

Отдел внешних церковных связей Московского Патриархата  
Синодальный Отдел по церковной благотворительности  
и социальному служению  
Комиссия по церковному просвещению и диаконии  
Межсоборного присутствия Русской Православной Церкви  
ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»

## **Попечение Церкви о депрессивных больных**

*Материалы заседания секции*

*XXVII Международных Рождественских  
образовательных чтений*

**26 января 2019 года**

**Москва**

**2019**

Отдел внешних церковных связей Московского Патриархата  
Синодальный Отдел по церковной благотворительности  
и социальному служению  
Комиссия по церковному просвещению и диаконии  
Межсоборного присутствия Русской Православной Церкви  
ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»

## **Попечение Церкви о депрессивных больных**

*Материалы заседания секции*

*XXVII Международных Рождественских  
образовательных чтений*

*26 января 2019 года*

**Москва, 2019**

**Попечение Церкви о депрессивных больных.** Материалы заседания секции XXVII Международных Рождественских образовательных чтений, 26 января 2019 года: Сборник докладов. – М., 2019. – 58 с., ил.

Настоящий сборник включает в себя доклады, представленные на заседании секции XXVII Международных Рождественских образовательных чтений «Попечение Церкви о депрессивных больных». Авторы докладов – священнослужители Русской Православной Церкви и сотрудники Научного центра психического здоровья.

Организаторы секции: Отдел внешних церковных связей Московского Патриархата, Синодальный Отдел по церковной благотворительности и социальному служению, Комиссия по церковному просвещению и диаконии Межсоборного присутствия Русской Православной Церкви. Сборник издан при поддержке фонда «Помощь Церкви в нужде».

## СОДЕРЖАНИЕ

### ДОКЛАДЫ

Митрополит Сергей Воронежский и Лискинский Вступительное слово.....	4
Каледа В. Г. Депрессия и понятие печали и уныния в святоотеческой литературе.....	8
Копейко Г. И. Возрастные аспекты депрессий.....	18
Одяков Илия, протоиерей Помощь пастыря при депрессиях.....	24
Борисова О. А., Самсонов И.С. Религиозные способы совладения с депрессивными состояниями .....	33
Казьмина Е.А. Особенности психотерапевтического ведения больных с депрессией. Психометрические методики для анализа депрессивных состояний.....	41
Гедевани Е.В. Депрессивные расстройства и религиозность.....	45
СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ.....	58

## ДОКЛАДЫ

*Митрополит Сергей Воронежский и Лискинский*

### **Вступительное слово**

Дорогие отцы, братья и сестры, уважаемые участники нашей встречи!

Парадоксальной и, одновременно, величественной задачей психиатрии является изучение безумия усилиями разума. О мудрости, дарованной Богом человеку, неоднократно говорится в Священном Писании. Так, по словам царя Соломона *«Человек мудрый силён, и человек разумный укрепляет силу свою»* (Прит. 24:5). Однако мы должны отдавать себе отчет в том, что науки о душевных проявлениях человеческой жизни создаются разумом человечества, познавательные способности которого искажены после грехопадения. Ум человека не может постигнуть бездны самого себя. Поэтому, любые науки о душе ограничены в своей возможности дать исчерпывающее представление о тайне своего бытия: *«человек не может постигнуть дел, которые делаются под солнцем. Сколько бы человек не трудился в исследовании, он всё-таки не постигнет этого»* (Еккл. 8:17). К сожалению, современные психологи и психиатры обращают мало внимания на источник Божественного откровения — Священное Писание. Однако предметом Откровения является не только Сам Бог, но также и человек.

Священная история свидетельствует о том, что разум без Бога обыкновенно совершает совсем неразумные преобразования жизни, которые приводят к разрушениям в мире и обществе, к утрате ощущения

целостности жизни, единства с другими людьми и миром в целом. *Такое* состояние делает человека уязвимым, способствует возникновению психических заболеваний, среди которых одной из самых распространенных патологий являются депрессии. По данным специалистов Всемирной Организации Здравоохранения, в настоящее время депрессиями страдают более 300 млн. человек [1].

Депрессии, как одно из проявлений общей греховной поврежденности человеческой природы, развиваются в результате сложного взаимодействия социальных, психологических и биологических факторов. Однако одна из самых значимых причин распространения депрессии в современном обществе — это утрата традиционных религиозных ценностей. Ведь человек, не имеющий религиозных жизненных ориентиров, теряет возможность отнестись к своим невзгодам как к испытаниям, которые посылает ему Спаситель, и вместе с Господом противостоять им.

Другой значимой причиной депрессий становится кризис семьи. Он выражается, прежде всего, в том, что семья всё хуже выполняет свое главное предназначение — воспитание детей. Общество, в котором христианская религиозность либо вовсе не принимается во внимание, либо где ей отводится второстепенное место хранительницы неких полезных нравственных ценностей, не способно согласовать волю людей друг с другом, потому что не ведает воли Бога. В семье это приводит к конфликтам и насилию, к проблемам, угрожающим не только благополучию и психическому здоровью членов семьи, но и самой их жизни. Хорошо известно, что дети, растущие в дефиците любви, наблюдающие вражду между родителями, склонны к различным формам саморазрушительного поведения. Они тяготеют к социальным группам, характеризующимся фанатичным поведением, к химическим зависимостям, самоповреждениям и самоубийствам. Ежегодно в мире около 800 000 человек погибают в результате суицидов — второй по значимости причины смерти среди молодых людей в возрасте 15-29 лет [1]. Такое поведение является ответом молодежи *не на страдание*, а на отсутствие смысла жизни, который они не смогли обрести в семье. Усилия людей по созданию семейных отношений в любви, но без Бога оказываются тщетными и противоречивыми: *«Когда я чаял добра, пришло зло; когда ожидал света, пришла тьма»* (Иов. 30:26).

Депрессия — это душевная болезнь человека, уставшего от страстей. В этом обнаруживаются *духовные корни депрессий*. Печаль и уныние одолевают человека, когда он не может достигнуть *того желаемого*, к которому он привязан страстью. Переживание тоски и горя всегда сопровождают утрату человеком того, что он не имел возможности удержать. Духовное совершенство человека, *свободного от страстей*, — это наиболее радикальное средство от депрессии. По словам Иоанна Лествичника, *«кто возненавидел мир, тот избежал печали. Если же кто имеет пристрастие к чему-либо видимому, то ещё не избавился от неё; ибо*

как не опечалиться, лишившись любимой вещи?» [2]. Человек без Бога — это эгоистичное существо, которое делает себя центром мироздания. Но этого упорно не признают другие люди, — что подрывает веру эгоиста в свои силы, в возможность достичь чего-либо в будущем, заставляет видеть причину своих неудач в препятствиях, создаваемых ближними. Не случайно, человек, страдающий депрессией, как правило, низкого мнения и о себе, и о своём окружении, не видит своего будущего, живя своим прошлым.

Размышления о печали и унынии в святоотеческой литературе обращает нас к самой природе человека: к его не самодостаточности, к ограниченным возможностям, к конечности его существования, к смерти. Поэтому депрессия, — какую бы причину она не имела, — является не только областью клинической практики психиатров и психологов, но также и предметом пастырской заботы и богословских рассуждений Церкви. Больные с депрессиями особенно чувствительны к пастырскому вниманию, в связи с чем сочетание пастырской и психиатрической помощи, — при надлежащем разграничении сфер компетенции врача и священника, — оказывается очень плодотворной при терапии психических заболеваний. Не принимающие во внимание церковный опыт противодействия тоске и унынию, говоря словами пророка Иеремии, *«врачуют раны народа Моего легкомысленно, говоря: «мир! мир!», а мира нет»* (Иер. 6:14).

В православном богословии существует традиция, не позволяющая рассматривать образ Божий как сочетание совершенств человеческой природы. Что связано с опасностью умаления внеприродного, личностного начала в человеке, которое имеет не биологическое, а религиозное происхождение. Наша духовная жизнь, имея своим источником общением с Богом, отображается и в душе, и в теле, сочетается с ними так, что духовное трудно отличить от душевного и телесного. Поэтому, грех (личный и первородный), — как искажение в сфере духовной жизни, — отображается в человеческой природе как болезнь: телесная или душевная. К сожалению, игнорируя связь духовной жизни человека с душевным расстройством, развоцерковлённое общество хочет отказаться от понятия «грех» и подменить его понятием «болезнь». Сказанное относится и к депрессиям. Разумеется, никакую болезнь нельзя приписывать просто греховности, своей или своих родственников. Бывает, что Господь дает человеку болезнь как путь ко спасению (Ин. 9:1-38). Но это не отрицает причинную связь греха и болезни. Этой связи зачастую не видят пациенты, страдающие депрессиями, которые хотят вылечиться очень быстро и полностью — не понимая того, что душевное или телесное заболевание в своей основе имеет нравственно-аскетическое несовершенство, исцеление которого может продолжаться всю жизнь.

Камнем преткновения для современной психиатрии является *бесоодержимость*, которая часто бывает именно у психически больных. Одержимость усугубляет психическое заболевание, а то, в свою очередь,

способствует усилению влияния бесов. Для различения психического расстройства и одержимости есть только одна предпосылка — вера в бытие ангелов и бесов. Бесовский мрак — это то, что *чувствует* личность, находящаяся в Боге. Действие Божие переживается как мир, радость, смирение и забвение о себе. Влияние бесов переживается как тревога, безрадостность, помрачение ума, сосредоточенность на себе, презрение и высокомерие по отношению к другим. Существование бесов, как и бытие Бога, — это то, что не подлежит доказательству разумом. Если не *верить* в существование дьявола, то бесоодержимость всегда будет восприниматься только как проявление психического заболевания. Дифференциальный диагноз вряд ли всегда возможен на основании исследования симптомов или поведения пациентов в присутствии святынь. Ведь бесы — это личности, способные весьма изощренно обманывать тех, кто их испытует.

Сегодня много говорят о *кризисе медицины*. Но речь идет не о состоянии некоего социального института. Это кризис человечности, любви и милосердия в медицинской среде. Исцеляя больных и изгоняя бесов, Спаситель не принимал во внимание вопросы вознаграждения, экономики здравоохранения и медицинского права. Сострадание, милосердие и любовь — это призыв Бога из вечности к любому врачу, но в особенной мере к *психиатрам*, врачующим душевные недуги. И хотя не существует дисциплины, которая обучала бы студентов-медиков любви, милосердию и состраданию, престиж и деньги не должны становиться основными мотивами врачебной деятельности. Призывая следовать принципу наименьшего ограничения свободы пациента, Церковь не вмешивается в конкретные формы медицинского вмешательства, необходимого психически нездоровому пациенту. Однако следует признать достойным *внимательного изучения* опыт психиатрического сообщества ряда стран, изменивших систему оказания психиатрической помощи путем преобразования специализированных психиатрических клиник в психиатрические отделения больниц. Такие изменения делают психиатрическую помощь более человечной не только по отношению к пациентам, но и к медицинскому персоналу. Гуманизацию психиатрической помощи нужно начинать с гуманизации работы врача-психиатра. Ведь повседневная встреча с безумием, напряженный рабочий ритм и поистине *дьявольское поспешение* разрушительны и могут быть остановлены только внутренней духовной работой и любовью к больным. Убежден в том, что медикам, работающим в психиатрии, особенно сложно сохранить свое душевное здоровье без молитвы, без Церкви и церковных таинств.

Год назад на нашей секции мы говорили о новых проблемах пастырской работы с душевнобольными, которые требуют серьезного осмысления. Обсуждение этих проблем было продолжено нами на международной конференции «Попечение Церкви о душевнобольных», которая была проведена 13-14 ноября 2018 г. по инициативе Комиссии по церковному просвещению и диаконии Межсоборного присутствия Русской

Православной Церкви и Отдела внешних церковных связей (ОВЦС) при поддержке международного фонда «Помощь Церкви в нужде». В работе этой конференции приняли участие священники, врачи-психиатры, эксперты из Греции, Нидерландов, Испании, Великобритании, Италии, специалисты Научного центра психического здоровья Российской Академии Наук. Состоялся плодотворный диалог представителей Церкви и медицины, относящийся к различным проблемам психиатрии. Кроме того, в минувшем году наша рабочая группа представила проект документа, который называется «Пастырское попечение Русской Православной Церкви о психически больных», на рассмотрение Комиссии по церковному просвещению и диаконии Межсоборного присутствия Русской Православной Церкви. Мы обеспокоены тем, что нравственный кризис всё чаще и сильнее отражается на состоянии психического здоровья населения, что свидетельствует о чрезвычайно сильном отступлении общества от нравственных норм. Депрессии — одно из самых частых заболеваний, с которыми встречаются *как психиатры*, так и священнослужители. Надеюсь, что сегодня мы сможем плодотворно продолжить диалог духовенства с врачебным сообществом, чтобы дать душевнобольным с депрессивными расстройствами возможность избавиться от страдания при помощи благодати Бога, — по словам Псалмопевца Давида: «Что унываешь ты, душа моя, и что смущаешься? Уповай на Бога, ибо я буду еще славить Его, Спасителя моего и Бога моего» (Пс. 41:6).

### **Использованная литература:**

<https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Преподобный Иоанн Лествичник. Лествица или Скрижали духовные. Часть 7. Слово 2.7

*Каледа В.Г.*

### **Депрессия и понятие печали и уныния в святоотеческой литературе**

Ваше Высокопреосвященство, дорогие отцы, братья и сестры! Сегодня мы собрались, чтобы обсудить, наверное, одну из самых актуальных проблем, которая стоит перед психиатрией и нашим обществом, – проблему депрессии. Около 550 млн человек в мире страдает депрессией, в России этим расстройством страдает около 9 млн человек. При этом среди тех, кто кончает жизнь самоубийством, преобладают лица, находящиеся в тяжелом депрессивном состоянии. Неслучайно эксперты Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) называют депрессию врагом номер один. Мы сталкиваемся с этой проблемой не только в стенах психиатрических клиник и больниц для лечения соматических заболеваний,

но и в своей повседневной жизни, наблюдая ее среди наших родных, близких, друзей и знакомых. Иногда депрессия возникает в самые неожиданные моменты нашей жизни, в самых неожиданных ситуациях, она появляется у людей, которых мы всегда воспринимали как сильных духом. Согласно определению ВОЗ, депрессия – это психическое расстройство, проявляющееся в патологически сниженном настроении. Ключевое слово – «патологически сниженное настроение», потому что в норме каждый из нас имеет свои эмоции, реагирует на те или иные события в своей жизни: радуется, когда происходит что-то позитивное, и огорчается, когда происходит что-то негативное. И Господь наш Иисус Христос, когда умер Его друг Лазарь, опечалился, заскорбел духом, заплакал. Можно найти много других примеров, например, в житиях святых, когда люди реагировали определенным образом на те огорчения, которые появлялись в их жизни. Здесь мы говорим о депрессии как о патологически сниженном настроении с пессимистической оценкой самого себя, своего положения, окружающей действительности. У человека как будто надеты черные очки. Все что окружает его в жизни, все что было и будет, воспринимается в крайне пессимистических тонах. Это состояние сопровождается моторной и идеаторной, то есть мыслительной заторможенностью и идеями самообвинения.

В числе критериев депрессии – сниженное настроение, которое длится не менее двух недель, и в котором человек пребывает большую часть дня. Он утрачивает интерес и не получает удовольствия от обычно приятной для него деятельности. Наблюдается нарушение сна: как правило, отмечается ранее пробуждение, трудности засыпания, а бывает, что при депрессии человек спит целые сутки. Отмечаются снижение деятельности, собственной самооценки, энергия, жизненного тонуса; наступают повышенная утомляемость, различные сомато-вегетативные расстройства типа запоров и другие. Отмечается снижение веса, выраженное ухудшение аппетита с отказом от приема пищи; снижение различных влечений. Появляется несвойственное человеку беспричинное чувство самоосуждения и чрезмерное чувство вины. В тяжелых случаях возникают антивитаальные размышления и мысли о самоубийстве.

Депрессия является одним из самых распространенных психических расстройств; в течение последних десятилетий наблюдается отчетливая тенденция к его распространению, к увеличению числа депрессивных больных. В то же время, специалисты стали уделять больше внимания этой проблеме и понимать, что затяжное плохое настроение появляется не просто потому, что человек чем-то опечалился или огорчился, что это психическое расстройство. Вследствие такого подхода существенно увеличилась диагностика данного заболевания, и за последние десятилетия эта проблема стала ведущей в психиатрии. Если в 1960-е – 1970-е годы психиатрические исследования уделяли больше внимания шизофрении, то сейчас акцент делается на аффективных расстройствах.

Согласно статистическим данным, женщины более подвержены депрессии. Например, около 20% женщин страдают послеродовой депрессией. Казалось бы, такое счастливое событие в жизни женщины – рождение ребенка, а у нее вдруг возникает депрессия. Причина этого – ряд эндогенных изменений, которые происходят в ее организме.

Необходимо отметить, что, по некоторым психиатрическим данным, на протяжении жизни от 4 до 18 % населения в том или ином возрасте переносит депрессию. Наиболее уязвимым периодом является юношеский возраст и возраст старше 60 лет, когда более 60% населения страдает депрессией. Депрессия – это не только грустное, печальное и тоскливое настроение, как многие считают. Это психическое расстройство, некоей триадой симптомов: снижением настроения, заторможенностью мышления и двигательной заторможенностью. Традиционно депрессивный человек описывается как гипомимичный, с печатью печали и грусти на лице, печального вида, глаза могут быть полны слез, тоски. Он двигается медленно, минимальная жестикуляция, сгорбленная фигура, тихая замедленная речь. Так проявляется классическая тяжелая депрессия. Но бывает так называемая улыбающаяся депрессия, когда человек, испытывая тяжелые душевные страдания, улыбается, часто иронизирует над собой, и за этой маской очень трудно увидеть его тяжелые душевные страдания. Нередко за этой маской улыбки и самоиронией скрываются, в том числе, суицидальные мысли и намерения. В депрессивном состоянии больные говорят, что физически ощущают грусть, печаль, тоску и при этом показывают на область сердца. Это явление было описано еще психиатрами XIX века как прекордиальная тоска. Душевная боль ощущается физически, это синестетическое ощущение боли. При депрессии у человека появляется апатия, утрата желания чем-либо заниматься, возникают идеи самообвинения, самоуничтожения и греховности. В этом состоянии человек может прийти на исповедь, каяться в своих грехах, и священник будет воспринимать это как позитивный момент, как глубокое чувство раскаяния, которое должно быть у каждого христианина. Однако необходимо понимать, что за этим внешним чувством греховности кроется депрессивное состояние. Человек утрачивает смысл жизни, жизнь становится бесцельной. На начальном этапе появляются антивитальные размышления, желание заснуть и не проснуться, затем появляются суицидальные мысли и намерения, а в некоторых случаях происходят и суицидальные попытки. Человек утрачивает способность воспринимать окружающий мир, происходящие вокруг него события, реагировать на них, перестает ощущать вкус и запахи, появляется слабость. Человек быстро раздраженно реагирует на происходящие вокруг него события.

Во время депрессии человек отмечает мыслительную (идеаторную) заторможенность. Мысли текут медленно, человек говорит, что у него голова пустая, очень трудно соображать. Ему трудно сформулировать элементарные мысли, пойти в магазин и сказать простые слова продавцу.

Ему нужно продумывать фразу, прежде, чем ее произнести. Трудно участвовать в беседе на элементарные бытовые темы.

Моторный компонент депрессии проявляется в том, что человек испытывает физическую слабость. Молодой человек, казалось бы, должен быть полон сил и энергии, а он не может заставить себя утром подняться, идти на занятия или на работу или в храм. При этом он испытывает чувство тоски, ощущает разбитость и бессилие. Депрессия не может не отражаться на духовной сфере. Человек верующий отмечает так называемое окамененное бесчувствие. У старца Силуана Афонского находим классическое описание окамененного бесчувствия: человек обращается к Богу, молится, но не чувствует никакого ответа, как будто стучится в закрытую дверь. Человек приступает к Таинствам, но не принимает в них эмоционального участия. Он испытывает ощущение холода на сердце, не может читать духовную литературу. Есть больные, которые в этом состоянии не могут подходить к Причастию: они говорят, что ничего не чувствуют после Причастия и поэтому не могут подходить в Чаше. Некоторые люди ощущают потерю веры в милосердие Божие, начинают роптать, хулить Бога, отказываются от того креста, который Господь им послал.

Депрессия имеет различные степени выраженности. Бывает так называемая легкая депрессия, субдепрессия, при которых перечисленные мной симптомы выражены незначительно. Такая депрессия не оказывает серьезного влияния на выполнение обычной работы, на социальную деятельность. И в общем-то только ближайшие родственники и священник во время исповеди могут почувствовать, что человек находится в состоянии субдепрессии. Умеренная степень депрессии характеризуется уже появлением более-менее отчетливых трудностей в выполнении социальных обязанностей, домашних дел, работы. Когда мы говорим о тяжелой депрессии, то чувство тоски, безысходности достигает уже такой степени выраженности, что человек оказывается не способен к какой-либо деятельности.

Находясь в субдепрессивном состоянии, человек становится как бы глубже. Он понимает, что многие дела и события его жизни в действительности представляют собой житейскую суету. Он обращается к Богу, задумывается о своей духовной жизни более серьезно, чувствует свою греховность, недостойность и ищет пути духовного роста и совершенствования.

Находясь в тяжелой депрессии, человек ощущает, что как бы находится на дне глубокой-глубокой пропасти, он не способен что-либо чувствовать, ощущать поддержку близких, слышать слово священника. Человек как будто бы находится в большом тоннеле, где света практически не видно. В этом состоянии нередко возникают суицидальные мысли и поступки, в том числе и у верующих людей, в семьях, которые всегда жили церковной жизнью. Даже им не всегда удается тяжесть депрессии.

Рассматривая вопрос о происхождении и разновидностях депрессий, следует выделить:

- эндогенная депрессия, имеющая генетически обусловленные, биологические причины;
- психогенная депрессия, возникающая под воздействием психогенных факторов;
- соматогенная депрессия, которая сопровождается соматическими заболеваниями.
- конституциональная депрессия, связанная с определенным устройством личности человека.

К эндогенным депрессиям относятся биполярное аффективное расстройство, рекуррентное депрессивное расстройство, шизофрения, шизоаффективный психоз, органические и атрофические заболевания головного мозга, депрессии, связанные с репродуктивным циклом женщины (послеродовые, инволюционные и др.).

Все современные исследования врачей-психиатров отмечают, что люди верующие более стрессоустойчивы – они легче переживают стрессовые события, которые намечаются в их жизни, видят в них какую-то волю или поущение Божие. Не случайно на Руси, когда происходило какое-то несчастье, говорили: «Господь посетил». Господь посетил, чтобы человек задумался о своей жизни, о смысле своего бытия. Виктор Франкл говорил, что религия дает человеку духовный якорь спасения с таким чувством уверенности, которое он не может найти нигде больше. Исследования показывают, что люди действительно верующие легче переносят тяжелые жизненные ситуации, и у них меньшая степень выраженности реактивной депрессии.

Существует конституционально-депрессивный тип личности. Такие люди исходно все воспринимают с пессимистической установкой, тяжело, у них отсутствует способность к беззаботной радости. Во всем им видится обратная сторона, все каким-то образом отравлено и испорчено. Такие личности необыкновенно чувствительны к негативным сторонам жизни и всегда ожидают худшего. Ипохондрические опасения и самобичевания подстерегают их изо дня в день на их пути. Часто имеет место формирование депрессивно-христианского мировоззрения.

К сожалению, очень часто, когда эти люди приходят в церковь, они жизнь в церкви воспринимают в депрессивных тонах, создают депрессивное восприятие нашей церковной жизни. Они пытаются воспринимать христианство не как радостную полноту жизни во Христе, а именно как депрессивную религию.

В зависимости от преобладания в структуре депрессий тех или иных компонентов принято выделять следующие их основные виды: меланхолические, тревожные, анестетические, адинамические, апатические, дисфорические, сенестоипохондрические и метафизические.

Для меланхолических (или тоскливых) депрессий характерно преобладание подавленного настроения с интеллектуальной и моторной заторможенностью. Больные жалуются на гнетущую безысходную тоску, которая часто сопровождается тягостными физическими ощущениями в эпигастральной области и в области сердца. Больного ничто не радует, он считает себя неудачником, обузой близким, прошлое рассматривает как цепь ошибок, испытывает чувство бесперспективности, отчаяния. Больные заторможены, могут лежать в постели или сидеть в однообразной позе целыми днями. Речь тихая, монотонная.

Тревожные депрессии сопровождаются появлением тревоги, мучительного ожидания надвигающегося несчастья, катастрофы. Больные пребывают в напряжении и не могут найти себе места - им «не сидится и не лежится», они постоянно находятся в движении. При этом в некоторых случаях они, напротив, могут подолгу сидеть неподвижно, только постоянные движения пальцами и кистями рук будут выдавать их внутреннее напряжение.

Для так называемых анестетических депрессий характерно преобладание утраты эмоциональных реакций на окружающее. Больные высказывают жалобы на отсутствие эмоционального резонанса с появлением мучительного чувства внутренней опустошенности и утратой всех чувств, включая тоску. Больные говорят, что стали «деревянными», «окаменели», «отупели». Возникает ощущение изменения восприятия окружающего: оно потеряло краски, воспринимается «как сквозь тусклое стекло».

При адинамических депрессиях в первую очередь отмечается слабость, бессилие, выраженные затруднения в выполнении физической и умственной работы при сохранении стремления к деятельности. Больные жалуются на отсутствие физических сил, чувство разбитости, вялости и бессилия.

Апатические депрессии характеризуются доминированием жалоб на отсутствие желаний и стремления к какому-либо виду деятельности. При этом больные не испытывают чувства тоски, тревоги, у них отсутствуют идеи самообвинения.

Дисфорические депрессии характеризуются возникновением на фоне подавленного настроения эпизодов недовольства, раздражительности, гневливости, агрессивности и разрушительных тенденций (так называемая «раздражительная слабость»). При этом для возникновения раздражения достаточно незначительного повода.

При сенестоипохондрических депрессиях (соматизированные депрессии, «депрессия без депрессии», маскированные депрессии) основными являются жалобы на неприятные, тягостные ощущения в различных частях тела. Больные сосредоточены на своем физическом здоровье, при этом собственно подавленное настроение отступает на второй план или воспринимается больным как естественное следствие телесных

недомоганий. Существуют некоторые признаки, позволяющие заподозрить данный вид депрессии: больной длительно и упорно лечится у врачей различных специальностей, которые, несмотря на применение современных методов диагностики, не находят у больного какого-либо конкретного заболевания (могут быть поставлены малоопределенные диагнозы типа «вегето-сосудистая дистония»); несмотря на неудачи в лечении, больной продолжает упорно ходить по врачам.

Особой разновидностью депрессии является метафизическая (экзистенциальная) депрессия (более характерна для юношеского возраста), которая характеризуется, прежде всего, внезапным резким погружением в философские размышления, рассуждения о смысле жизни и т.п. Такие размышления могут приводить человека к «обоснованному» выводу о неизбежности смерти, бессмысленности жизни и развитию ощущения непонимания со стороны окружающих, в итоге подводящим человека к планам самоубийства.

Выделяют еще так называемую ироническую депрессию, при которой больные с улыбкой иронизируют над своим состоянием и беспомощностью. При этом улыбка на лице больного не означает незначительности его расстройств и не исключает наличие у него сформировавшихся суицидальных намерений.

С точки зрения наибольшего риска суицида, самыми опасными являются тоскливая, тревожная и анестетическая формы депрессий. Исходя из клинических наблюдений, такие депрессии переносятся больными наиболее тяжело. Может быть, уместны были бы слова преподобного Исаака Сирина, сказанные по поводу уныния, что «это есть вкушение геенны» для души.

На проявления депрессий существенно влияет возраст больного. Так, у детей дошкольного возраста депрессии проявляются свойственными именно этому возрасту формами реагирования – вегетативными и двигательными нарушениями. Дети становятся двигательно заторможенными, отказываются от еды, худеют, у них нарушается сон. Они становятся плаксивыми, замкнутыми, теряют интерес к играм. Для депрессивных состояний у детей младшего школьного возраста характерно появление расстройств поведения, проблем с успеваемостью, энуреза, уменьшение аппетита, снижение массы тела, запоры. В ряде случаев наблюдаются раздражительность, склонность к агрессии, прогулы школьных занятий. При этом появление жалоб на чувство тоски для детей не характерно.

В подростково-юношеском возрасте депрессии характеризуются выраженными проблемами с концентрацией внимания, трудностями сосредоточения и осмысления, повышенной фиксацией на своей внешности, антивитальными размышлениями с утратой смысла жизни и высокой частотой возникновения суицидальных мыслей и намерений. Кроме этого отмечаются нарушения сна, аппетита, головные боли, запоры,

многочисленные ипохондрические жалобы. Для мальчиков характерна раздражительность, для девочек — слезливость и вялость.

Для депрессий в позднем возрасте характерны заторможенность, тревожные состояния, появление или усугубление когнитивных нарушений, в том числе расстройств памяти, выраженный ипохондрический компонент, проявляющийся в фиксации на своем физическом состоянии, а также нарушения сна, аппетита, изменения массы тела, запоры и т. д.

По данным современных исследований, в 20% случаев депрессивное состояние тянется более 2 лет, а в 17% случаев депрессия продолжается в течение всей жизни. В этих случаях принято говорить о формировании так называемых затяжных и хронических депрессий.

К сожалению, в нашем обществе депрессии, включая затяжные, длительные депрессивные состояния, очень часто не воспринимаются как заболевание. Последствием этого является критика и упреки в адрес больных за слабохарактерность и «нежелание себе помочь» вместо оказания психологической поддержки. Однако воздействие на волю человека, лишаящее его способности предпринимать действия для улучшения своего состояния, является частью самой депрессии.

Первое и главное, что требуется от священника, – это понимание того, что любое депрессивное состояние – не просто грусть как здоровая реакция здорового человека на житейские неприятности, а одна из разновидностей психических расстройств.

Размышляя о причинах депрессии, можно вспомнить слова Гиппократа, которые он произнес еще 24 столетия назад: «Надо знать, что ... огорчения, печаль, недовольства и жалобы происходят от мозга... От него мы становимся безумными, нас охватывает тревога и страхи либо ночью, либо с наступлением дня».

Сегодня при рассмотрении причин депрессии принято выделять целый ряд факторов: биологических, психологических, социальных и духовных. Модель депрессии состоит из четырех компонентов: био- психосоцио- духовных компонентов.

Биологические компоненты на сегодняшний день хорошо изучены, зафиксированы в большом количестве исследований головного мозга, они выделяются при различных аффективных состояниях. Существуют методы исследования, в частности ЭЭГ, позволяющие фиксировать уровень депрессии человека.

Социальный фактор депрессии способствует ее распространению среди людей определенных профессий: работников сферы ухода за пожилыми и больными людьми, а также среди нянь, ухаживающих за маленькими детьми (11,3%), среди работников общепита (10,3%), врачей (9,6%), среди безработных (12,7%). Меньше всего депрессии подвержены ученые, архитекторы и инженеры (4,3%).

Депрессия чаще развивается среди членов семьи депрессивных пациентов. Приблизительно 20% родственников больных подвержены

депрессии, в то время как родственники здоровых заболевают в 7% случаев. Риск развития депрессии среди одиноких и разведенных лиц в 2-4 раза выше, чем среди семейных. При этом разведенные и одинокие мужчины рискуют больше, чем разведенные и одинокие женщины.

В трудах святых отцов мы часто встречаем понятие «печали». Когда мы говорим о печали в нашей жизни в бытовом смысле, то обычно подразумеваем тимический компонент – грустное, печальное настроение. Но святые отцы подразумевали под этим не только печальное настроение, но состояние скорби, отчаяния, когда грусть-тоска выше максимальной степени. Происходит упадок духа, бессилие.

Вся депрессия была подробно описана святыми отцами. Св. Авва Дорофей писал о скорби, психической тяжести и боли, об изнеможении, стесненности, беспокойстве, угнетенности; преп. Иоанн Кассиан Римлянин – об отчаянии; свят. Иоанн Златоуст – об упадке духа, бессилии.

Когда святые отцы описывают уныние, они говорят о состояниях лени и скуки (блаж. Феодорит Кирский), о потере мужества (преп. Иоанн Кассиан Римлянин), вялости, оцепенении, небрежности, беспечности, сонливости (Кирилл Скифопольский), об отягчении тела и души, подталкивающем человека ко сну, хотя он в действительности не устал (свят. Афанасий Великий), о потере аппетита, отвращении, томлении и равным образом упадке сил (блаж. Феодорит Кирский), о том, что человек теряет вкус ко всему, находит всякую вещь пошлой и безвкусной, не ждет более ничего (Палладий Еленопольский). Сегодня в психиатрии используется понятие ангедония – утрата способности получать удовольствие от чего-либо. Все это описано святыми отцами в понятиях «печаль» и «уныние».

Удивительно, что у святых отцов мы находим описание причин депрессии, к которым относятся:

- лишение желаемого (в широком смысле), как некий психогенный фактор,
- гнев (св. Евагрий Понтийский: «Печаль бывает следствием гневных помыслов»). Преп. Максим: «Памятозлобие сопряжено с печалью»),
- печаль может быть беспричинной (преп. Иоанн Кассиан Римлянин),
- от воздействия бесов.

Беспричинную печаль, мы психиатры XXI века, называем эндогенной депрессией, когда причина находится на биологическом уровне, и депрессия возникает без какого-либо провоцирующего фактора. Святые отцы это увидели. Мы можем только восхищаться и поражаться в XXI веке тем, что увидели святые отцы. Иоанн Кассиан Римлянин не пытался при этом приписать эти состояния каким-либо другим скрытым причинам: воздействию бесов, лишению желаемого, какой-то греховности. Святые отцы честно признали, что не увидели причины такой депрессии. К сожалению, в современной литературе, которую можно найти в православных храмах, священники не видят этих моментов и готовы все

списать на воздействие бесов и на что-нибудь другое. Нужно обращаться к святым отцам, где все эти состояния описаны.

Во многих случаях, хотя далеко не во всех, депрессия имеет духовную причину. Это связано со страстями печали и уныния и, соответственно, подлежит духовному врачеванию.

При эндогенной депрессии на первое место выходит медицинское врачевание, естественно вместе с духовным.

Говоря о показаниях для направления на консультацию к врачу-психиатру, следует отметить, что не нужно направлять ко врачу сразу всех больных, у которых отмечается депрессия, например, при легкой степени тяжести. К врачам-психиатрам следует направлять, когда имеются уже достаточно выраженные симптомы депрессии, умеренные или сильной степени выраженности, с антивитальными размышлениями, суицидальными мыслями, намерениями, поступками; когда у человека отмечается чувство богооставленности, человек теряет надежду на милосердие Бога; когда утрачивает веру.

Когда мы говорим о терапии депрессии, мы говорим, что показана психотерапия, об этом сегодня будет говориться более подробно,

Сегодня существует достаточно много методов терапии для тех, кому она показана: психофармакотерапия, светотерапия сезонных депрессий, фитотерапия – это лечение при легких депрессиях. Существует музыкотерапия: первым музыкальным терапевтом был царь Давид, который играл на лютне царю Саулу, который находился в тяжелой депрессии. Есть библиотерапия, когда человек обращается к чтению Священного Писания. Это очень важный метод для человека верующего и православного. В тяжелом случае используется метод электросудорожной терапии, транскраниальной магнитной стимуляции. Существует большой комплекс современных антидепрессантов, имеющих имеют разный механизм действия и разные показания при назначении.

В одной из утренних молитв есть такие удивительные слова, когда мы обращаемся ко Пресвятой Богородице и просим ее: «Отжени от мене смиренного и окаянного раба твоего, уныние...». Действительно, уныние, печаль, депрессия являются одним из самых тяжелых духовных, душевных состояний человека. Поэтому мы должны помнить слова апостола Павла: «Всегда радуйтесь. Непрестанно молитесь. За все благодарите: ибо такова о вас воля Божия во Христе Иисуса» (1Фес. 5:16-18).

## **Возрастные аспекты депрессий**

Ваше Высокопреосвященство, многоуважаемые коллеги, дорогие братья и сестры!

Свой доклад я хотел бы начать со слов К. Ясперса, который говорил, что возраст откладывает отпечаток на любое болезненное состояние, и что любая психическая болезнь претерпевает модификацию в связи с возрастом больного.

Это очень существенный момент. Настолько существенный, что до 70-х годов прошлого столетия среди психиатров шли споры о том, может ли быть депрессия в детско-подростковом возрасте. В то время в качестве депрессии признавались только депрессии зрелого возраста.

Академик А.С. Тиганов выделяя факторы, которые влияют на формирование депрессивного синдрома, важнейшее место отводил возрасту. Среди других клинических факторов, влияющих на структуру депрессии, он называл:

- степень выраженности изменения личности. Если человек болеет очень долго, у него появляются так называемые негативные изменения личности, это находит свое отражение в проявлении депрессий с негативной аффективностью.

- предшествующее течение. Врачи выделяют затяжные, хронические депрессии, они очень существенным образом по своей симптоматике отличаются от классических.

- нозологическая специфичность. Например, шизофренические депрессии или депрессии при аффективных психозах могут очень существенным образом различаться. В структуре синдрома могут присутствовать другие симптомы, например, бред, галлюцинации.

- экзогенные вредности, например, алкоголь, наркотики, также влияют на картину депрессивного состояния.

Возрастной фактор включает целый комплекс как биологических, так и социально-средовых, культурных факторов.

Депрессия существенным образом сказывается на состоянии как самого человека, так его семьи, близких и общества в целом. Специалисты выделяют так называемое «бремя депрессии», критически значимыми факторами которого являются: высокий риск хронификации заболевания, негативное влияние на социальное функционирование человека, недостаточно адекватное лечение, повышение суицидального риска, утяжеление соматической патологии. Нередко наличие депрессии отягчает течение другого заболевания, например, сахарного диабета, онкологического заболевания или каких-то других болезней. А иногда даже сама депрессия может выражаться только соматическими симптомами, это так называемые, соматические маски депрессий.

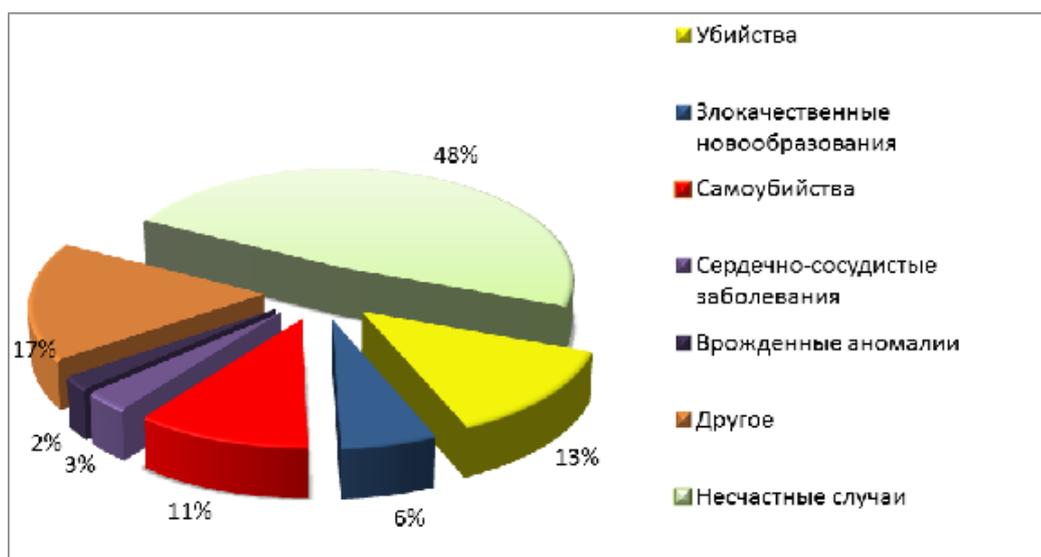
По прогнозам ВОЗ к 2030 году депрессии выйдут на первое место по интегральному показателю DALY (Disability Adjusted Life Year - показатель линейной суммы потенциальных лет жизни, утраченных из-за преждевременной смерти и нетрудоспособности).

Одним из самых грозных последствий тяжелых депрессий, особенно эндогенных, является риск самоубийства. Этот вопрос касается одновременно и священника, и врача, и семьи, и общества. То есть это зона нашей совместной ответственности.

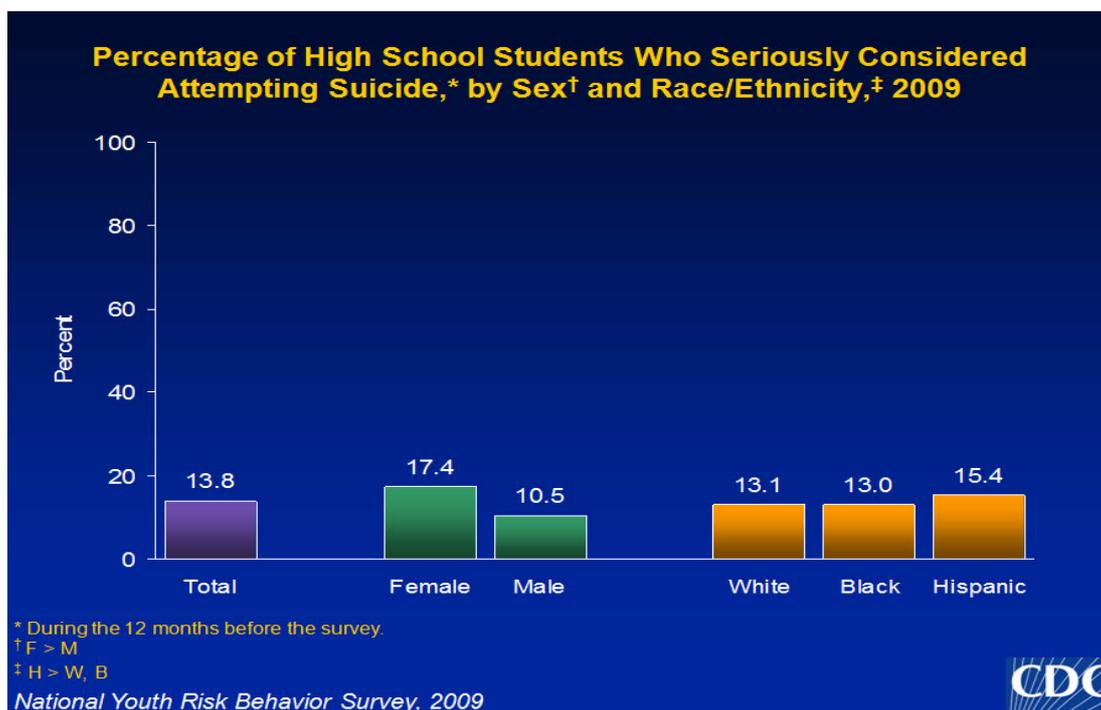
Психиатры до сих спорят, является ли самоубийство результатом психической болезни или актом, во время которого человек контролирует свое поведение? В НЦПЗ мы все таки придерживаемся точки зрения, что у 90 % лиц, совершающих суицидальную попытку, за этим стоит заболевание, чаще всего депрессия. Это мнение разделяют и некоторые зарубежные авторы. У известного немецкого психиатра К.Ясперса есть работа, в которой он затрагивает вопрос о самоубийстве. Он пишет, что как при появлении гриппа, вирусных заболеваний у человека повышается температура, и это является проявлением болезни, так и при депрессии появляются суицидальные мысли. Это такое же проявление болезни, и соответственно начинается борьба между личностью человека и этими мыслями, эта борьба уже не на жизнь, а на смерть.

Тревожным моментом является омоложение смертности от суицидов. И хотя ситуация в нашей стране в целом по суицидам не критичная, по самоубийствам среди молодежи мы, к сожалению, занимаем одно из ведущих мест.

В США (см. диаграмму) среди причин смертности молодежи самоубийства стоят на третьем месте после убийств и злокачественных новообразований.



А на этом рисунке представлена статистика об американских студентах, которые серьезно задумывались о попытке совершить суицид.



Среди всей популяции американской молодежи почти 14 % задумывались серьезно о суициде. Казалось бы, молодость – такое время, когда открыты все возможности, это время творчества, взлета душевных сил, время любви, раскрытия всего лучшего, а получается, что 14 % юношей и девушек думает о том, как бы уйти из жизни. Причем доля девушек в этой группе выше (18%), чем доля юношей (10%), есть и различия по национальному признаку.

На следующем рисунке представлена статистика суицидов по возрасту - от 0 и до более зрелого возраста. Имеется два пика суицидальной активности. Один из них приходится на подростково-юношеский возраст, то есть период, когда человек ищет свое место в жизни, думает над вопросами смысла жизни, пытается создать семью, ищет работу и т.д. Второй пик касается более позднего возраста, когда жизнь завершается, человек подводит итоги, и возникают э тяжелые мысли.

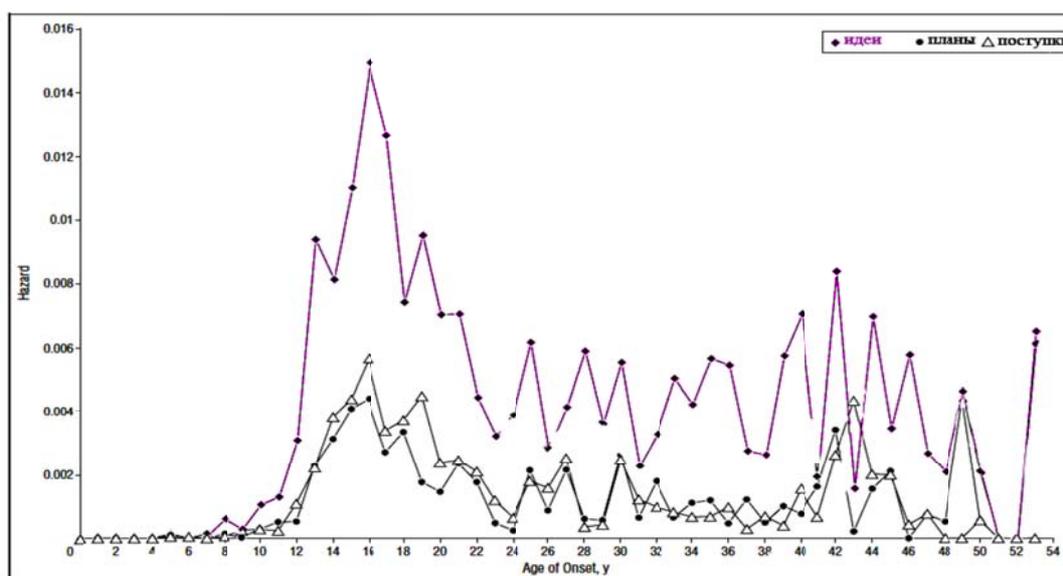


Figure 1. Hazard functions of first onset of suicide ideation, plan, and attempt (N=5877).

До 1970-х годов не признавалось, что депрессии могут иметь место в детском и даже младенческом возрасте. И только в середине 70-х годов на специальных психиатрических конгрессах было заявлено, что такие депрессии могут быть.

Наши специалисты НЦПЗ показали, что даже в младенческом возрасте, в первые годы жизни возможны депрессии, но они качественным образом отличаются от депрессий взрослых. Для них характерны такие симптомы, как отказ от грудного молока, непереносимость грудного вскармливания, частый плач с отсутствием реакции на утешение, редукция познавательных интересов, отрицательное отношение к игровому контакту и общению в целом, к матери и т.д. Кроме того, часто встречается задержка роста и веса ребенка при сохранном аппетите, а также и нарушения сна.

При депрессии в детском возрасте наблюдается тоже целый набор симптомов. Один из наших отечественных психиатров, Г.Е.Сухарева одна из первых описывала детские депрессии, которые выражаются целым комплексом соматических жалоб. Ребенок в этом возрасте не может сказать: «У меня тоска предсердечная» или «Я испытываю такие-то мысли», у него депрессия выражается в телесных признаках. И поэтому врачу-педиатру очень важно знать эти симптомы, чтобы отделить соматическую патологию, которая требует терапевтического вмешательства, от психических нарушений. Среди симптомов встречаются нарушения пищеварения, бессонница, головные боли, замедление моторики, плаксивость, отсутствие интереса – это так называемые ларвированные проявления депрессивных расстройств в детском возрасте.

В подростково-юношеском возрасте наблюдается целый ряд атипичий по сравнению со зрелым возрастом. Для депрессий в этом возрасте характерны следующие моменты:

- высокий удельный вес риска заболеваемости, который достигает иногда даже 30-40%, трудности распознавания. Мы нередко встречаемся в клинике с тем, что родители начинают понимать, что с подростком или юношей что-то не то, только при попытке суицида, потому что остальные симптомы не выражены.

- анозогнозия, алекситимия – эти понятия обозначают, что в этом возрасте юноши не могут объяснить, что с ними происходит, описать свои чувства или вообще могут отрицать, что они больны.

- низкий комплайнс – очень трудно установить доверие с подростком, наладить контакт, в отличие от взрослого человека, который все понимает. И конечно присутствует атипичность клинических проявлений. Она выражается в том, что фактически не бывает выраженной тоски, тревоги, при этом могут одновременно присутствовать некоторые разнородные аспекты, например, тревога и апатия, потеря смысла жизни и раздражительность.

- высокая склонность к импульсивному суицидальному поведению.

- когнитивные расстройства, когда подростки жалуются на то, что «голова не работает», так называемые ювенильные астенические расстройства. Это особенно часто встречается у студентов, которые испытывают повышенные нагрузки, сдают сессии. Этот симптомокомплекс впервые был описан Губером и Гроссом.

Для неспециалистов важно знать, что подростковые депрессии отличаются психопатоподобными проявлениями: склонностью к оппозиции к взрослым, стремлением разорвать контакт с семьей. противоречием общепринятым ценностям, развязыванием влечений, в том числе сексуальных, влечения к алкоголю, наркотикам и высокий суицидальный риск. Все это для подростков достаточно типично. У подростков реже бывают тревога или тоска, для них более характерно либо дисфорическое настроение, раздражительное, либо апатия, когда они лежат, смотрят в потолок, ничем не занимаются, «выпадают» из учебного процесса. Это связано с возрастными особенностями, с так называемыми проявлениям пубертатного криза, которые входят в структуру депрессивного состояния и обуславливают клиническую картину.

К наиболее типичным формам депрессивных состояний, характерных для молодежи, относятся:

- юношеская астеническая несостоятельность, когда молодой человек или девушка жалуются на неспособность сосредоточиться, запоминать материал, понимать прочитанное. Это воспринимается очень болезненно воспринимается, потому что в этом возрасте большая нагрузка ложится на интеллектуальную деятельность. Ощущая астеническую несостоятельность, молодой человек может говорить, что он бросает ВУЗ или колледж, а по сути за этим стоит депрессия, которую необходимо лечить, тогда и с учебой все наладится.

- экзистенциальные депрессии. Это особая разновидность депрессий, при которой центральным феноменом является потеря смысла, цели в жизни; распадается та смысловая мозаика мира, которая существует в сознании человека: получить образование, работу, создать семью, наладить социальные связи. Для верующего человека это еще и духовные моменты. Все это распадается на куски, как разбитая чашка.

Примеры депрессивных мыслей с экзистенциальным оттенком можно найти и в художественной литературе. Вот, например, Лев Толстой, который перенес позднюю экзистенциальную депрессию, когда ему было 55 лет, писал в «Исповеди»: «Телесно я мог работать на покосах, не отставая от мужиков; умственно я мог работать по восьми-десяти часов подряд, не испытывая от такого напряжения никаких последствий». То есть моторного компонента нет, интеллектуально он в этот момент очень активно работал над своими художественными произведениями, а значит, голова тоже прекрасно работала, тоски не было, а он потерял смысл жизни. И это было настолько актуально, что он писал, что в Ясной Поляне гвоздь забил в стенку и, если не решит этот вопрос о смысле жизни, то покончит с собой, повесившись. Он прятал от себя всякое огнестрельное оружие. В этом суть экзистенциальной депрессии: вроде бы все хорошо у человека, а смысла жизни нет. Очень большую помощь может оказать священник – человек, который может этот смысл показать.

- психопатоподобные депрессии – это особый тип юношеских депрессий с оппозицией, отрицанием авторитетов, особенно в отношении близких родственников, когда возникает непримиримая ненависть к членам семьи. Мы нередко видим, как молодежь 14-16 лет начинает уходить из семьи под каким-то предлогом («только не с родителями, так как они не способны нас понять»), жить где-то на съемных квартирах, соответственно попадая во всевозможные переделки. Это тоже проявления депрессии.

- дисморфофобические депрессии – это депрессии с чувством уродливости собственного тела, когда юноши или девушки говорят: «Я толстый», «Я некрасивый», «У меня не такая фигура, уши, нос» и т.д., вплоть до тяжелых суицидальных поступков или попыток хирургической коррекции. Эти состояния особенно характерны для молодежи.

И наконец, депрессии позднего возраста. При этих депрессиях специфические биологические факторы старения, гормональные перестройки, метаболические перестройки, соматические заболевания: гипертоническая болезнь, нарушения углеводного обмена, атеросклероз сосудов, прогрессирующее старение мозговых структур – все эти факторы дают особые клинические картины.

Частота поздних депрессий среди пожилого контингента, по данным сотрудников НЦПЗ, доходит до 20 %.

Каковы особенности депрессий у пожилых людей? Это жалобы на состояние здоровья. Пожилые люди постоянно твердят, что у них все не

так, везде болит. Причем врачи не находят никакой грубой соматической патологии. Для поздних депрессий характерна тревога, которая бесконечно съедает пожилых людей, вплоть до ажитации, когда человек уже не находит себе места, не может спокойно сидеть. К особым проявлениям относится так называемая депрессивная псевдодеменция, когда пожилой человек, особенно в какой-то незнакомой среде, чувствует себя растерянным, потерянным, не может собраться, сосредоточиться. Но эти явления обратимы, они связаны с депрессией.

Пожилых людей мучают идеи вины, ущерба, обнищания, греховности. Что что-то не так с материальными средствами, что родственники пытаются завладеть какими-то их ценностями. Наши психиатры говорят, что это такой симптом - «моей кошке наступили на хвост». Для пожилых людей в этом состоянии характерны жалобы на мелкий ущерб («выпили стакан моего молока»).

Завершая, хотелось бы отметить, что возрастные факторы, психобиологический фон, характерный для различных возрастных периодов, оказывают существенное влияние как на клинические проявления, обуславливая их атипичность в сравнении со зрелым возрастом, так и особенности реакции людей всех возрастных групп на психофармакотерапию. То есть лечить одним и тем же образом подростков, зрелых и пожилых людей неправильно. Для каждого возрастного периода нужны свои лекарственные препараты, свои методы и подходы, своя психотерапия и своя духовная помощь.

*Протоиерей Илья Одяков*

## **Помощь пастыря при депрессиях**

Заявленная тема моего доклада априори предполагает утверждение о знании священником такого психического расстройства, как депрессия. Как ни грустно констатировать, многие священнослужители самых разных уровней убеждены, что депрессии, как таковой, не существует, а есть лишь проявление страстей печали и уныния, лени и слабоволия, капризов и пресыщенности. И что у истинно верующего человека не может быть депрессии. Нужно же мужественно переносить нападения злой силы, которые, по Священному Писанию, прогоняет лишь пост и молитва. А таблетки и вовсе вредны для здоровья.

Благодарение Богу, что Церковь ведет постоянную просветительскую работу в области разумного отношения к медицине вообще и к психиатрии в частности. Помним, что в Евангелии ничего не сказано о клинической депрессии. Мы признаем, что отказ от лечения аппендицита у хирурга или

флюса у стоматолога не есть акт мученичества. Точно так же боль и гной в душе часто являются проявлениями психической патологии, и нужно не «переносить на ногах» эти состояния, а лечиться.

Итак, нужно начать с того, что довольно часто священник может быть первым, кто поймет, что человек, так или иначе доверяющий ему свои душевные проблемы, болен психическим расстройством.

При этом, вне всякого сомнения, не дело духовника диагностировать конкретное заболевание. Однако он может и должен правильно отличать нормальные переживания от болезненных. В этой связи необходимо учиться понимать, что есть душевная болезнь, учиться, так сказать, «узнавать ее в лицо». Это очень важный этап подготовки будущего пастыря и его дальнейшего служения.

Зачастую в приходских храмах прихожане, имеющие психические проблемы и общающиеся со священником, не понимают тяжести своих состояний. Поэтому другим важным аспектом пастырства является помощь человеку в осознании болезненного характера тех или иных его переживаний и содействие в обращении к врачу-специалисту.

На этом пути часто возникают существенные трудности из-за опасности, что больной человек может вообще замкнуться по отношению к людям, уйти из Церкви. В связи с этим возникает необходимость «подключать» родственников для того, чтобы мягко, но настойчиво объяснить необходимость врачебной помощи. Данная проблема на приходах вызывает большие сложности, т.к. обычно люди воспринимают «в штыки» попытку привести их за руку к врачу-психиатру. Некоторую помощь может оказать психолог, если такой имеется при храме. Он параллельно со священником со своей стороны (уже на языке психологии) может объяснить человеку имеющиеся у него психические расстройства и порекомендовать обратиться ко врачу.

В отличие от этого люди, приходящие в храм при НЦПЗ, имеют более ясное и критическое отношение к своему состоянию, поскольку они уже находятся в стационаре и, как правило, признают наличие болезни. На языке аскетики это видение себя можно назвать более трезвенным, что, без сомнения, представляет большую возможность священнослужителю давать необходимые советы и рекомендации.

### **Сигнал бедствия S.O.S.**

Люди, страдающие депрессией, нередко на Исповеди или в «беседе по душам» произносят так сказать «особые», некоторые определенные слова, по которым священнослужитель может понять, что речь идет о тяжелом депрессивном состоянии, которое нуждается в серьезной врачебной помощи. Постараюсь привести некоторые наиболее часто встречающиеся высказывания:

- Ощущение богооставленности, утрата чувства благодати.

- Жалобы на «окамененное нечувствие», бессилие, на невозможность молиться, читать Священное Писание и душеполезную литературу.
- Может идти речь о «пустоте внутри души», о потере смысла жизни, об утрате веры в Бога.
- сетования на «ослабление» или «отсутствие» чувств, как физиологических (всё бесцветное, безвкусное), так и духовных (любовь, нежность, привязанность), безразличие ко всем и ко всему; полное «окаменение души», чувство пустоты, неспособность ни радоваться, ни плакать.
- Нередко приходится слышать жалобы на «сердечную тоску», «загрудинные боли», как будто «кол в груди», «кошки скребут на душе», «плита лежит на сердце».
- Порой говорится просто о так называемых «тяжелых мыслях». При подробных расспросах удается выяснить, что речь идет о мыслях о суициде.
- Мучительное ощущение своей особенной вины, греховности, никчемности, чувство безмерного стыда за свою жизнь, отчаяние.
- Желание, как говорят, «сдохнуть» или хотя бы «тихо исчезнуть». В этом же ряду: «без меня было бы всем лучше» или «мне было бы лучше без вас».
- Внезапное резкое погружение в так сказать «философские размышления», рассуждения о смысле жизни, неизбежности смерти. Ощущение неприятия и непонимания со стороны окружающих.
- Жалобы на снижение интеллектуальных способностей, «отупение».
- Отсутствие желания совершать любые физические нагрузки, ощущение разбитости, слабости, бессилия.
- Констатация появления мрачной угрюмости, брюзжания, претензий ко всему вокруг. При этом часто возникают вспышки раздражения, гнева, ярости. Человеку кажется, что все вокруг делают всё из вредности. А всё то, что раньше было дорого и радовало, сейчас лишь бремя и мучение.
- Возникновение проблем со сном: трудность засыпания, частое пробуждение в течение ночи, раннее пробуждение без чувства отдыха.
- Нежелание и неприятие супружеских отношений.
- Мучительное ожидание скорого будущего несчастья, катастрофы, надвигающегося конца света.
- В некоторых случаях о депрессивном состоянии могут свидетельствовать как многочасовое слушание рок-музыки со специфическими мелодиями и текстами, так и сидение в сети на сайтах с суицидальной направленностью (например, «синие киты»).

- Высказывания о негативном восприятии своего прошлого, настоящего и будущего: «вся жизнь — цепь ошибок», «всё в жизни было не так, сейчас — мрак и в будущем ничего хорошего».
- Наконец, нередко священник встречается с речами о нежелании учиться, попытках бросить работу, семью; при этом больные говорят, что «тягостно учиться» и «тошно работать». Это тоже может свидетельствовать о наличии депрессии.

Необходимо понимать, что, если хотя бы часть высказанных маркеров состояния держится от двух недель до месяца, речь почти без сомнения идет о болезни.

Итак, надо помочь человеку осознать, что он болен. Предельно бережно и деликатно объяснить необходимость лечения, которое не терпит отлагательств и может затянуться на некоторое время.

### **Чем может помочь пастырь при депрессии?**

С точки зрения Церкви, Единым врачом является Христос Спаситель, который исцеляет все немощи, недуги и страдания людей. Только у ног Спасителя можно найти настоящее исцеление от грехов, болезни и страданий. Тем не менее, если мы обратимся к святоотеческому наследию, то можем найти ценные советы и рекомендации, которые святые отцы излагали в соответствующих случаях.

В Древнем Патерике существует такое высказывание Великого аввы Исхириона: «Некоторые монахи египетского скита беседовали о последнем времени.

— Что сделали мы? — говорили они.

Авва Исхирион ответил:

— Мы исполнили заповеди Божии.

— А что сделают те, которые будут после нас? — спросили его.

— Они, — сказал авва, — примут делание вполнину против нас.

Еще спросили они:

— А что будут делать, которые после них?

Авва ответил:

— Они не будут иметь нашего делания, но им попустятся скорби и страдания, и те из них, которые устоят, будут выше нас и отцов наших».

Авва Пимен Великий говорил: «Если трое человек живут в одном месте, и один из них хорошо молится и безмолвствует, другой болен и благодарит Бога, а третий служит им с чистым расположением, то все трое трудятся одинаково».

Преподобный Серафим Саровский, один из величайших подвижников нашего времени, говорил, что «тот, кто переносит болезнь с терпением и благодарением, тому она вменяется вместо подвига или даже более».

Преподобный Амвросий Оптинский, который сам нес тяжелую болезнь на протяжении пятидесяти лет, наставлял, что «от человека

болящего Бог много не требует — лишь бы нес свою болезнь с упованием на Бога и, если может, благодарил».

В этих случаях священнику важно подчеркнуть то, что одним из духовных рецептов борьбы с депрессией является терпение, принятие воли Божией и обращение к врачу. При этом можно сослаться на тексты Священного Писания, а именно, на книгу «Премудрости Иисуса, сына Сирахова», глава 38, стихи с 1 по 14: «Почитай врача честью по надобности в нем ибо Господь создал его, и от Всевышнего — врачевание... Господь создал из земли врачевства и благоразумный человек не будет пренебрегать ими. Не от дерева ли вода сделалась сладкою, чтобы познана была сила Его. Для того Он и дал людям знание, чтобы прославляли Его в чудных делах Его: ими Он врачует человека и уничтожает болезнь его. Приготавливающий лекарства делает из них смесь... и чрез него бывает благо на лице земли. Сын мой! В болезни твоей не будь небрежен, но молись Господу, и Он исцелит тебя... Дай место врачу, ибо и его создал Господь, и да не удаляется он от тебя, ибо он нужен. В иное время и в их руках бывает успех; ибо и они молятся Господу, чтобы Он помог им подать больному облегчение и исцеление к продолжению жизни».

Таким образом, надо помочь больному человеку понять, что его болезнь не является проявлением богооставленности. Бог продолжает любить его и заботиться о нем. Важно помочь ему понять, что его болезнь не отрывает его от Бога, от себя и от окружающего мира (так, как отрывает грех). Болезнь — это путь Креста, который дан нам ко спасению, который возводит нас к Богу. Болезнь — это путь Промысла Божия, это путь изменения и возрастания.

Нужно укрепить уверенность человека в том, что депрессия, при соблюдении указаний врача, часто имеет благоприятное течение. Можно и нужно убеждать больного в необходимости доверия врачу, в действенности приема препаратов. При возможности, помочь преодолеть страх перед медикаментозным лечением, сделав акцент на отсутствии привыкания к антидепрессантам.

Необходимо регулярно напоминать и о том, что жизнь христианина есть постоянное соработничество человека и Бога. В этой связи долг больного — усердно молиться не только о себе самом, но и о своем враче (какой бы национальности и вероисповедания он ни был), чтобы Господь «через ум и руки лекаря управил лечение», даровал ему мудрость, помог правильно подобрать лекарства; а также просить Бога о том, чтобы назначения врача помогли справиться с болезнью.

Надо поддерживать и укреплять больного в стремлении к благодатной помощи Божией через церковные таинства (Соборование, Покаяние, Причастие).

Необходимо указывать на наше призвание, прежде всего, в самом себе быть «воинами Христовыми», на активную борьбу со злом и недугом, на мобилизацию всех своих сил. Надо заставлять и тело, и душу работать

(Больному часто кажется, что единственное спасение — лежать на диване, лицом к стене. Между тем, спасение от болезни — в труде. Душа болит, а тело надо понуждать работать, иначе — смерть).

Некоторые методики современной поведенческой психотерапии (назову две такие техники: лечение активностью и лечение мастерством и радостью) имеют свои корни в святоотеческих рекомендациях. Так, лечение активностью предполагает, что, чем больше даст себе человек покоя, тем глубже будет депрессия. В этой связи лозунг монашества, выраженный преподобным Венедиктом Нурсийским, «молись и трудись» как нельзя кстати. Пастырский совет о постоянной занятости будет очень важен, как только пройдет острота болезни.

Также уместен совет составить список дел, которые ранее (до болезни) реально приносили радость. И методично, как епитимью, выполнять их (например, рисование, музыка, прогулки по парку, физкультура и т.п.).

Так, святитель Иннокентий Херсонский пишет: «Занятие себя трудом телесным... прогоняет уныние. Пусть начнет трудиться, даже нехотя; пусть продолжает труд, хотя без успеха: от движения оживает сначала тело, а потом и дух, и почувствуется бодрость; мысль среди труда неприметно отвратится от предметов, наводящих тоску, а это уже много значит в состоянии уныния».

Приведу еще рассказ из Древнего Патерика: «Святой авва Антоний, пребывая некогда в пустыни, впал в уныние и в большое омрачение помыслов. И говорил Богу: Господи! Я хочу спастись, а помыслы не позволяют мне. Что мне делать в скорби моей? Как спасусь? И вскоре встав, Антоний вышел вон, и вот видит кого-то, похожего на себя, который сидел и работал, потом встал из-за работы и молился; после опять сел и вил веревку; далее опять стал на молитву. Это был ангел Господень, посланный для наставления и подкрепления Антония. И сказал ангел Антонию: и ты делай так и спасешься! Услышав сие, Антоний возымел великую радость и дерзновение — и, поступая так, спасался».

Следующий вопрос, который необходимо разобрать, звучит примерно так: *чего не надо делать священнику, когда он видит больного с депрессией? Какие пастырские ошибки бывают в этих случаях?*

Как известно, при депрессиях наиболее частыми видами помыслов, которые нападают на сознание больного человека, бывают следующие:

- Мысли о собственной неполноценности, уродливости, ущербности.
- Мысли о собственной вине, греховности, нередко доходящие до бреда.
- Суицидальные помыслы и намерения.

В этих случаях священник не должен не только обвинять, но и поддерживать убежденность больного в его собственном грехе, виновности и наказании от Бога за грехи. Надо постараться показать Господа не как сурового Судию, который наказует за каждую ошибку, прегрешение и

грехопадение, а показать, что Христос — это любовь, свет, доброта, милосердие, всепрощение, и даже в таком состоянии Он стучится в душу больного человека.

Категорически нельзя использовать или поддерживать отношение к болезни, как к наказанию за греховную жизнь или наследственные пороки.

Желательно не делать никаких упреков, замечаний больному человеку, особенно, касающихся церковной жизни. Необходимо помнить, что больной человек очень чувствителен ко всему и раним и легко усматривает в любых словах подтверждение того, что его считают никчемным и ни на что не способным. Следует подчеркнуть и дать больному почувствовать, что он не виновен в том болезненном состоянии, которое развилось в настоящее время. Надо постоянно доносить до сознания, что это депрессия виновата в том, что жизнь кажется такой пустой и тягостной.

Не следует давать банальных советов депрессивному больному, таких как: «ты должен взять себя в руки», «ты мог бы справиться, если бы захотел». Не допускать никаких плоских, примитивных утешительных высказываний или тривиальных подбадриваний. Следует относиться со всяким вниманием к любым жалобам и ощущениям депрессивного больного, ни в коем случае не игнорировать их как безделицу, а внимательно и с терпением выслушивать все, что он говорит.

Также нельзя поддерживать желание человека выдавать болезненное видение своей жизни за реальность. Задача пастыря — показать, что Бог по какой-то определенной причине дал нам именно эту страну и семью, учебу и работу, друзей и недругов, радости и скорби, здоровье и болезни. Именно в этой ситуации есть нечто важное, подчас скрытое, но «божественное». Важно убедить человека, что наше спасение совершается (по слову апостола Павла) «здесь и сейчас».

Чрезвычайно важно настоятельно советовать депрессивному больному в этом состоянии не принимать кардинальных решений в отношении учебы, работы, семьи, выбора духовника. Этот совет связан с тем обстоятельством, что в период депрессии нарушается адекватное восприятие мира, и правильное решение больной принять в таком состоянии не может. Только после выхода из болезненного состояния возможно вернуться к решению этих социальных вопросов (то, что на языке аскетике называется «сидением в келии»).

Нередко в период депрессии больной не может молиться, читать Молитвослов или Священное Писание. Иногда даже участие в богослужениях и в таинствах не приносит облегчения. Священник должен найти слова утешения, в идеале постараться молиться вместе с больным; помочь увидеть тайну милосердия Божия; объяснить, что Бог ищет в нас любовь, а не самобичевание.

Также неверным советом является указание «отвлечься от печали» погружением в общество жизнерадостных людей, отправиться в дом

отдыха, паломническую поездку, монастырское послушание и т.п. Это может еще больше загнать человека в тоскливое состояние.

При мыслях и намерениях о самоубийстве, которыми может поделиться человек, очень важно не высказывать ужас и критику по поводу услышанного. Нельзя ни спорить, ни отговаривать, ни убеждать, что «есть для чего жить». Необходимо спокойно и внимательно выслушать и выразить свое сопереживание. В идеале — вместе помолиться. В зависимости от ситуации, можно дать нравственную оценку этих побуждений; указать на их внешний, болезненный характер («В болезни не желай себе смерти — это грешно» — преподобный Пимен Многоболезненный).

В то же время нельзя соглашаться с желанием больного замкнуться в себе, оставаться «бесчувственным». Необходимо внушать мысль о важности добродетелей щедрости, милосердия, благотворительности, различных внешних форм проявления любви. Все это помогает не заикливаться целиком на своей слабости и никчемности. А также помогает учиться видеть и благодарно принимать ответную помощь со стороны.

Надо отметить, что часто люди в депрессивных состояниях ищут ответы на свои вопросы, консультируясь на форумах, занимаясь самолечением, хождением «по бабкам», «по гомеопатам», «по отчиткам» и т.п. Надо отметить бесперспективность таких действий, указав на вредность такого подхода вместо своевременного обращения к специалисту.

Другой крайностью являются отчаянные попытки найти «православного психиатра», «православного психотерапевта», «православного психолога» или «священника с психиатрическим образованием». Необходимо убедить как больного, так и его родственника в необходимости молитвенного поиска не «православного», а хорошего и внимательного врача.

В этом же ряду стоит поиск как «волшебной таблетки», так и «чудотворного образа от депрессии». Следует указать на ложный и магический характер этого пути и посоветовать встать на путь личного молитвенного подвига в деле исцеления.

И наконец, самое важное — священнику желательно вспомнить *опыт тех святых подвижников, которые сами переносили депрессивное состояние*, и воспользоваться их духовными советами.

В качестве примера приведу выписки из писем святителя Игнатия Брянчанинова, который в своей жизни много страдал и, проведши всю свою жизнь в страданиях, почитал сострадание страждущим своим священным долгом. Ниже приводятся отрывки из его писем к своим духовным чадам.

«И ты все болен! Что сделаешь! Больной не может быть вполне причислен к живым, потому что он живет полужизнью, какою-то тенью жизни. Самые душевные способности его цепенеют, не действуют так, как им должно было действовать. Ныне не страдают христиане от оков и мечей; потерпим мучение от болезней и других скорбей. Всякому времени

даны своего рода страдания: нашему времени даны страдания мелочные. Претерпим их. Весы и мзда у Бога» [1].

«Находящийся в болезненном состоянии подобен закованному в тяжкие оковы извне и внутри» [2]. «...Состояние лечащегося от хронической болезни труднее, нежели состояние болящего: отнимает все время, действие лекарств поставляет тело в ненатуральное положение, отнимает способности телесные и душевные, ... держит в состоянии непрерывающейся усталости, какого-то онемения и усыпления» [3].

«Власы глав наших изочтены у Бога; ни одна из птиц бессловесных не падает без воли Творца своего: неужели без той воли могло приблизиться к Вам искушение? — Нет! Оно приблизилось к Вам по поущению Бога. Недремлющее око Промысла постоянно бдит над Вами; всеильная десница Его охраняет Вас, управляет судьбою Вашею. По поущению или мановению Бога приступили к Вам скорби, как мучители к мученику... Не предавайтесь печали, малодушию, безнадежию! Скажите... Вашим унывающим помыслам, скажите Вашему пронзенному скорбью сердцу: «Чашу, юже дает ми Отец, не имам ли пити от нея?» (Ин.18:11) ... Оставим людей в стороне: точно — они посторонние! Обратим взоры наши к Богу, повергнем к ногам Его воздымающиеся и мятущиеся помыслы наши, скажем с благоговейной покорностию: «Да будет воля Твоя!»» [4].

Чаша скорбей, «Чаша Христова отверзает вход в страну разума духовнаго, состояния духовнаго, вшедший туда... начинает совершать свое земное странствование, как бы несущийся по воздуху превыше всего, — на крыльях веры... Вера подымает с земли, освобождает от оков, изъемерит из среды мучений, возносит к небу, вводит в покой духовный» [5].

«Радуйтесь! — И паки реку: радуйтесь! Вы для того на берегу моря скорбей, чтобы переплыть в страну радостей... Достигшие этого блаженного берега забывают, в упоении наслаждением, все скорби, претерпенные ими на море. Становитесь бестрепетной ногой в легкую ладью веры... Скорее, нежели предполагаете, нежели можете себе представить, перенесетесь через море, перенесетесь в рай. Но между духовным раем и жизнью плотской, душевной, обыкновенной, которой живут вообще все люди, положены в разграничение... — крест и распятие» [5].

«Вот оружия, которые святое буйство проповеди Христовой вручает рабу Христову для борьбы с ... мрачными помыслами и ощущениями печали, являющимися душе в образе страшных исполинов, готовых стереть ее, поглотить ее:

1-е — слова: «Слава Богу за все».

2-е — слова: «Господи! Предаюсь Твоей Святой Воле! Будь со мной Воля Твоя».

3-е — слова: «Господи! Благодарю Тебя за все, что Тебе благоугодно послать на меня».

4-е — слова: «Достойное по делам моим приемлю; помяни мя, Господи, во Царствии Твоем»» [5].

«При явлении печального помысла или тоски в сердце начинайте от всей души, от всей крепости Вашей произносить одно из вышеозначенных предложений, произносите его тихо, неспешно, не горячась, со вниманием, во услышание одних Вас — произносите до тех пор, доколе... не известится сердце Ваше в пришествии благодатной помощи Божией... Эти оружия... наделают дела более, нежели все вкуче собранные глубокомысленные суждения и изыскания богословов-теоретиков, сказателей букв: германских, испанских, английских, американских!» [5].

### **Использованная литература:**

Святитель Игнатий (Брянчанинов). Полное собрание сочинений. Том 7. Избранные письма. Письмо 113. К некоторому священноиноку, духовному сыну. О болезнях и душевном ожесточении, URL: <http://брянчанинов.рф/tom7/113.shtml>

Святитель Игнатий (Брянчанинов). Полное собрание сочинений. Том 7. Избранные письма. Письмо 279. О претерпении болезни телесной. URL: <http://брянчанинов.рф/tom7/279.shtml>

Святитель Игнатий (Брянчанинов). Полное собрание сочинений. Том 7. Избранные письма. Письмо 266. О своем телесном и душевном состоянии. URL: <http://брянчанинов.рф/tom7/266.shtml>

Святитель Игнатий (Брянчанинов). Полное собрание сочинений. Том 7. Избранные письма. Письмо 75. К некоторому священноиноку, находящемуся в скорбных обстоятельствах. URL: <http://брянчанинов.рф/tom7/75.shtml>

Святитель Игнатий (Брянчанинов). Полное собрание сочинений. Том 7. Избранные письма. Письмо 114. К отцу, постигнутому скорбными обстоятельствами. О борьбе с помыслами. URL: <http://брянчанинов.рф/tom7/114.shtml>

*Борисова О.А.  
Самсонов И.С.*

### **Религиозные способы совладания с депрессивными состояниями**

В этом сообщении речь пойдет об оказании помощи пациентам, страдающим эндогенными депрессиями, т.е. расстройствами, которые имеют под собой биологическое основание. Лечение депрессивного состояния и помощь, которую можно оказать человеку, страдающему депрессивным расстройством, обычно представляют собой комплекс как психофармакологической терапии, включающей назначения антидепрессантов и других необходимых психотропных препаратов, так и психотерапевтической, психокоррекционной работы и реабилитационной программы. Религиозные способы совладания с депрессивными

состояниями относятся к двум последним составляющим оказания помощи.

Под религиозными способами совладания с депрессивными состояниями подразумевается психотерапевтическая работа определённой направленности, которая основана на религиозных ценностях личности и которая позволяет выработать адаптивные формы поведения, поддерживающего психологическое равновесие в ситуации психической болезни. При проведении настоящего исследования нами была использована классификация копинг-стратегий, предложенная Pargament К., Koenig Н., Perez L., 2000 [23], в её более современном, модифицированном варианте Pargament К., 2013 [24].

В идеале такая работа должна проводиться совместно священнослужителем, психиатром, психологом, родственниками больных, членами религиозной общины и социальными работниками.

На основании анализа научных литературных данных, результатов проведённого в НЦПЗ исследования возможности применения так называемых религиозных копинг-стратегий в психокоррекционной работе с ДЕПРЕССИВНЫМИ больными и изучения их места в комплексной системе реабилитационных мероприятий можно выделить следующие направления.

1. религиозный способ сохранения базовых ценностей жизни - консервация традиционных религиозных ценностей и смыслов;

2. способ социальной поддержки через религиозную общину;

3. религиозный преобразующий способ совладания – религиозное переосмысление ситуации, переосмысление собственной личности итак называемый объединяющий религиозный способ.

4. религиозный способ совладения через обретение эмоционально-комфортного состояния, которое дает религиозная вера (утешение, успокоение, прощение, примирение).

1. Религиозный способ совладания направлен на сохранение базовых ценностей жизни верующего человека. Этот подход основывается на том, что религиозная вера играет ключевую роль в поиске и сохранении базовых ценностей жизни. Этот так называемый сохраняющий (консервационный) способ позволяет охранить или защитить имеющийся смысл жизни перед лицом серьезной болезни или потери. С точки зрения философии, религия решает один из основополагающих вопросов бытия – отношение между жизнью и смертью. Благодаря тому, что трансцендентное (духовное, божественное) рассматривается как непрерывное (и не прерываемое смертью), религия позволяет переносить точку отсчета за порог смерти. В этой системе координат перенесение страданий, болезни приобретает смысл для подведения итога за порогом жизни.

В мировоззрении верующих больных в общий контекст их духовной, душевной и телесной жизни изначально включены понятия о болезни как

одном из видов жизненных испытаний, и поэтому факт появления психического заболевания не приносит столь критических изменений в картину мира этих больных. Это было подтверждено результатами исследования (сравнительный анализ ценностно-смысловых структур личности больных). Болезнь не разрушает картину мира у больного.

В этом контексте нельзя не упомянуть слова, сказанные в 1992 году Святейшим Патриархом Алексием II при освящении больничного храма в Научном центре психического здоровья: «Смысл человеческого существования, когда человек окружен скорбями и страданиями, чувствует свою обреченность, безнадежность и безысходность, когда самое бытие теряет свое значения, может быть открыт только в вере. Вера является величайшей святыней человеческой души, она есть главная ценность жизни, без которой жизнь и смерть теряют смысл, становятся унижением и бесславием. В состоянии безнадежности, обреченности, одиночества человек открывает для себя веру и обретает в ней источник полноценного осмысления бытия. Находясь в обладании веры, личность способна преодолеть присущие человеческой природе немощи и болезни, осознать свою самобытную ценность и осуществить свое индивидуальное предназначение. Смысл человеческих скорбей и страданий находит свое оправдание в вере, которая является самой глубокой и таинственной основой каждой человеческой личности».

2. Вторая стратегия – религиозная поддержка через общину, стратегия социальной поддержки. Основанием для использования этой стратегии послужили результаты исследования особенностей социальной поддержки в религиозной общине как закрытого, так и открытого типов, проведенного сотрудниками Отделения особых форм психической патологии совместно с Отделением клинической психологии НЦПЗ. Религиозная община существует при храме во имя иконы Божией Матери «Целительница» при НЦПЗ для больных, прошедших лечение в клинике НЦПЗ, и функционирует под духовным руководством опытных священнослужителей, имеющих в качестве базового высшее медицинское или психологическое образование и специализацию по психиатрии.

По полученным данным, эмоциональная, проблемно-неориентированная поддержка резко снижена у больных с секулярным мировоззрением; она значительно выше у больных с религиозным мировоззрением, принадлежащих к общине открытого типа, и достигает максимума у больных с религиозным мировоззрением, относящихся к общине закрытого типа, превышая нормативные показатели. Этот тип поддержки оказывается ведущим в христианской православной общине, что помогает больным с религиозным мировоззрением не чувствовать свою ущербность и оставленность (Казьмина О.Ю., Поляков Ю.Ф., 2000) [25]. Ведущим типом социальной поддержки у больных с религиозным мировоззрением является эмоциональная, проблемно-неориентированная поддержка – «чувство любви», полное принятие со стороны окружения,

ощущение самодостаточности, интегративной целостности личности индивида, включенность в повседневную жизнь, обретение смысла существования.

Результаты проведенного исследования показали, что:

2.1. общее количество связей в социальной сети у больных с религиозным мировоззрением, принадлежащих к устойчивой религиозной общине (закрытого типа), значительно больше, чем у больных с секулярным мировоззрением, и несколько превышает нормативные показатели, что дает больше ресурсов для адекватного выбора социальной поддержки. Из этого следует повышение уровня социального функционирования;

2.2. в социальной сети больных с религиозным мировоззрением представлены все виды социальной поддержки, [как проблемно-ориентированная поддержка (советы, утешения, обсуждение личных тем), так и проблемно-неориентированная (ощущение того, что тебя любят, в тебе нуждаются и т.п.), социально-психологическая поддержка, в том числе инструментальная (материальная), эмоционально-психологическая и ценностно-смысловая], в то время как у больных с секулярным мировоззрением превалирует лишь социальная поддержка со стороны ближайших родственников;

2.3. нередко вся социальная сеть у больных с секулярным мировоззрением состоит из одних родственников;

2.4. общность интересов также выше у больных с религиозным мировоззрением, принадлежащих к религиозной общине, и даже превышает нормативные показатели, так как эта система межличностных взаимодействий связана единым религиозным мировоззрением и канонами христианства;

2.5. плотность социальной сети выше у больных с религиозным мировоззрением и также превышает нормативные показатели, она прямо пропорциональна религиозности.

Таким образом, проведенное исследование показало, что религиозная община позволяет оказывать эффективную поддержку больным с депрессивными состояниями и улучшить (повысить) качество их жизни.

Большую роль в поддержке депрессивного больного играет социальное окружение, и, в первую очередь, – семья, члены которой имеют религиозное мировоззрение. Больной для обычной православной семьи не является изгоем. Это человек, призванный идти к Богу, хотя и своим, несколько иным путем. С другой стороны, для самих членов семьи уход за больным осмысливается как проявление деятельной любви в жизни и ведет к личному духовному росту, эмоциональной стабильности, твердой системе религиозных убеждений, психологической выносливости, умению увидеть смысл в деятельности. Поддержка и уход за тяжело болеющим родственником могут благоприятствовать развитию

добродетелей и уничтожению греха, страстных движений в себе. Это осознается как новый смысл жизни: родственники в процессе ухода не только трудятся, но и активно духовно борются со всем негативным в самих себе: с раздражением, гордостью, унынием, тщеславием. Больные благодаря этому получают поддержку, причем постоянную. Родственники принимают их такими, какие они есть, ухаживают, не разводятся, не уезжают, не оставляют, оказывают возможную помощь: эмоциональную, бытовую, лекарственную, материальную. Подытоживая, можно сказать, что религиозные и духовные взгляды и поведение – хорошее основание для борьбы со стрессом при уходе за больным членом семьи, любимым человеком. Эти типы поведения, как правило, связаны с более глубоким значением и целью, более позитивной оценкой, большим благополучием/здоровьем и более быстрой адаптацией к роли человека, ухаживающего за больным.

Следовательно, психологический результат такого переосмысления – иное отношение к смерти, страданиям, болезни, помощи другому человеку.

3. Следующим способом религиозного совладания, используемым в индивидуальной психокоррекционной работе, является преобразующий способ совладания, подход религиозно трансформационного копинга. По результатам сравнительного анализа ценностно-смысловых образований у больных с эндогенными депрессивными расстройствами, у религиозных пациентов было выявлено снижение стремления к активному общению и некоторое «замыкание», которое сопровождалось увеличением дифференцированности отношения к окружающему и своему внутреннему миру, что и обуславливало необходимость специально созданной индивидуальной психотерапевтической системы работы, осуществляемой бригадой специалистов (психиатр, психолог, священнослужитель).

Преобразующий трансформационный копинг складывается из нескольких аспектов:

3.1. Переосмысление ситуации. В индивидуальной и в групповой психотерапевтической работе с больными учитывалось, что события, которые с точки зрения обыденной жизни оцениваются только как негативные, в религиозном понимании могут получить новое измерение и другое положительное значение, которое позволяет эффективно справляться с проблемами, прийти на помощь к другим, смотреть на вещи более оптимистически. Так, например, произошедшее негативное событие может быть переоценено как событие, предотвращающее более тяжелую и ужасную ситуацию. Тяжелая хроническая болезнь может быть в ряде случаев оценена как предотвращение дальнейшего развития греха, осознание которого приходит в процессе духовного роста пациента. Переоценка ситуации может проявляться и в религиозной переоценке негативных событий с благоприятной точки зрения, то есть негативным событиям придается потенциально благотворное и благоприятное значение

как попушенным от Бога для исправления, усовершенствования, ограждения от ошибок и падений. Кроме того, в этом случае переосмыслить ситуацию, ценности и смыслы помогает то обстоятельство, что больные с позиций своего мировоззрения могут расценивать негативные события как результат действия темных сил, что подразумевает, что Бог имеет власть изменить стрессовую ситуацию на благоприятную.

В любом случае, при переосмыслении ситуации учитывается положение, что Бог не попускает человеку страданий сверх возможной для него меры.

3.2. Переосмысление себя, собственной личности. По результатам сравнительного анализа ценностно-смысловых образований у больных с религиозным мировоззрением ряд ценностей несут специфическую, нетрадиционную (с точки зрения психологии) смысловую нагрузку. В этом типе переосмысления несчастья и неудачи, происходящие с человеком/больным, воспринимаются как трагедии, однако, их причины приписываются самому человеку, а не божественным силам. Бог предлагает возможность переосмыслить себя и свою жизнь, дает возможность духовного роста. В нашем исследовании использовался диалогический метод духовно ориентированной психотерапии по Т.А.Флоренской, 2000 [26] как наиболее адекватный метод психокоррекционной работы в этом плане. Действие человека против голоса совести, голоса духовного «Я» способно привести к предельной дисгармонии психического состояния. И задачей психотерапевтического воздействия является осознание и поддержание голоса совести пациента, осознание различных вытесняемых совестных/нравственных проблем, что способствует исцелению и обретению цельности духовного мира пациента, утраченной из-за переступления через совесть.

В процессы работы идет переосмысление жизни и болезни «в контексте» религиозной веры: смысл человеческой жизни, действие промысла Божия в конкретном больном, утешение-направление через опыт тяжело болевших подвижников благочестия, на примере жизни которых возможно понять, что болезнь имеет смысл, что возможна осмысленная (в религиозном понимании) жизнь с болезнью, понимание пути, как можно жить с болезнью полноценно.

Это способствует восстановлению позитивного духовного ресурса, нормализации социального окружения пациента и его психологического состояния.

3.3. Объединяющий религиозный способ – поиск решения проблем контроля через установление тесных отношений с Богом через молитву. Это может проявляться во многих аспектах. Даже так называемая религиозная капитуляция – активная передача контроля над жизнью Богу – отдаться в руки Божии – позволяет больным справиться с чувством напряжения и тревоги, принять психическую болезнь, как промысел

Божий, согласиться с необходимостью лечения у врачей, приема лекарств, госпитализации в психиатрический стационар. Этот путь совладания (смирение) идет через принятие болезни, через осмысление и вычленение ее в общей ценностно- смысловой структуре личности; через нахождение смысла существования в условиях болезни; через нахождение путей реализации этого смысла и через поддержку на выбранном пути. Болезнь рассматривается в контексте всего пути человека – пути цельного, неразрывного (до - во время- и после- болезни), имеющего смысл, и, таким образом, дающего возможность преодолеть себя, болезненные проявления, расстройства.

Несмотря на отсутствие должного критического отношения к своему состоянию, наши пациенты принимают оценку духовником проявлений своей болезни как патологических с духовно-религиозной точки зрения, дисциплинированно относятся к приему поддерживающей терапии и даже госпитализацию в психиатрический стационар воспринимают как послушание. Это позволяет осуществлять длительную многолетнюю поддерживающую терапию современными антидепрессивными средствами, предупреждать рецидивы болезни, улучшать социальное функционирование больных и повышать качество их жизни.

3.4. Последний аспект трансформационного способа совладания, используемый в нашей практике, касается методов достижения жизненного преобразования, здесь акцент делается на групповой и семейной психокоррекционной работе. Так называемая религиозная конверсия (Pargament, 1997) [28] позволяет найти новое направление в жизни, когда старое, возможно, уже нежизнеспособно; она помогает найти в религии смысл для радикальных изменений в жизни; найти то, что помогает жить дальше и бороться с болезнью. Следовательно, психологический результат такого переосмысления – другое отношение к смерти, страданиям, болезни. Это приводит к переоценке прежней деятельности, работы, поступков, а иногда к смене рода деятельности, на иную, имеющую более альтруистическую направленность. Кроме этого, вследствие переоценки межличностных отношений в семье наблюдается восстановление разрушенных в депрессивном состоянии семейных отношений, отказ от принятых ранее решений о разводе, оказание большего внимания близким. Нередко человек начинает участвовать в благотворительной деятельности.

4. Религиозные способы совладания для приобретения эмоционально комфортного состояния включают в себя участие в традиционных религиозных таинствах – Покаянии, Евхаристии – и богослужениях, что дает чувство примирения, очищения. Религиозное очищение выполняет важную психологическую функцию, вызывая чувство облегчения и комфорта, успокоения, прощения, примирения через любовь и заботу Бога и дает облегчение при страданиях.

Наряду с врачебным ведением больных, индивидуальной и групповой формами психотерапии, одной из важных форм внебольничной работы с нашими пациентами являются ежегодные паломнические психотерапевтические поездки с организацией выездного лагеря с длительным сроком пребывания, где явно реализуется многодисциплинарный подход к реабилитационной работе силами бригады специалистов (психиатра, психолога, священнослужителя, среднего медицинского персонала); семейный подход за счет участия членов семей больных; у больных меняются стереотипы, они приобретают навыки самостоятельной жизни, меняются устойчивые деструктивные паттерны эмоционального и поведенческого реагирования и приобретаются новые навыки, необходимые для жизнеобеспечения.

## **Выводы**

В настоящее время для облегчения состояния пациента необходимы комплексные медико-реабилитационные методы, включающие наряду с традиционным медикаментозным лечением также психокоррекционное воздействие, учитывающее религиозную составляющую проблемы пациента.

Мы предполагаем, что для достижения положительных результатов в помощи депрессивным больным необходимо обеспечить следующие условия:

- а) мультидисциплинарный подход;
- б) обязательное пастырское попечение (священнослужителя) и поддержка религиозной общины;
- в) организация специальных условий терапевтического общения с одновременным участием в программе пациентов и их родственников;
- г) глубокая ценностно-смысловая переориентации личности вследствие актуализации ее духовного компонента; улучшение межличностных отношений в семье в процессе групповой психотерапевтической работы и перехода их на иной качественный уровень;
- д) духовно-ориентированное общение в специально организованной психотерапевтической среде, ведущая к гармонизации личности пациента;
- е) изменение поведения пациента, сопровождающееся изменением всего образа жизни.

## **Особенности психотерапевтического ведения больных с депрессией. Психометрические методики для анализа депрессивных состояний**

Актуальность темы депрессии обусловлена широкой распространенностью этой патологии. Последние десятилетия эпидемиологии депрессии посвящено большое количество исследований. Уточняется этиология, симптоматология и типология депрессивных расстройств. Значительный прогресс в изучении и понимании депрессии связан с развитием психофармакологии. Она стимулировала изучение психобиологического субстрата депрессии. В монографиях, опубликованных в России в последние годы, ведущая роль отводится биологическим механизмам в возникновении депрессии и назначению антидепрессантов. В то же время в этиологии и психопатогенезе подавляющего большинства непсихотических депрессивных расстройств именно психологический фактор играет ведущую роль. В случаях же эндогенных и психотических депрессий он играет роль предрасполагающих, формообразующих и, самое главное, удерживающих патологию условий.

Кроме того, часть пациентов отказывается от лечения антидепрессантами из-за выраженных побочных эффектов или собственных установок (например, даже среди образованных людей существует иррациональное представление: если я принимаю препараты (антидепрессанты), значит я психически больной. При этом лежу, страдаю, не могу работать и это считаю здоровьем), препятствующих использованию медикаментов. Нередко встречаются случаи резистентности к антидепрессантам.

Перечисленные выше причины делают весьма актуальными исследования перспективных возможностей достижения современной психотерапии в помощи депрессивным пациентам.

Общим для различных направлений психотерапии является признание того, что депрессия проявляется глубоким и длительным снижением настроения, торможением интеллектуальной деятельности, двигательной и волевой заторможенностью (депрессивная триада). В различных психотерапевтических подходах есть и разные объяснительные взгляды на депрессивные расстройства, и вслед за этим разнятся инструменты, условия и содержание психотерапии.

По данным психологических исследований в области эффективности психотерапии при депрессии выделены три основных подхода к терапии: когнитивно-поведенческий, психодинамический, экзистенциальный.

В когнитивно-поведенческой модели депрессии отводится особая роль искажению когнитивной структуры и неправильному научению при депрессии (А. Бек, А. Эллис). Когнитивно-поведенческий подход не

отрицает роль эмоций и переживаний, но рассматривает их как возможность расшифровки стоящих за ними дисфункциональных мыслей и умозаключений. Выражение чувств поощряется и рассматривается как путь к рациональному реструктурированию. Депрессивное изменение когнитивной организации приводит к неправильной обработке информации и негативному восприятию себя, собственного опыта и будущего (триада А. Бека). Фиксирование паттернов неправильного поведения и мышления ведет к фиксированию депрессивной симптоматики.

В терапии также рекомендуется теплое, эмпатичное отношение к пациенту, установление гармоничных отношений, основанных на искренности и доверии. Бережный, щадящий стиль когнитивной беседы не обесценивает суждений пациента, а принимает их за основу с целью построения недепрессивного поведения. Этот терапевтический метод оказывает воздействие на тенденцию многих депрессивных больных к самоконтролю. Переспрашивая в сократовой манере отрицательные суждения больного, психотерапевт стимулирует больного к размышлению о необходимости самостоятельного принятия решения по жизненно важным для него проблемам. Применяются когнитивные и поведенческие обучающие техники с планированием и структурированием различных форм работы и динамики состояния.

Следует отметить, что ранее велись споры об эффективности сочетанного варианта ведения депрессивных больных психофармакологической и когнитивно-поведенческой терапией. В настоящее время во многих исследованиях было показано, что именно такое сочетание, при котором вначале пациент проходил медикаментозное лечение, и, как только ему становилось немного легче, подключалась когнитивно-поведенческая терапия с постепенным понижением доз антидепрессантов, является наиболее эффективным. При этом существовала контрольная группа, которую лечили исключительно антидепрессантами. В первой группе было продемонстрировано, что лечение шло более успешно, и в дальнейшем было меньше рецидивов депрессии (Казьмина О.Ю., Олейчик И.В., Крылова Е.С.).

В разных моделях, используемых в рамках психодинамического направления, подчеркивается значение опыта перенесенной пациентами ранней потери в фазе индивидуации-сепарации, сочетающейся с неудовлетворительным психологическим переживанием в виде неэффективных защит. Идеализация объекта потери сочетается с самоуничижением, с блокадой проявления гнева и переориентированием его внутрь, на себя. Отмечается роль неправильных установок в сохранении депрессивных проявлений. Рекомендации по психотерапии в этом направлении весьма разнообразны: подчеркивается значение эмпатии, поддержки, безоценочного принятия; обращается внимание на анализ переноса; рекомендуется направлять внимание на супер-Эго

(моральные запреты, цензура), идеализирующее окружающих и поддерживающее представления о собственной вине и никчемности; указывается на необходимость проживания заблокированного гнева (Н. Мак-Вильямс, О. Кернберг и др.). В качестве примера такого заблокированного гнева можно привести жизненную позицию известного писателя Максима Горького, который страдал юношеской депрессией и в 23 года совершил суицидальную попытку. Горький запрещал тоске овладевать им и принимал решение даже в самые тяжелые часы своей болезни не испытывать к себе сострадание. Он писал: «Страдание нужно ненавидеть – только так можно его уничтожить. Оно унижает человека, существо великое и трагическое». Такие идеи, безусловно, нашли отражение в его творчестве. Можно предположить, что тем самым это облегчало его состояние. Однако его социальное окружение крайне страдало от такой его мировоззренческой позиции.

Экзистенциальная психотерапия — направление в психотерапии, ставящее целью подвести пациента к осмыслению своей жизни, осознанию своих жизненных ценностей и изменению своего жизненного пути на основе этих ценностей, к принятию полной ответственности за свой выбор. Экзистенциальная терапия (В. Франкл, Дж. Бьюдженталь, А. Лэнгле, И. Ялом), вслед за философским экзистенциализмом, утверждает, что жизненные проблемы человека проистекают из самой человеческой природы: из осознания бессмысленности существования и необходимости искать смысл жизни; из-за наличия свободы воли, необходимости делать выбор и страха нести ответственность за этот выбор; из осознания равнодушия мира, но необходимости с ним взаимодействовать; из-за неминуемости смерти и естественного страха перед ней. Жизнь человека рассматривается в экзистенциальной терапии как череда внутренних конфликтов, разрешение которых ведёт к переосмыслению жизненных ценностей, поиску новых путей в жизни, развитию человеческой личности. В этой связи задача экзистенциального терапевта заключается в том, чтобы подвести человека к осознанию своих самых глубинных экзистенциальных проблем, пробудить философское размышление над этими проблемами и вдохновить человека сделать необходимый на данном этапе жизненный выбор, если человек колеблется и откладывает его, «застревая» в тревоге и депрессии. Экзистенциальная терапия не имеет общепринятых терапевтических техник. Сеансы экзистенциальной терапии обычно проходят в форме взаимно уважительного диалога между терапевтом и пациентом. При этом терапевт ни в коем случае не навязывает пациенту никаких точек зрения, а лишь помогает пациенту глубже понять себя, сделать собственные выводы, осознать свои индивидуальные особенности, свои потребности и ценности на данном жизненном этапе.

Важно также упомянуть еще одно направление психотерапии при депрессии – социальное. В рамках этого направления ведущая роль отводится различным видам социальной поддержки, прежде всего

эмоциональной, проблемно-неориентированной – «чувство любви», полное принятие со стороны окружения, ощущение самодостаточности, интегративной целостности личности индивида. Все это используется в групповой психотерапевтической работе по методу систем межличностных взаимодействий и социальной поддержки депрессивных больных (М. Аргайл, Е. Паттисон, М. Паттисон, Казьмина О.Ю.). Основная цель – разработка и внедрение стратегий по созданию и реструктурированию социальных сетей депрессивных больных с целью увеличить получаемую ими социальную поддержку и таким образом повысить эффективность лечения. Следует подчеркнуть, что также в процессе такой терапии больной научается сам предоставлять один из видов социальной поддержки, тем самым справляясь с так называемой «выученной беспомощностью», становясь более активным, чувствуя полноценность жизни.

Для оценки тяжести депрессии активно используются три основные шкалы. Шкала депрессии Бека – инструмент диагностики и самодиагностики, который позволяет установить уровень тяжести депрессивного расстройства, как у взрослых, так и у подростков от 13 лет. Условно весь тест делится на две части:

1. Выявляет соматические признаки депрессии, связанные с физическим состоянием человека. Это нарушение сна, ухудшение аппетита, заметные колебания веса и так далее.

2. Демонстрирует аффективно-когнитивные симптомы, которые отражают внутреннее состояние больного. Основные нарушения связаны с функциями головного мозга — ухудшение памяти и восприятия, быстрая утомляемость, повышенная тревожность.

Шкала Гамильтона для оценки депрессии используется для количественной оценки состояния пациентов с депрессивными расстройствами до, во время и после лечения (наблюдения клинической динамики). Помимо широкого использования в клинической практике, данная шкала также используется в клинических испытаниях, в которых она является стандартом для определения эффективности медикаментозных средств в лечении депрессивных расстройств.

Шкала Монтгомери-Асберг для оценки депрессии (MADRS) – клиническая тестовая методика, разработанная в качестве альтернативы Шкале депрессии Гамильтона. Более короткая и включает в себя более регулярные ответы, и поэтому более удобная в рутинной клинической практике.

Не умаляя достоинств данных шкал, которые используются для формализации состояния пациента, важно подчеркнуть искусство именно клинической беседы с больным, в процессе которой раскрываются особенности его психического состояния, его трудности в личной и социальной сферах.

Наш собственный опыт показал, что в контексте работы с больными с религиозным мировоззрением лечебным фактором выступают общность религиозных ценностей (то, что ищет экзистенциальная психотерапия), интегративные межличностные отношения, которые выстраиваются в ходе групповой терапии (основа психодинамической терапии). Кроме того, в групповую терапию включаются и элементы когнитивно-поведенческой терапии – в группе всегда рассматриваются иррациональные убеждения, которые корректируются и ведущим, и членами группы. Таким образом, такая модель позволяет с большей эффективностью облегчать депрессивные расстройства.

Следует подчеркнуть, что только содружественная, сплоченная работа врача-психиатра, психотерапевта и, безусловно, священника позволяет оказать интегративную помощь контингенту тяжело страдающих депрессивных больных.

### **Использованная литература**

- Аргайл М. Психология счастья. Мастера психологии, 2-е издание. СПб. 2003.  
Бек А., Раш А., Шо Б., Эмери Г. Когнитивная терапия депрессии. СПб.: Питер, 2003. Серия «Золотой фонд психотерапии».  
Гиндин В.П. Психопатология в русской литературе. М.: ПЕР СЭ, 2005.  
Казьмина О.Ю., Олейчик И.В., Зезюля Т.Н., Крылова Е.С. Когнитивно-бихевиоральная терапия резидуальных симптомов депрессии юношеского возраста // Журн. неврол. и психиатр, им. С.С.Корсакова -2002.-№9.  
Лэнгле А. Дотянуться до жизни...Экзистенциальный анализ депрессии. Институт экзистенциально-аналитической психологии и психотерапии. Изд. «Генезис», 2010.  
Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика: Понимание структуры личности в клиническом процессе. Библиотека психологии и психотерапии, вып. 49, 2007.  
Хелл Д. Ландшафт депрессии. М.: Алетейа, 1999.

*Гедевани Е.В.*

### **Депрессивные расстройства и религиозность**

В данном докладе представлены данные обзора мировой научной литературы, посвящённой исследованию влиянию религиозности на депрессивные состояния.

#### **Влияние фактора религиозности на психическое здоровье**

На настоящий момент имеются многочисленные исследования, свидетельствующие об улучшении общего психологического благополучия, связанного с религиозным мировоззрением, описаны

различные копинг-стратегии при вышеупомянутых расстройствах [1,2,3,4,5,6,7]. Существует связь между религиозной вовлечённостью и более низким уровнем депрессивных расстройств, суицидальных попыток и самоубийств [8,9,10,11,12,13].

Мета-анализ 143 независимых исследований представленный T.Smith et al. [14] показал, что религиозность умеренно, но надежно связана с более низким уровнем депрессивных симптомов. При этом защитная роль религиозности более выражена у лиц, перенесших психотравмирующую ситуацию. Некоторые исследователи полагают, что травма становится толчком к более глубокому духовному развитию индивида, и способствует обретению внутренней устойчивости и осознанному проживанию жизни, признанию ее ценности [15,16,17,18].

В более позднем анализе Н. G. Koenig et al. [19] всех количественных исследований, опубликованных в рецензируемых академических научных журналах на английском языке за 1872-2010 годы, было выявлено, что в 272 из 444 исследований (61%) регистрировалось уменьшение тяжести депрессивных симптомов и укорочение длительности депрессивных фаз под влиянием религиозности. В 106 из 141 исследований (75%) отмечалось, что религиозность коррелирует с меньшим количеством суицидов и негативным отношением к ним. Этот анализ свидетельствует о существовании достоверных данных множества исследований, наглядно демонстрирующих обратную корреляцию между религиозной активностью или личным участием в религиозных обрядах с депрессивными симптомами и депрессогенными эффектами стрессовых жизненных событий, а также уровнем самоубийств.

В ходе мультицентрового перекрестного исследования, проведенного в поликлиниках пяти университетских больниц Кореи было установлено, что тревожные и депрессивные симптомы более выражены в подгруппе с низкой религиозностью, в отличие от подгруппы с высокой или нулевой религиозностью ( $p < 0,01$ ), и фактор благополучия достигает более высоких значений в подгруппе с высокой или низкой религиозностью, в отличие от нерелигиозной подгруппы ( $p < 0,05$ ) [20].

L.Mitchell, S.Romans [21] провели исследование религиозности пациентов с биполярным аффективным расстройством, находящихся в ремиссии. Большинство пациентов отличались высокой религиозностью или имели сильные духовные убеждения (78%) и часто уделяли внимание религиозным практикам (81,5%). Большинство видели прямую связь между собственными убеждениями и совладанием с болезнью. Многие использовали религиозные копинг-стратегии. Выводы, к которым приходят исследователи заключаются в том, что мысли религиозного или духовного содержания имеют большое значение для многих пациентов с биполярным расстройством и определяют способы восприятия своей болезни.

D.Anyfantakis с соавторами была поставлена цель изучения протекторной роли религиозности в отношении депрессии. Целевая группа была представлена 220 пациентами из группы SPILI III (1988–2012 гг.), посещавших учреждение первичной медицинской помощи в сельском городе Спили на Крите, большинство из которых (98,5%) были православными христианами. Высокорегиозные участники сельского Крита представили более низкую вероятность развития депрессии. Помимо этого, D.Anyfantakis с соавторами указали на то, что участие в религиозных мероприятиях способствует усилению социальных контактов, развитию чувств оптимизма и принадлежности к группе, и непосредственно приводит к более высокому уровню социальной ответственности и меньшей вероятности депрессии [22].

В современной зарубежной литературе, посвященной влиянию религиозности на здоровье, часто встречаются такие понятия как внешняя (extrinsic) и внутренняя религиозная ориентация (intrinsic religiosity). Эти термины были впервые описаны Gordon Allport с коллегами в 1960-х годах [23]. Согласно их данным индивиды, обладающие внутренней религиозной ориентацией, рассматривают религию как основу своего бытия, и следуют ей в течение жизни. Тогда как внешняя религиозная ориентация в первую очередь служит другим, более конечным целям, а не центральным религиозным убеждениям как таковым. Таким образом, люди, которых характеризует внешняя религиозная ориентация, используют свою религию для удовлетворения тех или иных базовых потребностей, таких как социальные отношения или личный комфорт.

Клиницисты, используют эти понятия в своей исследовательской работе, и часто находят корреляции внутренней религиозной ориентации с чувством общего благополучия и положительными исходами заболевания [24,25,26,27,28,29,30,31,32,33]

Так, например Michael E. McCullough из университета Майами [34] в ходе обзора 80 литературных источников приходит к заключению о том, что внешняя религиозная ориентация связана с повышенным риском депрессивного расстройства и более высокой степенью депрессивной симптоматики. Напротив же, внутренняя религиозная ориентация имеет отрицательную взаимосвязь с депрессивными симптомами.

Отдельного внимания заслуживают исследования пожилых пациентов с депрессией. Проспективное исследование влияния религиозности на течение депрессивных расстройств у 87 пожилых людей, госпитализированных по поводу депрессии, позволило выявить, что внутренняя религиозная ориентация была связана с более быстрым наступлением ремиссии (на 70%) при средней длительности наблюдения 47 недель. Среди пациентов, у которых инвалидность вследствие соматических нарушений сохранялась на том же уровне тяжести в течение одного года наблюдения (что означает невысокий ответ на лечение или его

отсутствии), скорость наступления ремиссии после депрессии увеличивалась на 106% [35].

Другая ситуация наблюдалась, например, в Австралии, где уровень религиозности значительно ниже чем в США, что может объясняться сохранившейся культурой аборигенов, которая имеет достаточно широкое распространение [36]. Австралийский ученый V.Pauman и соавторами [37] провел исследование о влиянии религиозного копинга на течение депрессии у лиц пожилого возраста. Только 25% всех опрошенных регулярно посещали церковь, и 57% не посещали вообще или посещали редко. Анализ данных со многими переменными продемонстрировал значимую взаимосвязь между индивидуальной молитвой и высоким уровнем физической недееспособности. Внутренняя религиозная ориентация (*intrinsic religiosity*) обнаруживалась чаще у пациентов с нарастающим уровнем физической недееспособности и высоким уровнем социальной поддержки. Результаты сопоставлялись с результатами, аналогичных исследований, проводимых американскими коллегами [35,38]. Учеными было выявлено положительное влияние религиозных копинг-стратегий на протекание лечебного процесса, и сделан вывод о необходимости введения в клиническую практику методик социальной поддержки пожилых, в частности религиозных копинг-стратегий.

В исследовании Mosqueiro B. P. et al. [39], выборка которого составила 143 пациента с депрессией, было установлено, что внутренняя религиозная ориентация связана с психологической устойчивостью, качеством жизни и меньшим количеством предшествующих попыток самоубийства. E.S.Fradelos et al. указывают на то, что повышение значимости религиозных убеждений индивида положительно влияет на степень его психологической устойчивости, что, в свою очередь, имеет позитивное воздействие на психическое здоровье, в виде значительного уменьшения депрессивных симптомов. Согласно результатам исследования, пациенты с терминальной стадией рака и те, кто перенес мастэктомию, обнаруживали более высокий уровень религиозности, и чаще выражали духовные и религиозные потребности [40].

Результаты исследования 100 амбулаторных больных с депрессивным расстройством C.Ozawa et al. [41] показывают, что психологическая устойчивость может служить определенным маркером выраженности депрессивного состояния, и определяется скорее индивидуальными характеристиками, чем семейной средой. Кроме того, ученым удалось выявить, что духовность и/или религиозность представляют собой значимый усиливающий элемент для формирования психологической устойчивости.

Помимо внутренней религиозной ориентации важной составляющей позитивного воздействия религии на психическое и соматическое здоровье является общее психологическое благополучие (*well-being*). Donahue и Wenson, в результате исследования 34 129 подростков, пришли к выводу,

что общее психологическое благополучие реализуется в трех наиболее актуальных для подростков областях :1) социальные ценности и действия (помощь другим людям, волонтерство), 2) психическое состояние (суицидальные мысли и попытки, самооценка), 3) факторы риска (алкоголь, табак, применение ПАВ; вовлечение в насильственные или другие формы деликвентного поведения; ранняя половая жизнь) [42].

К похожим выводам, при изучении протекторной роли религии, приходят и другие авторы [43,44,45,46], указывая на негативное отношение основных традиционных религий к табакокурению и употреблению алкоголя - серьезных факторов риска большинства известных заболеваний. Помимо этого, большинство религий подразумевает следование традиционной культуре питания и употребление качественной и полезной пищи. Немаловажным механизмом профилактики заболеваний авторы полагают само воздействие религиозной среды и собственной духовности на стресс и на психо-эмоциональное состояние верующего.

Некоторые авторы указывают на значимые гендерные и личностные различия в проявлении отдельных аспектов религиозности и духовности, что соотносится и с некоторыми психосоциальными показателями. В то же время чувство духовной близости и привязанности к Богу неизменно коррелируют с такими показателями как общее психологическое благополучие и другими позитивными психологическими маркёрами, даже с учетом описанных характеристик [47]. Данные исследователей Duke University - Van Cappellen et al. [48] так же свидетельствуют о том, что религия или духовность связаны с общим психологическим благополучием человека, что опосредованно чувствами благоговения, благодарности, любви и мира, но не положительными эмоциями, вызванными развлечением или гордостью.

Бразильскими учеными было проведено перекрестное исследование направленное на оценку роли смысла, миролюбия, веры и религиозности в области психического здоровья. Была установлена связь этих показателей с качеством жизни и общим психологическим благополучием у 782 взрослых. Результаты демонстрировали тесную связь смысла и миролюбия с положительным состоянием здоровья и уровнем благополучия [49].

### **Влияние религии на суицидальную активность**

Одной из значимых глобальных проблем психиатрии в настоящее время является проблема самоубийств. По данным эпидемиологов ВОЗ к 2020 году риск суицидов в мире составит приблизительно 1.53 миллиона человек [50]. Согласно данным мировой статистики уровень совершаемых самоубийств определяется как гендерными и возрастными факторами, так и культуральными, включающими религиозную принадлежность [51]. В 1995 году было зафиксировано 900 000 завершенных суицидов,

соотношение между мужчинами и женщинами составило 3.2:1, за исключением Китая, где уровень суицидов выше среди женщин [52]. Отмечен также возрастной фактор: большее количество суицидов совершается после 45 лет, а пик суицидальной активности приходится на возраст старше 75 лет [53].

К настоящему моменту накоплено множество исследований по самоубийствам, однако, по мнению A. Moreira-Almeida и некоторых других авторов, в большинстве медицинских и психологических исследований религиозные факторы надлежащим образом не рассматриваются [54,55].

В американском исследовании [56] истории лиц, умерших в возрасте 50 лет и старше (584 самоубийств и 4279 естественных смертей), после проведения анализа, с учетом гендерных, расовых факторов, а также семейного положения, возраста и частоты социальных контактов, было установлено, что уровень самоубийств среди лиц, которые не посещали религиозные мероприятия, был в 4 раза выше в сравнении с теми, кто имел высокий уровень религиозной активности.

Помимо того, что религиозная активность связана с более низким уровнем самоубийств, выявлена ее взаимосвязь с негативным отношением к самоубийству и меньшим количеством совершаемых суицидальных попыток, даже у больных с клиническими депрессиями. В исследовании 371 стационарного больного с депрессией было обнаружено, что пациенты, не имеющие религиозной принадлежности, несмотря на тот же уровень тяжести депрессивного состояния, совершали больше попыток самоубийства в течение жизни (66,2% против 48,3%). Эти пациенты считали, что имеют меньше оснований для продолжения жизни и практически не демонстрировали морального неприятия самоубийства, в отличие от больных, связанных с религией [57].

При изучении национальной репрезентативной выборки из 16306 подростков в США, было обнаружено, что личная религиозность связана с низким уровнем суицидальных мыслей или попытками совершить самоубийство [58]. Аналогичные результаты были получены при обследовании 420 подростков в Турции. Подростки с религиозным образованием, в обследовании демонстрировали меньшее количество суицидальных идей и меньшее принятие идеи самоубийства. При этом они были готовы оказывать помощь и выражали сочувствие своим близким друзьям с суицидальными мыслями, не имевшими религиозного образования. [59].

В исследовании P.Huguelet [60] при помощи полуструктурированного интервью была изучена религиозность у 115 амбулаторных пациентов с шизофренией или шизоаффективными расстройствами и 30 стационарных больных без психотических симптомов. Помимо данных, полученных в ходе проведения стандартного полуструктурированного опроса, принималась во внимание их субъективная оценка роли религии (защитной или стимулирующей) в

решении совершить самоубийство. Было выявлено, что 43% пациентов с психозом ранее пытались покончить жизнь самоубийством. 25% всех обследованных признали защитную роль религии, которую связали как с морально-нравственным осуждением самоубийства, так и с личным использованием религиозных копинг-стратегий. Только один из десяти пациентов сообщил о стимулирующей роли религии, что объяснил вызывающими отрицательные ассоциации вопросами, и надеждой на лучшую жизнь после смерти. В данной работе было показано, что религиозность может играть значимую роль в непринятии психотическим пациентом решения о самоубийстве, хотя известно, что такие пациенты характеризуются высоким риском тяжелых суицидальных попыток.

Рядом авторов, в разные годы, были выполнены систематические обзоры, явно свидетельствующие о наличии положительного влияния религии на депрессивную симптоматику, и о протекторной роли религии, способствующей снижению уровня суицидальной активности. В своем обзоре социологической литературы из 130 источников за 15-летний период, посвященной суициду, S.Stack рассматривает различные теории возникновения суицидальной активности в популяции. Он однозначно указывает на положительное влияние религиозного фактора, который предполагает использование множества приемов копинга и подразумевает негативное отношение к суициду [61].

Духовная жизнь общества создает важный экзистенциальный контекст для индивидуума. Некоторые исследователи видят проблему самоубийств среди молодежи в отсутствии значимого духовного опыта, связанного с имеющимся в современном мире «общественным духовным вакуумом», что приводит к потере смысла и вследствие этого к возможности самоубийства [62,63].

Поэтому одним из наиболее адекватных путей предотвращения самоубийств могут быть программы вовлечения религиозных общин в государственные проекты. Примером такой программы является Scottish Choose Life Strategy (The Scottish Executive, 2002) Шотландские Стратегии Выбора Жизни (Шотландский орган Исполнительной власти, 2002 г.). Целью этой организации является существенное снижение уровня самоубийств, и совместная работа по тренингу навыков реагирования членов религиозных общин и религиозных лидеров, в ответ на смерть от самоубийства и суицидальное поведение [64]. H.Mowat et al. [65], также в Шотландии, разработали движения церковных приходских медсестер, (на основе более ранней американской модели Westberg [66] в котором медсестра-специалист нанимается на работу в приход, членом которого он или она является. До сих пор эта работа была ограничена христианскими группами, и исследования в отношении других религиозных общин не проводились.

Отдельного внимания заслуживает смыслообразующая роль религии, на что указывает G.Kirov et al. [67] при изучении пациентов, перенесших

психотические состояния. Авторы указывают на то, что психотическое заболевание, как правило, сопровождающееся аффектом страха, чувствами хаоса и беспомощности, нарушает внутренний порядок личности. С помощью веры в Бога может восстанавливаться равновесие и целостность личности, расщепленной болезнью, что переживается субъектом как оживление, обретение источника счастья, мира и уверенности. Таким образом, вера с точки зрения психологии является особой формой защиты, и способствует реализации адаптивных копинг-стратегий. Многие пациенты сознательно используют молитву во времена больших страданий и отчаяния, другие рассматривают свою болезнь как испытание (положительная переоценка), или полагаются на свою церковную деятельность (увеличение социализации).

Смыслообразующий аспект представляется важным, так как религиозность тесно сопряжена с процессом самоидентификации [68]. Это положение подтверждают данные исследования 3032 респондентов в возрасте от 25 до 74 лет, обработанные с использованием многофакторной регрессионной модели, которые свидетельствуют, что регулярное участие в жизни религиозных институтов связано с более высокой религиозной социальной идентичностью, и вследствие этого - с более высоким уровнем чувства общего благополучия [69].

Некоторые авторы обозначают наиболее явный протекторный фактор, препятствующий реализации самоубийства - его религиозное этическое осуждение [70]. Несмотря на некоторые различия в отношении к самоубийствам в основных религиозно-нравственных учениях, во всех из них имеется общая идея, заключающаяся в признании безусловной ценности человеческой жизни. Эта идея является смыслообразующей, и отражается на общем отношении к жизни и чувству собственного достоинства.

Таким образом, протекторный эффект религиозности на депрессивные состояния и суицидальные тенденции может объясняться наличием внутренней религиозности, определяющей смысл жизни верующего. Определенное значение имеют конкретные способы совладания с болезнью и с мыслями о самоубийстве, способствующие адаптации индивида и развитию у него чувства общего благополучия. Определенную протекторную роль играет религиозно-этическое осуждение самоубийства. Необходимо также отметить важность личного участия в религиозных обрядах, так как подобная практика способствует уменьшению депрессогенных эффектов стрессовых жизненных ситуаций [71,72,73].

### **Использованная литература:**

1. Koenig H. G., Büssing A. The Duke University Religion Index (DUREL): a five-item measure for use in epidemiological studies //Religions. – 2010. – Т. 1. – №. 1. – С. 78-85. Doi: 10.3390/rel1010078

2. Park, J. I., Hong, J. P., Park, S., & Cho, M. J. The relationship between religion and mental disorders in a Korean population //Psychiatry investigation. – 2012. – Т. 9. – №. 1. – С. 29. Doi: 10.4306/pi.2012.9.1.29
3. Carpenter T. P., Laney T., Mezulis A. Religious coping, stress, and depressive symptoms among adolescents: A prospective study //Psychology of religion and Spirituality. – 2012. – Т. 4. – №. 1. – С. 19. Doi: 10.1037/a0023155
4. Tedrus, G. M., Fonseca, L. C., Hoehr, G. C., & Magri, F. Religious-spiritual coping in epileptic patients: correlation with clinical aspects: P1428 //European Journal of Neurology. – 2012. – Т. 19. – С. 246.
5. Zinnbauer B.J., Pargament K.I., Cole B., Rye M.S., Butfer E.M., Belavich T.G., Hipp K., Scott A.B., Kadar J.L. (2015). Religion and spirituality: Unfuzzifying the fuzzy. In *Sociology of Religion* (pp. 29-34). Routledge
6. Rosmarin, D. H., Pirutinsky, S., Greer, D., & Korbman, M. Maintaining a grateful disposition in the face of distress: The role of religious coping //Psychology of Religion and Spirituality. – 2016. – Т. 8. – №. 2. – С. 134. Doi: 10.1037/rel0000021
7. B.J.Sadock, V.A.Sadock, P.Ruiz. Comprehensive textbook of psychiatry, 10th edition.-V.2 Wolters Kluwer, 2017.
8. Moreira-Almeida, A., Sharma, A., Van Rensburg, B. J., Verhagen, P. J., & Cook, C. C. WPA Position Statement on Spirituality and Religion in Psychiatry //Actas espanolas de psiquiatria. – 2018. – Т. 46. – №. 6. – С. 242-248. Doi:10.1002/wps.20304
9. Whalen E. A. Religion and suicide //Review of Religious Research. – 1964. – Т. 5. – №. 2. – С. 91-110. Doi: 10.2307/3510501
10. Pritchard C., Amanullah S. An analysis of suicide and undetermined deaths in 17 predominantly Islamic countries contrasted with the UK //Psychological Medicine. – 2007. – Т. 37. – №. 3. – С. 421-430. Doi: 10.1017/S0033291706009159
11. Dein S. Spirituality, psychiatry and participation: A cultural analysis //Transcultural Psychiatry. – 2005. – Т. 42. – №. 4. – С. 526-544. Doi:10.1177/1363461505058909
12. Hilton S. C., Fellingham G. W., Lyon J. L. Suicide rates and religious commitment in young adult males in Utah //American journal of epidemiology. – 2002. – Т. 155. – №. 5. – С. 413-419. Doi: 10.1093/aje/155.5.413
13. Barber C. W., Miller M. J. Reducing a suicidal person's access to lethal means of suicide: a research agenda //American journal of preventive medicine. – 2014. – Т. 47. – №. 3. – С. S264-S272. Doi: 10.1016/j.amepre.2014.05.028
14. Smith T. B., McCullough M. E., Poll J. Religiousness and depression: evidence for a main effect and the moderating influence of stressful life events //Psychological bulletin. – 2003. – Т. 129. – №. 4. – С. 614. Doi: 10.1037/h0087878
15. Hagberg J. O., Guelich R. A. The critical journey: Stages in the life of faith. – Sheffield Publishing, 2011. Книга доступна по ссылке: [https://books.google.ru/books?hl=ru&lr=&id=P1ecCQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR1&dq=15.%09Hagberg+J.+O.,+Guelich+R.+A.+The+critical+journey&ots=heusA4tS0o&sig=MHF-DtmPqRM--iztkSJWffK9wNA&redir\\_esc=y#v=onepage&q&f=false](https://books.google.ru/books?hl=ru&lr=&id=P1ecCQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR1&dq=15.%09Hagberg+J.+O.,+Guelich+R.+A.+The+critical+journey&ots=heusA4tS0o&sig=MHF-DtmPqRM--iztkSJWffK9wNA&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false)
16. Linley P. A., Joseph S. Positive change following trauma and adversity: A review //Journal of Traumatic Stress: Official Publication of the International Society for Traumatic Stress Studies. – 2004. – Т. 17. – №. 1. – С. 11-21. Doi: 10.1023/B:JOTS.0000014671.27856.7e
17. Tedeschi R. G., Calhoun L. G. The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma //Journal of traumatic stress. – 1996. – Т. 9. – №. 3. – С. 455-471. Doi: 10.1007/BF02103658
18. Harris, J. I., Erbes, C. R., Engdahl, B. E., Olson, R. H., Winkowski, A. M., McMahon, J. Christian religious functioning and trauma outcomes //Journal of Clinical Psychology. – 2008. – Т. 64. – №. 1. – С. 17-29. Doi: 10.1002/jclp.20427

19. Koenig, H., Koenig, H. G., King, D., & Carson, V. B. (2012). *Handbook of religion and health*. Oxford University Press, USA.
20. Lee, S. A., Ryu, H. U., Choi, E. J., Ko, M. A., Jeon, J. Y., Han, S. H., Jo, K. D. Associations between religiosity and anxiety, depressive symptoms, and well-being in Korean adults living with epilepsy // *Epilepsy & Behavior*. – 2017. – T. 75. – C. 246-251. Doi: 10.1016/j.yebeh.2017.06.005
21. Mitchell L., Romans S. Spiritual beliefs in bipolar affective disorder: their relevance for illness management // *Journal of affective disorders*. – 2003. – T. 75. – №. 3. – C. 247-257. Doi: 10.1016/S0165-0327(02)00055-1
22. Anyfantakis, D., Symvoulakis, E. K., Linardakis, M., Shea, S., Panagiotakos, D., & Lionis, C. Effect of religiosity/spirituality and sense of coherence on depression within a rural population in Greece: the Spili III project // *BMC psychiatry*. – 2015. – T. 15. – №. 1. – C. 173. Doi: 10.1007/BF03401304
23. Allport, G. W., Ross, J. M. Personal religious orientation and prejudice // *Journal of personality and social psychology*. – 1967. – T. 5. – №. 4. – C. 432. Doi: 10.1037/h0021212
24. Mickley J. R., Soeken K., Belcher A. Spiritual well-being, religiousness and hope among women with breast cancer // *Image: The Journal of Nursing Scholarship*. – 1992. – T. 24. – №. 4. – C. 267-272. Doi: 10.1111/j.1547-5069.1992.tb00732.x
25. Nelson P. B. Intrinsic/Extrinsic Religious Orientation of the Elderly Relationship to Depression and Self-Esteem // *Journal of Gerontological Nursing*. – 1990. – T. 16. – №. 2. – C. 29-35. Doi: 10.3928/0098-9134-19900201-09
26. Patock-Peckham J. A. et al. Effect of religion and religiosity on alcohol use in a college student sample // *Drug and Alcohol Dependence*. – 1998. – T. 49. – №. 2. – C. 81-88. Doi: 10.1016/S0191-8869(97)00164-5
27. Nelson, C., Jacobson, C. M., Weinberger, M. I., Bhaskaran, V., Rosenfeld, B., Breitbart, W., & Roth, A. J. The role of spirituality in the relationship between religiosity and depression in prostate cancer patients // *Annals of Behavioral Medicine*. – 2009. – T. 38. – №. 2. – C. 105-114. Doi: 10.1007/s12160-009-9139-y
28. Caribé, A. C., Studart, P., Bezerra-Filho, S., Brietzke, E., Noto, M. N., Vianna-Sulzbach, M., Miranda-Scippa, Â. Is religiosity a protective factor against suicidal behavior in bipolar I outpatients? // *Journal of Affective Disorders*. – 2015. – T. 186. – C. 156-161. Doi: 10.1016/j.jad.2015.07.024
29. Mahmoodabad S. S. M. et al. Extrinsic or intrinsic religious orientation may have an impact on mental health // *Research Journal of Medical Sciences*. – 2016. – T. 10. – №. 4. – C. 232-236. Доступно по ссылке: <http://eprints.umsha.ac.ir/id/eprint/2369>
30. Foong H. F. et al. Moderating effect of intrinsic religiosity on the relationship between depression and cognitive function among community-dwelling older adults // *Aging & mental health*. – 2018. – T. 22. – №. 4. – C. 483-488. Doi: 10.1080/13607863.2016.1274376
31. Shattuck E. C., Muehlenbein M. P. Religiosity/Spirituality and Physiological Markers of Health // *Journal of religion and health*. – 2018. – C. 1-20. Doi: 10.1007/s10943-018-0663-6
32. Charlemagne-Badal S. J., Lee J. W. Intrinsic Religiosity and Hypertension Among Older North American Seventh-Day Adventists // *Journal of religion and health*. – 2016. – T. 55. – №. 2. – C. 695-708. Doi: 10.1007/s10943-015-0102-x
33. Morawa E., Erim Y. Health-Related Lifestyle Behavior and Religiosity among First-Generation Immigrants of Polish Origin in Germany // *International journal of environmental research and public health*. – 2018. – T. 15. – №. 11. – C. 2545. Doi: 10.3390/ijerph15112545
34. McCullough M. E., Bono G., Root L. M. Religion and forgiveness // *Handbook of the psychology of religion and spirituality*. – 2005. – C. 394-411. Доступно по ссылке: [http://local.psy.miami.edu/faculty/mmccullough/Papers/CV%20Papers/ReligionandForgiveness\\_HandbookPsychologyReligionSpirituality\\_2005.pdf](http://local.psy.miami.edu/faculty/mmccullough/Papers/CV%20Papers/ReligionandForgiveness_HandbookPsychologyReligionSpirituality_2005.pdf)

35. Koenig H. G., Pargament K. I., Nielsen J. Religious coping and health status in medically ill hospitalized older adults //The Journal of nervous and mental disease. – 1998. – Т. 186. – №. 9. – С. 513-521. Doi: 10.1097/00005053-199809000-00001
36. Tse, S., Lloyd, C., Petchkovsky, L., Manaia, W. Exploration of Australian and New Zealand indigenous people's spirituality and mental health //Australian Occupational Therapy Journal. – 2005. – Т. 52. – №. 3. – С. 181-187. Doi: 10.1111/j.1440-1630.2005.00507.x
37. Payman V., George K., Ryburn B. Religiosity of depressed elderly inpatients //International Journal of Geriatric Psychiatry: A journal of the psychiatry of late life and allied sciences. – 2008. – Т. 23. – №. 1. – С. 16-21. Doi: 10.1002/gps.1827
38. Bosworth, H. B., Park, K. S., McQuoid, D. R., Hays, J. C., & Steffens, D. C. The impact of religious practice and religious coping on geriatric depression //International Journal of Geriatric Psychiatry. – 2003. – Т. 18. – №. 10. – С. 905-914. Doi: 10.1002/gps.945
39. Mosqueiro B. P., da Rocha N. S., de Almeida Fleck M. P. Intrinsic religiosity, resilience, quality of life, and suicide risk in depressed inpatients //Journal of affective disorders. – 2015. – Т. 179. – С. 128-133. Doi: 10.1016/j.jad.2015.03.022
40. Fradelos, E. C., Kourakos, M., Zyga, S., Tzavella, F., Tsaras, K., Christodoulou, E., Papathanasiou, I. V. Measuring Religiosity in Nursing: Reliability, Validity and Psychometric Properties of the Greek Translation of the Centrality of Religiosity Scale-15 //American Journal of Nursing. – 2018. – Т. 7. – №. 3-1. – С. 25-32. Doi: 10.11648/j.ajns.s.2018070301.14
41. Ozawa, C., Suzuki, T., Mizuno, Y., Tarumi, R., Yoshida, K., Fujii, K., Uchida, H. Resilience and spirituality in patients with depression and their family members: A cross-sectional study //Comprehensive psychiatry. – 2017. – Т. 77. – С. 53-59. Doi: 10.1016/j.comppsy.2017.06.002
42. Donahue M. J., Benson P. L. Religion and the well-being of adolescents //Journal of social issues. – 1995. – Т. 51. – №. 2. – С. 145-160. Doi: 10.1111/j.1540-4560.1995.tb01328.x
43. Timio M. Blood pressure trend and psychosocial factors: the case of the nuns in a secluded order //Acta physiologica scandinavica. Supplementum. – 1997. – Т. 640. – С. 137-139. PMID: 9401626
44. Krause N. Religion and health: Making sense of a disheveled literature //Journal of religion and health. – 2011. – Т. 50. – №. 1. – С. 20-35. Doi: 10.1007/s10943-010-9373-4
45. Newlin, K., Dyess, S. M., Allard, E., Chase, S., & Melkus, G. D. E. A methodological review of faith-based health promotion literature: advancing the science to expand delivery of diabetes education to Black Americans //Journal of religion and health. – 2012. – Т. 51. – №. 4. – С. 1075-1097. Doi: 10.1007/s10943-011-9481-9
46. Al-Kandari Y. Y. Religiosity and its relation to blood pressure among selected Kuwaitis //Journal of Biosocial Science. – 2003. – Т. 35. – №. 3. – С. 463-472. Doi: 10.1017/S0021932003004632
47. Werdel, M. B., Dy-Liacco, G. S., Ciarrocchi, J. W., Wicks, R. J., & Breslford, G. M. The unique role of spirituality in the process of growth following stress and trauma //Pastoral Psychology. – 2014. – Т. 63. – №. 1. – С. 57-71. Doi: 10.1007/s11089-013-0538-4
48. Van Cappellen, P., Toth-Gauthier, M., Saroglou, V., Fredrickson, B. L. Religion and well-being: The mediating role of positive emotions //Journal of Happiness Studies. – 2016. – Т. 17. – №. 2. – С. 485-505. Doi: 10.1007/s10902-014-9605-5
49. Peres M. F. P. et al. Mechanisms behind religiosity and spirituality's effect on mental health, quality of life and well-being //Journal of religion and health. – 2018. – Т. 57. – №. 5. – С. 1842-1855. Doi: 10.1007/s10943-017-0400-6
50. Bertolote J. M., Fleischmann A. A global perspective in the epidemiology of suicide //Suicidologi. – 2015. – Т. 7. – №. 2. Доступно по ссылке: <http://www.journals.uio.no/index.php/suicidologi/article/viewFile/2330/2193>

51. Lester D. The role of shame in suicide // *Suicide and Life-Threatening Behavior*. – 1997. – Т. 27. – №. 4. – С. 352-361. Doi: 10.1111/j.1943-278X.1997.tb00514.x
52. Phillips M. R., Li X., Zhang Y. Suicide rates in China, 1995–99 // *The Lancet*. – 2002. – Т. 359. – №. 9309. – С. 835-840. Doi: 10.1016/S0140-6736(02)07954-0
53. Pritchard C., Baldwin D. S. Elderly suicide rates in Asian and English-speaking countries // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. – 2002. – Т. 105. – №. 4. – С. 271-275. Doi: 10.1034/j.1600-0447.2002.1014.x
54. Moreira-Almeida A. Религия и здоровье: чем больше мы знаем, тем больше мы должны узнать/под ред. Борисовой О. А // *World Psychiatry* (на русском). – 2011. – Т. 12. – №. 1. – С. 34-35. Доступно по ссылке: [https://www.wpanet.org/uploads/Publications/WPA\\_Journals/World\\_Psychiatry/Past\\_Issues/Russian/WPA12-1\\_Low.pdf#page=36](https://www.wpanet.org/uploads/Publications/WPA_Journals/World_Psychiatry/Past_Issues/Russian/WPA12-1_Low.pdf#page=36)
55. Mitchell L., Romans S. Spiritual beliefs in bipolar affective disorder: their relevance for illness management // *Journal of affective disorders*. – 2003. – Т. 75. – №. 3. – С. 247-257. Doi: 10.1016/S0165-0327(02)00055-1
56. Nisbet, P. A., Duberstein, P. R., Conwell, Y., Seidlitz, L. The effect of participation in religious activities on suicide versus natural death in adults 50 and older // *The Journal of nervous and mental disease*. – 2000. – Т. 188. – №. 8. – С. 543-546. Doi: 10.1097/00005053-200008000-00011
57. Dervic, K., Oquendo, M. A., Grunebaum, M. F., Ellis, S., Burke, A. K., Mann, J. J. Religious affiliation and suicide attempt // *American Journal of Psychiatry*. – 2004. – Т. 161. – №. 12. – С. 2303-2308. Doi: 10.1176/appi.ajp.161.12.2303
58. Nonnemaker J. M., McNeely C. A., Blum R. W. Public and private domains of religiosity and adolescent health risk behaviors: evidence from the National Longitudinal Study of Adolescent Health // *Social science & medicine*. – 2003. – Т. 57. – №. 11. – С. 2049-2054. Doi: 10.1016/S0277-9536(03)00096-0
59. Eskin M. The effects of religious versus secular education on suicide ideation and suicidal attitudes in adolescents in Turkey // *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. – 2004. – Т. 39. – №. 7. – С. 536-542. Doi: 10.1007/s00127-004-0769-x
60. Huguelet, P., Mohr, S., Jung, V., Gillieron, C., Brandt, P. Y., Borrás, L. Effect of religion on suicide attempts in outpatients with schizophrenia or schizo-affective disorders compared with inpatients with non-psychotic disorders // *European Psychiatry*. – 2007. – Т. 22. – №. 3. – С. 188-194. Doi: 10.1016/j.eurpsy.2006.08.001
61. Stack S. Suicide: a 15-year review of the sociological literature part I: cultural and economic factors // *Suicide and Life-Threatening Behavior*. – 2000. – Т. 30. – №. 2. – С. 145-162. Doi: 10.1111/j.1943-278X.2000.tb01073.x
62. Eriksson C. B., Yeh D. Grounded transcendence: Resilience to trauma through spirituality and religion // *Individual trauma: Recovering from deep wounds and exploring the potential for renewal*. – 2012. – С. 53-71. Доступно по ссылке: [https://www.researchgate.net/profile/Marek\\_Celinski/publication/292065408\\_Individual\\_trauma\\_Recovering\\_from\\_deep\\_wounds\\_and\\_exploring\\_the\\_potential\\_for\\_renewal/links/58f96741aca2723d79d26fa9/Individual-trauma-Recovering-from-deep-wounds-and-exploring-the-potential-for-renewal.pdf#page=65](https://www.researchgate.net/profile/Marek_Celinski/publication/292065408_Individual_trauma_Recovering_from_deep_wounds_and_exploring_the_potential_for_renewal/links/58f96741aca2723d79d26fa9/Individual-trauma-Recovering-from-deep-wounds-and-exploring-the-potential-for-renewal.pdf#page=65)
63. Tacey D. *The spirituality revolution: The emergence of contemporary spirituality*. – Routledge, 2004. Doi: 10.4324/9780203647035
64. Platt S. et al. Evaluation of the first phase of choose life, the national strategy and action plan to prevent suicide in Scotland // *Psychiatria Danubina*. – 2006. – Т. 18. – №. Suppl. 1. – С. 103-103. PMID: 16964046
65. Mowat H. Ageing Health Care and the Spiritual Imperative: A View from Scotland // *Journal of Religion, Spirituality & Aging*. – 2006. – Т. 18. – №. 2-3. – С. 3-17. Doi: 10.1300/J496v18n02\_01

66. Westberg G. E., McNamara J. W. The parish nurse: Providing a minister of health for your congregation. – Augsburg Books, 1990. Доступно по ссылке: [https://books.google.ru/books?hl=ru&lr=&id=TIm5tGhOSZ0C&oi=fnd&pg=PA7&dq=Westberg+G.+E.,+McNamara+J.+W.+The+parish+nurse&ots=jn1TJWRo2e&sig=PhF6QabddrNs qnmftDhHPt3AfSk&redir\\_esc=y#v=onepage&q&f=false](https://books.google.ru/books?hl=ru&lr=&id=TIm5tGhOSZ0C&oi=fnd&pg=PA7&dq=Westberg+G.+E.,+McNamara+J.+W.+The+parish+nurse&ots=jn1TJWRo2e&sig=PhF6QabddrNs qnmftDhHPt3AfSk&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false)
67. Kirov, G., Kemp, R., Kirov, K., David, A. S. Religious faith after psychotic illness //Psychopathology. – 1998. – Т. 31. – №. 5. – С. 234-245. Doi: 10.1159/000029045
68. Beit-Hallahmi B. Psychological perspectives on religion and religiosity. – Routledge, 2014. Doi: 10.4324/9781315749846
69. Greenfield E. A., Marks N. F. Religious social identity as an explanatory factor for associations between more frequent formal religious participation and psychological well-being //The international journal for the psychology of religion. – 2007. – Т. 17. – №. 3. – С. 245-259. Doi: 10.1080/10508610701402309
70. Moreira-Almeida, A., Lotufo Neto, F., Koenig, H. G. Religiousness and mental health: a review //Brazilian Journal of Psychiatry. – 2006. – Т. 28. – №. 3. – С. 242-250. Doi: 10.1590/S1516-44462006005000006
71. Nooney J., Woodrum E. Religious coping and church-based social support as predictors of mental health outcomes: Testing a conceptual model //Journal for the Scientific Study of Religion. – 2002. – Т. 41. – №. 2. – С. 359-368. Doi: 10.1111/1468-5906.00122
72. Ellison C. G., Levin J. S. The religion-health connection: Evidence, theory, and future directions //Health Education & Behavior. – 1998. – Т. 25. – №. 6. – С. 700-720. Doi: 10.1177/109019819802500603
73. Bradley E. Religious involvement and social resources: evidence from the data set "Americans' changing lives" //Journal for the scientific study of Religion. – 1995. – С. 259-267. Doi: 10.2307/1386771

## **СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ**

Борисова О. А. – кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник отдела особых форм психической патологии Научного центра психического здоровья РАН.

Гедевани Е.В. – кандидат медицинских наук, научный сотрудник Научного центра психического здоровья РАН.

Казьмина Е.А. – кандидат педагогических наук, клинический психолог, ведущий научный сотрудник Научного центра психического здоровья РАН.

Каледа В. Г. – доктор медицинских наук, заместитель директора Научного центра психического здоровья РАН, главный научный сотрудник отдела по изучению эндогенных психозов и аффективных состояний, профессор кафедры практического богословия ПСТГУ.

Копейко Г. И. – кандидат медицинских наук, заместитель директора по научной работе Научного центра психического здоровья РАН.

Одяков Илия, протоиерей – клирик больничного храма в честь иконы Божией Матери Целительница при Научном центре психического здоровья РАН.

Самсонов И.С. – научный сотрудник Научного центра психического здоровья РАН.

Сергий, митрополит Воронежский и Лискинский.