

УДК 616.89-02-058

МЕНТАЛЬНАЯ ЭТНОЭКОЛОГИЯ ИСТЕРОДЕМОНИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

© 2014 г. П. И. Сидоров, В. В. Медведева, *А. Н. Давыдов

Северный государственный медицинский университет,

*Институт экологических проблем Севера АНЦ УрО РАН, г. Архангельск

Одним из динамично развивающихся научных направлений, лежащих на стыке естественных и гуманитарных дисциплин, является ментальная этноэкология. Синергетический биопсихосоциодуховный подход позволяет определить ментальную этноэкологию как зону сотрудничества этнографии и фольклористики, религиоведения и социологии, психологии и психотерапии, психиатрии и наркологии, ментальной экологии и ментальной медицины. Исторически наиболее ранним предметом ментальной этноэкологии являются психические заболевания, получившие в XIX веке название «истеродемонические»: шаманская болезнь, мэнэрик, эмиряченье, икота, шева, лишинка, кила и другие, обозначаемые в психиатрии как индуцированные нервно-психические расстройства, лежащие в основе развития психических эпидемий.

Актуальность проблемы психических эпидемий (ПЭ) как групповых контагиозных психических расстройств сегодня обусловлена ростом распространенности социальных недугов и зависимого поведения, тоталитарных сект и разнообразных «пирамид», экстремистских и террористических организаций. Нельзя также не учитывать многочисленных примеров «истеродемонического ренессанса», подвижниками которого выступают как отдельные профессиональные психотерапевты, так и очень лаконичные в своей психотехнике парапрофессионалы. Поэтому сегодняшнее обращение к шаманской идеологии и феноменологии представляется интересным не только с академической точки зрения, но и прикладной, т. к. позволяет осмыслить исторические корни «массовой экспансивной психотерапии», успешно эксплуатирующей маргинальные субпопуляции.

Целью статьи является исторический анализ возникновения и развития психических эпидемий, выделение их биопсихосоциодуховных связей со специфическими формами традиционной духовной культуры, систематизация основных направлений исследований по ментальной этноэкологии на Севере. В выполнении поставленной задачи нами использована обширная историография и собственные исследования ментального здоровья коренного населения Севера [6, 18, 22].

Психиатрические исследования ПЭ начались в России во второй половине XIX века. Прежде пациенты, находившиеся во власти ПЭ, попадали либо под патронаж церковных организаций как «жертвы дьявола», либо под действие законов и указов, предписывающих карательные меры в отношении участников ПЭ. Теперь же данная проблема оказалась в центре внимания философов и историков, юристов и этнографов, общественных деятелей и врачей.

Большинство отечественных психиатров второй половине XIX века расценивали феномен ПЭ как преимущественно психосоциальное явление. При этом психиатрами [13, 15, 23] не отрицалась возмож-

Этиопатогенетической основой социальных и психических эпидемий являются биопсихосоциодуховные факторы, предопределяющие пути возникновения и механизмы развития массовых индуцированных нервно-психических расстройств, ранние формы которых получили название «истеродемонические»: шаманская болезнь, мэнэрик, эмиряченье, икота, шева, лишинка, кила и др. Выделены клинические формы и патокinez индуцированных состояний и заболеваний, факторы и формы традиционной духовной культуры, влияющие на особенности развития социальных эпидемий.

Ключевые слова:

истеродемонические состояния, психические эпидемии, этиопатогенез, клинические формы, лечение, профилактика

ность влияния на формирование и проявления ПЭ национальной культуры и этнических традиций, вносивших в симптоматику экзотические детали, но не менявших алгоритмов развития и клинической сути этого феномена. Наличие у пострадавших при ПЭ патологии именно *психиатрического* содержания сомнений и разночтений у психиатров не вызывало. В. М. Бехтерев в 1908 году говорил о «коллективных или массовых иллюзиях и галлюцинациях», эпидемиях бесоудержимости, кликушества, порчи, психопатических проявлениях религиозного содержания, распространении реакций паники [31].

Психиатр А. А. Токарский подразделял причины ПЭ на «*предрасполагающие и производящие*». К первым он относил «бедность психического содержания, ограниченность интересов, отсутствие критики, невежество»; ко вторым — господствующие в обществе идеи, внешние события, склонность к подражанию, психическую заразительность, внушение [25]. Эта классификация в значительной мере совпадает с современной трактовкой личностной и социальной идентичности субъекта, определяя универсальность трендов потенциальных путей возникновения ПЭ.

Исследования отечественных психиатров обозначили свод «*предрасполагающих*» и «*производящих путем непосредственного привития идей*» предпосылок ПЭ. К первой группе были отнесены: фанатическая вера, основанная на постороннем внушении и влиянии индуктора, наличие харизматической личности, владеющей способностью внушать свои идеи окружающим (таким индуктором мог быть и психически больной человек) [35]; низкое образование, примитивная культура, социальное неустройство. П. И. Якобий писал, что ПЭ «развивается лишь в нервном истощенном, ослабленном физически, нравственно и умственно населении» [Цит. по: 30]. Среди причин, влияющих на психическое состояние человека в плане возникновения ПЭ, актуален и ряд экзогенных факторов: наркотики, алкоголь, голод, нищета, усталость, скопление большого числа людей при общности настроения участников, плохие еда и сон, чрезмерное физическое напряжение, бытовые неудобства, болезни, частые роды [33]. Важную роль играло состояние психики субъекта, уровня личностного реагирования, глубина воздействия догматов учения на его психику, актуальные суеверия [32, 34].

Одной из главных причин ПЭ большинство авторов считали нагнетание психоэмоциональной напряженности (ПЭН) среди участников обряда или процесса. ПЭН влекла за собой состояние сужения сознания, ведя к невозможности отчета в своих действиях. Увеличение ПЭН потенцирует внушаемость, самовнушаемость, аффектизацию, склонность к подражанию, панической настроенности, становясь фактором, влияющим на жизнь отдельного субъекта и сообщество в целом. Под влиянием внушений личность теряет индивидуальность и инициативу, становясь частью

толпы, впадая в панику. «В иступленной толпе каждый индивид влияет на окружающих и сам подвергается аналогичному влиянию» [32].

К категории «производящих» причин возникновения ПЭ психиатрами были отнесены такие факторы, как войны, политические перевороты, социально-экономические реформы, потенцирующие неопределенность общественно-политических отношений и ситуаций, повышающие нервно-психическую возбудимость, приводящие к снижению устойчивости центральной нервной системы.

Таким образом, основой возникновения ПЭ был определен полиэтиологический фактор, являющийся основным критерием в формировании путей возникновения и распространения массовых психических контактии. На интенсивность возникновения и распространения контактиозных явлений психического характера влияли социально-экономические перемены и кризисы.

Выделение социально-психологических механизмов возникновения ПЭ возможно только при анализе исторических форм «истеродемонических» расстройств, теснейшим образом связанных со специфическими формами традиционной духовной культуры.

Связь *шаманства и шаманской болезни* с нервными и психическими расстройствами у различных народов Севера и Сибири отмечена в работах многих этнографов [14, 17, 19] Н. А. Алексеев [1], проанализировавший роль шаманской болезни в развитии идей избранничества у тюркоязычных народов Сибири, показал, что будущий шаман переносил психический недуг, хотя мучения лиц, обречённых стать шаманами, интерпретировались тюрками Сибири по-разному.

О роли психических расстройств, оказывающих влияние на формирование анимистических магических представлений, С. П. Давиденков, в частности, писал: «Как только распространились и укрепились анимистические представления, какие-то прямые соотношения с духами стали неизбежны, и здесь получили особую ценность такие качества высшей нервной деятельности, как способность впадать в более или менее глубокие гипноидные состояния с частичным бодрствованием некоторых отделов коры, со снами наяву, с самовнушенными галлюцинациями и т. п., то есть все то, что характерно для истерии... Эта истеричность, как известно, может поддаваться значительному дальнейшему ухудшению при ее тренировке в неблагоприятном смысле» [5].

Нам не представляется возможным сведение такого сложного и многообразного комплекса, каким является шаманизм, к «культу истерии». Вместе с тем «шаманология», изучающая комплекс явлений, связанных с «профессиональным» выделением в традиционных обществах людей, обеспечивающих данным обществам психологическую уравновешенность перед лицом полного опасностей мира, требует развития ментального этноэкологического подхода к шаманизму.

Присутствие большого количества лиц, обладающих повышенной внушаемостью, создавало в традиционных обществах Севера и Сибири особый психологический климат, способствующий повышению социальной значимости шаманизма. Неслучайно смерть шамана часто вызывала вспышку психогенных заболеваний. Вера в возникающую беззащитность душ людей после смерти шамана перед миром враждебных сил оборачивалась эпидемиями психических расстройств. Эпидемии прекращались, когда один из заболевших становился шаманом. Нарушенное смертью шамана мироздание восстанавливалось за счет появления нового посредника между миром душ человека и миром духов. Примечательно, что само слово «шаман», давшее начало интернациональному научному термину, значит «возбужденный, исступленный человек» [24]. Неслучайно одна из ведущих исследовательниц традиционной культуры ненцев Л. В. Хомич замечает: «Не считая истоком шаманства нервные заболевания (шаманство — явление идеологического и отчасти социального порядка), мы все же должны отметить, что при образовании контингента лиц, занимавшихся шаманством, большую роль играло наличие неуравновешенной и легко возбудимой психики» [27].

Наряду с признаками, определяющими предрасположенность к категории шаманов, как правило, выделяют странное поведение будущего шамана. Приближаясь к периоду половой зрелости, он, по словам ненцев, «немного с ума сходил»: то начинал петь, то спать целыми сутками, то ходил никого не замечая и т. п. Считалось, что к нему явились тадебцё — духи — помощники предка шамана и принуждали его к шаманской деятельности, мучили его. Тогда сам страдающий или его родные обращались к шаману с просьбой помочь его излечению. В какой-то мере облегчить психическое расстройство претендента на «звание» шамана мог лишь другой шаман.

Можно предположить, что как «лекари-психиатры» шаманы, вероятно, были достаточно хорошо искушены в своеобразной «диагностике» психических заболеваний. Еще более мы убеждаемся в этом выводе, когда видим, во-первых, психогигиеническую и психотерапевтическую функцию шамана в качестве одной из главных, а во-вторых, то, что основной контингент больных, которые обращались к шаману, составляли лица с нервно-психическими расстройствами.

Во время камлания, которое, по представлениям ненцев, было способом общения с духами, шаман доводил себя до экстатического состояния. Техника экстаза играла в шаманизме огромную роль. Для овладения шаманской профессией в совершенстве требовалось длительное время. Л. В. Хомич пишет, что если для того чтобы обучить будущего шамана основным приемам было достаточно одной ночи, то чтобы стать янумпой, инутана, то есть шаманом «высшей квалификации», требовалось около двух десятков лет [27]. За это время шаман овладевал

специальными знаниями, а также постоянно тренировался в искусстве вводить себя в состояние транса, экстаза. Психическая неуравновешенность, проявившая себя в шаманской болезни, искусно культивировалась практикой шаманской деятельности. Возможно, именно она, эта практика, привела к открытию архаической техники экстаза и первобытных приемов психотерапии. Важно также учесть, что в основе шаманистических представлений о множественности душ, возможно, лежат попытки в первую очередь осмыслить не внешний мир, а смену внутренних психических состояний.

Шаман выступает посредником между миром людей (душ человека) и миром духов. Скорее всего, большинство шаманов верили как в духов, так и в свои необычные способности. Более того, вероятно, шаманы могли видеть и ощущать образы духов, находясь в состоянии экстаза, самогипноза. Экстатическое состояние — необходимое условие пребывания в мире духов. «Экстаз — это благодное исступление, религиозная форма общения с богом, более, я бы сказала, действенная, чем лицецерения богов в их эпифаниях. Она более конкретна, опять-таки более физична, чем позднейшее откровение. Бог мыслится вошедшим в человека и в нем действующим. Человек в экстазе не несет ответственности за свои поступки», — пишет О. М. Фрейденберг [26].

Техника экстаза социально значима для психологии традиционных обществ. Самовнушение и ритуал, являющиеся, по сути дела, архаичной техникой достижения экстатического состояния, могли сопровождаться в отдельных случаях явлениями слуховых и зрительных галлюцинаций, дереализации и деперсонализации, бредовыми идеями. Большое значение при этом имела именно коллективность самого действия. Механизмы взаимоиндукции и самовнушения во многом определяли «скорость» и «глубину» достижения необходимого для общения с духами психического состояния при камлании.

Разнообразные психогенные состояния, возникающие в период камлания, существенно раздвигали границы психической нормы. В системе шаманистических представлений о сновидческой душе, покидающей тело для контактов с духами, воспринимались как нормальная, но особая форма бытия, делающая возможным воздействие на процессы и явления, лежащие за пределами практического опыта. Эта же интерпретация распространялась на спонтанные психические расстройства типа шаманской болезни, в описаниях которых у разных этнографов можно узнать варианты дебютов и течений эндогенных психозов у малочисленных народностей Севера. Рекрутирование и воспитание шамана из человека, перенесшего приступ шаманской болезни, позволяет, с одной стороны, самому шаману в ходе архаической психотерапевтической практики корректировать собственное психическое состояние, а с другой — выполнять лечебные и психопрофилактические функции

в своем племени. Шаманизм аккумулирует в себе практически все регистры активного психотического реагирования, которым в содержательном отношении соответствует особая специализация и квалификация шамана. Камлание шамана можно рассматривать как исторически наиболее раннее свидетельство субклинического характера творчества человека.

Наиболее известными формами психических расстройств в традиционалистических обществах Севера и Сибири бы мэнэрик и эмиряченье. Они получили глубокое осмысление в работах С. И. Мицкевича. **Мэнэрик** — заболевание, выражающееся в «сильных головных болях с бредом, навязчивыми идеями и подражанием шаманским действиям». Если у заболевшего известны родственники-шаманы, то такое заболевание воспринималось окружающими, как начало «шаманской болезни», проявление необычных качеств будущего шамана, «призыв к служению духам» [17]. Якуты, юкагиры и эвенки считали больных мэнэрик именно одержимыми, носителями вселившихся духов. Добавим к этому явно не случайный факт, что основными пациентами якутских, юкагирских и эвинкийских шаманов были «люди с психическими расстройствами» [4].

Другим распространенным видом психического расстройства было **эмиряченье**, характеризующееся повышенной пугливостью при неожиданном для больного окрике, толчке или ином действии. С. И. Мицкевич [17], подробно исследовавший и описавший случаи мэнэрика и эмиряченья, показал, что эмиряченье было распространено по всей Сибири. Им болели в основном женщины. Примечательно, что якуты, эвенки, юкагиры не считали эмирячек больными. Этот недуг рассматривался как забавная черта, присущая тому или другому, поводом для потехи и издевок над ним без какого-либо злого умысла [4].

Вероятно, одно из первых описаний «меряченья», как его называли в Южной Даурии, принадлежит А. А. Кашину [12]. Оно проявлялось в различных формах «болезненного подражания» по типу истерической эхоталии, эхомимии, эхопраксии.

Особо надо подчеркнуть, что приобретенная с детства повышенная истерическая готовность реализовалась и в отрыве от привычной культурной среды, но обязательно в группе земляков, облегчавшей проявление само- и взаимоиндукции. А. А. Кашин описывает интересный случай на учении одного из забайкальских полков царской армии, где в отделении, состоящем из уроженцев одного села, все стали хором повторять слова команды. Рассердившийся офицер начал ругаться, на что отделение стало хором воспроизводить его брань.

На Европейском Севере в поле ментальной этноэкологии интерес представляют такие формы истеродемонии, как икота у русского населения бассейнов рек Пинеги и Мезени, шева у коми и лишинка у русских в Ижмо-Печорском крае.

Икота характеризуется сенестопатиями и вегетативными расстройствами, повышенной чув-

ствительностью и раздражительностью. Больным свойственны головные боли, потеря аппетита, общая слабость, приступы истерического характера. Причиной приступа может быть практически любой эмоциональный раздражитель: запах (очень часты в XIX в. были случаи приступов от запаха ладана и табака), цвет, звук, встреча с незнакомым лицом. Старожилое русское население Пинежья и бассейна Мезени выделяло следующие формы икоты: «немочища», «немуха» — немая икота, при которой припадки у больного бывали наиболее часты и болезненны, а издавать во время припадков он мог только отрывистые глухие звуки; «крикуха» или «ревуха» — когда припадки были менее часты и не столь сильны, а больные во время припадков оказывались в состоянии произносить отдельные слова и отрывочные (часто бессвязные) фразы; «говоруха», при которой во время приступа больные приходили в состояние, близкое к экстазу, но при этом сохраняли «способность поддерживать контакт с другими людьми, реагируя на их вопросы».

Приступ икоты продолжался от нескольких минут до суток и более. В начале приступа больными обычно ощущались физическая слабость, зуд либо онемение тканей в различных участках тела, спазмы в области желудка, пищевода, горла; затем учащается дыхание и пульс, повышается кровяное давление; начало приступа могло сопровождаться зевотой, слезотечением, внезапным потоотделением, изменением цвета кожи лица (покраснение или бледность). Основным содержанием приступа являются своеобразные гиперкинезы респираторного и фонационного типа, бессвязная речь, переходящая в крик, и далее в отрывистые глухие звуки (при «немухе»). Выкрики и разговор носят навязчивый и насильственный характер, больные прекратить их по собственному желанию не могут. Приступ заканчивается ощущением слабости, разбитости и подавленности, чувством тревоги.

Русское население бассейнов рек Пинеги, Мезени, Печоры традиционно связывает заболевание икотой с порчей, вредоносной магией. По представлениям пинежан и мезенцев, икоту «сажает» в человека колдун — «чака». «Икота» проникает в человека через рот. Женщина чувствует, что она как бы что-то проглотила, полагая, что проглотила икоту. При этом «икота» рассматривается как самостоятельная духовная субстанция. Больная даже может разговаривать с сидящей с ней самой и мучающей ее «икотой». «Икот» может быть несколько, тогда они «способны» переговариваться друг с другом. Основная забота больной и ее близких — не дать начаться приступу, стремление «ублажить» икоту, которая может просить самые разные вещи, например пива, вина, сладостей. В разговоре окружающие, как правило, четко различают голос самой больной и голос ее «икоты».

«Чака», человек, умеющий сажать икоту или подозреваемый в этом, подвергается со стороны населения остракизму. В XIX веке существовало поверье, что снять с больного «икоту» может только кровь чаки.

Говоря о бытовании в XIX веке икоты в среде северно-русского населения бассейнов рек Пинеги и Мезени, мы должны обратить внимание на повсеместное распространение икоты среди коми Печорского края. Само слово «икота» не русского происхождения, пришло к русским от коми. Как у русских, так и у коми подобные заболевания приписывались сглазу или порче. Икота считалась одним из проявлений шевы у коми. *Шёва* — порча, болезнь, злой дух, персонифицированный в виде бабочки, жука, шмеля, мухи, червяка, ниточки, узелка [21]. Точно такую же персонификацию имеет икота у русских бассейнов рек Пинеги и Мезени. По представлениям коми, во время приступа в больном истеродемонией говорил вселенный в него злой дух — шева. Припадки больших шевой у коми идентичны приступам икоты у русских в зоне коми-русского этнопограничья.

Для сравнения представляет интерес зафиксированный на Печоре фразеологизм «ерша спустить» (т. е. наслать болезнь колдовскими чарами). О. А. Черепанова [28] высказала интересное предположение о том, что русское слово «ёрш» в значении «болезнь» оказалось втянутым в круг мифологической семантики по внешнему совпадению с финно-угорским «йерех» или «йорыш, йорш» (узелок, лоскут, кусочек).

Отметим важную деталь: сглаз на языке коми значит «вомида» от слова «вом» — рот. Согласно представлениям коми и русских пинежан, мезенцев, печорцев, дух икоты попадает через рот и чаще всего располагается у больных в животе. Представление о шеве, распространенное среди коми, как и понятие «икота», означает одновременно как болезнь, так и ее причину, т. е. некую самостоятельную духовную субстанцию.

Анализируя процесс «овладения» человеком способностью напускать, «сажать» икоту, мы наблюдаем поразительное сходство приемов у коми и севернорусов. Среди пинежан, мезенцев, печорцев для этого надо сделать следующее. «По словам мезенцев, завести собаку в баню и когда ее стошнит, съесть рвоту; затем нужно еще с «черной книгой» познакомиться [2]. У коми ученику колдуна нужно было съесть в бане рвоту красной или белой собаки по наущению колдуна, познакомиться с «черной книгой», произвести ряд магических действий [21]. «Черная книга» безусловно поздний феномен, включенный в более ранний ритуал передачи сакральных знаний, восходящих к анимистическому комплексу представлений.

Многие исследователи пишут о существовании древнего коми-субстрата в культуре печорцев, пинежан, а также «поречан» Мезени [7, 10]. Так, например, в низовьях Мезени (у мезенцев-поморов) в заговорах очистительную силу играет вода, в лешуконских же (у мезенцев-поречан) огонь. У коми шеву можно уничтожить только огнем. Коми культурный субстрат нашел свое проявление во многих элементах культуры пинежан и мезенцев-поречан, получив, в частности, отражение в мотивах ткачества

и вышивки, в семантике образов мезенской росписи, в языке. Так, на Пинежье неславянский пласт преобладает в названиях рек (около 85 %), ручьев (более 50 %), болот, лесных урочищ (около 60 %), велика доля нерусских слов в названиях населенных пунктов (36 %).

Медики в ряду причин, вызывающих икоту в массовых масштабах в XIX веке, называли бедность, голодное существование, темные затхлые помещения, грубую пищу, недостаток тепла, работу, требующую больших затрат сил, обособленное и подчиненное положение женщин в семье, долгую полярную зиму. Однако при такой постановке вопроса сами психиатры вставали в тупик, так как невозможно было объяснить при одинаковых указанных условиях полное отсутствие икоты в западных уездах Архангельской губернии и повсеместное распространение икоты у пинежан и мезенцев [29].

По-видимому, икоту у северно-русского населения бассейнов рек Пинеги, Мезени и Печоры следует исторически рассматривать как явление коми культурного субстрата, миграция которого облегчалась индуцированным характером этого нервно-психического расстройства. Демонологической экспансии в среду пинежан и мезенцев немало содействовало то обстоятельство, что у «русских считались более сильными колдунами и знахарями иноплеменники: финны, карелы, мордва...» [24], а в нашем случае коми. В XIX веке икотой-шевой было поражено большинство взрослого женского населения коми. Известны случаи заболевания икотой среди мужчин.

Представляет интерес свидетельство М. Б. Едемского о случаях икоты на п/о Канин. По рассказам русских жителей поселка, на Канине способностью «сажать икоту» обладали ненцы [8]. «На Канине есть один самоедин, который все может сделать: навести скорбь, икоту, бесов...». Сам М. Б. Едемский отмечал, что верования, соединенные с «колдовством», «знахарством», «бессознательством», были широко распространены на Канине и одинаково присущи русским и «самоедам». Выводы М. Б. Едемского перекликаются с точкой зрения П. С. Ефименко на происхождения икоты: «Здесь крестьяне заразились икотой от своих соседей самоедов» [9]. Подтверждение своему мнению П. С. Ефименко находил в том, что крестьяне Мезенского уезда в прошлом веке приписывали икоту «именно чародейству самоедов». Нельзя не отметить сходства всей группы истеродемонических заболеваний — икоту, энэрика и эмиряченья. Сходство симптомов икоты и эмиряченья наблюдается как в категориях больных (это в основном женщины), так и в характере течения болезни, формах припадков и наборе поводов к ним. Сходство проявилось в какой-то мере и в терминах. Больных икотой женщин называли на Пинеге, Мезени и Печоре «икотницами», больных икотой мужчин «миряками» [20]. Сходство слов «миряк» и «эмиряченье» не кажется нам случайным.

В связи с особенностями духовной культуры представления о психической норме и патологии в среде пинежан имели свою специфику. Икота воспринималась здесь в свете демонологии как «ненормальная норма», т. е. состояние, в котором обеспечивался через припадок контакт больного с духом. В таком контексте болезнь, припадок играли значимую социальную роль. Для нас важно отметить, что к «демонам», сидящим в больных икотой, шевой, как и в случае с мэнэриком и эмиряченьем, с шаманской болезнью — окружающие люди обращались как к оракулам, спрашивая о будущем, прося помощи в поиске потерянных или похищенных вещей и т. п. [9].

Для лучшего понимания природы истеродемонических заболеваний нам представляется важным обратить внимание на социально-культурный фон истеродемонии в коми и ненецко-русском этнопограничье. Здесь в единых географических условиях встречались и взаимодействовали между собой этносы-носители различных хозяйственно-культурных типов: коми-охотники и рыбаки северной тайги, скотоводы-оленоводы ненцы, русские земледельцы. У контактирующих этносов сильны были и языковые различия: на уровне языковых семей (финно-угры коми, восточные славяне — русские, самодийцы-ненцы). Различны были и формы мировоззрения у этих народов. Так, если коми к моменту контактов с русскими были носителями комплекса представлений, связанных с производственной магией, имевшей отношение к охоте и рыболовству, сохранявшими анимистические верования и элементы тотемизма [3], а ненцы были шаманистами, то русские выступали по отношению к тем или другим представителями развитого классового (сначала феодального, а затем капиталистического) общества, формировавшейся государственной структуры, носителями государственного мировоззрения православного государства. Все перечисленные различия в этнокультурном «генотипе» контактирующих между собой этносов отразились на формах истеродемонических расстройств.

В литературе подробно разработан вопрос о христианизации коми и ненцев [11]. Вместе с тем специфические черты социального развития русского Севера повлияли на отношение к православию в среде самих северно-руссов. Столкновение монастырской братии с крестьянским миром в процессе освоения северных земель, лесных, морских и речных угодий создало благоприятную почву для весьма прохладного «дежурного» отношения к православию в крестьянской среде, что способствовало сохранению и бытованию на русском Севере не только православных ересей (в первую очередь различных толков старообрядчества), но и более древних дохристианских верований демонологического характера. Более того, в районах этнопограничья под влиянием контакта с населением, носившим магические и анимистические представления, происходил своеобразный «ренессанс» истеродемонии и демонологии, примером

которого мы можем назвать феномен икоты у русского населения Пинежья и бассейна Мезени. Помимо икоты в Пинежском крае развивались и другие формы болезнетворного внушения, например кила. *Килой* назывались возникшие на лице пораженного человека фурункулы, появляющиеся в результате магии, порчи, исходящих от все тех же колдунов, чак.

Развитие в среде русского населения Пинежья различных приемов внушения и воздействия на человеческую психику, возможно, в какой-то мере объясняет феномен святого праведного Иоанна Кронштадтского, выходя из села Суры, показавшего высокую эффективность христианского (православного) подхода в противостоянии психическим эпидемиям одержимости. Сура — один из крупнейших центров истеродемонических заболеваний на Севере. По словам односельчан, в роду отца Иоанна было несколько поколений колдунов.

Неслучайно последняя крупная ПЭ икоты в 1970 году была именно в селе Сура и охватила почти все коренное женское население.

В Архангельский обком партии местные жители направили письмо, в котором просили разобраться и принять меры к лицам, «садящим икоту». По заданию облздравотдела психиатр, невропатолог и лектор общества «Знание» вылетели в Суру. В эпидемию были вовлечены работники детских учреждений, школ, больниц, магазинов и т. д. Удалось выяснить, что эпидемическая вспышка икоты возникла после того, как несколько больных во время приступов произнесли фамилии женщин, которые якобы «садят икоту». По отношению к этим лицам жители применяли различные репрессивные действия, одну из них они душили, кололи шилом, поджигали дом, и она вынуждена была покинуть свой дом и поменять место жительства. Начались судебные разбирательства. Здесь испокон веков бытовало представление, что «икота говорит» от имени «порчельников» и только кровь «чаки» (лица, способного «садить икоту») может избавить их от болезни. Больные требовали публичного признания и снятия с них болезни, а когда те «отказывались», расправлялись с ними по своему усмотрению.

Подобные архаические представления о сущности этой болезни, в частности о возможности ее насаждения, издавна и прочно бытуют среди коренного населения и являются фактором хронической психической травматизации. Непосредственная работа доцента В. В. Медведевой в составе бригады по ликвидации указанной эпидемической вспышки явилась началом нашего многолетнего исследования по изучению индуцированных нервно-психических расстройств с симптомом икоты в Пинежском районе Архангельской области [16].

На протяжении 9 лет (1970—1979) были изучены 146 больных неврозом с симптомом икоты. Основная часть больных обследовалась в обычных для них бытовых и производственных условиях, часть про-

ходила амбулаторное и стационарное обследование и лечение в г. Архангельске — в Архангельской областной клинической психиатрической больницы № 1. Катамнез — от 5 до 9 лет.

Помимо клинического, психопатологического метода исследования использовались методы экспериментально-психологические, ЭЭГ, лабораторные (биохимические), больные подвергались также тщательному терапевтическому, неврологическому обследованию, консультировались другими специалистами. Ведущие этиопатогенетические особенности индуцированных нервно-психических расстройств с симптомом икоты представлены в таблице.

Все обследованные больные — женщины, в большинстве своем (34,2 %) в зрелом возрасте 40–49 лет. У 73,7 % обследованных родственники страдали различными формами икоты. На нашем учете находились целые семьи, члены которых страдали икотой. Отягощения наследственности другими психическими и нервными заболеваниями выявить не удалось.

Начальное образование имели 74,0 % обследованных, 19,1 % — неграмотные. Экспериментально-психологическими методиками у 97,9 % больных выявлялся низкий интеллектуальный уровень, слабо развитое абстрактное мышление, ограниченность интересов и потребностей. Все обследованные и их родители — уроженцы Пинежского района Архангельской области, всю жизнь прожили на одном месте,

никуда не выезжали. В преморбиде у большинства больных преобладали истерические и астенические черты характера.

Профессии больных были связаны с обширным контактом взрослого и детского населения. Имелся постоянный контакт среди больных икотой и с больными икотой, частая возможность видеть приступы икоты.

Большинство больных имели в анамнезе или в настоящее время хронические соматические заболевания, эндокринные нарушения, в форме нарушения менструального цикла, снижения полового влечения. У всех больных обнаруживались вегетативные нарушения в предприступный период, усиливающиеся во время приступа. Вегетативно-сосудистые пробы показали извращение вегетативных рефлексов.

Связывали начало заболевания с определенным внешним фактором 84,9 % больных: 54,7 % указывали в качестве причины заболевания психическую травму (смерть близких, семейные неприятности, ссоры, обвинения в «насаждении» икоты). У 30,2 % начало заболевания совпало с родами, абортами, беременностью, началом климакса. И только у 16,1 % оно началось без видимой причины. Были выделены три формы заболевания. Названия форм в своей основе взяты из терминологии, бытующей среди местного населения: «немочища», «ревущая» и «говорящая» икота. Каждая из форм имеет свои

Этиопатогенетические особенности индуцированных нервно-психических расстройств с симптомом икоты

Биогенез	Психогенез	Социогенез	Анимогенез
<ul style="list-style-type: none"> • частота близкородственных браков с накоплением соматической и психической патологии • наследственная отягощенность нервно-психическими заболеваниями (у 74 % родственников страдали икотой) • дебют совпадал с измененной реактивностью в период абортов, родов, беременности, климакса • частота соматических заболеваний и эндокринных нарушений (нарушение менструального цикла, снижение полового влечения) • терапевтическая резистентность, высокий риск рецидивирования 	<ul style="list-style-type: none"> • низкий интеллектуальный уровень • истерические и астенические черты характера в преморбиде • семейные формы алкоголизма и мужья алкоголики • раннее знакомство детей с больными, частота наблюдения за приступами икоты • восприятие икоты как защитной стратегии избегания • низкая стрессоустойчивость • внутренний личностный конфликт • невротическое развитие личности • патохарактерологическое развитие личности 	<ul style="list-style-type: none"> • дебют совпадал с социально-стрессовыми расстройствами • дефекты воспитания; • низкий уровень образования (74 % начальное, 19 % неграмотные) • сенсорная депривация • всю жизнь прожили в одном месте • авторитарный стиль воспитания в семье • социально-классовая однородность • рудиментарность социально-экономической и политической жизни • низкий профессиональный уровень 	<ul style="list-style-type: none"> • ограниченность интересов и потребностей • неблагоприятие морального климата семьи • распространенность алкогольных обычаев • раннее формирование алкогольных установок • низкий уровень культуры • амбивалентность и несформированность духовно-нравственной сферы • распространенность синкретизма и языческих верований • распространность суеверных представлений о «порче» и «насылании икоты»

характерные клинические особенности, но вместе с тем все формы имеют и общие признаки:

1. **Приступ провоцируется волнением** и сильными эмоциями, неприятными запахами и звуками, неудовлетворенными желаниями и проблемами.

2. **Приступ начинается с ауры:** слабость, онемение, неприятные ощущения, зевота, слезотечение, учащение пульса и дыхания, озноб, жар, тремор.

3. **Гиперкинезы** (тики) респираторного и фонационного типа — озвученные и словесные, навязчивые и насильственные.

4. **Продолжительность** приступов от нескольких минут до нескольких суток.

5. **По окончании приступа** — слабость и разбитость, тревожность и подавленность.

6. **Убежденность больных** в том, что икота существо материальное, попадающее в организм человека через уши, глаза, нос, кожные покровы.

7. **Формы икоты:** ревущая, немая, говорящая.

Приступ может провоцироваться волнением, отрицательными и положительными эмоциями, неудовлетворением желаний, неприятными резкими запахами, звуками, присутствием посторонних людей, наличием приступов у кого-либо из присутствующих. У некоторых больных отмечается своеобразное отвращение или пристрастие (прихоти) к некоторым видам пищи, запахам. Это касается и воспоминаний, ассоциаций, связанных с этими объектами, ситуациями. Так, у больной, у которой приступы икоты возникли в связи с пьянством мужа (психотравмирующая ситуация), приступы может вызвать вид пьяного человека, запах вина. У другой больной приступы икоты вызывались запахами табака, бензина. Эта больная говорила: «Она (икота) у меня скромная, нежная, так как в девках еще посажена. Вино любит тепленькое, простыть не хочет, а мне самой противно пить подогретое вино, но боюсь ослушаться — тут же приступ начнется». Другая больная рассказывала, что у нее три икоты: «Одна не любит масла, вторая — сахара, а третья любит спирт. Совершенно измучилась, не знаю, как угодить им».

У всех больных приступ начинается с предвестников (ауры): слабость, неприятные ощущения в различных частях тела, онемение, ползание мурашек, ощущение комка в горле, пищеводе, желудке, непреодолимая зевота, слезотечение, покраснение или побледнение кожных покровов, учащение дыхания, пульса, сердцебиения, чувство озноба, жара, гипергидроз, тремор рук и век, повышение кровяного давления.

У всех больных основным радикалом приступа икоты являются своеобразные гиперкинезы (тики) респираторного, фонационного типа — озвученные и словесные (собственно икота). Они носят непроизвольно-навязчивый, навязчиво-насильственный и насильственный характер. Произвольно больные не могут их прекратить.

Продолжительность приступов от нескольких минут до нескольких суток. По окончании приступа

больные ощущают слабость, разбитость, мышечную расслабленность, подавленное настроение, тревожность, иногда чувство стыда, неловкости.

Среди обследованных больных, особенно старшей возрастной группы, бытует испокон веков сложившееся представление (интерпретация), что икота — существо материальное, она может попадать в организм человека через уши, глаза, нос, кожные покровы. В организме человека она принимает вид волосинки, мухи, таракана, червяка, комка, иных живых существ. Она хозяйничает в организме: «Икота где живет, бьется как сердце, если в позвоночнике — не могу согнуться; переходит под ложечку или к горлу подкатывает, тогда зажимает так, что дышать трудно, или по рукам и ногам передвигается — вижу будто мыши дергаются. Говорят, что нервы, а я не верю». С влиянием икоты больные связывают свои определенные прихоти, болезненные ощущения в теле и т. д. Икоте якобы можно получить при непосредственном контакте с «икотницей», через какие-либо предметы, животных. Иначе говоря, у больных имеются объясняющие, интерпретативные, архаические идеи одержимости, овладения, колдовства, «порчи» — на уровне суеверий.

Среди наших наблюдений чаще встречалась «ревущая» форма икоты (63,7 %), затем шла «немая» (24,7 %) и «говорящая» (11,6 %). Все эти формы можно рассматривать и как этапы течения единого заболевания, так как оно чаще начиналось с «немой» формы, последовательно сменяясь «ревущей» и «говорящей» икотой.

Для **немой формы** икоты характерны следующие симптомы: у больных внезапно после какого-либо психогенного воздействия, а иногда и без видимой причины появляется неукротимая зевота, слезотечение, побледнение или покраснение кожных покровов, озноб или жар, происходит учащение пульса, усиливается сердцебиение, повышается артериальное давление на 20–40 мм рт. ст., наблюдается гипергидроз, тремор рук и век. Больные издают глубокие, отрывистые звуки, которые сопровождаются громким иканием («икота фыйкает, хлыкчет»). Данную форму болезни они называют «немочища». Эмоциональное состояние больных во время приступов разнообразное: раздражительность, злобность, суетливость, плаксивость, тревога, подавленность, адинамичность. Больные стремятся к уединению, появляется потребность лежать. Сознание во время приступа всегда сохранено: больные ориентируются в окружающей обстановке, собственной личности, они правильно отвечают на поставленные вопросы в периоды между иканиями и продолжают начатую до приступа беседу, работу. Приступы чаще возникают в общественных местах, но бывают и наедине, прекратить их по собственному желанию больные не могут.

Ревущая форма икоты имеет следующие клинические проявления: чаще после каких-либо неприятностей, а иногда и без причины у больных

внезапно появляется зевота, слезотечение, частое дыхание, покраснение или побледнение костных покровов, учащение сердцебиений, пульса, повышение кровяного давления. Непроизвольно сокращаются мышцы гортани и диафрагмы, голос больных совершенно меняется, они издают воющие, протяжные звуки, которые народ называет «лять по-собачьи, петь по-птичьему, кричать петухом» и т. д. Все это сопровождается неистовым иканием с плачем или хохотом. Во время приступов больные жалуются на сильную слабость, прекращают начатую работу и ложатся в постель. Другие же больные физически легко переносят эти приступы и продолжают начатую работу, беседу. Сознание, как и при немой форме, всегда сохранено. В это время, как правило, появляется повышенная раздражительность, угнетенное настроение, беспричинная тоска, тревога. Больные стремятся уединиться, чтобы не привлекать к себе внимание окружающих. Некоторые больные по характеру издаваемых звуков заявляют о том, что у них икота в виде собаки, птицы, мыши находится в организме и приступами выражает свое недовольство или удовольствие.

При *говорящей форме* икоты, как и при других клинических формах, приступ обычно начинается с неприятных ощущений в различных частях тела, чувства онемения, ползания мурашек, озноба, ощущения комка в горле, пищеводе, желудке, слезотечения, непреодолимой зевоты. При этом наблюдается учащение пульса, повышение кровяного давления. Сильное протяжное икание сопровождается выкрикиванием отдельных слов, фраз, часто нечленораздельных. Больные выкрикивают имена тех людей, которые якобы их испортили. Во время приступов они выбалтывают сведения, о которых никогда никому не рассказали бы в обычном состоянии. Иногда приступы «говорухи» проявляются выкрикиванием нецензурных слов (копролалия), эхολалией, эхопракцией. Вокруг больной с приступом «говорухи» всегда собираются другие женщины, страдающие икотой, и настойчиво повторяя вопрос много раз, просят, чтобы было произнесено имя той женщины, которая «садит» икоту. И больные выкрикивают имена. Если имя произнесено, окружающие так же настойчиво внушают, чтобы больная расправилась с ней. Больные могут автоматически подчиняться и против своего желания учинять расправу. Также автоматически «помимо своей воли» набрасываются на окружающих или сокрушают все, что попадет под руку. Во время самого приступа больные на вопросы не отвечают, сознание изменено, сужено, они помнят разговоры окружающих, автоматически выполняют различные просьбы врача, но помимо своей воли (автоматическая подчиняемость) могут выполнять желания, приказы посторонних людей, о чем после приступа сожалеют (набрасываются драться, громят окружающие предметы, раздеваются, уходят куда-либо). Наличие бредовых и галлюцинаторных переживаний

не определяется. Приступы по времени разнообразны: от нескольких минут до нескольких часов и редко дней с небольшими перерывами. После приступа у многих на несколько дней сохраняются слабость, разбитость, пониженное настроение, тоска, тревога. Многие больные боятся своих приступов говорящей икоты, так как они понимают, что произносят имена невинных людей, подруг, родственников, а местные жители всегда начинают мстить этому человеку, его семье. Нередко это приводило к дракам, попыткам убийства, судебным процессам.

Как видно, немая форма проявляется более простыми, элементарными истерическими расстройствами, ревущая и говорящая — более сложными, со своеобразным изменением сознания (сужение сознания, гипноидное состояние) с усилением патологической подчиняемости, внушаемости.

Разработанная и реализованная превентивно-коррекционная и лечебно-реабилитационная программа состояла из четырех блоков помощи: медицинского, психолого-психотерапевтического, социального и духовно-нравственного.

Психолого-психотерапевтический блок. Был проведен цикл семинаров для всех врачей эндемичного района, в ходе которых их знакомили с этиопатогенезом и клиникой заболевания, особенностями проведения психотерапии среди больных. Психотерапия проводилась индивидуально и коллективно, причем в последнем случае пациентов брали на сеансы с одинаковыми формами заболевания и давали им возможность самостоятельно группироваться с кем они желают и кому доверяют. Курс психотерапии состоял из 7–9 сеансов по 30 минут. Перед первым сеансом больным в доступной форме объясняли суть заболевания. Тяжелые больные проходили гипнотерапию.

Рациональная психотерапия была доступна всем врачам участковых и районных больниц. В форме беседы больной объясняли причины икоты, ее развитие и пути устранения. Психотерапия проводилась индивидуально с учетом личностных особенностей пациентки, ее взаимоотношений с социальной средой и психотравмирующими факторами. Больным помогали рационализировать конфликтные ситуации, проводили медиацию, обучали конструктивному реагированию на стрессы и избавляли от страха «насаждения» икоты. Психотерапия являлась стержнем лечебно-реабилитационной программы.

Медицинский блок включал санирование психоневрологической почвы и лечения психосоматических заболеваний, применение общеукрепляющих средств и витаминотерапии. Для снятия аффективных и вегетативных расстройств применялись транквилизаторы и ноотропы, антидепрессанты и психостимуляторы. Нейролептики применялись только для купирования больших приступов икоты. Лечение больных с тяжелой говорящей формой икоты начиналось в стационарных условиях, а больные с немой и ревущей формами лечились амбулаторно. Поддерживающая

терапия психофармакологическими средствами проводилась в течение нескольких месяцев.

Социальный блок помощи состоял в улучшении качества жизни населения эндемичного района, повышении эффективности производственной деятельности и охраны труда, социальном мониторинге факторов риска и коррекции социально-экономического развития территории, организации досуга молодежи, помощи в решении социальных проблем.

Духовно-нравственный блок помощи состоял в коррекции морально-психологического климата в эндемичном районе, раннем выявлении и предупреждении моббинга, деэтизации и дегуманизации отношений, профилактике синдромов деморализации и деструктивного профессиогенеза, тренинге этики делового общения и обеспечении конструктивной духовно-нравственной позиции в отношении суеверий, проведении воспитательных и просветительских программ среди молодежи, коррекции морального климата семей с наследственными формами икоты, коррекции и реконструкции нравственного облика и позиции больных.

Реализация комплексной программы помощи больным позволила добиться улучшения состояния и выздоровления у 82,2 % пациентов в течение 5 лет. Эпидемические вспышки икоты в Пинежском районе с тех пор не возникали. Молодой священник Сурского прихода, участник IX Иоанновских чтений в Северном государственном медицинском университете (2013) даже не сталкивался с «одержимостью икотой», сменившей модальность в ментальности населения эндемичного района на иные викарные и электронные формы зависимостей, заполняющих психологическую пустоту.

В заключение выделим следующие основные направления исследований по ментальной этноэкологии и этномедицине на Европейском Севере: 1) **транскультурная ментальная этноэкология**, изучающая ментальное здоровье и ментальные недуги в связи с социально-психологическими и этнокультурными факторами; в литературе описаны особенности клинической картины шизофрении, неврозов, алкоголизма у малочисленных народностей; 2) **кросскультуральная ментальная этноэкология**, изучающая сравнимые аспекты ментального здоровья и ментальных расстройств в разных культурах; в данной публикации на примере группы индуцированных нервно-психических расстройств у ненцев, коми и русских мы попытались показать продуктивность комплексных исследований в этнопограничье; 3) изучение **культурно-связанных эндогенных и психогенных расстройств**, встречающихся в рамках определенной этнической группы (шаманская болезнь, мэнэрик, эмиряченье и др.); 4) **«народная ментальная медицина»** («народная психотерапия, психиатрия и релаксация») как раздел описательной этнографии и истории медицины; 5) **этнонаркологию**, изучающую традиционные наркологические средства у разных народов, рецепты их приготовления и формы

употребления в различных обрядах и обычаях (раздел ментальной этноэкологии и этномедицины), например использование настойки красного мухомора при камлании шамана; 6) **междисциплинарные синергетические исследования** в рамках ментальной этноэкологии и этномедицины, требующие объединения усилий психиатров и психотерапевтов, наркологов и психологов, социологов и историков, этнографов и филологов; 7) **ментальная экология культуры**: изучение социальной роли отдельных форм ментальных недугов в традиционной культуре, религиозных обрядах, магии, шаманизме и оккультизме; установление форм взаимосвязи медико-биологических, этносоциальных и этико-психологических аспектов в духовной культуре народов и сфере творчества, психологии межнациональных отношений и т. д.

Выделение названных направлений условно, оно лишь помогает очертить предмет ментальных этноэкологических исследований и увидеть новые горизонты в традиционной этнографии и инновационной ментальной медицине.

Список литературы

1. *Алексеев Н. А.* Шаманизм тюркоязычных народов Сибири. Новосибирск : Наука, 1984. 232 с.
2. *Боголепов А.* Мезенский край // Архангельские епархиальные ведомости. 1904. № 3, 15 февраля.
3. *Гнен А. Н.* Зырянская мифология // Коми му. 1924. № 4. С. 34.
4. *Гурвич И. С., Беленкин И. Ф., Мицкевич С. И.* как этнограф // Труды Института этнографии. М., 1978. Т. 107, вып. 8. С. 109–127.
5. *Давиденков С. П.* Эволюционно-генетические проблемы в невропатологии. Л. : Медгиз, 1947.
6. *Давыдов А. Н., Сидоров П. И.* К этнопсихиатрии финно-угров и северных русских в XIX – нач. XX в. // Тезисы VI Международного конгресса финно-угроведов. Сыктывкар, 1987. Т. 3. С. 74.
7. *Дмитриева С. И.* О роли субстрата в сложении этнических групп Русского Севера // Материалы VIII Международного съезда славистов. М., 1978. С. 264–282.
8. *Едемский М. Б.* Канин // Известия государственного географического общества. М., 1931. Т. 63, вып. 2–3. С. 244–245.
9. *Ефименко П. С.* Икота и икотница // Памятная книжка Архангельской губернии на 1864 год. Архангельск, 1864. С. 75–93.
10. *Жеребцов Л. Н.* Историко-культурные взаимоотношения коми с соседними народами (X–XI вв.) / отв. ред. Ю. В. Гагарин. М. : Наука, 1982. 224 с.
11. *Зайцев В. А.* Беломорский Север: религия, свободомыслие, атеизм. Архангельск : Сев.-Зап. кн. изд-во, 1983. 208 с.
12. *Кашин А. А.* Болезнь алгиджа в Южной Даурии // Протоколы общества русских врачей в Санкт-Петербурге. 1886. № 13.
13. *Краинский Н. В.* Порча, кликуши и бесноватые как явление русской народной жизни. СПб. : Тип. М. Акинфиева и И. Леонтьева, 1900. 24 с.
14. *Ксенофонтов Г. В.* Легенды и рассказы о шаманах у якутов, бурят и тунгусов: (Материалы о мифологии уральско-алтайских племен в Северной Азии). Иркутск, 1928.

15. Кутузов Н. Знахарство в Шенкурском уезде Архангельской губернии, причины и виды его, борьба с ним // Труды Первого съезда врачей Архангельской губернии. Архангельск, 1910. С. 90.

16. Медведева В. В. Индуцированные нервно-психические расстройства с симптомом икоты. Архангельск, 1979. 16 с.

17. Мицкевич С. И. Менэрик и эмиряченье. Формы истерии в Колымском крае. Л. : АН СССР, 1929. 53 с.

18. Муратова И. Д., Сидоров П. И., Кoryтова Я. Г. Этническая специфичность алкогольной заболеваемости у ненцев // Труды II Московского медицинского института им. Н. И. Пирогова. М., 1981. Вып. 5. С. 43–45.

19. Попов А. А. Получение «шаманского дара» у вилюйских якутов // Труды института этнографии. М., 1947. Т. 2. С. 282–293.

20. Пыжов И. Русские кликуши // Вестник Европы. 1868. Кн. 10. С. 656.

21. Сидоров А. С. Знахарство, колдовство и порча у народов коми. Л., 1928.

22. Сидоров П. И. Наркологическая превентология. М. : Гениус, 2005. 796 с.

23. Сикорский И. А. Эпидемические вольные смерти и смертоубийства в Терновских хуторах (близ Тернополя) // Вопросы нервно-психической медицины. 1897. Т. II. С. 453–511.

24. Токарев С. А. Религия в истории народов мира. М., 1976. 525 с.

25. Токарский А. А. Меряченье и болезнь судорожных подергиваний. М., 1893. 181 с.

26. Фрейденберг О. М. Миф и литература древности. М. : Наука, 1978. 605 с.

27. Хомич Л. В. Ненцы : историко-этнографические очерки. М. ; Л. : Наука, 1966. 329 с.

28. Черепанова О. А. Иноязычные элементы в мифологической лексике русского Севера // Системные отношения в лексике северно-русских говоров. Вологда, 1982. С. 33–40.

29. Штейнберг С. Кликушество и его судебно-медицинское значение // Архив судебной медицины и общественной гигиены. 1870. № 2. С. 2.

30. ЩигOLEV И И. Психические эпидемии в России. Брянск : Изд-во БГУ, 2001. С. 3, 13.

31. Национальный архив Республики Беларусь. Ф. 1430, оп. 1, д. 10527, л. 1.

32. Российский государственный исторический архив. Ф. 796, оп. 4, д. 441, л. 1–3, 7–10. Ф. 1284, оп. 220, д. 5, л. 1, 2.

33. Центральный исторический архив Москвы. Ф. 16, оп. 110, д. 820, л. 5.

34. Государственный архив Тульской области. Ф. 90, оп. 47, д. 40835, л. 66–70.

35. Государственный архив Ярославской области. Ф. 150, оп. 1, д. 2470, л. 59–61.

References

1. Alekseev N. A. *Shamanizm tyurkoyazychnykh narodov Sibiri* [Shamanism of Turkic Peoples of Siberia]. Novosibirsk, 1984, 232 p.

2. Bogolepov A. *Arkhangel'skie eparkhial'nye vedomosti* [Arkhangelsk Eparchial Bulletin]. 1904, 3, 15 February.

3. Gnen A. N. *Komi mu* [Komi mu]. 1924, 4, p. 34.

4. Gurvich I. S., Belenkin I. F. *Trudy Instituta etnografii* [Proceedings of Ethnography Institute]. Moscow, 1978, vol. 107, iss. 8, pp. 109–127.

5. Davidenkov S. P. *Evolutsionno-geneticheskie problemy v nevropatologii* [Evolutional-genetic Problems in Neuropathology]. Leningrad, 1947.

6. Davydov A. N., Sidorov P. I. *Tezisy VI Mezhdunarodnogo kongressa finno-ugrovedov* [Abstracts of VI International Congress of Finno-Ugric Scientists]. Syktyvkar, 1987, vol. 3, p. 74.

7. Dmitrieva S. I. *Materialy VIII Mezhdunarodnogo s"ezda slavistov* [Abstracts of VI International Congress of Finno-Ugric Scientists]. Moscow, 1978, pp. 264–282.

8. Edemskiy M. B. *Izvestiya gosudarstvennogo geograficheskogo obshchestva* [News of State Geographic society]. Moscow, 1931, vol. 63, iss. 2–3, pp. 244–245.

9. Efimenko P. S. *Pamyatnaya knizhka Arkhangel'skoi gubernii na 1864 god* [Memory Agendum of Arkhangelsk Province for 1864]. Arkhangelsk, 1864, pp. 75–93.

10. Zherebtsov L. N. *Istoriko-kul'turnye vzaimootnosheniya komi s sosednimi narodami (X - XI vv.)* [Historical-cultural Interrelations of Komi with Neighboring peoples (X - XI c.c.)]. Moscow, 1982, 224 p.

11. Zaitsev V. A. *Belomorskiy Sever: religiya, svobodomyслиe, ateizm* [White Sea North: Religion, Freethinking, Atheism]. Arkhangelsk, 1983, 208 p.

12. Kashin A. A. *Protokoly obshchestva russkikh vrachei v Sankt-Peterburge* [Protocols of Society of Russian Physicians in Saint-Petersburg]. 1886, no. 13.

13. Krainskii N. V. *Porcha, klikushi i besnovatye kak yavlenie russkoi narodnoi zhizni* [Hoodoo, Hand-wringing and Demoniacals as a Phenomenon of Russian National Life]. Saint Petersburg, 1900, 24 p.

14. Ksenofontov G. V. *Legendy i rasskazy o shamanakh u yakutov, buryat i tungusov: (Materialy o mifologii uralo-altaiskikh plemen v Severnoi Azii)* [Legends and Stories about Shamans of Yakut, Buryat and Tungus Peoples: (Materials about Mythology of Ural-Altai Tribes in Northern Asia)]. Irkutsk, 1928.

15. Kutuzov N. *Trudy Pervogo s"ezda vrachei Arkhangel'skoi gubernii* [Proceedings of First Congress of Arkhangelsk Province Physicians]. Arkhangelsk, 1910, p. 90.

16. Medvedeva V. V. *Indutsirovannye nervno-psikhicheskie rasstroistva s simptomom ikoty* [Induced Nervous-psychic Disorders and Hiccup Symptome]. Arkhangelsk, 1979, 16 p.

17. Mitskevich S. I. *Menerik i emiryachen'e. Formy isterii v Kolymskom krae* [Mannarik and Arctic Hysteria. Hysteria Forms in Kolyma Krai]. Leningrad, 1929, 53 p.

18. Muratova I. D., Sidorov P. I., Korytova Ya. G. *Trudy II Moskovskogo meditsinskogo instituta im. N. I. Pirogova* [Proceedings of II Pirogov Moscow Medical Institute]. Moscow, 1981, iss. 5, pp. 43–45.

19. Popov A. A. *Trudy instituta etnografii* [Proceedings of Ethnography Institute]. Moscow, 1947, vol. 2, pp. 282–293.

20. Pyzhov I. *Vestnik Evropy* [Newsletter of Europe]. 1868, vol. 10, p. 656.

21. Sidorov A. S. *Znakharstvo, koldovstvo i porcha u narodov komi* [Sorcery, Magic and Hoodoo Among Komi Peoples]. Leningrad, 1928.

22. Sidorov P. I. *Narkologicheskaya preventologiya* [Narcological Preventology]. Moscow, 2005, 796 p.

23. Sikorskii I. A. *Voprosy nervno-psikhicheskoi meditsiny* [Issues of Nervous-Psychic Medicine]. 1897, 2, pp. 453–511.

24. Tokarev S. A. *Religiya v istorii narodov mira* [Religion in History of Nations]. Moscow, 1976, 525 p.

25. Tokarskii A. A. *Meryachen'e i bolezni sudorozhnykh podergivaniy* [Religion in History of Nations]. Moscow, 1893, 181 p.

26. Freidenberg O. M. *Mif i literatura drevnosti* [Myth and Ancient Literature]. Moscow, 1978, 605 p.
27. Khomich L. V. *Nentsy: istoriko-etnograficheskie ocherki* [Nenets: Historical-ethnographic Essays]. Moscow, Leningrad, 1966, 329 p.
28. Cherepanova O. A. Inoyazychnye elementy v mifologicheskoi leksike russkogo Severa [Foreign Elements in Mythological Lexicon of Russian North]. In.: *Sistemnye otnosheniya v leksike severno-russkikh govorov* [Systemic Interrelations in Lexicon of North-Russian Dialects]. Vologda, 1982, pp. 33-40.
29. Shteinberg S. *Arkhiv sudebnoi meditsiny i obshchestvennoi gigieny* [Archive of Forensic Medicine and Public Hygiene]. 1870, 2, p. 2.
30. Shchigolev I I. *Psikhicheskie epidemii v Rossii* [Mental Epidemics in Russia]. Bryansk , 2001, pp. 3, 13.
31. *Natsional'nyi arkhiv Respubliki Belarus* [National Archive of Republic of Belarus]. F. 1430, op. 1, d. 10527, l. 1.
32. *Rossiiskiy gosudarstvennyi istoricheskii arkhiv* [Russian State Historical Archive]. F. 796, op. 4, d. 441, l. 1-3, 7-10. F. 1284, op. 220, d. 5, l. 1, 2.
33. *Tsentrал'nyi istoricheskiiy arkhiv Moskvy* [Moscow Central Historical Archive]. F. 16, op. 110, d. 820, l. 5.
34. *Gosudarstvennyi arkhiv Tul'skoi oblasti* [State Archive of Tula Region]. F. 90, op. 47, d. 40835, l. 66–70.
35. *Gosudarstvennyi arkhiv Yaroslavskoi oblasti* [State Archive of Yaroslavl Region]. F. 150, op. 1, d. 2470, l. 59-61.

MENTAL ETHNIC ECOLOGY OF HYSTERIC DEMONIC DISORDERS

P. I. Sidorov, V. V. Medvedeva, A. N. Davydov

*Northern State Medical University,
*Institute of Ecological Problems of the North ASC RAS Ural
Branch, Arkhangelsk, Russia*

Etiopathogenetic basis of social and mental epidemics is constituted by bio-psycho-socio-spiritual factors predetermining ways of appearance and mechanisms of development of mass induced nervous-mental disorders which early forms were given the name «hysteric demonic disorders»: shamanistic disease, “mannarik”, arctic hystery, singultation, “sheva”, “lishinka”, “kila” etc. There have been separated clinical forms and pathogenesis of induced states and diseases, factors and forms of traditional intellectual culture influencing social epidemics development features.

Keywords: hysteric demonic states, mental epidemics, etiopathogenesis, clinical forms, treatment, prevention

Контактная информация:

Сидоров Павел Иванович – академик РАН, ГБОУ ВПО «Северный государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации
Адрес: 163000, г. Архангельск, пр. Троицкий, д. 51
E-mail: pavelsidorov13@gmail.com