. Они пришли к выводу, что азиаты «склонны участвовать в контекстно-зависимых и целостных процессах восприятия», в то время как жители Запада «склонны участвовать в контекстно-независимых и аналитических процессах восприятия» [Ibid.].

По сути, азиаты сосредоточены на шаблонах, а не на деталях, и обращают внимание на все, что попадает в их поле зрения. Есть даже различия в движениях глаз жителей восточных и западных стран: азиатам свойственно более быстрое мигание глаз в целом, особенно при взгляде на фоновую окружающую обстановку, по сравнению с западными людьми [Ibid.]. Последнее указывает на то, что они уделяют больше внимания всей ситуации в целом, а в особенности фону. Поскольку азиатские общества традиционны, им свойственно уделять значительное внимание отношениям и контексту, что довольно очевидно, в частности, во вьетнамской культуре с ее сложной системой местоимений.

Люди страдают шизофренией во всем мире и в самых разных культурах. Однако предполагаемая универсальность заболевания и уровень его распространенности сегодня вызывают много вопросов [Abed, 2014]. Распространенность и частота этого расстройства значительно варьируются в зависимости от плотности населения, климата и самого места проживания [MacDonald et al., 2009, p. 497]. Представители транскультурной психиатрии зачастую считают, что шизофрения универсальна: она имеет схожие проявления во всех культурах. Доминирующая в западной психиатрии позиция утверждает, что шизофреники принципиально схожи в разных культурных группах, а различия выражены только в содержании симптомов (демоны, правительство, теория заговоров), а не с точки зрения первопричины и структуры [Parman, 2001, p. 455].

Перечисленные нейropsychологические различия между обществами еще раз подчеркивают, как социоцентричность культуры может оказывать существенное влияние на психологическое состояние человека и его психическое здоровье. Ис-

следователи полагают, что эти различия обусловлены значительными культурным отличиями, в частности, доминированием у азиатов идей коллективизма, а у жителей Запада – индивидуализма. Западные общества склонны приписывать галлюцинациям психическое истолкование и стремятся незамедлительно начать лечение. Для объяснения происхождения бреда они обращаются к биологическим, химическим, генетическим причинам. Транскультурная же психиатрия позволяет обратить внимание на этнические особенности тематического содержания бреда.

Культурная обусловленность галлюцинаций, их природа

Культура формирует галлюцинации с точки зрения идентификации, опыта, содержания, частоты проявлений. Разные культурные модели реальности могут привести к появлению различных видов отчетности (по содержанию, объему информации, периодам, охватываемым отчетностью) и, следовательно, видам и показателям галлюцинаторного опыта [Bauer et al., 2011, p. 325]. Во всех исследуемых случаях пациенты чаще жаловались на слуховые, чем зрительные галлюцинации, но показатели распространенности и тех, и других значительно варьировались: слуховые галлюцинации от 67 % (Австрия) до 91 % (Гана), зрительные – от 4 % (Пакистан) до 54 % (Гана). Антропологи и психиатры обнаружили, что в некоторых случаях степень сложности галлюцинаций, связанных с серьезными психическими расстройствами, является «патопластической». Сельским африканцам чаще свойственны галлюцинации, связанные с предками [Luhmann, 2007, p. 155], христианам – связанные с Христом, Девой Марией и Сатаной. Содержание галлюцинаций может меняться с течением времени [Mitchell, 1989, p. 270]. Исследователи сделали вывод, что галлюцинации 1930-х годов отражали стремление к материальным благам и были связаны с Великой депрессией, в то время как в 1980-х они отражали изменения в области технологий и внешнем мире.

Были также проведены сравнения слуховых галлюцинаций у пациентов с шизофренией в Саудовской Аравии и США. Пациенты из Саудовской Аравии чаще испытывали галлюцинации религиозного содержания, в то время как американцы – в контексте повседневности и окружающей среды. Американские участники расценивали голоса в голове как более жестокие и полные ненависти. Авторы пришли к выводу, что галлюцинации, связанные с шизофренией или серьезными психическими расстройствами, могут в среднем встречаться чаще у тех, кто не принадлежит к западной, американской культуре [Luhmann et al., 2015, p. 44]. Именно поэтому в культурной психиатрии появилось мнение, что шизофрения принципиально схожа в разных культурных группах и различается только содержанием симптомов психоза. Понимание атрибуции важно для психиатров, так как это связано с процессом интерпретации, восприятия диагноза (активного лечения или наоборот «ухода» в болезнь), оно может повлиять на то, как пациент будет соблюдать режим лечения и каким будет результат.

Восточные общества часто объясняют психические расстройства духовными или сверхъестественными причинами: судьба, злые духи, наказание предков. Сегодня во многих исламских обществах прочно укрепились вера в джиннов [Lim

et al., 2015, p. 160]. По словам врачей, пациенты, исповедующие ислам, часто приписывают свои галлюцинации козням джиннов.

Есть исследования, указывающие на довольно большую распространенность веры в сверхъестественное на севере Индии. Большинство местных больных списывали появление галлюцинаций на сверхъестественные причины. Шестьдесят два процента пациентов заявили, что люди в их социальной группе верили в магико-религиозные явления: привидения / злой дух (26 %), одержимость духом (28,8 %) и колдовство (46,6 %) [Kate et al., 2012, p. 52]. Считается, что наилучшие прогнозы для лечения шизофрении свойственны непромышленным обществам [Nopper, 2008, p. 200].

Как можно объяснять эти различия в прогнозах у разных культур? Во-первых, тем, что в развивающихся странах к пациентам причисляют людей, которые на самом деле не являются шизофрениками. Во-вторых, различные культурные факторы позволяют полностью включить шизофреника в жизнь семьи. Так, в Индии пациенты часто живут в больших семьях, где они могут приносить пользу, но при этом у них нет необходимости быть основным кормильцем или опекуном; работа может быть менее напряженной, а окружающие менее требовательны, чем в Америке или Европе [Luhmann, 2007, p. 140].

Наконец, антрополог Дж. Дженкинс [Jenkins, 1991, p. 390] предполагает, что в развивающихся странах менее выраженные эмоции могут благотворно сказываться на прогнозах лечения. Однако при этом у европейских специалистов возникают некоторые критические замечания относительно его результатов. Статистика непрозрачна, мало доказательств объективности диагнозов для стран с низким уровнем дохода. Возможно, именно поэтому в таких странах высокие показатели и благоприятные прогнозы лечения. Можно предположить, что результаты исследований ВОЗ порой являются искусно сконструированными, декларативными. Уровень смертности от шизофрении в развивающихся странах очень высок, но чаще всего это списывают на обычные самоубийства. Более того, стационарная психиатрическая помощь во многих развивающихся странах зачастую некачественная.

Приведенные данные свидетельствуют о том, что в разных культурах в статистике преобладают разные симптомы и частота проявления шизофрении из-за специфики культурных норм и социоцентричности. Существуют серьезные исследования, согласно которым основные симптомы шизофрении, такие как галлюцинации, антисоциальное поведение, депрессивные симптомы, эмоциональный дисбаланс, бред и их интерпретации варьируются в зависимости от культуры, истории, традиций. Различия в показателях галлюцинаторного опыта позволяют предположить, что эволюционный императив (согласование своей деятельности с развитием биосферы) вовсе не обязательно имеет биологическую, генетическую природу, а императив, имеющий биологическую природу – обязательно является эволюционным, воздействующим на культуру. Проблема заключается в выяснении того, в чем состоит природа галлюцинаций и существует ли она как унитарная или множественная этиология. Могут ли быть общие механизмы, лежащие в основе галлюцинаций и расстройстве мышления?

Генезис галлюцинаторных восприятий зависит от дисбаланса между предшествующими убеждениями и сенсорными данными. Неупорядоченное содержание,

связанное с ложноположительным выводом, может зависеть от дополнительной патологии, влияющей на предшествующие убеждения о траекториях скрытых состояний. Психиатр не должен считать, что обычная жалоба на что-то, что кажется галлюцинацией, является признаком патологии. Необходимо учитывать культурный контекст, в котором находится пациент. Влияние культуры выходит за рамки диагностической стадии: она также влияет на то, как пациенты переживают свои патологии.

Проблема сходства шизофренической регрессии и восточных практик

В последние годы у ученых, исследующих альтернативные или измененные уровни сознания, возрос интерес к антропологии, религиоведению и культурологии. Некоторые полагают, что измененные состояния могут представлять собой базисный эмпирический компонент религиозных и мистических традиций и таких практик, как медитация и йогические дыхательные упражнения. Ученые, в том числе Р. Уолш, Д. Шапиро и М. Мерфи, предположили, что разные методы – медитации, христианские Адорации, асаны йоги – обязательно приводят к эквивалентным состояниям сознания [Shapiro, 1984, p. 512].

Кроме вышеперечисленных существуют неуравновешенные состояния сознания, при которых растворяется ощущение границы между личностью и миром, как, например, в некоторых сатори дзенских практик. Есть состояния, такие как буддийская нирвана или нирвикальпа самадхи, при которых исчезают вообще все объекты или явления. Наконец, есть практики, в которых все явления воспринимаются как выражения или модификации сознания (например, сахадж самадхи) [Уилбер, 1980, с. 74]. Конечно, это не отменяет того факта, что такие состояния могут отображать значительные функциональные и опытные общие черты (трансперсональное единство, безмысленное осознание, восстановление равновесия симпатической нервной системы, специальные дыхательные упражнения, воздействующие на физиологическую составляющую человека посредством изменения концентрации кислорода и углекислого газа и т. д.) [Shapiro, 1984, p. 659]. До недавнего времени азиатские медитативные и йогические состояния зачастую представлялись патологическими, особенно в СССР, и тех, кто их практикует, считали невротиками или психически больными людьми. Были учебники, где приводилось очевидное принципиальное сходство между шизофреническими регрессиями и практиками йоги, практиками дзен: всем этим практикам свойственен к уход в себя, уход от повседневности, от трудностей; выпадение из физической и социальной реальности [Alexander, 1966, p. 457]. Причин слияния патологий с восточными практиками, вероятно, несколько. Причин слияния патологий с восточными практиками, вероятно, несколько. Одна из них – общая тенденция не признавать само существование измененных состояний сознания (бред, галлюцинаций) как позитивных симптомов шизофрении. Поскольку иногда исследователи не в состоянии отличить проявления клинической картины заболевания от культурной специфики, конкретной реализации тех или иных религиозных практик [Opler, 1961, p. 1092], а также и то, что Майкл Харнер [Lucas, 1995, p. 321]

называет когнитивизмом. Нужно также учитывать современную тенденцию считать, что наше собственное обычное психическое состояние «непопулярно». Наконец, большинство исследователей не имели непосредственного опыта изучения описываемых состояний на практике.

Такие традиции, как буддизм и йога, включают много различных практик и путей. Буддизм, в частности, совмещает десятки разновидностей медитативных практик, и нет никаких оснований предполагать, что они вызывают одинаковые состояния. Йогические и буддийские практики развиваются через явно инвариантные серии заметно различающихся состояний и стадий (например, уровни и виды самадхи). Могут существовать несколько разных целевых состояний даже в рамках одной практики. В частности, савикальпа, нирвикальпа и сахаджа самадхи принципиально различаются между собой. Классическая йога – практика концентрации, при которой ум успокаивается; это неразрывно связано с концентрацией внимания на внутреннем опыте, разрушением мирских связей, самодисциплиной. Иначе освобождение невозможно [Eliade, 1969, p. 5]. В результате осознание своего тела и внешнего мира постепенно в значительной степени утрачивается, и йоги могут сосредоточиться на еще более тонких внутренних объектах. Наконец, самадхи у йогов представляет собой классическое экстатическое мистическое состояние и отличается от видов самадхи в буддизме.

В то время как классическая йога это практика концентрации, буддийское понимание медитации – это, скорее, так называемая практика осведомленности. Если йога подчеркивает сосредоточение внимания на внутреннем объекте, буддийская медитация больше делает акцент на «текущих» объектах, как внутренних, так и внешних («видеть вещи такими, какие они есть»). При многомерном картировании и сравнении можно заметить некоторую самобытность понимания патологии и нормы в буддийских культурах, самобытность интерпретации дискретности и непрерывности. В дхарму включаются как сознательные, так и бессознательные, аномальные проявления психики. Анализ восточных практик позволяет предположить, что нарушения в эмоциональной сфере могут приводить к деструктуризации психики в целом.

Сходство мистического опыта в разных культурах

Один из главных вопросов, доминировавший в философской дискуссии о мистике со времен Уильяма Джеймса, заключается в следующей проблеме: существует ли базовый мистический опыт, общий для разных культур и традиций. У. Стэйс, последователь эмпирико-феноменалистской традиции в рамках англо-американской философии, в своей работе «Мистицизм и философия» утверждает, что такой опыт существует [Stace, 1960, p. 277]. Конструктивисты – такие, например, как Стивен Кац – это отрицают [Katz, 1978, p. 155]. Третьи утверждают, что вопрос до сих пор остается открытым [Smith, 1992, p. 166].

При описании самадхи в йоге и нирваны в буддизме и причина, и следствия исчезают. «Не рассуждением это достижимо» («Катха-упанишада» 1.2.3); «слова возвращаются вместе с умом, не достигающим этого» («Тайттирия-упанишада» 2.9.1). Переживания и области, которые они, предположительно, раскрывают,

существуют за пределами космоса и времени. Следовательно, эти переживания невыразимы, несокрушимы и немислимы, потому что они многовековые (трансвербальные и трансрациональные). Вышеперечисленные состояния объясняют их некое первоначально кажущееся сходство с шизофреническими проявлениями.

«Чистый разум попросту неспособен уловить трансцендентные реалии, а когда он пытается это сделать, то обнаруживает, что с равной убедительностью может быть выдвинута и совершенно противоположная точка зрения. Это прозрение никоим образом не ограничивается Западом. Почти за полторы тысячи лет до Канта буддийский гений Нагарджуна – основатель школы буддизма мадхьямака – пришел буквально к тому же заключению. Заключению, которое отдавалось эхом и усиливалось в последующих поколениях практически всех основных школ западной философии и психологии: рассудок неспособен уловить сущности абсолютной реальности, а когда он пытается это сделать, то порождает лишь дуалистические и несовместимые утверждения» [Уилбер, 2018, с. 60].

Являются ли йогическое самадхи и буддийская нирвана одинаковыми или, если быть точными, они неразличимы? Нельзя сказать, что они разные. Но также нельзя сказать, что они одинаковы, так как «сходство и различие» оба зависят от способности приписывать и сравнивать качества. Ответ на вопрос о том, существует ли общее ядро, единый мистический опыт, по крайней мере, для йоги и буддизма, может быть такой: ни да, ни нет. А скорее, с западной философской точки зрения, о том, «что вообще может быть сказано, должно быть сказано ясно; о том же, что сказать невозможно, следует молчать». На самом деле есть истины, которые не могут быть сказаны, а только «показаны» [Wittgenstein, 1922, p. 45]. Хотя еще Б. Рассел иронизировал в предисловии к изданию Л. Витгенштейна в 1922 году, отмечая, что автор прекрасно говорит о том, что не может быть сказано [Ibid., p. 18].

Тем не менее, представители перениализма утверждают, что общая духовная основа мироздания существует. Из их исследований следует, что есть глубинные, беспредпосылочные, внутренние установки, являющиеся частью единого филогенеза, единой человеческой духовной конституции и неизбежно присутствующие во всех проявлениях человеческой религиозности, независимо от исторического времени и культурного контекста. Однако это может оказаться всего лишь панорамным представлением о человеческой истории. И хотя описанные выше йогические и буддийские медитативные переживания действительно «мистические», они не самые глубокие. В высших достижениях медитации трансцендентные переживания совершенно иного рода, радикально прерывистые.

Основная и освобождающая задача, например, буддийской и йогической традиций, не в том, чтобы описать мистические трансцендентные состояния и переживания, а в том, чтобы узнать их для себя посредством прямой трансрациональной интуиции и вытекающей из нее мудрости. В некотором смысле именно духовный опыт, среда (эпигенетика) обеспечивает молекулярные основы того, как условия жизни наших предков (а не их генетика) продолжают формировать судьбу последующих поколений. Эпигенетические изменения, не меняя самого «текста», записанного в структуре молекул ДНК (вне мутаций), открывают наличие у клеток организма едва ли не «разумного начала», целенаправленно на-

правляющего эпигенетические изменения в определенном, только им известном направлении.

Выводы

Результаты настоящего исследования показали, что в восприятии обывателя, понимании пациентов и их окружения отношение к «психозным» подгруппам, особенно к чувствительному психозу и тревожному расстройству, по сравнению с шизофренией, менее негативное. Альтернативная терминология, полученная из моделей уязвимости и стресса, среди пациентов считается менее подверженной стигматизации. Вполне возможно, что клиническая подготовка также оказывает влияние на отношение к концепту «шизофрения».

Антропологические подходы к конструированию смысла и европейские психиатрические описания форм «бытия в мире» использовались в сравнении с этнокультурными матрицами поведения. Показано, как здоровье и благополучие социально и культурно формируются в сравнительном и транснациональном контекстах, как принадлежность к различным культурам обуславливает осознание болезни, медицинские практики и процесс исцеления для человека и общества, как опыт и восприятие тела, себя или представление человека о трансцендентном влияют на течение болезни. В силу этого может возникнуть идея создания межнациональных и глобальных советов по психическому здоровью, аудитов для усиления культурной осведомленности и межкультурного диалога между специалистами в области психического здоровья.

В статье показано, что индивидуальная уязвимость, связанная с шизофренией, при взаимодействии с западными культурными ценностями усиливает эффект стигматизации. Различия в этнопсихологии непосредственно влияют на течение шизофрении. Понятия «социоцентричность», «индивидуализм» и «коллективизм» имеют решающее значение для понимания культурной дисперсии при шизофрении. Во-первых, описываются данные, свидетельствующие о том, что такие ценности общества, как коллективизм или индивидуализм, могут повлиять на обработку эмоций и улучшение настроения у пациентов, страдающих шизофренией. Во-вторых, могут быть культурные различия в процессах восприятия. Западные люди склонны уделять больше внимания значимым объектам в изображении, а не фону, и имеют склонность к конкретному восприятию действительности. Различия акцентов при визуальной обработке информации и концентрации внимания могут быть источником различий в типах галлюцинаций у разных культур. Наконец, культурные факторы могут взаимодействовать с биологическими факторами, вызывающими шизофрению. Обосновывается действие культурных факторов как стрессоров, приводящих к эпигенетическим изменениям.

Невыразимость йогического самадхи и буддийской нирваны, невозможность найти однозначный ответ на вопросы о том, существует ли мистический опыт, общий для всех традиций, или же все мистические переживания созданы нами искусственно, позволяет проводить параллели с проявлениями шизофренического сознания. Однако в психиатрической традиции врач исходит из конкретного содержания психических актов, а многие йогические, буддистские и шаманские состояния не представляют собой целое и членятся не на отдельные знаки, а на диф-

ференциальные признаки, принципиально отклоняясь от базисной концепции адаптивного поведения.

Большинство аспектов психологического развития людей и их социализация, как свидетельствует эмпирический базис статьи, явно направляются эпигенетическими правилами, задействованными в генно-культурной трансляции, а не являются результатом сугубо культурной трансляции или ее прямой противоположности – генетического детерминизма. Направленное развитие, «научение» и социализация отражают взаимодействие биологических факторов и факторов окружающей среды. Люди не в состоянии овладеть содержанием культуры, если нет определенного набора эпигенетических правил.

Исходя из специфики герменевтического подхода к пониманию шизофрении, показывается параллельное существование различных кругов истолкования, важность истолкования бреда из себя самого, перераспределение пациентами иерархических рангов, неоднозначность «бинарно-опозиционной» семиотики. «Духовность» предлагается как фундаментальная связующая сила, поддерживающая целостность личности против осколочного воздействия болезни. А практика психиатрии, в свою очередь, как требующая умения задавать вопросы, объяснять, как терпеть неудачи, стрессы, сложности, противоречия и как диалектически извлекать некоторые знания из их последствий.

Список литературы

Гадамер Х.-Г. Истина и метод: Основы философской герменевтики. Москва: Прогресс, 1988. 704 с.

Сартр Ж.-П. Бытие и ничто: Опыт феноменологической онтологии. Москва: Республика, 2000. 639 с.

Уилбер К. Очи познания: плоть, разум, созерцание. Москва: Рипол Классик, 2018. 464 с.

Abed R. T., Abbas M. J. Can the New Epidemiology of Schizophrenia Help Elucidate Its Causation? // Irish Journal of Psychological Medicine, 2014. No. 31. Pp. 1–5.

Alexander M. D., Selesnick M. D. The History of Psychiatry. New York: Harper & Row, 1966. 471 p.

Bauer S., Schanda H., Karakula H., Olajossy-Hilkesberger L., Rudaleviciene P. et al. Culture and the Prevalence of Hallucinations in Schizophrenia // Comprehensive Psychiatry, 2011. No. 52. Pp. 319–325.

Brabban A., Morrison T., Read J. Renaming «Schizophrenia»: a Step Too Far or Not Far Enough // Psychological Medicine, 2013. Vol. 43. No. 7. Pp. 1558–1560.

Doerr-Zegers O. Pensamiento dialéctico y estructuras de personalidad // Psychiatry and Mental Health, 1987. Vol. 4. Pp. 21–30.

Eliade M. Yoga: Immortality and Freedom. New York: Princeton University Press, 1954. 536 p.

Gadamer H.-G. Dialectic. New Haven: Yale University Press, 1976. 118 p.

Gaines R. Culture and Schizophrenia: How the Manifestation of Schizophrenia Symptoms in Hue Reflects Vietnamese Culture // Independent Study Project (ISP) Collection, 2014. Pp. 1–33.

Hopper K. Outcomes Elsewhere: Course of Psychosis in “Other Cultures” // *Society and Psychosis*. Cambridge: Cambridge University Press, 2008. Pp. 198–216.

Howe L., Tickle A., Brown I. “Schizophrenia is a Dirty Word”: Service Users’ Experiences of Receiving a Diagnosis of Schizophrenia // *Psychiatr. Bull.*, 2014. No. 38. Pp. 154–158.

Jenkins J. H. Anthropology, Expressed Emotion and Schizophrenia // *Ethos*, 1991. Vol. 19. Pp. 387–431.

Kate N., Grover S., Kulhara P., Nehra R. Supernatural Beliefs, Aetiological Models and Help Seeking Behaviour in Patients with Schizophrenia // *Indian Journal of Psychiatry*, 2012. Vol. 21. No. 1. Pp. 49–54.

Katz S. *Mysticism and Philosophical Analysis*. New York: Oxford University Press, 1978. 272 p.

Lee Y. S., Park I. H., Park S. C. et al. Johyeonbyung (Attunement Disorder): Renaming Mind Splitting Disorder as a Way to Reduce Stigma of Patients with Schizophrenia in Korea // *Asian Journal of Psychiatry*, 2014. No. 8. Pp. 118–120.

Lucas R. H., Barrett R. J. Interpreting Culture and Psychopathology: Primitivist Themes in Cross-Cultural Debate. Culture, Medicine, and Psychiatry // *International Journal of Cross-Cultural Health Research*, 1995. Vol. 19. No. 3. Pp. 287–326.

Luhrmann T. M. Social Defeat and the Culture of Chronicity: Or, Why Schizophrenia Does so Well Over There and so Badly Here // *Culture, Medicine and Psychiatry*, 2007. Vol. 31. No. 2. Pp. 135–172.

Luhrmann T., Padmavati H., Osei A. Differences in Voice-Hearing Experiences of People with Psychosis in the USA, India and Ghana: Interview-Based Study // *The British Journal of Psychiatry*, 2015. Vol. 206. No. 1. Pp. 41–44.

MacDonald A. W., Schulz S. C. What We Know: Findings That Every Theory of Schizophrenia Should Explain // *Schizophrenia Bulletin*, 2009. Vol. 35. No. 3. Pp. 493–508.

McGorry P. D. The Prevalence of Prodromal Features of Schizophrenia in Adolescence: a Preliminary Survey // *Acta Psychiatr Scand*, 1995. No. 92. Pp. 241–249.

Mitchell J., Vierkant A. D. Delusions and Hallucinations as a Reflection of the Subcultural Milieu among Psychotic Patients of the 1930-s and 1980-s // *Journal of Psychology*, 1989. Vol. 123. No. 3. Pp. 269–274.

Myers N. L. Update: Schizophrenia across Cultures // *Current Psychiatry Reports*, 2011. Vol. 13. No. 4. Pp. 305–311.

Opler M. K. On Devereux’s Discussion of Ute Shamanism // *American Anthropologist*, 1961. No. 63. Pp. 1091–1093.

Parman K., Chakrabarti S. Culture and Schizophrenia and Other Psychotic Disorders // *The Psychiatric clinics of North America*, 2001. Vol. 24. No. 3. Pp. 449–464.

Rathod. S., Irfan M., Bhargava R., Pinninti N., Scott J., Mohammad Algahtani H., Guo Z., Gupta R., Nadkarni P., Naeem F., Howells F., Sorsdahi K., Thorne K., Osman-Hicks V., Pallikadavath S., Phiri P., Carr H., Graves L., Kingdon D. Multinational Comparative Cross-Sectional Survey of Views of Medical Students About Acceptable Terminology and Subgroups in Schizophrenia // *BMJ Open*, 2018. Vol. 8. No. 6. Pp. 1–9.

Sato M. Renaming Schizophrenia: a Japanese Perspective // *World Psychiatry*, 2006. No. 5. Pp. 53–55.

Serafini G., Pompili M., Haghghat R. et al. Stigmatization of Schizophrenia as Perceived by Nurses, Medical Doctors, Medical Students and Patients // *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2011. No. 18. Pp. 576–585.

Shapiro J., Roger N. Meditation: Classic and Contemporary Perspectives. New York: Aldine, 1984. 722 p.

Smith H. Forgotten Truth: The Common Vision of the World's Religions. San Francisco: CA Harper, 1992. 192 p.

Stace W. Mysticism and Philosophy. Philadelphia: J. B. Lippincott Co., 1960. 349 p.

Versola-Russo J. Cultural and Demographic Factors of Schizophrenia // *Journal of Psychosocial Rehabilitation and Mental Health*, 2006. Vol. 10. No. 2. Pp. 89–103.

Wallace J. E. Mental Health and Stigma in the Medical Profession // *Health*, 2012. No. 16. Pp. 3–18.

Wittgenstein L. Tractatus Logico-Philosophicus. London: Routledge & Kegan Paul, 1922. 189 p.

References

Abed R. T., Abbas M. J. (2014). Can the New Epidemiology of Schizophrenia Help Elucidate its Causation? *Irish Journal of Psychological Medicine*, 31, 1–5.

Alexander M. D., & Selesnick M. D. (1966). *The history of psychiatry*. New York: Harper & Row, 471.

Bauer S., Schanda H., Karakula H., Olajosy-Hilkesberger L., Rudaleviciene P. et al. (2011). Culture and the Prevalence of Hallucinations in Schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 52, 319–325.

Brabban A., Morrison T., Read J. (2013). Renaming «Schizophrenia»: a Step Too Far or Not Far Enough. *Psychological Medicine*, 43(7), 1558–1560.

Doerr-Zegers O. (1987). Pensamiento dialéctico y estructuras de personalidad. [Dialectic thought and structures of personality]. *Psychiatry and mental health*, 4, 21–30.

Eliade M. (1954). *Yoga: Immortality and Freedom*. New York: Princeton University Press, 536.

Gadamer H-G. (1976). *Dialectic*. New Haven: Yale University Press, 118.

Gadamer Kh.-G. (1988). *Istina i metod: Osnovy filosofskoj germenевtiki*. [Truth and Method: The Basics of Philosophical Hermeneutics], Moscow: Progress, 704 . (In Russ.)

Gaines R. (2014). Culture and Schizophrenia: How the Manifestation of Schizophrenia Symptoms in Hue Reflects Vietnamese Culture. *Independent Study Project (ISP) Collection*, 1–33.

Hopper K. (2008). Outcomes Elsewhere: Course of Psychosis in “Other Cultures”. *Society and Psychosis*. Cambridge: Cambridge University Press, 198–216.

Howe L., Tickle A., Brown I. (2014). “Schizophrenia is a Dirty Word”: service users’ experiences of receiving a diagnosis of schizophrenia. *Psychiatr Bull*, 38, 154–158.

Jenkins J. H. (1991). Anthropology, expressed emotion and schizophrenia. *Ethos*, 19, 387–431.

Kate N., Grover S., Kulhara P., Nehra R. (2012). Supernatural Beliefs, Aetiological Models and Help Seeking Behaviour in Patients with Schizophrenia. *Indian Journal of Psychiatry*, 21(1), 49–54.

Katz S. (1978). *Mysticism and philosophical analysis*. New York: Oxford University Press, 272.

Lee Y. S., Park I. H., Park S. C. et al. (2014). Johyeonbyung (Attunement Disorder): Renaming Mind Splitting Disorder as a Way to Reduce Stigma of Patients with Schizophrenia in Korea. *Asian Journal of Psychiatry*, 8, 118–120.

Lucas R. H., Barrett R. J. (1995). Interpreting Culture and Psychopathology: Primitivist Themes in Cross-Cultural Debate. *Culture, Medicine, and Psychiatry. International Journal of Cross-Cultural Health Research*, 19(3), 287–326.

Luhrmann T. M. (2007). Social Defeat and the Culture of Chronicity: Or, Why Schizophrenia Does so Well Over There and so Badly Here, Culture. *Medicine and Psychiatry*, 31 (2), 135–172.

Luhrmann T., Padmavati H., Osei A. (2015). Differences in Voice-Hearing Experiences of People with Psychosis in the USA, India and Ghana: Interview-Based Study. *The British Journal of Psychiatry*, 206(1), 41–44.

MacDonald A. W., Schulz S. C. (2009). What We Know: Findings That Every Theory of Schizophrenia Should Explain. *Schizophrenia Bulletin*, 35(3), 493–508.

McGorry P. D., McFarlane C., Patton G. C. et al. (1995). The Prevalence of Prodromal Features of Schizophrenia in Adolescence: a Preliminary Survey. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 92, 241–249.

Mitchell J., Vierkant A. (1989). Delusions and Hallucinations as a Reflection of the Subcultural Milieu among Psychotic Patients of the 1930-s and 1980-s. *Journal of Psychology*, 123(3), 269–274.

Myers N. L. (2011). Update: Schizophrenia across Cultures. *Current Psychiatry Reports*, 13(4), 305–311.

Opler M. K. (1961). On Devereux's Discussion of Ute Shamanism, American Anthropologist, 63, 1091–1093.

Parman K., Chakrabarti S. (2001). Culture and Schizophrenia and Other Psychotic Disorders. *The Psychiatric clinics of North America*, 24(3), 449–464.

Rathod S., Irfan M., Bhargava R., Pinninti N., Scott J., Mohammad Algahtani H., Guo Z., Gupta R., Nadkarni P., Naeem F., Howells F., Sorsdahi K., Thorne K., Osman-Hicks V., Pallikadavath S., Phiri P., Carr H., Graves L., Kingdon D. (2018). Multinational Comparative Cross-Sectional Survey of Views of Medical Students about Acceptable Terminology and Subgroups in Schizophrenia. *BMJ Open*, 8(6), 1–9.

Sartre P. (2000). *Бытие и ничто: Опыт феноменологической онтологии*. [Being and Nothingness: An Essay on Phenomenological Ontology], Moscow: Republic, 639. (In Russ.)

Sato M. (2006). Renaming Schizophrenia: a Japanese Perspective. *World Psychiatry*, 5, 53–55.

Serafini G., Pompili M., Haghghat R. et al. (2011). Stigmatization of Schizophrenia as Perceived by Nurses, Medical Doctors, Medical Students and Patients. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18, 576–585.

Shapiro J., Roger N. (1984). *Meditation: Classic and Contemporary Perspectives*. New York: Aldine, 722.

Smith H. (1992). *Forgotten truth: The Common Vision of the World's Religions*. San Francisco: CA Harper, 192.

Stace W. (1992). *Mysticism and Philosophy*. Philadelphia: J. B. Lippincott Co, 349.

Uilber K. (2018). *Ochi poznaniya: plot', razum, sozercanie*. [Eyes of knowledge: flesh, mind, contemplation], Moscow: Ripol Klassik, 464. (In Russ.)

Versola-Russo J. (2006). Cultural and Demographic Factors of Schizophrenia. *Journal of Psychosocial Rehabilitation and Mental Health*, 10(2), 89–103.

Wallace J. E. (2012). Mental Health and Stigma in the Medical Profession. *Health*, 16, 3–18.

Wittgenstein L. (1922). *Tractatus Logico-Philosophicus*. London: Routledge & Kegan Paul, 189.

Список источников

Banerjee A. Cross-Cultural Variance of Schizophrenia in Symptoms, Diagnosis and Treatment // *Georgetown University Journal of Health Sciences*. Vol. 6. No. 2. URL: <https://blogs.commonsgorgetown.edu/journal-of-health-sciences/issues-2/vol-6-no-2-july-2012/cross-cultural-variance-of-schizophrenia-in-symptoms-diagnosis-and-treatment/> (Accessed: 27 March 2021).

Nisbett R., Miyamoto Y. The Influence of Culture: Holistic Versus Analytic Perception // *TRENDS in Cognitive Science*, 2005. Vol. 9. No. 10. URL: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.87.43&rep=rep1&type=pdf>. (Accessed: 27 March 2021).

List of Sources

Banerjee A. (2012). Cross-Cultural Variance of Schizophrenia in Symptoms, Diagnosis and Treatment. *Georgetown University Journal of Health Sciences*. 6(2). Available at: <https://blogs.commonsgorgetown.edu/journal-of-health-sciences/issues-2/vol-6-no-2-july-2012/cross-cultural-variance-of-schizophrenia-in-symptoms-diagnosis-and-treatment/> (accessed: 27 March, 2021).

Nisbett R., Miyamoto Y. (2005). The influence of culture: holistic versus analytic perception. *TRENDS in Cognitive Science*, 9(10). Available at: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.87.43&rep=rep1&type=pdf>. (accessed: 27 March, 2021).

Сведения об авторе

Мария Янушевна Мацевич – кандидат философских наук, доцент, доцент кафедры гуманитарных дисциплин Белорусской государственной академии искусств, Минск, Республика Беларусь.

Information about the Author

Maryia J. Matsevich – PhD in philosophical sciences, Associate Professor, Associate Professor at the Department of Humanities of the Belarusian State Academy of Arts, Minsk, Republic of Belarus

Материал поступил в редколлегию 10.11.2021

The article was submitted 10.11.2021