

## АВТОРЫ

Составитель — **Иосиф Мейерович Зислин** — психиатр, независимый исследователь, работает в Иерусалиме, Израиль.

Окончил лечебный факультет Ленинградского санитарно-гигиенического медицинского института в 1984 году. С первого курса участвовал в деятельности СНО на кафедре психиатрии под руководством профессора Ф. И. Случевского и там же выполнил первые работы по проблеме языка при шизофрении. После окончания института работал врачом скорой помощи и психиатром в больнице им. Скворцова-Степанова. С 1991 года живет и работает в Израиле. Автор более ста опубликованных научных работ на английском, русском и иврите. Соорганизатор и ведущий международного семинара «Языки психиатрии». Автор книги «Очерки антропологической психиатрии». (М., 2023)

Основная область интересов — клиническая психиатрия, транскультуральная психиатрия, лингвистика, антропология, фольклористика.

**Агапкина Татьяна Алексеевна** — доктор филологических наук, главный научный сотрудник Отдела этнолингвистики и фольклора Института славяноведения РАН.

**Белова Ольга Владиславовна** — доктор филологических наук, главный научный сотрудник Отдела этнолингвистики и фольклора Института славяноведения РАН.

**Бергер Елена Евгеньевна** — кандидат исторических наук, старший научный сотрудник Института всеобщей истории РАН.

**Велижев Михаил Брониславович** — PhD, стипендиат Programme Pause, Université Grenoble Alpes.

**Дресвина Юлиана Юрьевна** — PhD, сотрудник исторического факультета Оксфордского университета.

**Михайлова Татьяна Андреевна** — ведущий научный сотрудник Института языкознания РАН, профессор РГГУ.

**Мироненко-Маренкова Ирина Константинова** — кандидат исторических наук, независимый исследователь.

**Петров Никита Викторович** — кандидат филологических наук, заведующий Лабораторией теоретической фольклористики ШАГИ ИОН РАНХиГС, доцент Центра типологии и семиотики фольклора РГГУ, старший научный сотрудник Европейского университета в Санкт-Петербурге.

**Реутин Михаил Юрьевич** — доктор философских наук, кандидат филологических наук, ведущий научный сотрудник Школы актуальных гуманитарных исследований Российской академии народного хозяйства и государственной службы (ШАГИ РАНХиГС) при Президенте РФ.

**Серегина Анна Юрьевна** — доктор исторических наук, ведущий научный сотрудник Института всеобщей истории РАН.

**Тогоева Ольга Игоревна** — доктор исторических наук, главный научный сотрудник Института всеобщей истории РАН.

**Христофорова Ольга Борисовна** — доктор филологических наук, директор Учебно-научного центра типологии и семиотики фольклора РГГУ, профессор Центра социальной антропологии РГГУ, ведущий научный сотрудник Школы актуальных гуманитарных исследований РАНХиГС.

## ВВЕДЕНИЕ

И. Зислин

*Если о материальной технике легко делать выводы, о хозяйстве и снабжении продовольствием — довольно легко, об общинной организации — труднее, а о духовной жизни — труднее всего, то вот вам нарастание по четырем степеням трудности в умозаключениях. Что это за нарастание? Это нарастание, ведущее от более общеживотного в человеке к более специфически человеческому <...> Таким образом получается, что чем более специфически человеческую деятельность мы берем, тем труднее о ней судить по археологии этого рода. По-видимому, это можно представить, как некоторое обратное соотношение: чем более человеческое, тем менее доступное понимаю.*

C. Hawkes

Мне бы хотелось начать свое введение именно со слов, вынесенных в эпиграф: «<...> чем более человеческое, тем менее доступное понимаю». Это сказано археологом, но, как мне кажется, может быть близко и понятно психиатру. Кто, как не клиницист в своей ежедневной работе, сталкивается с подобными сложностями и неоднозначностью в безуспешной попытке понять, максимально точно описать и классифицировать состояние пациента? Что в нашей практике является «человеческим», а что «общеживотным»? Присущи ли подобные качества только пациенту или наблюдателю тоже? Как наблюдатель (в нашем случае врач) влияет на состояние своего пациента и изменяет его в ходе обследования? Как и почему врач понимает или не понимает язык пациента и какая реальность скрывается за высказыванием пациента? Как и почему мы понимаем или не понимаем

это высказывание? Несть числа подобным вопросам. Но часто ли мы задаем их себе? Ведь в большинстве случаев психиатр их попросту избегает, ограничиваясь использованием профессионального сленга и принятой классификацией.

Однако, может быть, иногда стоит попробовать ответить хотя бы на некоторые из этих вопросов или просто задать их? Возможно, следует обратить взгляд в сторону истории, антропологии, фольклористики, лингвистики, социологии, где подобные вопросы уже ставились и разработано немало оригинальных оптик и путей их решения. Но имеет ли смысл сравнивать подходы в этих областях науки с подходами психиатрическими? Может ли подобное сравнение хоть в какой-то мере быть интересным или даже полезным для врача? Схожи ли пути реконструкции, осуществляемой историком, и работа врача-психиатра? Может ли сегодняшняя психиатрия вести равноправный диалог с гуманитарными науками, и есть ли у нас для подобного диалога общий язык?

Поскольку в представленной антологии сделана попытка дальнейшей разработки концепции антропологической психиатрии, о которой я говорил в первой книге, позволю себе конспективно вернуться к основным принципам этого подхода.

Антропологическая психиатрия базируется на нескольких основных постулатах:

- 1) нет и не может быть в психиатрии ни одного явления, симптома, синдрома, страдания, не преломленного через призму культуры;
- 2) психиатрия не уникальна в своем стремлении понять «нормальное» и «патологическое» (но считает, что уникальна в попытке лечить/исправлять то, что признает патологией);
- 3) многие симптомы или явления, известные и признанные в клинике в качестве маркеров болезни, на протяжении сотен или даже тысяч лет были описаны в смежных областях и требуют знания историко-культурного контекста;
- 4) мы должны попытаться описать и пациента, и клинициста максимально объемно, с использованием разных языков и оптик;
- 5) деятельность самого врача тоже может и должна быть описана с точки зрения антропологического подхода.

На мой взгляд, по-настоящему понимание пациента (и, что не менее важно, — понимание нас самих) не может произойти без анализа того, что и как исследуется в других, часто несмежных областях знания о человеке.

Основная цель настоящей работы — постараться обозначить рамки достаточно новой области теоретической психиатрии — «антропологической психиатрии».

Хрестоматии/антологии в нашей области создавались и ранее [2, 29, 38–41, 43]. Были они разного качества, но включали в себя только классические (по мнению составителей) психиатрические тексты. И это закономерно, учитывая, что психиатрические тексты, классификации, учебники, изданные и сто лет назад, во многом не потеряли своей актуальности. Канонические работы Б. Мореля, Э. Крепелина, З. Фрейда, Е. Блейлера или К. Шнайдера и других отцов-основателей психиатрии и сегодня иногда читаются, периодически обсуждаются, нередко критикуются, а чаще просто цитируются (как обязательная дань уважения)<sup>1</sup>. Так, клиническая часть учебника Э. Крепелина по психиатрии не устарела и может быть вполне рекомендована сегодняшним молодым врачам. Однако история психиатрии, а точнее история развития идей, анализ эволюции психопатологических концептов, их генетическая связь с культурной историей (по сути, и весь исторический фон, на котором возникла базовая терминология), остаются на периферии исследовательских интересов. Ведь не все, что опубликовано, известно даже специалистам; врачам же эти работы остаются совершенно неизвестными. Психиатрия и гуманитарные науки практически потеряли интерес друг к другу. Страх и ужас общества перед сумасшедшим, перед безумием, подпитывавшие столь пристальное внимание к психиатрии на протяжении столетий, начинают постепенно угасать. А вместе со страхом тает и интерес. Но, безусловно, угасание страха не является единственной причиной этого.

Другая и даже, может быть, более важная причина угасания интереса к нашей области — неявно проявляющееся ощущение

---

<sup>1</sup> Небезынтересно отметить неявную связь психиатрии с художественной литературой, а именно наличие канона и канонических текстов. Как писал Михаил Гаспаров, «общепризнанный и общеизученный канон классиков — лишь фундамент взаимопонимания, на котором возводится надстройка индивидуальных вкусов. На эклектике общей культуры зиждется плюрализм личных предпочтений. От культурного человека можно требовать, чтобы он знал всю классику, но нельзя — чтобы он всю ее любил. Каждый выбирает то, что ближе его душевному складу. Это и называется “вкус”». (10). Но современная психиатрия, как мне кажется, этот индивидуальный вкус утратила вследствие тотальной унификации клинического языка.

современного психиатра, что «на сегодняшний день в психиатрии все более или менее понятно». Существуют международные классификации, которые, по замыслу их создателей, должны привести к появлению стандартизированного языка; есть руководства по диагностике; руководства по лечению; созданы достаточно эффективные лекарства и т.д. Это ослабляет желание клинициста выйти за границы своей профессии. Если все так понятно и эффективно, незачем и выпрыгивать из себя.

Что же нового сделала современная психиатрия? Немало. Например, развитие и внедрение психофармакологии, которой клиника обязана своими значительными успехами. Но за эти успехи пришлось заплатить определенную цену. В частности, ценой этому явилось снижение интереса к психопатологии и как следствие — ее выхолащивание и примитивизация.

Справедливости ради надо заметить, что психиатры, хоть и изредка, в рамках психоаналитического или герменевтического подходов пытаются найти аналоги психопатологических явлений и вне психиатрии. Так, например, указывается на сходство некоторых видов расстройства пищевого поведения (в частности, анорексии) и «святой анорексии» аскетических практик у женщин-католичек [21]; эхопраскии и эхоталии с имитативностью у палеоантропов; дурашливости, пуэрилизма, манерности и ненормативного поведения трикстера [15] и т.п. Ценность таких аналогий обычно невелика именно потому, что исследователи в своих описаниях ограничиваются внешними признаками и не обращают внимания на исторический контекст явления, тем самым искажая его смысл.

Скорее всего, не последней причиной угасания интереса к психиатрии стала неразработанность области, которая может быть названа «теоретическая психиатрия». Нельзя путать психиатрию как медицинскую практику (не являющуюся наукой) и теоретическую психиатрию, которая должна сосредоточить свое внимание на понимании истории психиатрической клиники (в широком смысле этого слова), ее корней (социальных, культурных, исторических и т.п.), на логике и причинах ее эволюции, разработке языка (или языков) описания феноменов душевного слома.

Призвав на помощь историков, фольклористов, антропологов, социологов и фольклористов, мы попробуем посмотреть на знакомые явления другими глазами; понять и признать, что есть и иной

взгляд на описание душевной патологии. В этом смысле сегодняшняя психиатрия похожа на ребенка, который хорошо говорит и умеет излагать свои мысли, но сам не понимает и не может объяснить, как он говорит, т.е. для него не существует разделения языка эмного (субъективного, личного, неотрефлексированного) и языка этного (научного, отрефлексированного, универсального). Языков таких (эмных и этных) может быть много, они совершенно разные, и знакомство с ними необходимо.

Что ж, и история, по мысли М. Блока, «это наука, переживающая детство, как все науки, чьим предметом является человеческий дух, этот запоздалый гость в области рационального познания» [8]. Но стыдиться надо не детского возраста, а нежелания взрослеть и развиваться.

В этой антологии я хотел представить определенный корпус текстов, написанных не психиатрами, а историками, фольклористами и антропологами. Насколько мне известно, подобную попытку ранее никто не предпринимал.

## **Проблема описания единичного случая**

Многие работы, помещенные здесь, с точки зрения психиатра, представляют собой описания настоящих клинических случаев. И это не случайно. Приверженцы таких подходов, как «микроистория», «антропологическая история», «интеллектуальная история», именно в медицине видели определенную модель точного описания. Приведу только два важных, на мой взгляд, высказывания историков. Карло Гинзбург, один из классиков направления «микроистория», писал: «Историка можно сравнить с медиком, который обращается к нозографическим таблицам, чтобы проанализировать специфическое заболевание отдельного пациента. И точно так же, как медицинское знание, историческое познание является косвенным, уликовым, конъектурным» [11].

Эту же идею развивают и Ж. Ревель и Ж-К. Пассерон:

«Со времени античности внимание к «случаю» в изначальном смысле этого слова, соединяя лечение больного и индивидуальный уход за ним с последовательной и скрупулезной записью симптомов, позволяющих определить данную конкретную патологию, никуда не исчезло» [30].

Последователи историко-антропологического направления, принимая «медицинскую», «семейнологическую» (по определению Карла Гинзбурга)<sup>2</sup> модель, охотно обращаются к ней в своих реконструкциях. Парадокс, на мой взгляд, заключается в том, что парадигма медицинская (или уликовая, о чем я скажу ниже), принятая историками и понята ими, для современной психиатрии оказалась попросту ненужной и полностью потеряла свое значение.

На сегодняшний день культура и методология тонкого психопатологического описания единичного случая почти полностью исчезли из практики нашей клиники. К этому привело развитие психиатрии за последние семьдесят лет. Когда язык психопатологии обедняется и вырождается, оказывается, что описать на нем клиническую ситуацию очень сложно. Наблюдаются взаимозависимость и взаимосвязь между деградацией языка описания и уплощением психопатологии.

Стоит начать с того, что описать единый клинический случай очень непросто. Этим мастерством в большей степени владели психиатры старой школы: до сих пор сделанные ими описания читаются как художественные произведения. Но здесь мы вновь сталкиваемся с неразработанностью теоретического языка, тотальным отсутствием метаязыка психопатологии, что заставляет врача использовать, насколько это возможно, только повседневный язык или профессиональные штампы, во многом утратившие свой смысл.

Описывая группу больных с одинаковыми или похожими диагнозами, мы как бы по умолчанию, в угоду точности исследования, уравниваем, нивелируем тонкие клинические различия в картине болезни наших пациентов<sup>3</sup>. А ставя во главу угла единичный случай, не можем выделить статистически значимые параметры и сталкиваемся с необходимостью описывать бесконечное число связей, влияний, переплетений, событий;

<sup>2</sup> «Во всех трех случаях явственно просматривается модель медицинской семейности — дисциплины, которая позволяет, опираясь на поверхностные симптомы, порой ничего не говорящие профану (например, д-ру Ватсону), диагностировать болезни, недоступные для прямого наблюдения» [11].

<sup>3</sup> Как писал историк Ханс Медик, «чем выше уровень обобщения, на который восходит историк, тем более отвлеченной становится историческая реальность» [27].

не только восстанавливать фактическую канву жизни, но и осмысливать «вес» каждого признака, его влияние (непосредственное или опосредованное).

От врача подобный подход требует, с одной стороны, больших временных затрат и немалых интеллектуальных усилий, а с другой — владения специальной исследовательской оптикой, позволяющей избежать превращения истории болезни чисто в литературное описание, лишённое смысла с точки зрения медицины. Но сама попытка создания насыщенного (по терминологии Гирца) описания<sup>4</sup> уникального пациента неизменно порождает вопросы о методологии подобного описания. Как, почему, какими средствами оно выполнено, что из известных фактов принято и оценено, а что за ненадобностью отброшено? Но на это ни психиатр, ни психиатрия пока не готовы ответить. По сути, речь идет о необходимости не просто описать симптом, а описать его смысл и контекст.

Интересно отметить и еще один фактор, отдаляющий врача от анализа именно индивидуального случая в клинике, но роднящий его с историком. Я говорю здесь о роли эмоций исследователя. «Готовность пройти мимо индивидуальных признаков объекта прямо пропорциональна эмоциональной отстраненности наблюдателя» [11]. Мне кажется, что это положение вполне применимо и к области клинической психиатрии. В крайнем своем варианте подобная отстраненность наблюдателя проявляется в хорошо известной ситуации эмоционального выгорания, когда эмоциональная усталость и опустошенность врача не позволяет ему за симптомом увидеть личность.

Немало научных статей по психиатрии и психофармакологии базируются на сложных статистических методах, подборе

---

<sup>4</sup> Термин «насыщенное описание» («thick description») заимствован у антрополога К. Гирца, который отмечал: «Культура имеет общественный характер, потому что таков характер значения. Нельзя подмигнуть (или передразнить подмигивающего), не зная, что считается подмигиванием, не понимая, как физически сомкнуть ресницы; нельзя совершить кражу овец (или сделать вид, что собираешься это сделать), не понимая, что значит украсть овцу и как организовать эту акцию. Но если исходить из этого сделать вывод, что зная, как надо подмигивать, — это и есть подмигнуть, или зная, как украсть овцу, — это и есть кража овцы, то произойдет ошибка ничуть не меньшая, как если, подменив “насыщенное описание” “ненасыщенным”, отождествить подмигивание с морганием или кражу овцы с охотой на дикое животное» [13].

больших групп максимально сходных по множеству параметров пациентов. Статистика ставится во главу угла. Само по себе это не является бедой. Проблема в том, что статистика может быть и необходимой, и правильной, но методология подбора однородных групп, особенно когда это касается исследования психопатологии, хромает. В частности, потому, что у нее часто нет основы психопатологии. Об этом прекрасно сказал филолог, основатель метода точного литературоведения Б. Ярхо:

«Статистический метод всегда будет только подсобным при сравнительном. Самостоятельного существования он не имеет <...> никакое применение статистик невозможно без морфологического анализа: перед тем как подсчитывать, надо знать, **что подсчитываешь**» (выделено И. З.) [37].

Для исследователя применение статистики — синоним «доказательной медицины» и, соответственно, неизбежного прогресса. А ведь как нам хочется догнать прогресс! Как хочется доказать и себе, и обществу, что психиатрия базируется на точных методах, а не на субъективном впечатлении! Но здесь врач может попасть в ловушку, поскольку если подобная методика, с определенной оговоркой, работает в психофармакологии, то для клинического метода она в большинстве случаев малоприменима.

Мне представляется, что клинико-исторические описания, сделанные не врачами, могут стимулировать возобновление интереса к анализу единичного, уникального случая.

Вместе с тем, реконструкция прошлого, проведенная не врачом, а историком, дает нам пример методологии работы с источниками. Понятно, что ни историк, ни антрополог в реальной жизни своих «пациентов» не наблюдали, но это совсем не мешает им, основываясь на текстах (архивах, хрониках, дневниковых записях, судебных протоколах, проповедях и т.п.), представить интереснейшие описания, во многих случаях не обремененные медицинской терминологией.

Назову еще один аспект рассматриваемого вопроса. Если то, что нас интересовало ранее, можно обозначить как «значение и описание клинического случая», то не менее важна и методология, используемая современным исследователем для описания. Точнее, то, как автор препарирует данные, как их интерпретирует, соотносит с другими, иногда прямо противоположными

толкованиями. Как возможно и возможно ли вообще провести историческую реконструкцию? Насколько она может быть полна, непротиворечива? И соответственно, как мы, врачи, часто сами того не осознавая, двигаемся в подобном направлении?

Приведем пример работы К. Гинзбурга и его «уликовой парадигмы» [11]. Гинзбург обосновывает свой подход, ссылаясь на внушительный корпус медицинских и психоаналитических работ, что делает этот подход еще более интересным для медиков вообще и психиатров, в частности.

«Историка можно сравнить с медиком, который обращается к нозографическим таблицам, чтобы проанализировать специфическое заболевание отдельного пациента. И точно так же, как медицинское знание, историческое познание является косвенным, уликовым, конъектурным» [11].

Но не только и не столько сам по себе редкий факт обращения историка (не историка медицины!) к медицинским аналогиям важен нам в данном контексте, а сама методология Гинзбурга, сближающая историю, филологию, искусствоведение и тактики уголовного расследования.

Как отмечает Сергей Козлов, переводчик книги Гинзбурга, «Гинзбург особенно акцентирует внимание на методическом аспекте “уликовой парадигмы”, т.е. на восхождении от мелких симптомов к центральным признакам явления» [23].

В чем для нас заключена ценность идеи К. Гинзбурга? Ведь не только в том, что автор обращался к медицинским и психоаналитическим примерам, а скорее всего в том, что такая оптика позволяет нам подойти к одному из центральных пунктов антропологической психиатрии — пониманию логики действия диагноста.

Термин «семиотика» нельзя считать совсем не знакомым для врача. Курс пропедевтики включает в себя изучение симптомов (знаков) болезни. Но медицинская семиотика, хотя и связана с общей семиотикой генетически, является лишь ее частным воплощением. По правде сказать, медицинская семиотика от семиотики общей взяла очень немного. В частности, даже такие базовые понятия, как синтаксис, семантика и прагматика, или разделение знаков на иконические, индексальные и символические, практически не присутствуют в медицинском дискурсе. В лучшем случае обучение врачей ограничивается научением

видеть знак болезни и сопоставлять его с подобными знаками, в конечном итоге выстраивая диагноз по правилам метонимии. Самым ярким образцом такого метонимического диагноза является описательная структура огромного большинства генетических синдромов, где в одном ряду сопоставляются разные по весу и локализации признаки, причем связь между отдельными знаками (симптомами) болезни остается часто неясной. Например, синдром Морфана, характеризующийся арахнодактилией, долихостеномелией, расширением аорты и/или эктопией хрусталика; или синдром Баннаяна — Райли — Рувалькабы, характеризующийся множественными гамартомами, задержкой умственного развития, макроцефалией, липоматозом (повышенное отложение жира в клетках и тканях), полипозом кишечника и генитальным лентицинозом (пигментация кожных покровов, их окрашивание в темный цвет).

Семиотика профессиональная, изучаемая студентами-медиками на курсе пропедевтики, по сути, является одномерной, т.е. касается только одной узкой области (как сказано выше, не учитывающей множества важных аспектов науки о знаках). Только ее и преподают в университетах молодым врачам; под нее заточен профессиональный язык, и частично на этом упрощенном узкопрофессиональном семиотическом подходе строятся профессиональные классификации (например, перечисление набора определенных признаков, необходимых для постановки диагноза).

Подобный упрощенный семиотический подход приводит наивных докторов к выводу о том, что аналогично выстраивается и сам диагностический процесс. Это влечет за собой глубоко ошибочное отождествление классификации и диагностики.

Не подлежит сомнению, что все мы в той или иной степени умеем вычленять из окружающего шума знаки и придавать им определенный смысл. Иначе оказалось бы невозможно создавать личностные смыслы (т.е. выстраивать личность) и не только понимать друг друга, но и попросту выживать.

Внимательное чтение работ историко-антропологического направления позволяет врачу обнаружить семиотические системы незнакомых ему областей, тем самым как бы выучить новый иностранный язык.

Учитывая важность уликовой парадигмы, интересно сравнить ее, с одной стороны, с реальной врачебной тактикой при постановке диагноза, а с другой — с поведением психотического

## СОДЕРЖАНИЕ

АВТОРЫ.....	5
И. ЗИСЛИН. Введение.....	7
<i>Проблема описания единичного случая.....</i>	11
<i>Казус и клинический случай.....</i>	19
<i>Психиатр/психоаналитик — историк/антрополог.....</i>	24
<i>Литература.....</i>	40
Т. АГАПКИНА, О. БЕЛОВА. Категории ум и безумие в народной традиции славян.....	45
<i>Литература и источники.....</i>	54
О. БЕЛОВА. Этнокультурный стереотип: между нормой и антинормой.....	57
Е. БЕРГЕР. Симулянты, шарлатаны, колдуны.. («Дурные люди» в представлении Амбруаза Паре).....	68
<i>О монстрах и чудесах. Амбруаз Паре</i>	
<i>Из трактата «О монстрах и чудесах».....</i>	72
М. ВЕЛИЖЕВ. Мишель Фуко, Петр Чаадаев и история безумия в России.....	91
<i>Литература.....</i>	109
Ю. ДРЕСВИНА. Странная Димна Гельская. Покровительница душевнобольных или безумная святая?.....	113
И. МИРОНЕНКО-МАРЕНКОВА. С паперти в безумный дом... (Из истории юродства в XIX столетии).....	137
Т. МИХАЙЛОВА. О человеке, который принял жену за фейри, или Фольклор как психопатология.....	150
<i>Украденные сидами.....</i>	154
<i>«Синтаксис» процесса.....</i>	160
<i>Литература.....</i>	173

Н. ПЕТРОВ. «Зоино стояние»: фольклорный сюжет и социальная реальность .....	175
<i>Сюжет об окаменевшей девушке в 1950-х гг.:</i> <i>слухи и реакция властей</i> .....	176
<i>Зоины мучения и фольклорная традиция: «оптимизация»</i> <i>сюжета</i> .....	184
<i>Источники и материалы</i> .....	193
<i>Литература</i> .....	194
М. РЕУТИН. Массовые психозы в Европе позднего Средневековья .....	197
1. Вводные замечания .....	197
2. Три ареала, три этапа развития женской мистической традиции Средневековья .....	200
3. Отенбахская страдальца Элсбет фон Ойе .....	216
<i>Литература</i> .....	222
ЭЛИЗАБЕТ ШТАГЕЛЬ. Житие сестер обители Тёсс (избранные жития) .....	224
<i>О блаженной сестре Элсбет Шефлин</i> .....	224
<i>О блаженной сестре Меци Зидвирин</i> .....	228
<i>О блаженной сестре Бели из Либенберга</i> .....	230
<i>О блаженной сестре Адельхайд из Фрауенберга</i> .....	232
<i>О блаженной Ите Зюльцерин, сестре из мирянок</i> .....	238
М. РЕУТИН. Трикстер Мелетинского и средневековый шут: к вопросу о происхождении средневекового комизма .....	243
А. СЕРЕГИНА. Одержимость и гендерные репрезентации в английской религиозной полемике конца XVI в. ....	263
<i>Источники</i> .....	274
<i>Литература</i> .....	275
А. СЕРЕГИНА. Чем пахнет дьявол? Одержимость, экзорцизм и религиозная полемика в Англии конца XVI — начала XVII в. ....	276
<i>Источники</i> .....	294
<i>Литература</i> .....	296
О. ТОГОЕВА. Почему французские дети иногда плюются едой? Случай одержимости Лорана Буассонне (Франция, 1582 г.) .....	298
<i>Источники</i> .....	309
<i>Литература</i> .....	309

О. ТОГОЕВА. «Мужская» и «женская» одержимость в сочинениях французских демонологов XVI–XVII вв.....	311
<i>Источники</i> .....	328
<i>Литература</i> .....	329
О. ТОГОЕВА. «Все это мошенничество, обман, мерзость и профанация». Отчет аббата д'Обиньяка об одержимых Лудена (1637 г.).....	332
<i>Литература</i> .....	347
О. ТОГОЕВА. «Мне день и ночь покоя не дает мой черный человек...»: демоны одержимых во Франции XVI века .....	351
<i>Литература</i> .....	366
О. ТОГОЕВА. Брошенная любовница, старая сводня, секретарь суда и его уголовный регистр (интерпретация текста или интерпретация интерпретации) .....	370
«Безумная» Марион.....	372
Добрая Марго.....	389
О. ХРИСТОФОРОВА: Оpoznать беса. Часть 1. Вернакулярные теории болезней и методы символического лечения.....	403
<i>Вербальный код</i> .....	405
<i>Предметный код</i> .....	408
<i>Акциональный и предметный коды</i> .....	409
<i>Акциональный и вербальный коды</i> .....	410
<i>Совмещение трех кодов</i> .....	411
<i>Одержимость</i> .....	412
<i>Сокращения</i> .....	415
<i>Литература</i> .....	415
О. ХРИСТОФОРОВА. Оpoznать беса. Часть 2. Практики экзорцизма в современном православном приходе .....	417
<i>Сокращения</i> .....	442
<i>Литература</i> .....	443
О. ХРИСТОФОРОВА. «Повесть о бесноватой Соломонии»: мифологические контексты и параллели.....	445
<i>Сюжет Повести</i> .....	446
<i>Мифологическая проза: уведенные духами</i> .....	451
<i>Миф и сказка: чудесный супруг</i> .....	459
<i>Нечеловеческие персонажи в сказке, быличке и житии: медведь, леший, бес</i> .....	463

<i>Выводы</i> .....	466
<i>Благодарности</i> .....	472
<i>Сокращения</i> .....	473
<i>Литература</i> .....	473
<b>О. ХРИСТОФОРОВА. Гнетке — сонный паралич?</b>	
Необычное между фольклористическими и медицинскими классификациями .....	477
<i>Парасомнии и текстовые модели</i> .....	478
<i>Мифологические персонажи — моно- и полифункциональные</i> .....	481
<i>Парасомнии в городском фольклоре и интернетлоре</i> .....	486
<i>Фольклор и медицина: нозология или культурные факты?</i> .....	493
<i>Источники</i> .....	502
<i>Сокращения</i> .....	502
<i>Литература</i> .....	502