

УДК 159.922.4:616.895

DOI: 10.34670/AR.2026.36.18.006

Диссоциативные переживания, интерпретируемые как одержимость, у детей и подростков: клинические, семейные и культурные уровни анализа

Конкин Александр Сергеевич

Врач-педиатр,
клинический и семейный психолог, этнопсихолог,
независимый исследователь,
119071, Российская Федерация, Москва, ул. Малая Калужская, 1;
e-mail: i@akonkin.ru

Аннотация

Переживания, которые ребёнок, его семья или религиозно-культурное окружение описывают как воздействие духа, умершего родственника, демона или иного внешнего агента, создают для специалиста двойную задачу: обеспечить клиническую безопасность и одновременно не редуцировать культурный язык страдания к диагностическому ярлыку. Цель статьи – предложить теоретико-методологическую рамку анализа диссоциативных переживаний, интерпретируемых как одержимость, у детей и подростков. Методологически работа выполнена как критически теоретико-методологический обзор литературы по диссоциативным расстройствам, психотравме, семейной системной психологии и культурной психиатрии. В результате анализа обосновано разграничение четырёх неэквивалентных уровней анализа: клинического, семейно-психологического, культурно-антропологического и онтологически-религиозного, а также предложен клинически нейтральный алгоритм работы специалиста, включающий оценку безопасности, дифференциальную диагностику, изучение семейного контекста, культурную формулировку случая и отказ от суггестивных способов реконструкции семейной истории. Показано, что семейные расстановки не могут использоваться как диагностический метод или средство установления причин детской симптоматики, а трансгенерационная перспектива допустима лишь как эвристика для построения проверяемых гипотез.

Для цитирования в научных исследованиях

Конкин А.С. Диссоциативные переживания, интерпретируемые как одержимость, у детей и подростков: клинические, семейные и культурные уровни анализа // Психология. Историко-критические обзоры и современные исследования. 2026. Т. 15. № 7А. С. 48-61. DOI: 10.34670/AR.2026.36.18.006

Ключевые слова

Диссоциативные переживания, расстройство транса и одержимости, дети и подростки, культурные идиомы дистресса, культурная формулировка случая, семейная система, трансгенерационная перспектива, дифференциальная диагностика, исследовательская этика.

Введение

Обращения, в которых состояние ребёнка описывается как присутствие «чужого», воздействие духа, умершего родственника, демона или иной внешней силы, представляют для клинического и семейного психолога особую методологическую трудность. В подобной ситуации могут одновременно присутствовать нарушения состояния сознания, поведения, памяти, чувства идентичности и контроля над действиями; семейное напряжение, утраты либо насилие; а также религиозно-культурный язык, посредством которого ребёнок и окружающие придают происходящему смысл. Сведение этих измерений к единственному объяснительному языку — психиатрическому, семейно-системному либо религиозному — ведёт к потере клинической точности и культурной чувствительности.

В Международной классификации болезней 11-го пересмотра расстройство транса и расстройство транса и одержимости включены в группу диссоциативных расстройств. Для клинической квалификации существенны произвольность и повторяемость изменения состояния сознания или идентичности, снижение контроля, клинически значимый дистресс либо нарушение функционирования, а также возникновение вне культурно принятого ритуального контекста [WHO, 2025]. В DSM-5 переживания одержимости отнесены к культурно вариативным формам проявления диссоциативного расстройства идентичности [American Psychiatric Association, 2013]. Тем самым обе классификационные системы различают ритуально санкционированные и не сопровождающиеся дистрессом трансовые практики, с одной стороны, и клинически значимые состояния — с другой.

Культурная психиатрия указывает, что переживания изменения агентности и идентичности всегда получают форму в доступном человеку символическом словаре. Одна и та же феноменология может быть описана как болезнь, «нападение» духа, призвание, моральный конфликт, последствие колдовства, реакция на утрату или травму. Такая интерпретация не является автоматически причиной симптома, однако влияет на способ переживания, семейную коммуникацию, уровень стигмы, траекторию обращения за помощью и ожидания от специалиста [Kaiser, Weaver, 2022; Seligman, Kirmayer, 2008].

В детско-подростковом возрасте эта проблема приобретает особую значимость. Ребёнок может не иметь возможности полно описать переживания; семейная интерпретация может заслонять признаки домашнего насилия, хронического стресса, травматизации, неврологического заболевания или психического расстройства; а стигматизирующий язык «одержимости» — откладывать получение помощи. Поэтому клиническая работа должна сочетать оценку безопасности, дифференциальную диагностику, анализ семейного контекста и уважительное исследование культурной объяснительной модели.

Цель статьи — предложить теоретико-методологическую рамку анализа диссоциативных переживаний, интерпретируемых как одержимость, у детей и подростков. Задачи работы: определить понятийно-диагностические границы феномена; развести клинический, семейно-психологический, культурно-антропологический и религиозно-онтологический уровни анализа; критически обозначить возможности и пределы трансгенерационной перспективы; сформулировать практические и этические ориентиры для работы с ребёнком и семьёй.

Статья не содержит первичных данных и не предлагает ретроспективной диагностики лиц, описанных в опубликованных работах. Обсуждаемые связи между симптоматикой, травматическими обстоятельствами, семейным контекстом и культурными интерпретациями имеют статус направлений анализа и эмпирически проверяемых гипотез.

Литературный обзор

В статье выражение «переживания, интерпретируемые как одержимость» используется как описательная, а не онтологическая категория. Оно относится к ситуациям, когда ребёнок, родственники или культурное окружение понимают изменение состояния сознания, поведения, чувства идентичности, контроля над действиями или телесными проявлениями как воздействие внешнего агента.

Это определение не устанавливает существование такого агента, не определяет этиологию симптома и не заменяет клиническую диагностику. Единицей анализа является конфигурация «переживание ребёнка — его интерпретация — реакция окружения». В научном тексте корректны формулировки «состояния, интерпретируемые окружением как одержимость», «трансовые или диссоциативные проявления», «нарушения переживания агентности и идентичности». Формулировка «ребёнок одержим» неприемлема как клиническое заключение, поскольку подменяет описание онтологическим утверждением.

МКБ-11 выделяет расстройство транса и расстройство транса и одержимости в составе диссоциативных расстройств. Значимы произвольность, повторяемость, изменение привычного чувства идентичности либо контроля, клинически значимый дистресс или нарушение функционирования и отсутствие культурной санкционированности состояния [WHO, 2025]. DSM-5 описывает переживание одержимости среди культурно обусловленных форм проявления диссоциативного расстройства идентичности [American Psychiatric Association, 2013].

Ни одна классификационная система не допускает постановки диагноза на основании одной лишь культурной интерпретации. Слова «дух», «предок», «демон», «божество» либо «вселение» отражают смысл, который состоянию придают ребёнок, семья или сообщество, но не заменяют оценки феноменологии, контекста, длительности, сохранности памяти, функциональных последствий и соматического статуса.

Состояние, интерпретируемое как одержимость, требует не подтверждения или опровержения религиозной модели, а последовательной оценки состояния ребёнка. В зависимости от клинической картины необходимо учитывать:

- диссоциативные расстройства, в том числе расстройства транса и транса с переживанием одержимости;
- посттравматическое стрессовое расстройство и последствия хронической травматизации;
- психотические расстройства и аффективные состояния с психотическими симптомами;
- эпилептические и другие неврологические пароксизмы, включая фокальные приступы с автоматизмами;
- нарушения сна, парасомнии и состояния на границе сна и бодрствования;
- интоксикации, употребление психоактивных веществ и лекарственно-индуцированные состояния;
- соматические и эндокринные причины нарушений сознания или поведения;
- реакции на острый и хронический стресс, тревожные, депрессивные и соматоформные расстройства.

Отечественные клинические исследования бреда одержимости религиозного содержания при шизофрении описывают его как галлюцинаторно-бредовый синдром, спаянный с галлюцинациями общего чувства и сопровождающийся выраженным аффективным

компонентом, что подчёркивает необходимость исключения психотического регистра при внешне сходной феноменологии [Копейко, Борисова, Гедевани, 2018].

Для исследовательского, экспертного или консультативного анализа текстов, архивных материалов, сообщений родственников и опубликованных случаев недопустима ретроспективная постановка диагноза по неполному описанию. При непосредственном очном обследовании специалист, действующий в пределах профессиональной компетенции, напротив, обязан проводить клиническую оценку: собирать анамнез, оценивать риски, наблюдать состояние ребёнка и при необходимости организовывать междисциплинарную дифференциальную диагностику.

Материалы и методы

Исследование выполнено как критический теоретико-методологического обзора, в конце представлено заключение содержащие элементы научной новизны. В обзор включались нормативные классификации, ключевые теоретические работы, современные обзоры, наблюдательные исследования и опубликованные клинические случаи, относящиеся к четырём тематическим областям: диссоциативные расстройства и состояния транса; детская и подростковая травматическая симптоматика; семейный контекст психического здоровья; культурная психиатрия и культурные концепты дистресса.

Отбор публикаций носил целевой, а не систематический характер. Приоритет отдавался источникам, доступным для проверки по полному тексту, нормативным документам и публикациям, содержащим сведения о феноменологии состояния, диагностической оценке, травматическом и семейном контексте, культурной интерпретации либо траектории помощи. Использовались русско- и англоязычные источники.

Работа не является систематическим обзором: предварительно зарегистрированный протокол, исчерпывающий поиск по всем доступным базам, независимый двойной скрининг, PRISMA-диаграмма и формальная оценка качества исследований не проводились. Поэтому отдельные клинические исследования и case reports используются как иллюстрации значимых конфигураций, а не как основание для выводов о распространённости, причинности или специфичности связей.

В использованном автором корпусе русскоязычных публикаций не были обнаружены верифицируемые описания клинических случаев диссоциативных переживаний, интерпретируемых как одержимость, у детей и подростков из российской практики. Это наблюдение не означает отсутствия таких случаев в отечественной клинической реальности и ограничено целевым, несистематическим характером отбора литературы. Одним из возможных организационно-правовых факторов, затрудняющих публикацию детских клинических наблюдений, является режим охраны врачебной тайны: сведения о факте обращения, состоянии здоровья, диагнозе и данные обследования относятся к конфиденциальной информации, а их раскрытие для научной публикации требует письменного согласия пациента или его законного представителя [Федеральный закон № 323-ФЗ, 2011]. Отечественные исследования диссоциативных расстройств у детей и подростков сосредоточены преимущественно на посттравматической симптоматике и диссоциации как защитном механизме, а не на культурных идиомах одержимости [Симоненко, 2014; Тарабрина, 2001]. Отсутствие российского эмпирического материала по данной теме ограничивает возможности проверки предложенной рамки на отечественном контексте и определяет направление дальнейших исследований.

Результаты

Для предотвращения категориального смешения необходимо различать клинический, семейно-психологический, культурно-антропологический и онтологически-религиозный уровни анализа. Они могут быть значимы в одном и том же случае, но не тождественны и не могут взаимно подменяться.

Таблица 1 - Уровни анализа переживаний, интерпретируемых как одержимость

Уровень анализа	Предмет анализа	Допустимые вопросы	Основные ограничения
Клинический	Симптомы, состояние сознания, память, агентность, идентичность, коморбидность, течение, риски и ответ на помощь	Какова феноменология и динамика состояния? Какие состояния требуют исключения? Каков риск для ребёнка? Какая помощь показана?	Для анализа текстов, архивных материалов, сообщений родственников и опубликованных случаев недопустима ретроспективная постановка диагноза по неполному описанию. При очном обследовании необходима профессиональная диагностическая оценка в пределах компетенции специалиста.
Семейно-психологический	Коммуникация, конфликты, границы, коалиции, роли, утраты, воспитательные практики, семейные нарративы и ресурсы	Какие семейные обстоятельства предшествуют или сопровождают симптом? Как семья объясняет происходящее? Какие ресурсы и риски доступны ребёнку?	Связь не доказывает направление причинности; системная интерпретация не должна скрывать насилие, ответственность взрослых или медицинские потребности ребёнка.
Культурно-антропологический	Идиомы дистресса, локальные представления, ритуалы, помощь сообщества, социальные роли	Каким языком описывается страдание? Как культурная модель влияет на поддержку, стигму и обращение за помощью?	Описание культурного значения не объясняет причину симптома; локальные материалы нельзя автоматически обобщать.
Онтологически-религиозный	Убеждения о существовании и действии духов, демонов, предков и иных агентов	Какое значение имеют эти убеждения для семьи и ребёнка? Как они влияют на принятие помощи?	Утверждения о сверхъестественном не могут быть эмпирически подтверждены или опровергнуты психологическим исследованием.

Клинический уровень отвечает на вопросы о феноменологии, риске и необходимой помощи. Семейно-психологический уровень делает доступными для изучения коммуникацию, конфликты, роли, ресурсы и актуальные стрессоры. Культурный уровень позволяет понять, почему переживание получает форму «одержимости», «призвания», «нападения духа» или иной локально значимой категории. Онтологический уровень относится к мировоззренческим убеждениям и не входит в компетенцию психолога как арбитра религиозной истины.

Методологически опасны две противоположные ошибки. Первая — онтологизация: принятие культурного языка за установленный механизм. Вторая — редукционизм: игнорирование того, что культурная интерпретация реально влияет на субъективное переживание, семейное взаимодействие, стигму и траекторию обращения за помощью.

Семейный симптом как эвристическая рамка

Системная семейная традиция рассматривает семью как систему взаимосвязанных

подсистем, ролей, границ и повторяющихся паттернов взаимодействия [Minuchin, 1974]. Понятие идентифицированного пациента описывает ситуацию, при которой наиболее заметный симптом концентрируется у одного члена семьи и становится местом, через которое система организует тревогу, конфликт, контроль или поиск помощи.

При работе с ребёнком эта идея должна использоваться только как эвристика. Она не означает, что ребёнок является причиной семейной проблемы, несёт ответственность за неё или должен быть объяснён исключительно через дисфункцию семьи. Системная перспектива не может отменять оценку домашнего насилия, пренебрежения нуждами, медицинских и психиатрических причин симптоматики. Её практическая ценность заключается в постановке вопросов: связано ли начало эпизодов с семейным напряжением; как окружающие реагируют на них; какие конфликты, утраты или запретные темы оказываются затронуты; какие ресурсы семьи могут поддержать безопасность и восстановление ребёнка.

В наблюдательном исследовании 51 ребёнка и подростка с диссоциативными расстройствами в специализированном центре Южной Индии семейные стрессоры были наиболее частой категорией отмеченных факторов, а семейное консультирование входило в состав помощи [Mohamed et al., 2025]. Эти результаты не позволяют установить направление причинности: напряжённые отношения могут предшествовать симптоматике, сопровождать её или усиливаться в ответ на неё. Однако они подтверждают клиническую необходимость изучения семейного контекста.

Возможности и пределы трансгенерационной перспективы

Понятия «крипты», «фантома», «невидимых лояльностей», «синдрома предков» и «синдрома годовщины» возникли в психоаналитической, контекстуальной семейной и трансгенерационной традициях [Abraham, 1994; Abraham, Torok, 1986; Boszormenyi-Nagy, Spark, 1973; Schützenberger, 1998]. Они исторически значимы как язык описания непроговорённых утрат, семейных секретов, переживания долга, исключения и повторяющихся жизненных сценариев. Однако эти конструкции не являются операционализированными и эмпирически подтверждёнными механизмами прямой передачи симптома от предка потомку.

Поэтому трансгенерационная перспектива допустима как источник исследовательских вопросов, но не как клиническое объяснение. Совпадение начала симптомов с годовщиной семейной утраты может быть поводом исследовать, как семья проживает и обсуждает эту утрату, но не доказывает действие «синдрома годовщины» А. А. Шютценбергер [Schützenberger, 1998] как самостоятельного механизма. В рамках отечественной традиции культурно-исторический подход Л. С. Выготского предлагает не мистическое, а материалистическое объяснение подобной «трансгенерационной» передачи: то, что описывается как наследование семейного паттерна через поколения, может быть представлено как интериоризация культурных знаков и семейных мифов — ребёнок усваивает не абстрактную «память предков», а конкретные вербальные и невербальные нарративы, эмоциональные реакции и способы означивания событий, которые транслирует ближайшее социальное окружение [Выготский, 1983]. Тем самым повторяемость семейного сюжета получает объяснение через механизм знакового опосредствования и социального научения, а не через постулирование трансперсональной передачи; это не отменяет клинической и нарративной значимости совпадения симптома с годовщиной утраты, но переводит её из области метафизики в область проверяемых психологических механизмов.

Отечественные исследования межпоколенной передачи травмы также указывают на идентификацию со значимым взрослым как ключевой канал передачи травматического

опыта [Симоненко, 2014]. Связь между непереработанным травматическим опытом родителей и психопатологической симптоматикой детей описана в современной отечественной литературе через механизм вторичной психической травматизации [Соловьёва, 2026].

Современные исследования межпоколенческих связей продуктивнее описывать через наблюдаемые и потенциально изменяемые процессы: психическое состояние родителей, качество ранней привязанности, семейную коммуникацию, эмоциональную регуляцию, воспитательные практики, насилие, социально-экономическое неблагополучие, миграцию, разрыв социальных связей и доступность поддержки. В исследовании E. Reese и соавторов неблагоприятный детский опыт родителей был связан с неблагоприятным опытом их детей; связь частично опосредовалась характеристиками семейного функционирования, включая коммуникацию, сплочённость и ресурсы [Reese et al., 2022].

Такой подход позволяет обсуждать межпоколенческие связи без мистификации и с опорой на потенциально измеримые посредующие факторы.

Генограмма и геносоциограмма

Генограмма и расширенная геносоциограмма могут использоваться как средства структурирования подтверждённого семейного анамнеза. Они помогают фиксировать сведения о родстве, утратах, заболеваниях, миграциях, разрывах отношений, значимых датах, насилии и ресурсах поддержки. Вместе с тем они не должны применяться для обнаружения «скрытой истины», неустановленных фактов биографии, предполагаемых преступлений, тайного усыновления, инцеста, психического расстройства у предка или метафизической причины состояния ребёнка.

В профессиональной работе необходимо различать подтверждённый факт, семейное предание, субъективную интерпретацию и гипотезу специалиста. Это снижает риск внушения, обвинений и формирования непроверяемых объяснений.

Культурная формулировка случая

В отечественной психиатрии культуральный подход к анализу психических расстройств начал развиваться сравнительно недавно и остаётся недостаточно представленным [Положий, 1997]. Необходимость учёта этнокультурального контекста при оказании психологической помощи признана в отечественной литературе, хотя систематические исследования в этой области немногочисленны [Николаев, 2005].

Культурная формулировка предполагает систематическое выяснение того, как ребёнок и семья определяют проблему, какие причины считают значимыми, к какой помощи уже обращались, чего ожидают от специалиста и какие препятствия видят на пути к лечению [American Psychiatric Association, 2013; Kaiser, Weaver, 2022].

В ситуации переживаний, интерпретируемых как одержимость, продуктивно спрашивать: «Как вы называете это состояние?», «Что, по вашему мнению, с ним связано?», «Что происходит до, во время и после эпизода?», «К кому вы уже обращались?», «Какая помощь для вас приемлема?», «Чего вы опасаетесь?».

Такая позиция не подтверждает сверхъестественную этиологию и не требует конфронтации с убеждениями семьи. Напротив, она позволяет поддерживать терапевтический альянс, снижать стигму и выяснять, не препятствует ли принятая интерпретация безопасности ребёнка или своевременному получению помощи.

Ритуально санкционированный опыт и клинически значимое состояние

Культурная санкционированность транса не должна пониматься как автоматическое доказательство его психологической безопасности, равно как культурная необычность

поведения не должна служить основанием для патологизации. Разграничение строится не на проверке истинности религиозного объяснения и не на внешней экзотичности ритуала, а на анализе добровольности участия, возможности прекратить или отсрочить участие без угрозы наказания, степени контроля ребёнка над поведением, наличия амнезии, выраженного страха, боли, самоповреждения или агрессии, влияния эпизодов на сон, обучение, отношения и повседневное функционирование, возникновения состояний вне ритуального контекста, а также признаков насилия, травматизации, неврологической, соматической или психической патологии.

Ритуально санкционированный опыт может рассматриваться как нормативный, если он добровольен, ограничен контекстом практики, социально поддержан, не сопровождается клинически значимым дистрессом и устойчивым нарушением функционирования, а ребёнок защищён от физического и психологического принуждения. Напротив, повторяющиеся произвольные эпизоды, выраженный дистресс, риск, школьная и семейная дезадаптация, насилие либо подозрение на медицинское или психическое расстройство требуют клинической оценки независимо от того, интерпретирует ли община состояние как «призвание». Уважение к культурной модели не означает отказа от обязанности защищать ребёнка и обеспечивать доступ к медицинской и психологической помощи.

Этнографические материалы о шаманских призываниях и «шаманской болезни» представляют интерес как примеры культурной организации переживаний изменения агентности, телесных симптомов и связи с предками [Басилов, 1984; Харитоновна, 2007; Eliade, 1964; Quijada, 2011]. Однако этнографическая аналогия не подтверждает клинический механизм. Сходство сюжетов о духах, предках, изменении голоса, поведения или идентичности может отражать культурные формы повествования, социальные функции ритуала, исторические контакты и общие особенности переживания агентности, но не доказывает общую этиологию.

Иллюстрации клинической сложности

Серия клинических случаев J. Herath и S. R. Perera из сельских районов Шри-Ланки описывает трёх детей и подростков 10, 14 и 15 лет, у которых состояния, интерпретируемые как одержимость, возникли на фоне значимых травматических событий [Herath, Perera, 2020]. В первом случае 14-летняя девочка сообщала о повторном физическом насилии со стороны отца, злоупотреблявшего алкоголем; эпизоды связывались с «одержимостью» умершим дедушкой. Во втором случае 15-летний подросток пережил свидетельство жестокого убийства и демонстрировал эпизоды, интерпретированные в местном ритуальном контексте как одержимость богиней Paththini. В третьем случае 10-летняя девочка сообщала о длительном физическом и сексуальном насилии со стороны отца; эпизоды описывались как одержимость умершим мужчиной. У всех пациентов авторы описали диссоциативные проявления и симптомы посттравматического стрессового расстройства; проведённые обследования, включая ЭЭГ, не обнаружили патологии. В качестве помощи применялись меры по обеспечению безопасности, травма-фокусированная психотерапия и терапия антидепрессантами класса СИОЗС; к моменту публикации авторы сообщили о прекращении диссоциативных эпизодов в течение трёх-пяти месяцев и сохранении ремиссии более шести месяцев [Herath, Perera, 2020].

Эта серия не доказывает, что травма — единственная причина состояний, интерпретируемых как одержимость, и не позволяет распространять выводы на другие группы. Однако она показывает, почему при подобных обращениях необходимо активно, деликатно и конфиденциально оценивать травматический опыт, домашнее насилие, риск повторного вреда

и признаки посттравматического расстройства. Культурная интерпретация состояния не отменяет этих задач.

Исследование школьных вспышек массового психогенного заболевания в Непале демонстрирует иной тип контекста: эпизоды транса и одержимости могут быть связаны с коллективной динамикой, стрессом, гендерными и социальными условиями, культурными представлениями и доступными траекториями помощи [Sapkota, Brunet, Kirmayer, 2020]. Авторы указывали на ограничения клинической верификации и не сводили явление к индивидуальной психопатологии. Следовательно, единая объяснительная модель не подходит ни для индивидуальных травматических случаев, ни для коллективных школьных эпизодов.

Обсуждение

Работа с ребёнком, чьё состояние интерпретируется как одержимость, должна быть последовательной и нейтральной по отношению к спорным объяснительным моделям.

1. Оценка безопасности. Необходимо оценить риск самоповреждения, суицидального поведения, агрессии, физического, сексуального и эмоционального насилия, пренебрежения нуждами, а также необходимость неотложной помощи.

2. Медицинская, неврологическая и психиатрическая дифференциальная диагностика. Следует исключить или учесть неврологические, соматические, психиатрические, токсикологические и связанные со сном причины состояния. Описание состояния на языке внешнего воздействия не должно изменять стандартный диагностический маршрут.

3. Оценка травматической и иной психопатологической симптоматики. Оценка диссоциативных, посттравматических, тревожных, депрессивных, психотических и соматоформных проявлений должна сочетать клиническое интервью, сведения от родителей и других информантов, наблюдение и, при наличии соответствующей возрастной, языковой и культурной валидации, стандартизированные инструменты. В международной детско-подростковой практике для первичного выявления диссоциативных проявлений используются, в частности, Child Dissociative Checklist (CDC) — опросник для родителей или иных значимых взрослых, и Adolescent Dissociative Experiences Scale (A-DES) — самоотчётная шкала для подростков. Для оценки посттравматической симптоматики применяются Child and Adolescent Trauma Screen (CATS), UCLA PTSD Reaction Index for DSM-5 и Child PTSD Symptom Scale (CPSS), с выбором версии, соответствующей возрасту и цели оценки. Ни один из инструментов не заменяет клинической диагностики, оценки безопасности и медицинской дифференциальной диагностики. В русскоязычной практике могут использоваться только версии, для которых проверены перевод, психометрические свойства, возрастные нормы и правовой статус применения. В отечественной клинической психологии накоплен значительный опыт исследования диссоциации в контексте посттравматического стресса [Тарабрина, 2001].

4. Семейный анамнез и ресурсы. Следует выяснять сведения об утратах, конфликтах, миграции, употреблении психоактивных веществ близкими, школьном стрессе, насилии и пренебрежении нуждами, а также о поддерживающих взрослых, расширенной семье, школе, социальных службах и сообществе. Генограмма или геносоциограмма должна отражать подтверждённые события, а не предположения о скрытой семейной истории.

5. Культурная формулировка случая. Специалист выясняет объяснительную модель семьи и её значение для ребёнка и близких, не подтверждая и не опровергая сверхъестественную этиологию. Цель состоит в согласовании помощи с системой значений семьи при сохранении

клинической ответственности.

6. Оценка степени культурной санкционированности и принуждения. Необходимо выяснить, добровольно ли ребёнок участвует в ритуале, может ли отказаться от него без угрозы наказания или изоляции, возникают ли эпизоды только в установленном ритуальном контексте, сопровождаются ли они дистрессом либо снижением функционирования и не маскирует ли религиозное объяснение насилие, эксплуатацию, отказ от медицинской помощи или социальную изоляцию.

7. Доказательная и междисциплинарная помощь. Психологические, семейные, психиатрические, медицинские и социальные вмешательства определяются клиническими показаниями, безопасностью и доступными ресурсами ребёнка и семьи.

8. Этическая дисциплина. Недопустимы суггестивные формулировки, выдача гипотез за факты, поиск «родовой причины» без подтверждений, стигматизация семьи и подмена клинической помощи внеклиническими процедурами.

Семейные расстановки, связанные с именем Б. Хеллингера, не являются валидированным методом клинической диагностики. Они не могут использоваться для установления причин детской симптоматики, выявления «исключённого предка», скрытого насилия, семейной тайны или фактов биографии. Систематический обзор В. Konkolý Thege и соавторов указывает на ограниченную и низкокачественную доказательную базу эффективности этой практики, что не позволяет рассматривать её как доказательный метод, тем более применительно к клинически значимой симптоматике у детей [Konkolý Thege et al., 2021].

Практики, предполагающие эмоционально насыщенные интерпретации непроверяемой семейной истории, требуют особой осторожности. Систематический обзор экспериментальных исследований показывает, что направляемое воображение и суггестивные утверждения способны индуцировать ложные убеждения и ложные воспоминания у существенной части участников [Muschalla, Schönborn, 2021]. Поэтому расстановочные и аналогичные методы не должны использоваться для диагностики, реконструкции травмы или принятия клинических решений при работе с ребёнком и семьёй.

Заключение

Переживания, интерпретируемые как одержимость, у детей и подростков не могут быть адекватно описаны посредством одной объяснительной модели. В конкретном случае могут одновременно быть значимы клинические симптомы, травматические обстоятельства, семейная коммуникация, культурные идиомы дистресса и религиозные убеждения. Наличие этих измерений в одном случае не делает их тождественными и не позволяет выводить одно из другого.

Предложенная рамка требует различать клинический, семейно-психологический, культурно-антропологический и онтологически-религиозный уровни анализа. Приоритетом остаются безопасность ребёнка, медицинская и психиатрическая дифференциальная диагностика, выявление травматизации и насилия, а также доступ к помощи. Семейный контекст следует изучать как область коммуникации, ресурсов, рисков и способов интерпретации симптома, но не как автоматическое доказательство семейной причины. Трансгенерационные модели могут быть полезны для постановки исследовательских вопросов о памяти, утрате и запретных темах, однако не должны использоваться как установленное объяснение или способ реконструкции непроверяемой семейной истории.

Культурная формулировка позволяет уважать систему значений семьи, не принимая на себя роль арбитра религиозной истины и не отказываясь от клинической ответственности. Культурно санкционированный опыт не следует патологизировать, однако культурная санкция не отменяет обязанности специалиста оценивать добровольность участия ребёнка, риск принуждения, дистресс, функциональные последствия, травматизацию и признаки медицинской либо психической патологии.

Дальнейшие исследования должны включать этически одобренные качественные case studies, интервью с детьми и законными представителями, генограммы на основе подтверждённых данных, стандартизированную оценку диссоциативной и травматической симптоматики, анализ траекторий обращения за помощью и независимую экспертную проверку интерпретаций. Такая программа позволит перевести обсуждаемые связи из области широких интерпретаций в область проверяемых исследовательских гипотез.

Отдельного внимания в дальнейших публикациях автора требует специфика применения валидированных русскоязычных психометрических шкал, в частности A-DES и детских опросников посттравматической симптоматики, в условиях выраженного этнокультурного сопротивления со стороны расширенной семьи. Практическое проведение стандартизированной оценки нередко затруднено отказом семьи признавать психологическую природу состояния, недоверием к формализованным инструментам и опасением стигматизации; изучение того, как эти барьеры влияют на применимость и интерпретацию шкал, а также разработка сопутствующих процедур установления контакта с семьёй, представляется самостоятельной и практически значимой задачей будущих исследований.

Библиография

1. Басилов В.Н. Избранники духов. М.: Политиздат, 1984. 208 с.
2. Выготский Л.С. История развития высших психических функций // Собрание сочинений: в 6 т. Т. 3. М.: Педагогика, 1983. С. 5–328.
3. Конкин А.С. Детская одержимость как психокультурный феномен: этноантропологическая перспектива // Психология. Историко-критические обзоры и современные исследования. 2026. Т. 15. № 5А. С. 200–212. DOI: 10.34670/AR.2026.91.47.023.
4. Копейко Г.И., Борисова О.А., Гедевани Е.В. Особенности психопатологии и феноменологии бреда одержимости религиозного содержания при шизофрении // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2018. Т. 118, № 4. С. 30–35.
5. Николаев Е.Л. Психотерапия и этнокультуральные аспекты её эффективности (аналитический обзор) // Российский психиатрический журнал. 2005. № 5. С. 62–67.
6. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ, ст. 13 // Собрание законодательства РФ. 2011. № 48. Ст. 6724.
7. Положий Б.С. Культуральная психиатрия: взгляд на проблему // Российский психиатрический журнал. 1997. № 3. С. 5–11.
8. Симоненко И.А. Процесс идентификации ребёнка в семье как механизм межпоколенной передачи травматического опыта // Медицинская психология в России. 2014. Т. 6, № 5 (28).
9. Соловьёва С.Л. Вторичная психическая травматизация как способ передачи трансгенерационного опыта // Медицинская психология в России. 2026. Т. 18, № 1. С. 2–16.
10. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб.: Питер, 2001. 272 с.
11. Харитонов В.И. Исследование феномена или обоснование теорий? // Этнографическое обозрение. 2007. № 1. С. 57–69.
12. Abraham N. Notes on the Phantom: A Complement to Freud's Metapsychology // Abraham N., Torok M. The Shell and the Kernel: Renewals of Psychoanalysis. Vol. 1. Chicago: University of Chicago Press, 1994. P. 171–176.
13. Abraham N., Torok M. The Wolf Man's Magic Word: A Cryptonymy. Minneapolis: University of Minnesota Press, 1986. 116 p.
14. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2013.

15. Boszormenyi-Nagy I., Spark G.M. *Invisible Loyalties: Reciprocity in Intergenerational Family Therapy*. New York: Harper & Row, 1973. 408 p.
16. Cohen D.B. "Family Constellations": An Innovative Systemic Phenomenological Group Process From Germany // *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families*. 2006. Vol. 14, № 3. P. 226–233. DOI: 10.1177/1066480706287279.
17. Eliade M. *Shamanism: Archaic Techniques of Ecstasy*. Princeton, NJ: Princeton University Press, 1964. 610 p.
18. Herath J., Perera S.R. PTSD presenting as possession states in children and adolescents in rural Sri Lanka: A case series // *Sri Lanka Journal of Psychiatry*. 2020. Vol. 11, № 2. P. 35–37. DOI: 10.4038/slpsyc.v11i2.8276.
19. Kaiser B.N., Weaver L.J. Culture-bound syndromes, idioms of distress, and cultural concepts of distress: New directions for an old concept in psychological anthropology // *Transcultural Psychiatry*. 2022. Vol. 59, № 4. P. 399–412. DOI: 10.1177/13634615221110665.
20. Konkoly Thege B., Petroll C., Rivas C., Scholtens S. The Effectiveness of Family Constellation Therapy in Improving Mental Health: A Systematic Review // *Family Process*. 2021. Vol. 60, № 2. P. 409–423. DOI: 10.1111/famp.12636.
21. Minuchin S. *Families and Family Therapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1974. 268 p.
22. Mohamed R., Koparde V., Chate S., Patil N. Study of Clinical Profile and Short-term Outcome of Dissociative Disorder in Children and Adolescents: An Observational Study // *Journal of Indian Association for Child and Adolescent Mental Health*. 2025. Vol. 21, № 1. DOI: 10.1177/09731342241288638.
23. Muschalla B., Schönborn F. Induction of false beliefs and false memories in laboratory studies: A systematic review // *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2021. Vol. 28, № 5. P. 1194–1209. DOI: 10.1002/cpp.2567.
24. Nowak M., Szyszka M., Lewicka W. Dissociative disorders in children: Literature review // *Pediatrics Polska — Polish Journal of Paediatrics*. 2023. Vol. 98, № 3. P. 223–228. DOI: 10.5114/polp.2023.130988.
25. Pietkiewicz I.J., Kłosińska U., Tomalski R. Trapped Between Theological and Medical Notions of Possession: A Case of Possession Trance Disorder With a 3-Year Follow-Up // *Frontiers in Psychiatry*. 2022. Vol. 13. Art. 891859. DOI: 10.3389/fpsy.2022.891859.
26. Quijada J.B. Symptoms as Signs in Buriat Shamanic Callings // Anderson D. (ed.) *The Healing Landscapes of Central and Southeastern Siberia*. Edmonton: CCI Press; University of Alberta, 2011. P. 13–27.
27. Reese E.M., Barlow M.J., Dillon M., Villalon S., Barnes M.D., Crandall A. Intergenerational Transmission of Trauma: The Mediating Effects of Family Health // *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022. Vol. 19, № 10. Art. 5944. DOI: 10.3390/ijerph19105944.
28. Sapkota R.P., Brunet A., Kirmayer L.J. Characteristics of Adolescents Affected by Mass Psychogenic Illness Outbreaks in Schools in Nepal: A Case-Control Study // *Frontiers in Psychiatry*. 2020. Vol. 11. Art. 493094. DOI: 10.3389/fpsy.2020.493094.
29. Schützenberger A.A. *The Ancestor Syndrome: Transgenerational Psychotherapy and the Hidden Links in the Family Tree*. London; New York: Routledge, 1998. 224 p.
30. Seligman R., Kirmayer L.J. Dissociative experience and cultural neuroscience: Narrative, metaphor and mechanism // *Culture, Medicine and Psychiatry*. 2008. Vol. 32, № 1. P. 31–64. DOI: 10.1007/s11013-007-9077-8.
31. Talarczyk M. Family Constellation Method of Bert Hellinger in the context of the Code of Ethics for Psychotherapists // *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*. 2011. № 3. P. 65–74.
32. World Health Organization. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. Categories 6B62 Trance disorder; 6B63 Possession trance disorder. Geneva: WHO, 2025. URL: <https://icd.who.int/browse11> (дата обращения: 30.08.2026).

Dissociative Experiences Interpreted as Possession in Children and Adolescents: Clinical, Family, and Cultural Levels of Analysis

Aleksandr S. Konkin

Pediatrician,
Clinical and Family Psychologist, Ethnopsychologist,
Independent Researcher,
119071, 1, Malaya Kaluzhskaya str., Moscow, Russian Federation;
e-mail: i@akonkin.ru

Abstract

Experiences that a child, their family, or religious-cultural environment describe as the influence of a spirit, deceased relative, demon, or other external agent create a dual task for the specialist: to ensure clinical safety and, at the same time, not to reduce the cultural language of suffering to a diagnostic label. The objective of the article is to propose a theoretical and methodological framework for analyzing dissociative experiences interpreted as possession in children and adolescents. Methodologically, the work is carried out as a critical theoretical and methodological review of the literature on dissociative disorders, psychotrauma, family systems psychology, and cultural psychiatry. As a result of the analysis, the delimitation of four non-equivalent levels of analysis is substantiated: clinical, family-psychological, cultural-anthropological, and ontological-religious; a clinically neutral algorithm for the specialist's work is also proposed, including safety assessment, differential diagnosis, the study of the family context, the cultural formulation of the case, and the rejection of suggestive methods of reconstructing family history. It is shown that family constellations cannot be used as a diagnostic method or a means of establishing the causes of childhood symptomatology, and the transgenerational perspective is admissible only as a heuristic for constructing testable hypotheses.

For citation

Konkin A.S. (2026) Dissotsiativnye perezhivaniya, interpretiruemye kak oderzhimost', u detey i podrostkov: klinicheskie, semeynye i kul'turnye urovni analiza [Dissociative Experiences Interpreted as Possession in Children and Adolescents: Clinical, Family, and Cultural Levels of Analysis]. *Psikhologiya. Istoriko-kriticheskie obzory i sovremennye issledovaniya* [Psychology. Historical-critical Reviews and Current Researches], 15 (7A), pp. 48-61. DOI: 10.34670/AR.2026.36.18.006

Keywords

Dissociative experiences, trance and possession disorder, children and adolescents, cultural idioms of distress, cultural formulation of the case, family system, transgenerational perspective, differential diagnosis, research ethics.

References

1. Basilov V.N. (1984). *Izbranniki dukhov* [Chosen Ones of the Spirits]. Politizdat.
2. Vygotsky L.S. (1983). Istoriya razvitiya vysshikh psikhicheskikh funktsiy [The History of the Development of Higher Mental Functions]. In *Sobraniye sochineniy* [Collected Works] (Vol. 3, pp. 5-328). Pedagogika.
3. Konkin A.S. (2026) Detskaya oderzhimost' kak psikhokul'turnyy fenomen: etnoantropologicheskaya perspektiva [Child Possession as a Psychocultural Phenomenon: An Ethno-Anthropological Perspective]. *Psikhologiya. Istoriko-kriticheskiye obzory i sovremennyye issledovaniya*, 15(5A), 200-212. DOI: 10.34670/AR.2026.91.47.023.
4. Kopeiko G.I., Borisova O.A., Gedevari E.V. (2018). Osobennosti psikhopatologii i fenomenologii brenda oderzhimosti religioznogo soderzhaniya pri shizofrenii [Features of Psychopathology and Phenomenology of Religious Delusions of Possession in Schizophrenia]. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova*, 118(4), 30-35.
5. Nikolaev E.L. (2005). Psikhoterapiya i etnokul'tural'nyye aspekty yeye effektivnosti (analiticheskiy obzor) [Psychotherapy and Its Ethnocultural Aspects of Effectiveness (An Analytical Review)]. *Rossiyskiy psikiatricheskii zhurnal*, 5, 62-67.
6. Ob osnovakh okhrany zdorov'ya grazhdan v Rossiyskoy Federatsii [On the Fundamentals of Protecting the Health of Citizens in the Russian Federation]. (2011). Federal Law No. 323-FZ of 21.11.2011, Art. 13. *Sobraniye zakonodatel'stva RF*, 48, St. 6724.
7. Polozhiy B.S. (1997). Kul'tural'naya psikiatriya: vzglyad na problemu [Cultural Psychiatry: A View of the Problem]. *Rossiyskiy psikiatricheskii zhurnal*, 3, 5-11.

8. Simonenko I.A. (2014). Protsess identifikatsii rebenka v sem'ye kak mekhanizm mezhpokolennoy peredachi travmaticheskogo opyta [The Process of Child Identification in the Family as a Mechanism of Intergenerational Transmission of Traumatic Experience]. *Meditsinskaya psikhologiya v Rossii*, 6(5). Available at: <http://mprj.ru>.
9. Solovyova S.L. (2026). Vtorichnaya psikhicheskaya travmatizatsiya kak sposob peredachi transgeneratsionnogo opyta [Secondary Psychological Traumatization as a Way of Transmitting Transgenerational Experience]. *Meditsinskaya psikhologiya v Rossii*, 18(1), 2-16. Available at: <http://mprj.ru>.
10. Tarabrina N.V. (2001). *Praktikum po psikhologii posttravmaticheskogo stressa* [A Practical Guide to the Psychology of Post-Traumatic Stress]. Piter.
11. Kharitonova V.I. (2007). Issledovaniye fenomena ili obosnovaniye teorii? [Research into a Phenomenon or Substantiation of Theories?]. *Etnograficheskoye obozreniye*, 1, 57-69.
12. Abraham N. (1994). Notes on the Phantom: A Complement to Freud's Metapsychology. In N. Abraham & M. Torok, *The Shell and the Kernel: Renewals of Psychoanalysis* (Vol. 1, pp. 171-176). University of Chicago Press.
13. Abraham N., Torok M. (1986). *The Wolf Man's Magic Word: A Cryptonymy*. University of Minnesota Press.
14. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). American Psychiatric Association.
15. Boszormenyi-Nagy I., Spark G.M. (1973). *Invisible Loyalties: Reciprocity in Intergenerational Family Therapy*. Harper & Row.
16. Cohen D.B. (2006). "Family Constellations": An Innovative Systemic Phenomenological Group Process from Germany. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families*, 14(3), 226-233. DOI: 10.1177/1066480706287279.
17. Eliade M. (1964). *Shamanism: Archaic Techniques of Ecstasy*. Princeton University Press.
18. Herath J., Perera S.R. (2020). PTSD Presenting as Possession States in Children and Adolescents in Rural Sri Lanka: A Case Series. *Sri Lanka Journal of Psychiatry*, 11(2), 35-37. DOI: 10.4038/slpsyc.v11i2.8276.
19. Kaiser B.N., Weaver L.J. (2022). Culture-Bound Syndromes, Idioms of Distress, and Cultural Concepts of Distress: New Directions for an Old Concept in Psychological Anthropology. *Transcultural Psychiatry*, 59(4), 399-412. DOI: 10.1177/13634615221110665.
20. Konkoly Thege B., Petroll C., Rivas C., Scholtens S. (2021). The Effectiveness of Family Constellation Therapy in Improving Mental Health: A Systematic Review. *Family Process*, 60(2), 409-423. DOI: 10.1111/famp.12636.
21. Minuchin S. (1974). *Families and Family Therapy*. Harvard University Press.
22. Mohamed R., Koparde V., Chate S., Patil N. (2025). Study of Clinical Profile and Short-Term Outcome of Dissociative Disorder in Children and Adolescents: An Observational Study. *Journal of Indian Association for Child and Adolescent Mental Health*, 21(1). DOI: 10.1177/09731342241288638.
23. Muschalla B., Schönborn F. (2021). Induction of False Beliefs and False Memories in Laboratory Studies: A Systematic Review. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 28(5), 1194-1209. DOI: 10.1002/cpp.2567.
24. Nowak M., Szyszka M., Lewicka W. (2023). Dissociative Disorders in Children: Literature Review. *Pediatrica Polska — Polish Journal of Paediatrics*, 98(3), 223-228. DOI: 10.5114/polp.2023.130988.
25. Pietkiewicz I.J., Kłosińska U., Tomalski R. (2022). Trapped Between Theological and Medical Notions of Possession: A Case of Possession Trance Disorder With a 3-Year Follow-Up. *Frontiers in Psychiatry*, 13, Art. 891859. DOI: 10.3389/fpsy.2022.891859.
26. Quijada J.B. (2011). Symptoms as Signs in Buriat Shamanic Callings. In D. Anderson (ed.), *The Healing Landscapes of Central and Southeastern Siberia* (pp. 13-27). CCI Press; University of Alberta.
27. Reese E.M., Barlow M.J., Dillon M., Villalon S., Barnes M.D., Crandall A. (2022). Intergenerational Transmission of Trauma: The Mediating Effects of Family Health. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(10), Art. 5944. DOI: 10.3390/ijerph19105944.
28. Sapkota R.P., Brunet A., Kirmayer L.J. (2020). Characteristics of Adolescents Affected by Mass Psychogenic Illness Outbreaks in Schools in Nepal: A Case-Control Study. *Frontiers in Psychiatry*, 11, Art. 493094. DOI: 10.3389/fpsy.2020.493094.
29. Schützenberger A.A. (1998). *The Ancestor Syndrome: Transgenerational Psychotherapy and the Hidden Links in the Family Tree*. Routledge.
30. Seligman R., Kirmayer L.J. (2008). Dissociative Experience and Cultural Neuroscience: Narrative, Metaphor and Mechanism. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 32(1), 31-64. DOI: 10.1007/s11013-007-9077-8.
31. Talarczyk M. (2011). Family Constellation Method of Bert Hellinger in the Context of the Code of Ethics for Psychotherapists. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 3, 65-74.
32. World Health Organization. (2025). *ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics*. Categories 6B62 Trance disorder; 6B63 Possession trance disorder. Available at: <https://icd.who.int/browse11> (accessed: 30.08.2026).