Религиозность и клиническая психиатрия

Материалы
Первой Московской
Международной конференции

Москва, 2017

ФГБНУ «НАУЧНЫЙ ЦЕНТР ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ»
ВСЕМИРНАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ АССОЦИАЦИЯ
РОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО ПСИХИАТРОВ
СОЮЗ ОХРАНЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

Религиозность и клиническая психиатрия

Материалы Первой Московской Международной конференции

20-21 апреля 2017 года

Под редакцией
Г.И. Копейко и В.Г. Каледы

Москва, 2017

УДК 616.89
ББК 56.14

Религиозность и клиническая психиатрия. Материалы Первой Московской Международной конференции, 20-21 апреля 2017 года: Сборник научных трудов.– М.: «Сам Полиграфист», 2017. – 278 с., ил.

ISBN 978-5-00077-640-7

Настоящий сборник включает в себя материалы Первой Московской Международной конференции «Религиозность и клиническая психиатрия». В нем собраны современные научные исследования в области различных клинико-психопатологических аспектов проблемы религиозности. Рекомендуется для научных сотрудников, психиатров, психотерапевтов, психологов, а также священнослужителей и учащихся духовных учреждений, специалистов по социальной работе.

ISBN 978-5-00077-640-7

© ФГБНУ НЦПЗ, 2017

Подписано в печать 09.10.2017 г. Формат 60x90/16. Бумага офсетная.
Печать цифровая. Тираж 250 шт. Заказ № 70428.

Отпечатано в типографии «OneBook.ru» ООО «Сам Полиграфист»
109316, г. Москва, Волгоградский проспект, дом 42, корп. 5, «Технополис Москва».
www.onebook.ru

СОДЕРЖАНИЕ

ПРЕДИСЛОВИЕ **8**

РАЗДЕЛ 1. ПРЕЗЕНТАЦИИ ДОКЛАДОВ КОНФЕРЕНЦИИ

Simon Dein
Religion and Mental Health 11

Gerrit Glas
Brain, soul, and mind. A reflection from a philosophy of neuroscience perspective 29

René Hefti
Religious Coping with Mental Health Disorders - Research and Clinical Practice 50

Peter J. Verhagen
Spiritual Life, Identity and Relations 73

РАЗДЕЛ 2. ТЕЗИСЫ УЧАСТНИКОВ КОНФЕРЕНЦИИ

Агарков В.А., Александров Ю.И., Бронфман С.А.
Русскоязычная версия опросника MI-RSWB - Многофакторный опросник религиозного/ духовного благополучия (ОРДБ) 81

Алексеева А.Г.
Религиозные онейроидные состояния у больных шизофренией 85

Арпентьева М.Р.
Трансформации и реформации смысла жизни 91

Бабурин А.Н., Магай А.И., Казьмина Е.А., Гедевани Е.В., Болтрукевич М.Д.
Технология конфессионально-ориентированной реабилитации больных эндогенными психическими заболеваниями с алкогольной зависимостью 96

Байкова М.А., Меринов А.В.
Влияние веры в Бога на аутоагрессивный профиль и клинико-психологические характеристики студентов старших курсов ВУЗа.....100
Башмакова О.В., Семенихин Д.Г.
Религиозно-мировоззренческие установки в профессиональной деятельности психиатров.....105
Богатырева Н.Л.
Влияние религиозности на течение реакции горя.....107
Борисова О.А.
Спектр патологической религиозности у больных с эндогенными психическими заболеваниями 111
Бровченко К.Ю.
Особенности религиозного поведения у больных шизофренией с религиозно-мистическими переживаниями 120
Воскресенский Б.А.
Некоторые аспекты проблемы «религиозность и психические расстройства» 124
Гусев В.В., Гедевани Е.В.
Аксиосемантические особенности больных с религиозным мировоззрением 129
Джангильдин Ю.Т.
Клинико-психотерапевтическое понимание феномена страдания 139
Дробашенко Т.Г.
Особенности проведения лечебно-консультативной работы отделения особых форм психической патологии.....144

Дубицкая Е.А., Носачев Г.Н.

Религиозность и клиническая депрессия: взгляды больных, их родственников, врачей и психологов.....149

Зислин И.М.

Иерусалимские психозы в рамках транскультуральной психиатрии. К постановке проблемы 154

Золотова А.Н.

Опыт межведомственного взаимодействия психиатрической службы и Русской Православной Церкви в профилактике суицидального поведения у несовершеннолетних 159

Казьмина Е.А.

Особенности психосоциальной реабилитации религиозных больных с эндогенными психическими расстройствами 163

Каледа В.Г.

Психиатрия и проблемы духовной жизни в трудах проф. Д.Е. Мелехова.....171

Кондратьев Ф.В.

Религиозность психически больного — методологические проблемы её понимания 175

Копейко Г.И., Борисова О.А., Гедевани Е.В.

Клинико-психопатологические особенности бреда одержимости при шизофрении.....180

Машкова И.Ю.

Духовные аспекты преодоления созависимости в практике клинической психотерапии 185

Минаков А.А.

Религиозное сознание и формирование внутренней картины болезни в психиатрии 190

Мрыхин В.В., Перехов А.Я.

Отношение психиатрии и религии к эвтаназии.....195

Находкин Е.Г., Герасимов Е. М.
Религиозные особенности мужчин, осужденных к лишению свободы и страдающих опийной наркоманией с коморбидной ВИЧ-инфекцией в Красноярском крае 200
Носачев Г.Н., Носачев И.Г.
Психотерапевтический метод: религиозная модель и религиозность.....204
Парамонов А.А.
Религиозные нормы и отношение мигрантов к употреблению алкоголя 209
Парпара А.А.
Духовное измерение» в психотерапии К. Роджерса 212
Пашковский В.Э.
Религиозно-архаический бредовой комплекс. Клинические и социальные аспекты.....217
Пашковский В.Э., Савельев А.П.
Клинико-психопатологические характеристики бреда одержимости.....221
Пищикова Л.Е.
Интеграция психиатрии и религии в оказании помощи гражданам старшего поколения 226
Полищук Ю.И., Летникова З.В.
Религиозная стратегия совладания с патологическими реакциями горя в позднем возрасте 231
Попович У.О., Каледа В.Г., Романенко Н.В., Копейко Г.И.
Психопатологические особенности эндогенных приступов в юношеском возрасте с бредовыми идеями религиозного содержания.....235

Пятницкая Л.Н.

Творчество в жизни пациентов 240

Рутковская Н.С.

Суицидальное поведение и религиозность у пациентов психиатрического стационара 242

Семин С.А., Абриталин Е.Ю.

Роль религии в укреплении психического здоровья военнослужащих.....245

Слоневский Ю.А.

Персонифицированная интегративная помощь и поддержка больных в клинике эндогенных расстройств.....249

Соловьев А.Г., Бабкин Р.А., Игумен Феодосий (Нестеров)

Социально-психологическое (религиозное) пространство 258

Тетеркина Т.И., Корсак О.В.

Отражение языческих представлений и верований в сознании субъектов апотропеических ритуалов и пациентов с психическимим расстройствами.....261

Токарева Н.Г., Железнова Е.В.

Эпилепсия и нравственные ценности 267

Худяков А.В., Урсу А.В., Сурина А.Е.

Православная психотерапия: запрос общества или мода?.....270

Шарипова Ф.К., Бабарахимова С.Б.

Взаимосвязь фабулы бредовых расстройств и типологических особенностей личности женщин с шизоаффективными психозами 274

ПРЕДИСЛОВИЕ

Вниманию читателей предлагается сборник материалов Московской международной конференции «Религиозность и клиническая психиатрия», состоявшейся 20-21 апреля 2017 года в ФГБНУ «Научный Центр психического здоровья». То обстоятельство, что на данной конференции были обсуждены различные клинико-психопатологические аспекты проблемы религиозности, которые в настоящее время являются предметом полемики и широкой дискуссии на различных международных симпозиумах и конференциях, является далеко не случайным.

Центральной задачей исследований, которые проводятся отечественной школой клинической психиатрии, является изучение особенностей психопатологических расстройств и клинической картины психических заболеваний. Клиника и психопатология являются теми краеугольными камнями, без которых мы не можем понять суть психических расстройств пациента и построить адекватную систематику психических болезней. Несмотря на попытки создания новых классификаций психических болезней только на основе биологических исследований, этих данных оказывается недостаточно для того, чтобы они легли в основу современной классификации психических заболеваний.

В чем же заключается работа психопатолога и клинициста в изучении этой проблемы - религии и психиатрии? Во-первых, исследования, проведенные в нашем Центре, показали, что существует группа религиозных пациентов, у которых эндогенные психозы протекают несколько иначе. К примеру, целый ряд особенностей синдрома Кандинского-Клерамбо при исследовании больных, страдающих шизофренией с религиозной фабулой психических расстройств, показал, что в

этих случаях имеют место свои особенности и оттенки этого психопатологического синдрома. Это касается и ряда других психопатологических синдромов с религиозной тематикой.

Во-вторых, нас всегда очень интересует клиника, и здесь тоже возникает огромное количество вопросов, на которые мы пока не готовы ответить. В ряде случаев психоз развивается у атеиста, однако в структуре психоза наблюдается религиозная тематика, как будто бы больной был готов к этому уже заранее. При этом нет оснований предполагать, что данный пациент был латентно верующим человеком, в данном случае речь идет о совершенно другой категории лиц. В дальнейшем у таких пациентов могут возникать повторные психотические приступы, которые могут сопровождаться религиозным бредом (в широком смысле этого слова), или же речь идет об аффективных или аффективно-бредовых приступах, в которых отсутствует религиозная тематика. Тоже самое касается и непрерывно текущих расстройств: больной переносит приступ, в след за ним у него возникает не свойственное этому индивидуума религиозность. Она может быть адекватная, присущая здоровым лицам, а иногда – имеет свои особенности и совершенно явно окрашена в психиатрические оттенки. Возможно ситуации, когда после повторного приступа религиозность полностью исчезает.

Это лишь небольшая часть вопросов, на которые следует получить ответы. Мы убеждены, что психопатологические клинические особенности заболевания, которые являются результатом клинических наблюдений и опыта, позволят сформулировать прогноз течения заболевания и лежат в основе нашего понимания психиатрии как научной дисциплины. Исследования этих больных не только расширяет наше представление о разнообразии психопатологических синдромов, но и позволяет выявить и описать у этой категории больных такие особенности психопатологических синдромов, которые не встречаются в обычной психиатрической практике. Это

заставляет быть нас чрезвычайно внимательными к таким пациентам, потому что они требуют к себе особого подхода, иногда совершенно иной терапии, в частности особых видов психотерапии.

Благодаря исследованиям психиатров, в первую очередь сотрудников НЦПЗ, изучающих развитие и характер религиозной тематики в клинике психических заболеваний, появилась возможность уточнить ряд психопатологических феноменов, а также детально изучить особенности клиники эндогенных заболеваний с религиозной тематикой и разработать адекватные меры терапевтического воздействия.

Полагаю, что все дискуссионные вопросы, которые были подняты на конференции и нашли свое отражение в материалах публикуемого сборника, помогут расширить наш кругозор, который поможет под иным углом рассмотреть некоторые клинические и психопатологические проблемы. Думаю, что материалы конференции, которые подробно отражены в этом сборнике, представляют несомненный теоретический и практический интерес для психиатров, и они будут знать, что существует еще такой, религиозный раздел клинической психиатрии, к которому нужно относиться с большим вниманием и известной деликатностью.

А.С. Тиганов, академик РАН,
Научный руководитель
ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»

РАЗДЕЛ 1. ПРЕЗЕНТАЦИИ ДОКЛАДОВ КОНФЕРЕНЦИИ

УДК 616.89-008

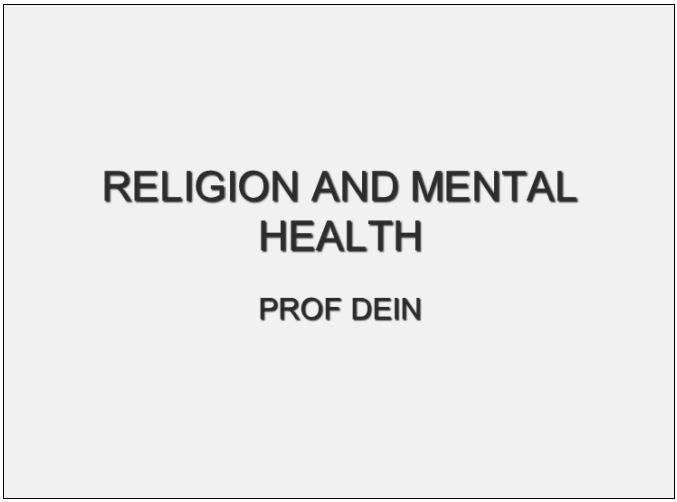
Simon Dein

Religion and Mental Health

London, Great Britain

e-mail: s.dein@gold.ac.uk

Профессор. Университет Дарем. Основатель и главный редактор журнала «Психическое здоровье, религия и культура», Лондон, Великобритания



FREUD

Sigmund Freud

Future of an Illusion, 1927

"Religion would thus be the universal obsessional neurosis of humanity... If this view is right, it is to be supposed that a *turning-away from religion is bound to occur with the fatal inevitability of a process of growth*…If, on the one hand, religion brings with it obsessional restrictions, exactly as an individual obsessional neurosis does, on the other hand *it comprises a system of wishful illusions together with a disavowal of reality, such as we find in an isolated form nowhere else but amentia, in a state of blissful hallucinatory confusion*…"

FREUD

- **Sigmund Freud**

Civilization and Its Discontents

"The whole thing is so patently infantile, so incongruous with reality, that to one whose attitude to humanity is friendly it is painful to think that the great majority of mortals will never be able to rise above this view of life."

RELIGIOSITY GAP

Psychologists and psychiatrists are less religious than their patients.

Neeleman, J. & Lewis, G. (1994) Religious identity and comfort beliefs in three groups of psychiatric patients and a group of medical controls.*International Journal of Social Psychiatry*, **40**, 124–134.

ANTAGONISM TOWARDS RELIGION

- Many psychiatrists see religion as:
- primitive
- guilt-inducing
- a form of dependency
- irrational
- having no empirical base

RELIGION AS TABOO

- It is no wonder that the Danish theologian Hans Kung referred to religion as 'psychiatry's last taboo' (Kung, 1986).

- Kung, H. (1986) *Religion: The Last Taboo*. Washington, DC: APA Press.

OVERVIEW OF RESEARCH

Mental Health

Positive correlations found between indices of religiosity (and spirituality) and mental health:

Positive emotions.
wellbeing,
hope and optimism,
meaning and purpose,
self esteem,
sense of personal control.

DEPRESSION

RS related to

-reduced prevalence of depression

-faster remission

-reduction in depression severity in response to a R/S intervention.

-reduced prevalence of suicide

R/S DEPRESSION

Koenig et al. in a comprehensive overview of the topic which critically examined one hundred studies examining the association between religion and well being, reported at least one significant positive correlation between these variables in 80% of the studies. While the correlations reported by many studies are modest, they equal or exceed correlations between well being and other psychosocial variables, such as social support. Similarly 80% or more of the studies reported a positive correlation between religiousness and greater hope or optimism about the future. Hence it appears that being religious might enhance a sense of hope which could possibly influence rates of depression.

RELIGION DEPRESSION

- Although the evidence is strongly consistent in establishing the religiousness-depression relationship, the majority of the studies was cross sectional in nature and was performed among US residents, a population with a high religiosity level. However, research conducted in other countries has found equivalent results. Two Brazilian studies used a screening questionnaire for common mental disorders (depression, anxiety and somatization disorders) in two different religious populations.

RELIGION AND DEPRESSION

A published meta-analysis of 147 studies that involved nearly 100 000 subjects.23 The average inverse correlation between religious involvement and depression was –0.10, which increased to –0.15 for studies in stressed populations. While this correlation appears small and weak, it is of the same magnitude as seen for sex (a widely recognized factor influencing the prevalence of depression).

Smith TB, McCullough ME, Poll J. Religiousness and depression: evidence for a main effect and the moderating influence of stressful life events. Psychol Bull.2003;129:614–636.

RELIGION AND DEPRESSION

A representational longitudinal study of 2,836 adults from the general population examined the relation between religious involvement and the frequency of symptoms of depression and found a curvilinear relationship. Although religious attendance was found to have little relationship with symptoms of depression, once demographic and physical health variables were controlled, there was a significant correlation between religious 'salience' and symptoms of depression. Individuals who did not see themselves as religious and individuals who saw themselves as extremely religious had more frequent symptoms of depression than those who considered themselves moderately religious.

Schnittker J. When is faith enough? The effects of religious involvement on depression. J Scientific Study Religion 2001;40:393-411

RELIGIOUS VIEWS ON SUICIDE

- Judaism
- Suicide is generally forbidden by Jewish law. It may be an acceptable alternative if the alternative is the commission of certain cardinal sins for which one must give up one's life rather than sin

RELIGIOUS VIEWS ON SUICIDE

- Catholicism
- According to the theology of the Roman Catholic Church, death by suicide is considered a grave or serious sin.
- Conservative Protestants
- Conservative Protestants (Evangelicals, Charismatics, Pentecostals, and other denominations) have often argued that because suicide involves self-murder, then anyone who commits it is sinning and is the same as if the person murdered another human being.

RELIGIOUS VIEWS ON SUICIDE

- ISLAM
- Islam, like other Abrahamic religions, views suicide as one of the greatest sins and utterly detrimental to one's spiritual journey. A verse in the Quran instructs;
- "And do not kill yourselves, surely God is most Merciful to you."
- — Qur'an, Sura 4(An-Nisa), ayat 29

RELIGIOUS VIEWS ON SUICIDE

- Hinduism

In Hinduism, there are a number of views in regard to suicide. Generally, committing suicide is considered a violation of the code of ahimsa (non-violence) and therefore equally sinful as murdering another.

SUICIDE

Religious beliefs and practices may influence suicide risk not only because they forbid it, but also because of their relationship to psychological, social, behavioral, and physical factors that lead to suicide. Since religious involvement is associated with better school performance, greater conscientiousness, improved coping with stressful life events, less depression, faster recovery from depression, and is a source of hope and meaning, it could reduce suicide through these pathways.

SUICIDE

- In the systematic review of the research published in the *Handbook of Religion and Health, Second Edition* (Jan/Feb 2012 forthcoming), we identified 141 studies that measured religiousness and correlated it with suicidal ideation, suicide attempts, and completed suicide. Three-quarters (106 of 141) found less suicidal thoughts and behaviors among those who were more religious. Furthermore, there is every reason to think that religious interventions in religious patients at risk for suicide may help to lower the risk; however, since no clinical trials have examined this possibility, these interventions should be administered with caution (and should not replace traditional psychiatric care).

ANXIETY

Anxiety can present as an isolated problem or in combination with depression.

The majority of studies suggest reported inverse relationship between RS and anxiety.

ANXIETY

- While positive forms of religious coping may reduce anxiety in highly stressful circumstances, negative forms of religious conflict may exacerbate it. For example, one recent study53 of women (*n* = 100) with gynecological cancer found that women who felt that God was punishing them, had deserted them, or did not have the power to make a difference, or felt deserted by their faith community, had significantly higher anxiety.
- Boscaglia N, Clarke DM, Jobling TW, et al. The contribution of spirituality andspiritual coping to anxiety and depression in women with a recent diagnosis of gynecological cancer. Int J Gynecol Cancer. 2005;15:755–761.

OBSESSIONAL ILLNESS

- No increased rates of obsessional illness in Jews and Muslims
- Religion may increase obsessional traits.
- Religious obsessions really have nothing to do with true religion as it is understood. Religion is not the source of OCD; rather, it is a medium for the disorder's effects. One can easily remain a believer in God and learn to deal with thoughts against God.

OBSESSIONAL ILLNESS

- Greenberg and Witztum (2001), in their studies of OCD among orthodox Jews, concluded that religion offers ways of expressing the disorder, but does not in itself foster the disorder:

- Greenberg, D. & Witztum, E. (2001). Sanity and sanctity: Mental health work among the ultra-orthodox in Jerusalem. New Haven, CT, and London: Yale University Press.

SUBSTANCE ABUSE

In 278 studies examining relationship between RS and alcohol use or abuse 86% found less alcohol abuse among the more religion spiritual.

Drug abuse. At least 185 studies examine the relationship between RS and drug abuse, 155 found less drug abuse amongst those who were more religious or spiritual.

RELIGIOUS DELUSIONS

- Approximately 25-39% of psychotic patients with schizophrenia and 15-22% of those with bipolar disorder have religious delusions.
- Koenig HG. Schizophrenia and other psychotic disorders. In Peteet J, Lu F (eds), Religious and Spiritual Considerations for DSM-V. Washington DC: American Psychiatric Publishing, forthcoming (2008)

RELIGIOUS DELUSIONS

- One of the largest and most detailed studies from Great Britain examined the prevalence of religious delusions among 193 inpatients with schizophrenia. Subjects with religious delusions (24%) had more severe symptoms, especially hallucinations and bizarre delusions, poorer functioning, longer duration of illness, and were on higher doses of anti-psychotic medication compared to patients with other kinds of delusions.
- Siddle R, Haddock G, Tarrier N, et al. Religious delusions in patients admitted to hospital with schizophrenia. Soc Psychiatry & Psychiatric Epidem 2002; 37:130-138

RELIGION , SPIRITUALITY AND SCHIZOPHRENIA

- Mohr and Huguelet found that religion may be present in the psychotic patients' lives as part of the problem as well as part of the solution.
- Therefore, whereas some patients may be strengthened by their religious beliefs and helped by the community to which they belong, others may feel overburdened by the spiritual activities and feel demoralized and rejected by them. Among 115 psychotic patients in Switzerland, 85% considered religion to be important in their lives, bringing hope to 71% but desperation to 14%

RELIGION AND SCHIZOPHRENIA REFS

Mohr S, Huguelet P: The relationship between schizophrenia and religion and its implications for care. Swiss Med Wkly 2004,134:369–376.

Mohr S, Brandt PY, Borras L, et al.: Toward an integration of spirituality and religiousness into the psychosocial dimension of schizophrenia. Am J Psychiatry 2006, 163:1952–1959.

PSYCHOTIC SYMPTOMS IN THE NON – PSYCHOTIC POPULATION

- The frequent and intense occurrence of psychotic experiences is not always associated with mental disorders. In an investigation of 115 randomly selected spiritist mediums active in spiritist centers in São Paulo, Brazil, individuals reported frequent auditory and visual hallucinations as well as experiences of influence(eg, insertion of thoughts and feelings).

REFERENCES

- Moreira-Almeida A, Lotufo Neto F, Greyson B: Dissociative and psychotic experiences in Brazilian spiritist mediums. Psychother Psychosom 2007, 76:57–58. (Published erratum appears in Psychother Psychosom 2007, 76:185.)

- Moreira-Almeida A, Lotufo Neto F, Cardeña E: Comparison of Brazilian spiritist mediumship and dissociative identity disorder. J Nerv Ment Dis 2008, 196:420–424.

VIRTUES

Human virtues – forgiveness, altruism and gratefulness- enhance and maintain social relationships.

All three found to be correlated with R/S.

SOCIAL SUPPORT

74 studies examined the relationship between R/S and social support.

82% found significant positive associations especially in the more methodological rigorous studies.

SOCIAL CAPITAL

Community participation,

volunteerism,

Trust between people in community and in community based civic, political or social justice organisations.

14 studies show positive association between R/S and social capital

lower rates of crime and delinquency

NEGATIVE EFFECTS OF RELIGION ON MENTAL HEALTH

- Anxiety
- Dependency
- Guilt
- Abuse
- Suicide- apocalyptic suicide
- Dein, S and Littlewood, R (2005) Apocalyptic suicide: from a pathological to an eschatological interpretation. International Journal of Social Psychiatry , 51 (3) 198-210

HOW DOES RELIGION IMPACT ON MENTAL HEALTH?

Lifestyle

Social support/community

Religious coping

Cognitive Reappraisal

Stress reduction

Less egocentricity

Values

MECHANISM

- Religiousness can promote various resources, including spiritual, cognitive, psychological and social resources. Not only do these resources have unique positive effects on mental health, they also interact and mutually reinforce each other. Spiritual resources could be something particular to religious involvement. They may be hope, ultimate concern, eternal life after death, spiritual support, and assistance and solace from an omnipotent and caring God. These spiritual resources could be helpful and beneficial enough to change one's worldview and cognition from an apathetic, competitive and meaningless worldview to a world with hope, warmth, and meaningfulness.

УДК 616.89

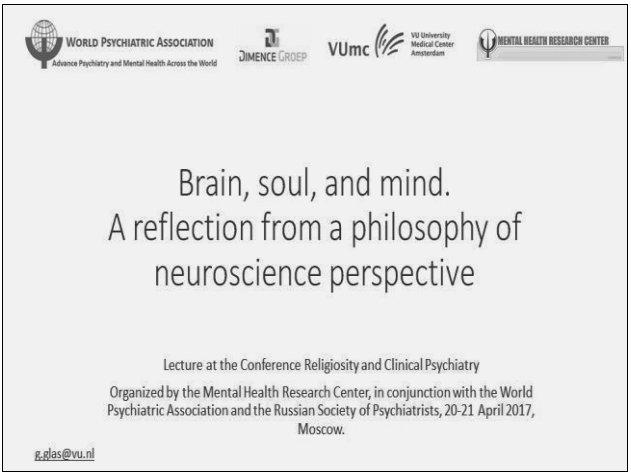
Gerrit Glas

Brain, soul, and mind. A reflection from a philosophy of neuroscience perspective

The Mental Health Research Center, the Netherlands

e-mail: g.glas@vu.nl

Профессор. Психиатр и философ. Заведующий кафедрой христианской философии в Свободном Университете (Dooyeweerd) в Амстердаме, Нидерланды



Overview

I. Terminology and questions
II. History
III. Neuroscience and the soul
IV. Psychiatry and religiosity from a philosophical perspective

Terminology and questions

Terminology

- Body
- Soul
- Spirit
- Consciousness
- The unconscious

4

Philosophical questions

- Are body (brain) and mind two distinct entities?
- Can there exist a causal connection between these 'entities'?
- If body (brain) and mind are two manifestations of one 'thing' (one identity), how do we have to conceive the relationship between these manifestations?

5

Short history

- Everyday folk psychological conceptions
  - The soul is that part of our existence that escapes when we die
  - Soul associated with breath
- Conceptually intruiging:
  - Soul both in the Hebrew Bible and in Ancient Greek philosophy associated with the 'living' (breathing) body; not with the idea of an immaterial soul.

7

Short history

- Jewish thought
  - Soul = principle of life (ruach; breath)
  - No separation between body and mind
- Early Christianity
  - Builds forth on Jewish thought
  - Pneuma – association with breathing, life (both bodily/material and mental/immaterial)
  - Personal existence after death, but no immortality of the soul (which is a Ancient Greek idea)
  - Tendency to trichotomism (three parts: body, soul, spirit)
  - The concept of soul has many meanings in the Old and the New Testament: self, emotion, inner life, me myself as a whole, life giving element

8

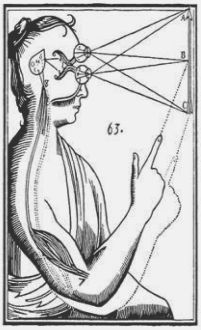
Short history: Greek dualism

- Plato – the soul is incarcerated in the body
  - Emergence of the concept of an immaterial soul
- Aristoteles
  - Dualism of matter and form
  - Soul as form of the material body (hylemorphism – huly=matter, morphè=form)
  - Soul as teleological principle (final cause)
  - Influence on Thomas van Aquino – the soul as life-sustaining religious principle

9

Short history: Descartes

- René Descartes
  - Dualism of body (*res extensa*) and mind (*res cogitans*)
  - Interactionism: the body 'causes' activities of the mind and the mind 'causes' activities of the body
  - How? By influence of the 'spiritus animales' on pine apple gland (epiphysis)



10

Short history: Descartes

- Historical meaning of Descartes
  - The body as machine
  - Idea of progress by technical knowledge and control
  - Emergence of a 'technical picture of the world'
  - Solipsism ('private mind')
  - Emergence of the problem of meaning: what is the difference between a tic and a gesture if both are actions of a machine?

11

Summary

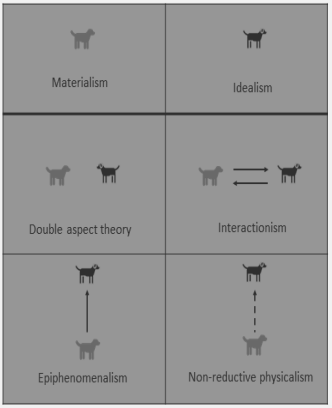
- Conceptions of the soul begin in folk psychological terms
- Judaism and Christianity: existence after death, but no immortality of the soul
- Ancient dualism differs from Cartesian dualism
- Consequences of Cartesian dualism:
  - Objectifying of the body (the body as machine)
  - Subjectifying of the mind (immaterial, private soul)
    - Mind of the other becomes unknowable (solipsism; problem of other minds)
    - One's own mind cannot be trusted anymore (subjectivism)

12

In other words

Even more variants

- Idealism contrary position compared with materialism
- Other forms of dualism: occasionalism and harmonia prestabilitata (forget them..)
- Not mentioned here: psycho-physical parallellism
- Important in our time:
  - Double aspect theory
  - Epiphenomenalism
  - Non-reductive physicalism



Short history

- Double aspect theory: body and mind are essentially (ontologically) identical, but differ in the way they become manifest

- Epiphenomenalism:
  - Mind is byproduct of the activity of the brain (however: mind 'is' still something in itself, apart from the body; it is not an illusion)
  - Causality in only one direction (body → mind); therefore: mind is causally 'inert' (does not influence the body); hence: problem of 'downward causation'

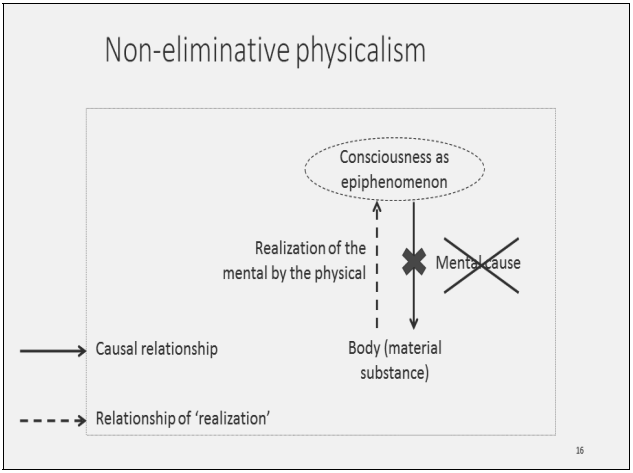
14

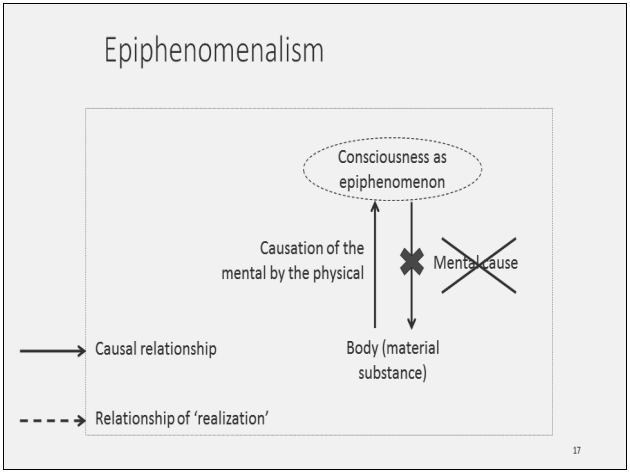
Short history

- Instead of causality also terms like 'realization' and 'to realize' are used: mental activity as realization of brain functioning; example: non-reductive physicalism

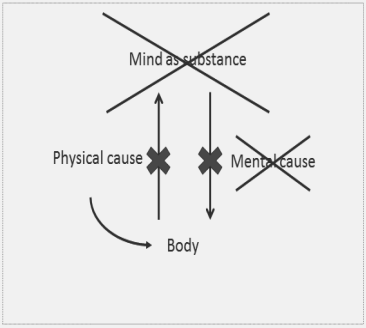
- Non-reductive physicalism (NRPh):
  - Everything 'is' 'in fact' physical (*ontological monism*)
  - Yet, we 'know' the mind in a distinct, special way, that cannot be reduced to knowledge of physical processes (*epistemological dualism*)
  - Therefore: ontological monism + epistemological dualism

15


Non-eliminative physicalism
Consciousness as epiphenomenon
Realization of the mental by the physical
Mental cause
Causal relationship
Body (material substance)
Relationship of 'realization'
16


Epiphenomenalism
Consciousness as epiphenomenon
Causation of the mental by the physical
Mental cause
Causal relationship
Body (material substance)
Relationship of 'realization'
17

Eliminative physicalism

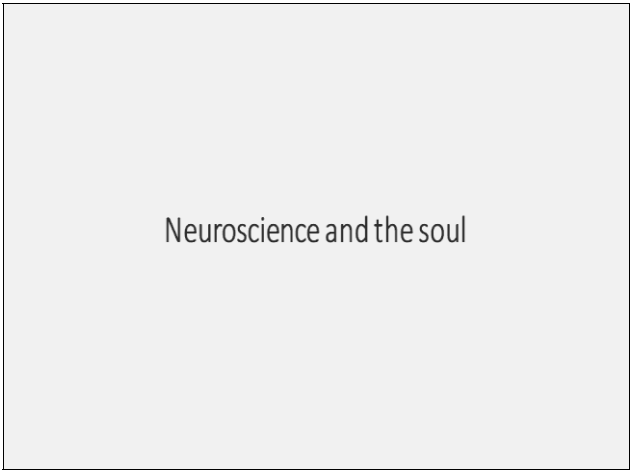


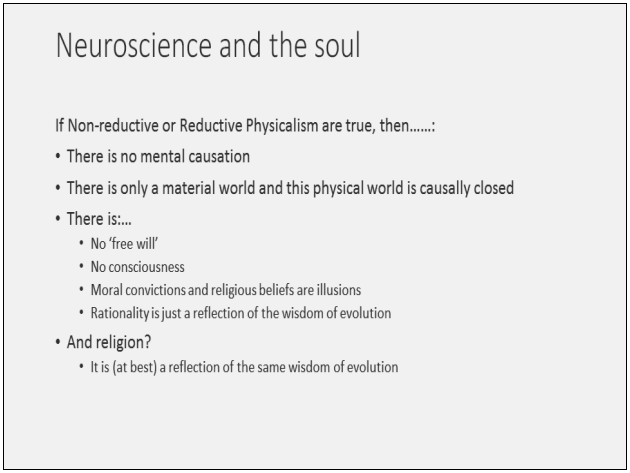
18

To sum up....

- The difference between NRPh and Epiphenomenalism is that the latter presupposes causality and the former not.
- Difference between NRPh and double aspect theory: in double aspect theory that which is 'identical' behind the two types of manifestation is *unspecified* (it is neither only material nor only mental; it is in fact unknowable), whereas in NRPh the 'identical' behind the manifestastions is *physical* (material). NRPh is a form of materialism (physicalism)
- Dominant trends in philosophy of neuroscience: non-reductive and reductive physicalism

19


Neuroscience and the soul


Neuroscience and the soul
If Non-reductive or Reductive Physicalism are true, then……:
• There is no mental causation
• There is only a material world and this physical world is causally closed
• There is:…
• No 'free will'
• No consciousness
• Moral convictions and religious beliefs are illusions
• Rationality is just a reflection of the wisdom of evolution
• And religion?
• It is (at best) a reflection of the same wisdom of evolution

Neuroscience and the soul

- There is no place for the soul as something that exists separate from the body/the brain
- Religion can only be thought as a function of the brain (a 'god-module'), sustaining certain capacities (mindfulness, empathy, moral deliberation)

Neuroscientific research on religion

- Hallucinogenic drugs
- Epilepsy
- Brain stimulation
  - The 'God-helmet' (Persinger)
- Neuroimaging studies about states of meditation (Newberg & Aquili), prayer, religious ecstacic states

Crucial question:

- Correlation or causation?

Theological considerations: the imago deï

New neuroscientific findings are not compatible with

- Substance dualism and its view on the imago Deï
- Idea of imago Deï as anima rationalis (Mediaeval interpretation)

These findings are (more or less) consistent with

- Relational and representational views on the imago Deï
- New views on creatureliness, embodiment of the mental, divine creativity in the disclosure of creational structures

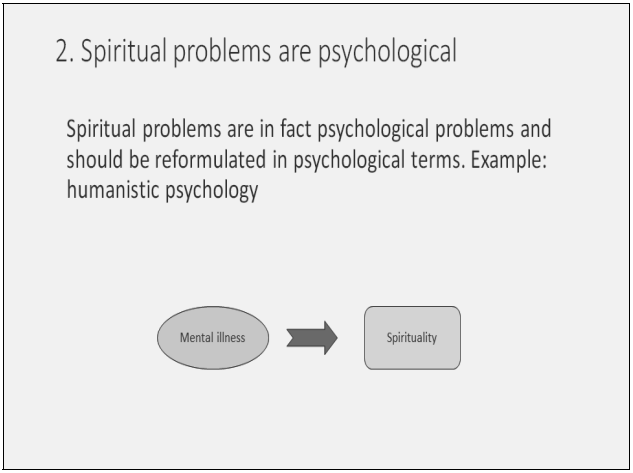
Psychiatry and religiosity from a philosophical perspective

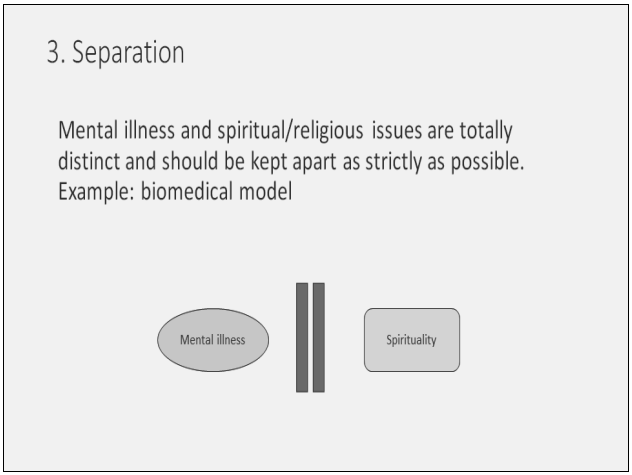
Four positions

1. Mental illness always has a spiritual origin and is in fact a sign of spiritual aberration or breakdown
2. Spiritual problems are in fact psychological problems and should be reformulated in psychological terms
3. Mental illness and spiritual/religious issues are totally distinct and should be kept apart as strictly as possible
4. Mental illness and spirituality/religiosity are different aspects of one reality; they overlap and can only artificially be kept apart.

1. Mental problems are spiritual

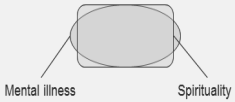
Mental illness always has a spiritual origin and is in fact a sign of spiritual aberration or breakdown. Example: evangelical and radical orthodox accounts


2. Spiritual problems are psychological
Spiritual problems are in fact psychological problems and should be reformulated in psychological terms. Example: humanistic psychology
Mental illness
Spirituality


3. Separation
Mental illness and spiritual/religious issues are totally distinct and should be kept apart as strictly as possible. Example: biomedical model
Mental illness
Spirituality

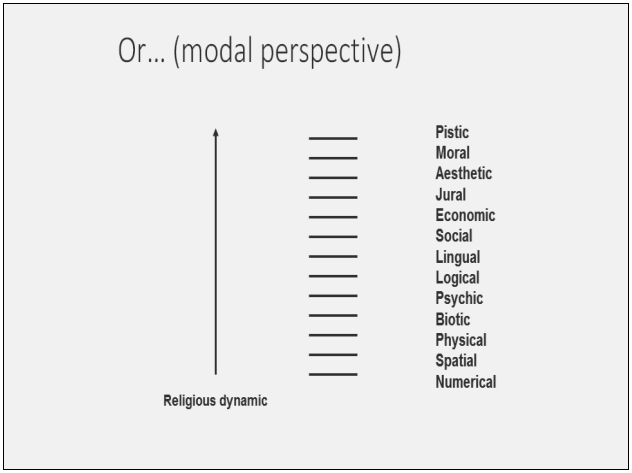
4. Mental and spiritual problems overlap and are intrinsically connected

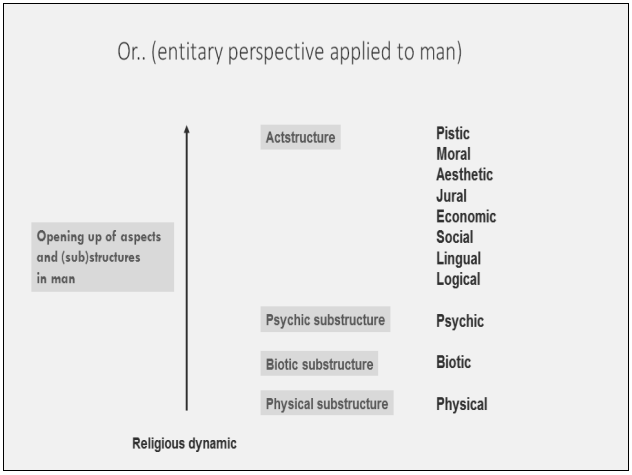
Mental illness and spirituality/religiosity are different 'aspects' of one reality; they overlap and can only artificially be kept apart.

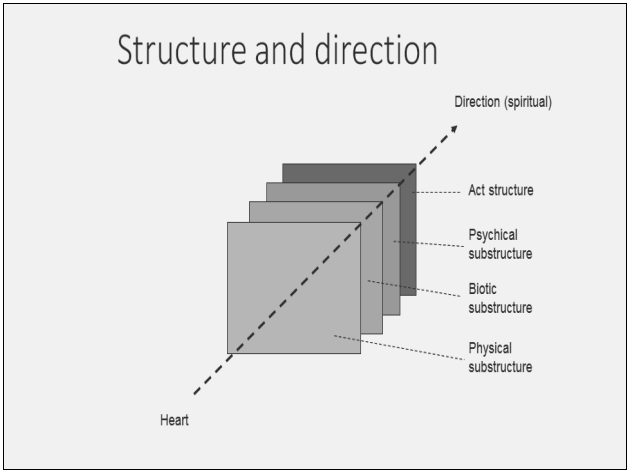


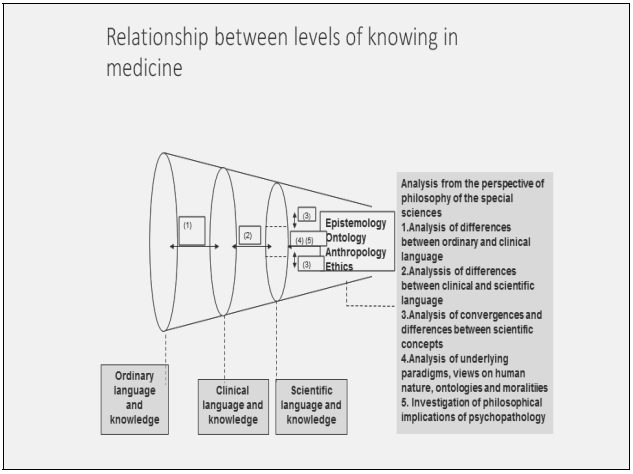
My own view

- Radical creation perspective
  - Everything exists in relation to and sustained by the Creator
- Man is unity in diversity
- Religion not a separate region, but an encompassing dynamic that influences all aspects of our existence


Or... (modal perspective)
Pistic
Moral
Aesthetic
Jural
Economic
Social
Lingual
Logical
Psychic
Biotic
Physical
Spatial
Numerical
Religious dynamic

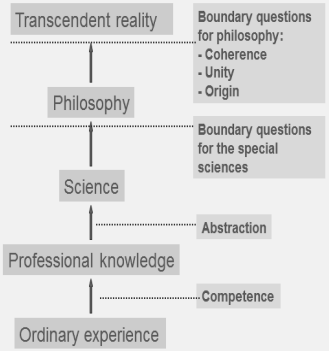

Or.. (entitary perspective applied to man)
Opening up of aspects and (sub)structures in man
Actstructure
Pistic
Moral
Aesthetic
Jural
Economic
Social
Lingual
Logical
Psychic substructure
Psychic
Biotic substructure
Biotic
Physical substructure
Physical
Religious dynamic


Structure and direction
Direction (spiritual)
Act structure
Psychical substructure
Biotic substructure
Physical substructure
Heart


Relationship between levels of knowing in medicine
(1)
(2)
(3)
(4) (5)
(3)
Epistemology
Ontology
Anthropology
Ethics
Analysis from the perspective of philosophy of the special sciences
1.Analysis of differences between ordinary and clinical language
2.Analyssis of differences between clinical and scientific language
3.Analysis of convergences and differences between scientific concepts
4.Analysis of underlying paradigms, views on human nature, ontologies and moralitiies
5. Investigation of philosophical implications of psychopathology
Ordinary language and knowledge
Clinical language and knowledge
Scientific language and knowledge

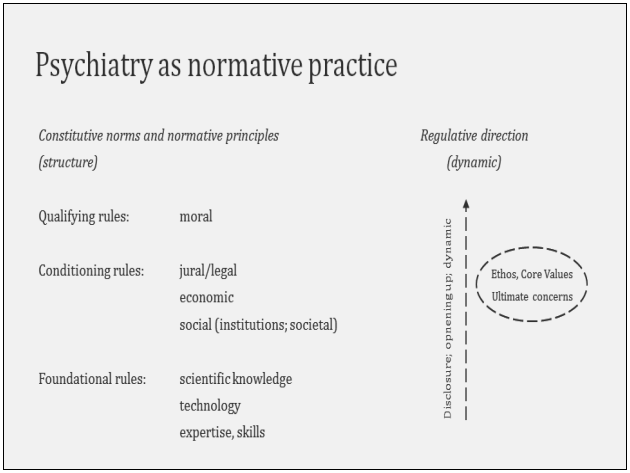
Reformational philosophical view on integration

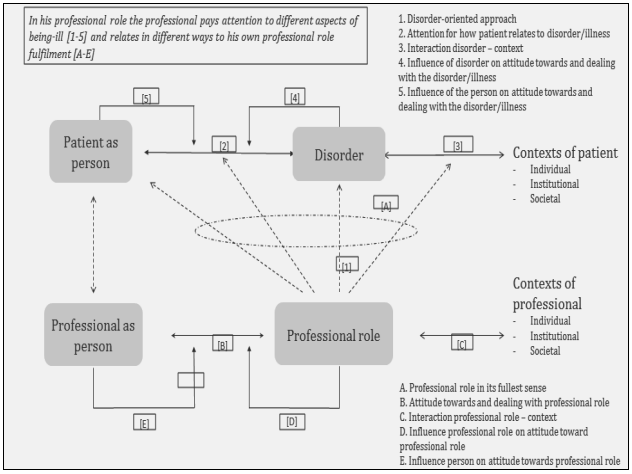
- Integration means something different at different levels
- At least no comprehensive and 'total' integration

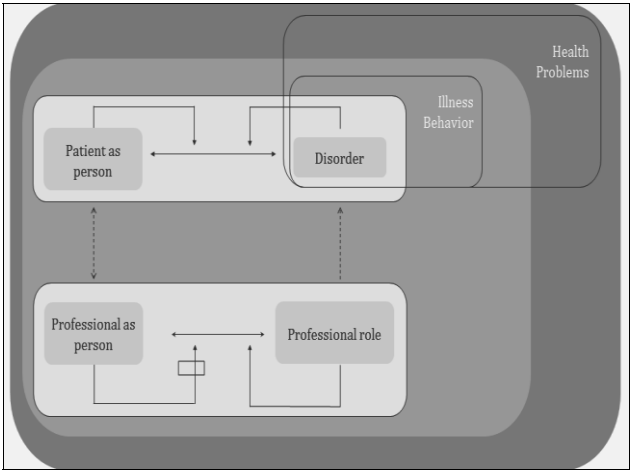


'Integration' at different levels

- Philosophical level:
  - Philosophical criticism of presuppositions
  - Searching for common ground between approaches (metaphors, analogies between paradigms)
  - Elucidating normative choices and trying to connect different perspectives
- Scientific level:
  - Levels of explanation approach
  - Interdisciplinary research programs
  - Operationalization of correlates of religion
- Professional level
  - Development of competences (e.g.: diagnostic sensitivity for existential issues)
  - Development of distinctive approaches (e.g. workbook for religious 'interventions' in psychotherapy)
  - Introduction of insight of spiritual traditions


Psychiatry as normative practice
Constitutive norms and normative principles
(structure)
Regulative direction
(dynamic)
Qualifying rules:
moral
Conditioning rules:
jural/legal
economic
social (institutions; societal)
Foundational rules:
scientific knowledge
technology
expertise, skills
Disclosure; opening up; dynamic
Ethos, Core Values
Ultimate concerns


In his professional role the professional pays attention to different aspects of being-ill [1-5] and relates in different ways to his own professional role fulfilment [A-E]
1. Disorder-oriented approach
2. Attention for how patient relates to disorder/illness
3. Interaction disorder – context
4. Influence of disorder on attitude towards and dealing with the disorder/illness
5. Influence of the person on attitude towards and dealing with the disorder/illness
Patient as person
Disorder
Contexts of patient
- Individual
- Institutional
- Societal
Professional as person
Professional role
Contexts of professional
- Individual
- Institutional
- Societal
A. Professional role in its fullest sense
B. Attitude towards and dealing with professional role
C. Interaction professional role – context
D. Influence professional role on attitude toward professional role
E. Influence person on attitude towards professional role


Health
Problems
Illness
Behavior
Patient as
person
Disorder
Professional as
person
Professional role

УДК 615.851

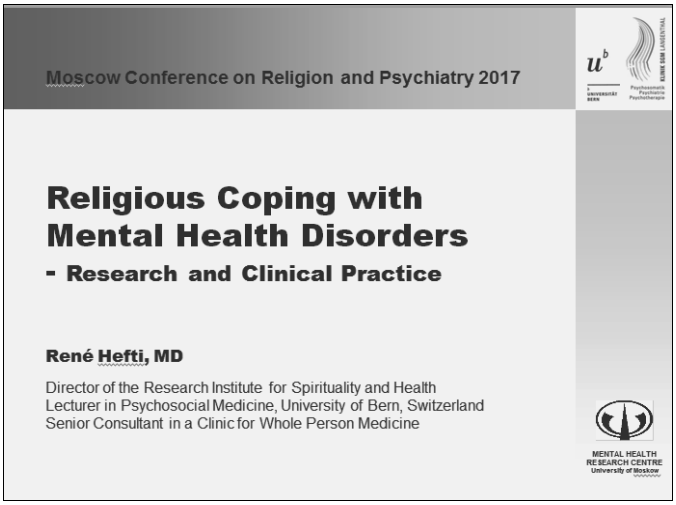
René Hefti

Religious Coping with Mental Health Disorders - Research and Clinical Practice

The Research Institute for Spirituality and Health, University of Bern, Switzerland

e-mail: rene.hefti@klinik-sgm.ch

Основатель и руководитель Научно-исследовательского института духовности и здоровья, Берн, Швейцария



Curriculum

- Medical Faculty, University of Zürich
- Training in Internal Medicine and Cardiology in Switzerland, Austria and Jemen
- Further Training in Existential Psychotherapy and Psychosomatic/Psychoscial Medicine
- Since1998 Head of the Psychosomatic Department of the Clinic SGM Langenthal
- Founder and Director of the Research Institute for Spirituality and Health RISH (www.rish.ch)
- Since 2006 Lecturer for Psychosocial Medicine at the University of Bern, Switzerland
- Member of the Swiss Protestant Church

Religious Coping with Mental Health Disorders

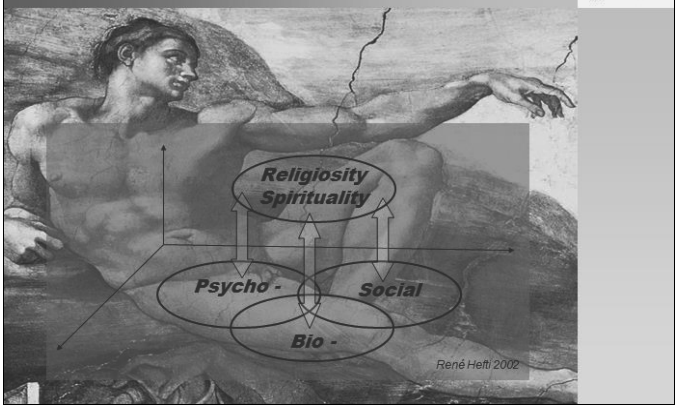
INTRODUCTION

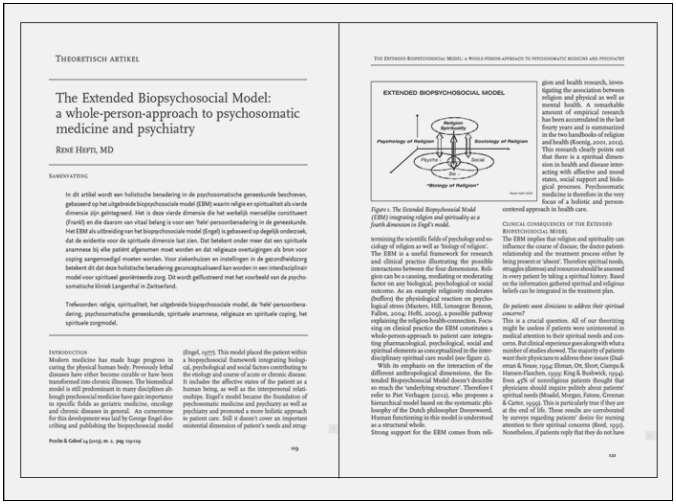
MENTAL HEALTH RESEARCH CENTRE
University of Moskow

RISH - Research Institute for Spirituality and Health

- **FPPR - Foundation for Psychology and Psychopathology of Religion 1991**
  Aim: "to promote research and teaching at the intersection of medicine, psychology and theology"
- **RISH - Research Institute for Spirituality and Health constituted in 2005**
  Advocated by Prof. Harold G. Koenig, Durham University Medical Center, North Carolina/USA
- **Main Goals**
  - Building a ***European Network*** of researchers, research groups, institutions and universities being involved with Religion/Spirituality & Health Research
    ⇨ *European Conferences since 2008*
  - Promoting and executing ***research projects*** (alone or in cooperation), as well as master & doctoral theses
  - Promoting and executing ***teaching opportunities*** for health care professionals and researchers
- **Advisory board**
  Prof. Stefan Huber, Prof. JM Burgunder, Prof. Stefan Büchi, Prof. Matthias Allemand, Prof. Harold G. Koenig

Extended Bio-Psycho-Social Model





THEORETISCH ARTIKEL

The Extended Biopsychosocial Model: a whole-person-approach to psychosomatic medicine and psychiatry

RENÉ HEFTI, MD

SAMENVATTING

In dit artikel wordt een holistische benadering in de psychosomatische geneeskunde beschreven, gebaseerd op het uitgebreide biopsychosociale model (EBM) waarin religie en spiritualiteit als vierde dimensie zijn geïntegreerd. Het is deze vierde dimensie die het werkelijk menselijke constituent (Frankl) en die daarom van vitaal belang is voor een 'hele' persoonbenadering in de geneeskunde. Het EBM als uitbreiding van het biopsychosociale model (Engel) is gebaseerd op degelijk onderzoek, dat de evidentie voor de spirituele dimensie laat zien. Dat betekent onder meer dat een spirituele anamnese bij elke patiënt afgenomen moet worden en dat religieuze overtuigingen als bron voor coping aangemoedigd moeten worden. Voor ziekenhuizen en instellingen in de gezondheidszorg betekent dit dat deze holistische benadering geconceptualiseerd kan worden in een interdisciplinair model voor spiritueel georiënteerde zorg. Dit wordt geïllustreerd met het voorbeeld van de psychosomatische kliniek Lengerthal in Zwitserland.

Trefwoorden: religie, spiritualiteit, het uitgebreide biopsychosociale model, de 'hele' persoonbenadering, psychosomatische geneeskunde, spirituele anamnese, religieuze en spirituele coping, het spirituele zorgmodel.

INTRODUCTION

Modern medicine has made huge progress in curing the physical human body. Previously lethal diseases have either become curable or have been transformed into chronic illnesses. The biomedical model is still predominant in many disciplines although psychosocial medicine have gain importance in specific fields as geriatric medicine, oncology and chronic diseases in general. An cornerstone for this development was laid by George Engel describing and publishing the biopsychosocial model (Engel, 1977). This model placed the patient within a biopsychosocial framework integrating biological, psychological and social factors contributing to the etiology and course of acute or chronic disease. It includes the affective states of the patient as a human being, as well as the interpersonal relationships. Engel's model became the foundation of psychosomatic medicine and psychiatry as well as psychiatry and promoted a more holistic approach to patient care. Still it doesn't cover an important existential dimension of patient's needs and strug-

Figure 1. The Extended Biopsychosocial Model (EBM) integrating religion and spirituality as a fourth dimension in Engel's model.

termining the scientific fields of psychology and sociology of religion as well as 'biology of religion'. The EBM is a useful framework for research and clinical practice illustrating the possible interactions between the four dimensions. Religion can be a causing, mediating or moderating factor on any biological, psychological or social outcome. As an example religiosity moderates (buffers) the physiological reaction on psychological stress (Masters, Hill, Lemogne Benson, Fallon, 2004; Hefti, 2009), a possible pathway explaining the religion-health-connection. Focusing on clinical practice the EBM constitutes a whole-person-approach to patient care integrating pharmacological, psychological, social and spiritual elements as conceptualized in the interdisciplinary spiritual care model (see figure 2).

With its emphasis on the interaction of the different anthropological dimensions, the Extended Biopsychosocial Model doesn't describe so much the 'underlying structure'. Therefore I refer to Piet Verhagen (2013), who proposes a hierarchical model based on the systematic philosophy of the Dutch philosopher Dooyeweerd. Human functioning in this model is understood as a structural whole.

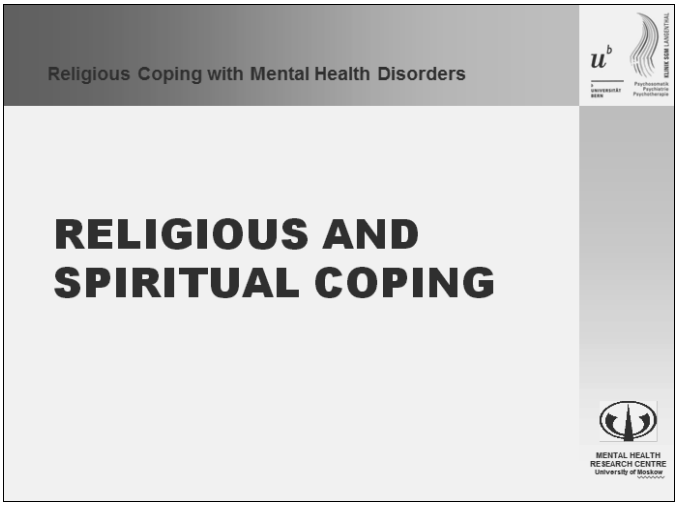
Strong support for the EBM comes from religion and health research, investigating the association between religion and physical as well as mental health. A remarkable amount of empirical research has been accumulated in the last fourty years and is summarized in the two handbooks of religion and health (Koenig, 2001, 2012). This research clearly points out that there is a spiritual dimension in health and disease interacting with affective and mood states, social support and biological processes. Psychosomatic medicine is therefore in the very focus of a holistic and person-centered approach in health care.

CLINICAL CONSEQUENCES OF THE EXTENDED BIOPSYCHOSOCIAL MODEL

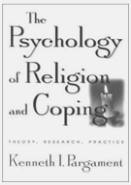
The EBM implies that religion and spirituality can influence the course of disease, the doctor-patient-relationship and the treatment process either by being present or 'absent'. Therefore spiritual needs, struggles (distress) and resources should be assessed in every patient by taking a spiritual history. Based on the information gathered spiritual and religious beliefs can be integrated in the treatment plan.

Do patients want clinicians to address their spiritual concerns?

This is a crucial question. All of our theorizing might be useless if patients were uninterested in medical attention to their spiritual needs and concerns. But clinical experience goes along with what a number of studies showed. The majority of patients want their physicians to address those issues (Daaleman & Nease, 1994; Ehman, Ott, Short, Ciampa & Hansen-Flaschen, 1999; King & Bushwick, 1994). Even 41% of nonreligious patients thought that physicians should inquire politely about patients' spiritual needs (Maudel, Morgan, Fatone, Grennan & Carter, 1999). This is particularly true if they are at the end of life. These results are corroborated by surveys regarding patients' desire for naming attention to their spiritual concerns (Rood, 1998). Nonetheless, if patients reply that they do not have



Religious Coping



Positive „functions“ of religion:

- **Promotes meaning and purpose in life**
  - Also in sickness, suffering and dying
  - Strengthens the person/identity
- **Feeling of control**
  - God is in control also if I'm not in control anymore
  - Important factor in coping with disease
- **Promotes wellbeing**
  - Promotes positive emotions like joy, gratitude
  - Helps to let got negative feelings like anger by forgiving
- **Feeling of relatedness, connectedness**
  - Promotes relationship, intimacy and community
  - Religious community as a coping resource
- **Transforming power**
  - Promotes transformation and re-orientation

All mentioned positive "functions" of belief can turn into negative aspects in the context of "unhealthy" beliefs

The Prevalence of Religious Coping Among Persons With Persistent Mental Illness

Leslie Tepper, Ph.D.
Steven A. Rogers, M.A.
Esther M. Coleman, Ph.D.
H. Newton Malony, Ph.D.

Religious activities	N	%
Individual Prayer	*241*	*59*
Attending religious services	*142*	*35*
Worshipping God	141	35
Meditation	*133*	*33*
Reading scriptures	123	30
Meeting with a spiritual leader	61	15

Religious coping strategies used by 406 persons with persistent mental illness (Tepper et al. 2001)

PSYCHIATRIC SERVICES ♦ May 2001 Vol. 52 No. 5

Table 3

Mean scores on measures of symptoms for persons with persistent mental illness who did or did not perform religious coping activities (total N=406)

	Frustration		Global Assessment of Functioning (GAF) score		Hostility		Interpersonal sensitivity		Somatization		Paranoid ideation	
Coping strategy	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD
Prayer[1]												
Yes	1.88	1.42	37.36	8.24	5.44	5.58	11.14	9.11	12.13	10.79	7.48	6.26
No	1.55	1.52	39.36	8.61	4.88	5.65	10.26	8.93	10.49	9.73	6.90	6.05
Reading scriptures[2]												
Yes	2.01	1.37	37.84	8.51	6.25	6.21	2.02	1.09	12.13	9.79	8.00	6.06
No	1.67	1.49	38.29	8.43	4.90	5.40	1.74	1.09	11.25	10.56	7.02	6.19
Meditation[3]												
Yes	1.87	1.42	38.08	8.57	5.64	6.12	11.05	9.23	12.98	11.06	8.29	6.17
No	1.68	1.49	38.23	8.40	5.00	5.34	10.64	8.95	10.71	9.98	6.84	6.14
Meeting with spiritual leader[4]												
Yes	2.02	1.38	36.98	8.67	6.71	6.17	13.03	10.37	13.81	11.56	8.31	6.64
No	1.70	1.48	38.36	8.41	4.99	5.50	10.38	8.74	11.10	10.18	7.09	6.09

[1] For comparison of scores of those who used prayer and those who did not, t=2.22, df=402, p<.05 for frustration and t=2.36, df=402, p<.05 for GAF scores

[2] For comparison of scores of those who read scriptures and those who did not, t=1.98, df=402, p<.05 for frustration; t=2.03, df=404, p<.05 for hostility; and t=2.12, df=404, p<.05 for interpersonal sensitivity

[3] For comparison of scores of those who used meditation and those who did not, t=2.08, df=2.12, p<.05 for somatization and t=2.12, df=404, p<.05 for paranoid idealization

[4] For comparison of scores of those who met with a spiritual leader and those who did not, t=2.08, df=404, p<.05 for hostility and t=2.13, df=404, p<.05 for interpersonal sensitivity

PSYCHIATRIC SERVICES • May 2000 Vol. 51 No. 5

Patient Vignette

35 year old female patient

Her first marriage collapsed because of her husband's alcoholism. After the divorce, the patient experienced her first depression.

"When I feel sad and my thoughts become gloomy, when I wake up early in the morning and can't sleep anymore then I go outside into nature and speak with God, thanking him for being in control and for not letting me go down"

⇨ **Focusing on God, let him be in control**

"In past times I always began to ask why, why did I marry this man, why did God let this happen? But this made things worse. I began to turn in circles. Today I stop this kind of thinking and focus on God

⇨ **Stop negative thinking, rumination**

Recent Evidence

Meta-Analyses on Religion & Depression

- **Mc Cullough and Larson 1999**. Religion and depression: a review of the literature, Twin Research
  - Including 80 studies, also unpublished
  - People with high levels of religious involvement and intrinsic religious motivation are at reduced risk for depression
- **Smith and Mc Cullough 2003.** Religiousness and depression: evidence for a main effect and the moderating influence of stressful life events, Psych. Bulletin
  - Including 147 studies, meta-analysis
  - Religiousness is modestly but robustly associated with lower level of depressive symptoms (effect size r = -0.096,)
  - The association is higher for people under severe life stress (-0.152) than for people with minimal life stress (-0.071)

Article

Toward an Integration of Spirituality and Religiousness Into the Psychosocial Dimension of Schizophrenia

Sylvia Mohr, M.A.
Pierre-Yves Brandt, Ph.D.
Laurence Borras, M.D.
Christiane Gilliéron, Ph.D.
Philippe Huguelet, M.D.
= *Geneva Group*

HUG
Hôpitaux Universitaires de Genève

Objective: Spirituality and religiousness have been shown to be highly prevalent among patients with schizophrenia. However, clinicians are rarely aware of the importance of religion and understand little of the value or difficulties it presents to treatment. This study aimed to assess the role of religion as a mediating variable in the process of coping with psychotic illness.

Method: Semistructured interviews about religious coping were conducted with a sample of 115 outpatients with psychotic illness.

Results: For some patients, religion instilled hope, purpose, and meaning in their lives (71%), whereas for others, it induced spiritual despair (14%). Patients also reported that religion lessened (54%) or increased (10%) psychotic and general symptoms. Religion was also reported to increase social integration (28%) or social isolation (3%). It may reduce (33%) or increase (10%) the risk of suicide attempts, reduce (14%) or increase (3%) substance use, and foster adherence to (16%) or be in opposition to (15%) psychiatric treatment.

Conclusions: Our results highlight the clinical significance of religion in the care of patients with schizophrenia. Religion is neither a strictly personal matter nor a strictly cultural one. Spirituality should be integrated into the psychosocial dimension of care. Our results suggest that the complexity of the relationship between religion and illness requires a highly sensitive approach to each unique story.

(Am J Psychiatry 2006; 163:1952–1959)

Article

Toward an Integration of Spirituality and Religiousness Into the Psychosocial Dimension of Schizophrenia

Sylvia Mohr, M.A.
Pierre-Yves Brandt, Ph.D.
Laurence Borras, M.D.
Christiane Gilliéron, Ph.D.
Philippe Huguelet, M.D.
= *Geneva Group*

HUG
Hôpitaux Universitaires de Genève

	+	−	O
Coping with daily life	***79***	*7*	*14*
Find meaning and purpose	***66***	*14*	*20*
Understanding of the illness	***40***	*29*	*31*
Managing the illness	***64***	*9*	*27*
Control over the illness	***47***	*10*	*43*
Promoting wellness	***67***	*12*	*21*

⇨ *Religious coping is highly relevant for patients with schizophrenia!*

Religious Coping with Mental Health Disorders

OWN RESEARCH

MENTAL HEALTH RESEARCH CENTRE
University of Moskow

RC in Psychiatric Inpatients

Research Questions

- What is the level of positive and negative religious coping in our psychiatric inpatients?
- Does religious coping change during inpatient treatment ?
- Is religious coping a predictor of therapy outcome?

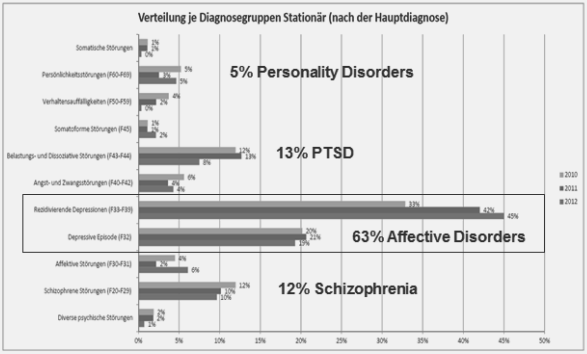
Inclusion criteria

- All patients admitted to our clinic

Assessment

- *Psychometric scales*
  - Symptom Checklist revised Version (SCL 90-R)
  - Beck Depression Inventory (BDI)
  - Existential Scale (ES)
- *Religious measurements, see next slide*

Study Population - Diagnoses



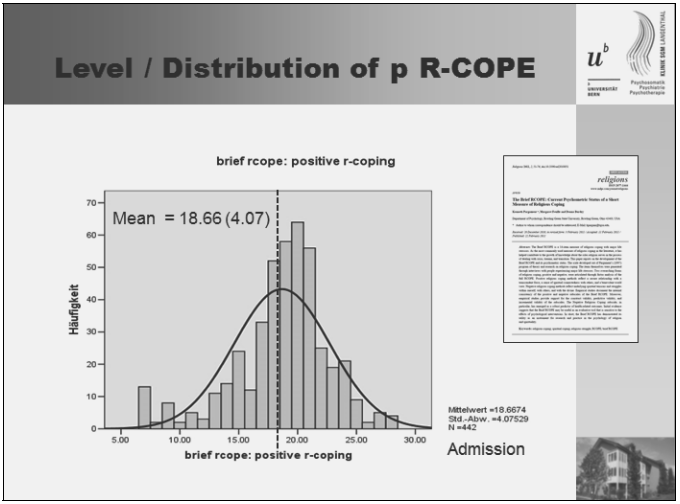
Religious Measurements

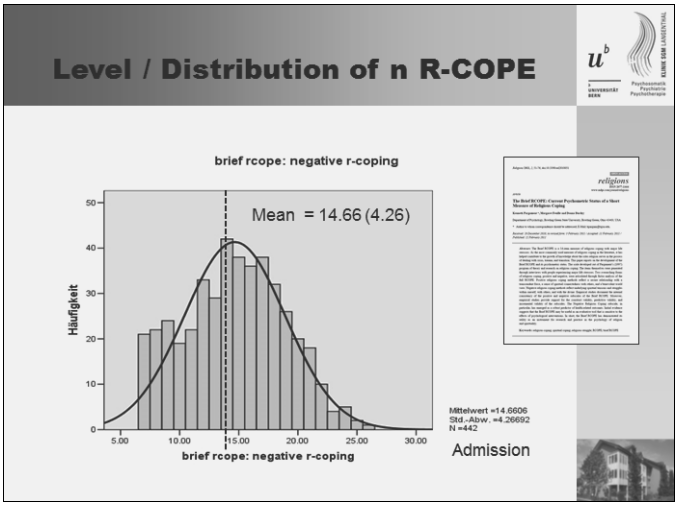
Rel/Spir-Measurements	Used Scales (Study)	Period	N
Structure of Religiosity Test *(S-R-T, Huber 2008)*	• Centrality • Positive feelings t/God • Negative feelings t/God	Since 2005	1438
Gratefulness Forgiveness Scale *(Allemand 2008, Peterson 2004)*	• Gratefulness • Forgiveness	2005 - 2007	440
Systems of Belief Inventory *(SBI-15R, Holland 1998)*	• Religious ideology and support (total scale)	2005 - 2007	431
Religious Problem-Solving Scale *(RPS, Pargament 1988)*	• Religious problem-solving (total scale)	2005 - 2006	231
Religious Coping *(Brief RCOPE, Pargament 2000)*	• Pos. religious coping • Neg. religious coping	Since 2006	775
WHO Quality of Life *(WHOQOL, Angermeyer 2000)*	• Spirituality	Since 2007	1162

Brief R-COPE - 14 Items

Positive Religious Coping Subscale Items	
1.	Looked for a stronger connection with God.
2.	Sought God's love and care.
3.	Sought help from God in letting go of my anger.
4.	Tried to put my plans into action together with God.
5.	Tried to see how God might be trying to strengthen me in this situation.
6.	Asked forgiveness for my sins.
7.	Focused on religion to stop worrying about my problems.
Negative Religious Coping Subscale Items	
8.	Wondered whether God had abandoned me.
9.	Felt punished by God for my lack of devotion.
10.	Wondered what I did for God to punish me.
11.	Questioned God's love for me.
12.	Wondered whether my church had abandoned me.
13.	Decided the devil made this happen.
14.	Questioned the power of God.

Pargament 1998


Level / Distribution of p R-COPE
brief rcope: positive r-coping
Mean = 18.66 (4.07)
Häufigkeit
brief rcope: positive r-coping
Mittelwert =18.6674
Std.-Abw. =4.07529
N =442
Admission

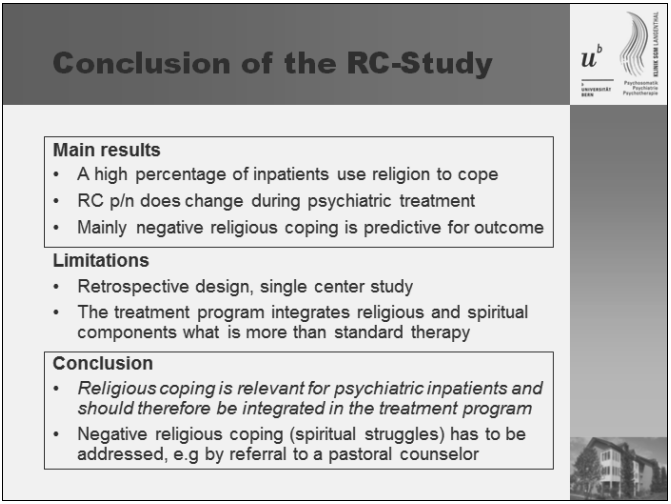

Level / Distribution of n R-COPE
brief rcope: negative r-coping
Mean = 14.66 (4.26)
Häufigkeit
brief rcope: negative r-coping
Mittelwert =14.6606
Std.-Abw. =4.26692
N =442
Admission

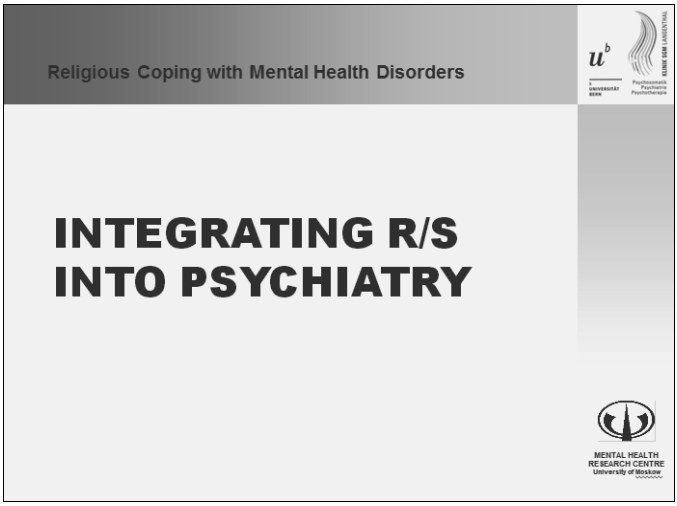
Does Religious Coping change ?

Rel. variables	Admission	Discharge	Differencies				
	M (SD)	M (SD)	ΔM (SD)	Range	%-Diff	d	p
Centrality	27.9 (7.7)	28.8 (7.5)	0.9 (4.7)	0-40	**2.2%**	0.11	.000
Positive feelings	31.2 (7.3)	33.5 (7.1)	2.4 (5.6)	9-45	**6.6%**	0.33	.000
Negative feelings	18.0 (5.6)	16.4 (5.1)	-1.7 (4.7)	7-35	**-5.9%**	-0.31	.000
Gratefulness	47.1 (8.5)	51.0 (7.7)	3.9 (6.6)	11-66	**7.0%**	0.48	.000
Forgiveness	47.2 (5.8)	48.8 (6.3)	1.6 (5.2)	12-72	**2.7%**	0.27	.000
R-ideologies	33.6 (8.4)	36.0 (7.9)	2.4 (5.8)	0-45	**5.3%**	0.29	.000
R-problemsolving	60.9 (11.8)	64.2 (10.7)	3.3 (8.4)	18-108	**3.7%**	0.29	.000
Positive RCOPE	18.9 (4.2)	19.6 (4.0)	0.6 (3.5)	7-28	**3.0%**	0.15	.000
Negative RCOPE	14.7 (4.3)	13.2 (4.1)	-1.4 (3.2)	7-28	**-6.9%**	-0.34	.000
Spirituality	13.4 (4.1)	15.4 (3.5)	2.0 (3.7)	4-20	**12.5%**	0.53	.000

Religious Coping as a Predictor ?

Religious variables	Δ GSI		Δ BDI		Δ GBB		Δ ESK	
	N	r	N	r	N	r	N	r
Centrality	750	-.020	598	-.056	749	.007	474	-.058
Positive feelings	750	-.072*	598	-.125**	749	-.001	474	-.137**
Negative feelings	750	**.200****	598	**.183****	749	**.150****	474	**.221****
Gratefulness	339	**-.223****	189	**-.234****	338	**-.116***	308	**-.300****
Forgiveness	339	-.178**	189	-.104	338	-.126*	308	-.203**
Rel. ideologies	337	-.080	188	-.081	336	-.066	306	-.119*
R-problemsolving	171	**-.268****	39	**-.391***	171	**-.146**	164	**-.269****
Positive R-COPE	610	-.042	581	-.092*	609	.003	335	-.029
Negative R-COPE	610	**.189****	581	**.203****	609	.085*	335	**.155****
Spirituality	857	**-.235****	832	**-.303****	853	-.064	229	**-.208****


Conclusion of the RC-Study
Main results
• A high percentage of inpatients use religion to cope
• RC p/n does change during psychiatric treatment
• Mainly negative religious coping is predictive for outcome
Limitations
• Retrospective design, single center study
• The treatment program integrates religious and spiritual components what is more than standard therapy
Conclusion
• Religious coping is relevant for psychiatric inpatients and should therefore be integrated in the treatment program
• Negative religious coping (spiritual struggles) has to be addressed, e.g by referral to a pastoral counselor


Religious Coping with Mental Health Disorders
INTEGRATING R/S
INTO PSYCHIATRY
MENTAL HEALTH
RESEARCH CENTRE
University of Moskow

Review Article on the Topic

Religions **2011**, *2*, 611-627; doi:10.3390/rel2040611

OPEN ACCESS

religions

ISSN 2077-1444

www.mdpi.com/journal/religions

Review

Integrating Religion and Spirituality into Mental Health Care, Psychiatry and Psychotherapy

René Hefti

Department of Psychosomatic Medicine, Clinic SGM Langenthal and Research Institute for Spirituality and Health / Weissensteinstrasse 30, CH-4900 Langenthal, Switzerland;
E-Mail: rene.hefti@klinik-sgm.ch; Tel.: +41-62-9192211; Fax: +41-62-9192200

Received: 9 August 2011; in revised form: 10 October 2011 / Accepted: 17 October 2011 / Published: 2 November 2011

Integrating R/S into Practice

Diagnostic steps

- Taking a short spiritual history, e.g. SPIR
- Assessing spiritual needs, resources and struggles
- Documenting it in the patient record / file
- Interpreting the "findings" / the information by understanding the interaction

Therapeutic steps

- Meeting the spiritual needs
- Supporting religious resources / coping
- Addressing spiritual struggles and distress
- Referring patient to the experts / pc / priests
- Considering religious/spiritual interventions

⇨ ***Practicing a spiritual care model !!***

Integrating R/S into Practice

Taking a Spiritual History

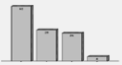
- **4 key questions (e.g. SPIR)**
  - *Are you religious or spiritual ?*
  - *Is religion or spirituality important for you in your illness? Does it help you to cope with it ?*
  - *Do you belong to a religious or spiritual community? Have you any special beliefs related to your treatment?*
  - *Would you like to integrate your beliefs in your treatment? What should my/our role as health care professional be?*
- **Who should take the spiritual history?**
  - A short SH should be taken by the physician (at admission) and should be documented/recorded in the patient file
  - It can be complemented by every other member of the health care team (nurses, pastoral counselor)
- ***Caution:*** in psychiatry it is important to inform the patient well and to do it an a sensitive and appropriate way !!

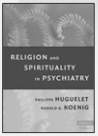
Understanding the Interaction

DEPRESSION interacts with religious experience and practice:
Depressed patients have difficulties to maintain religious practice or activities, often feel guilty and abundant by God, don't fell God's love anymore, consider themselves as looser or sinner

RELIGION AND FAITH also interact with depression:
They can increase or reduce incidence, severity or recovery of depressive episodes.

Religious & Spiritual Activities for Patients in the Clinic SGM

Activity/offering	*Description/focus*	*Duration/ frequency*	*Evaluation*
Psycho-educational group meetings	Integrating therapeutic and spiritual issues, focus on coping with life and mental illness	1 hour, 4x/week	
Spiritual singing and music group	Singing spiritual songs, listening to spiritual music, reciting prayers	1 hour, 1x/week	none
Spiritual issues discussion group	Discussing upcoming spiritual issues in an open group setting, led by a pastoral counselor, including religious rituals	1 hour, 1x/week	none
Spiritual art therapy	Expressing spiritual topics in art therapy, e.g., creation, self-image and God image, psalms	1–2 hours weekly	
Spiritual counseling and psychotherapy	Integrating spiritual elements into counseling and psychotherapy, e.g., forgiving myself/others, individual prayers	individual	
Pastoral care	Individual pastoral counseling, delivering rituals and sacraments, anointing of the sick, Lord's supper	individual	
Patient Library	Library with a broad range of religious and spiritual books	daily	none



Spiritual Issues Psychoeducational Group at Bowling Green

Table 1. Overview on the seven-week, semi-structured psycho-educational program.

Week	Topic	Description
1	*Introduction*	Facilitators give group members an overview of the group format and the topics. In addition, the group rules were reviewed and group members share their "personal spiritual journey" [43].
2	*Spiritual Resources*	This session is intended to elicit members' ideas of personal and community spiritual resources [12]. The session begins by providing the group with definitions and examples of spiritual resources. The potential barriers to utilizing these resources are explored and discussed.
3	*Spiritual Strivings*	The primary objective is to have group members explore ways to create and achieve meaningful, realistic goals related to their spiritual journey. Facilitators discuss the importance of having strivings [52]. To promote discussion, group members generate personal lists of their strivings.
4	*Spiritual Struggles*	The overall goal is to emphasize the importance of expressing thoughts and feelings about spiritual struggles, validate and normalize anger with God or the Church, and reframe struggles as a time of personal growth.
5	*Forgiveness of Others*	Group members discuss the definition of forgiveness. Then they reflect on incidents in their life when they were hurt by another person or institution. Finally, steps towards forgiveness are briefly outlined [53].
6	*Hope*	The primary goal is to explore spiritual strategies that can be used to hold on to hope [54]. Group members talk about the meaning of hope and reasons to retain hope. Major pathways used to foster hope are rituals, hymns, trusting that God has a greater purpose, and supporting each other.
7	*Wrap-up*	In the final session, the two permanent facilitators review the topics covered by the group and solicit feedback from group members. Emphasis is placed on maintaining confidentiality.

Religious Psychotherapie

Journal of Consulting and Clinical Psychology
1992, Vol. 60, No. 1, 94-103

Copyright 1992 by the American Psychological Association, Inc.

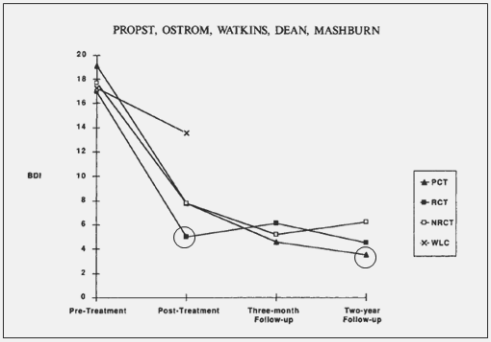
Comparative Efficacy of Religious and Nonreligious Cognitive–Behavioral Therapy for the Treatment of Clinical Depression in Religious Individuals

L. Rebecca Propst
Department of Counseling Psychology, Graduate School of Professional Studies
Lewis and Clark College

Richard Ostrom, Philip Watkins, Terri Dean, and David Mashburn
Western Baptist Graduate School of Psychology

Two versions of cognitive–behavioral therapy (CBT), one with religious content (RCT) and one with standard protocol (NRCT), were used to treat 19–20 religious patients each. Fifty-nine religious patients who met the Research Diagnostic Criteria for nonpsychotic, nonbipolar depression were treated in 18–20 1-hr sessions over 3 months. Religious and nonreligious therapists were used in each CBT group. Pastoral counseling (PCT) treatment-as-usual and waiting-list control (WLC) conditions each contained 10–11 patients. RCT and PCT patients reported significantly lower posttreatment depression and adjustment scores than did either the NRCT or the WLC condition. The CBT difference was due largely to superior performance of the nonreligious therapists (with dissimilar values to the patients) in the RCT over the NRCT condition. Improvement in the three treatment conditions was equal at 3-month and 2-year follow-ups and greater than posttreatment WLC improvement levels.

Evaluation of the Outcome



Religious Coping with Mental Health Disorders

SPIRITUAL CARE

MENTAL HEALTH RESEARCH CENTRE
University of Moskow

Spiritual Care - Definition

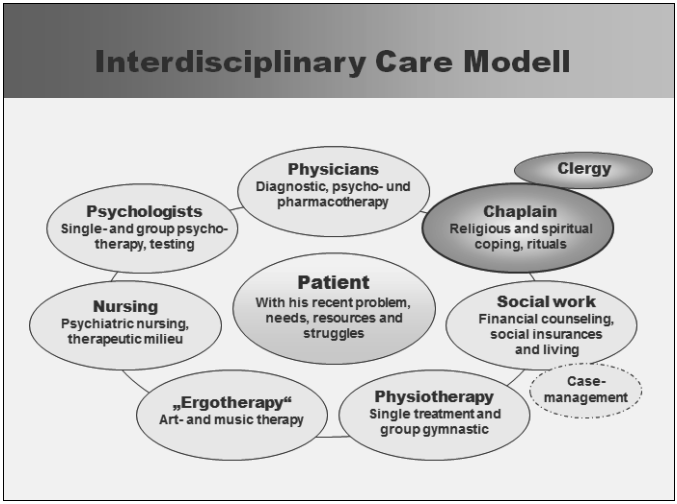
Prof. Eckhard Frick, Chair for Spiritual Care in Munich

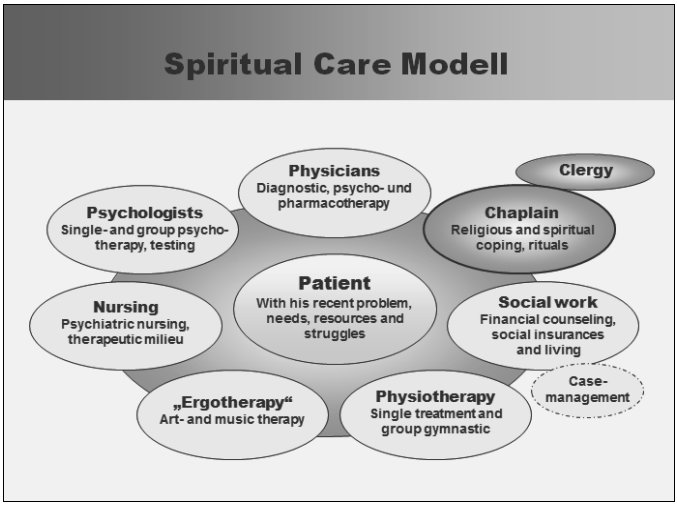
„Spiritual Care means the corporate care for the sick person in all his dimensions, the physical, the psychosocial and the spiritual.

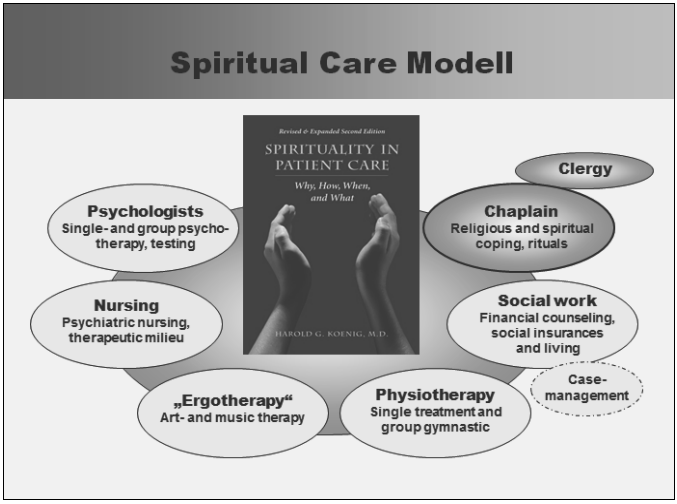
Medicine and Nursing admit the spiritual dimension of their patients and consider themselves responsible also for spiritual matters, not alone and not against the competencies of pastoral counseling and the other health professions but in respectful cooperation.

WHO integrated the spiritual dimension in it's definition of health at the Charta of Bangkok.

Published in the Journal „Zur Debatte" 1/2011


Interdisciplinary Care Modell
Physicians
Diagnostic, psycho- und pharmacotherapy
Clergy
Psychologists
Single- and group psycho-therapy, testing
Chaplain
Religious and spiritual coping, rituals
Patient
With his recent problem, needs, resources and struggles
Nursing
Psychiatric nursing, therapeutic milieu
Social work
Financial counseling, social insurances and living
Case-management
„Ergotherapy“
Art- and music therapy
Physiotherapy
Single treatment and group gymnastic


Spiritual Care Modell
Physicians
Diagnostic, psycho- und pharmacotherapy
Clergy
Psychologists
Single- and group psycho-therapy, testing
Chaplain
Religious and spiritual coping, rituals
Patient
With his recent problem, needs, resources and struggles
Nursing
Psychiatric nursing, therapeutic milieu
Social work
Financial counseling, social insurances and living
Case-management
„Ergotherapy“
Art- and music therapy
Physiotherapy
Single treatment and group gymnastic

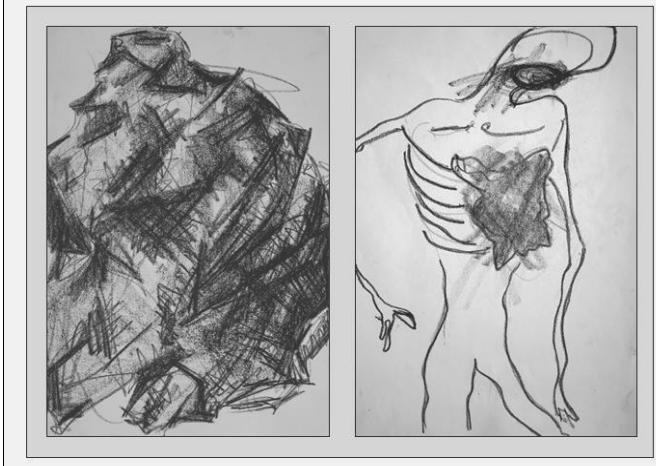

Spiritual Care Modell
Revised & Expanded Second Edition
SPIRITUALITY IN PATIENT CARE
Why, How, When, and What
HAROLD G. KOENIG, M.D.
Clergy
Psychologists
Single- and group psycho-therapy, testing
Chaplain
Religious and spiritual coping, rituals
Nursing
Psychiatric nursing, therapeutic milieu
Social work
Financial counseling, social insurances and living
Case-management
„Ergotherapy“
Art- and music therapy
Physiotherapy
Single treatment and group gymnastic

Religious Coping with Mental Health Disorders
PATIENT EXAMPLE

36 year old Patient

Severe Depression with Suicidal Ideation

- Patient describes it as *„as a heavy stone on her chest, difficult to tolerate, and the feeling to disintegrate herself"*
- 4th child, not planed/welcomed, father wanted to abort her
- **Multiple trauma in her personal history**
  - Parents got divorced when patient was 6 years old
  - Sister committed suicide when patient was 11 years old
- **Recent personal and family situation**
  - Patient became herself a mother of three children
  - Stable marriage and supportive husband
  - Formation as a farmer, also finished high school
  - Chronic feelings of failure and low self-esteem
- Recurrent episodes of depression followed by hospitalization



Psalm 88 *(Verses 1-3, 9, 14)*

LORD, God of my salvation;
day and night I cry out to you.
May my prayer come before you;
turn your ear to my cry.

I am overwhelmed with troubles
and my life draws near to death.

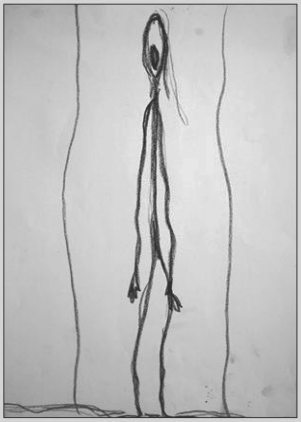
I am confined and cannot escape;
my eyes are dim with grief.

Why, LORD, do you reject me
and hide your face from me?

⇨ ***Personal Dialog with God***

Giving her language, words,
like an anchor for her soul !

Let her feel that she is not alone and belief that there is hope and salvation/restoration - also for her !



Writing own Psalms

„Lord, my God, in whom I place all my hope, the feeble, beggarly rest I still have. Where are you?

Lord, who suffered more than anyone else; and I only feel my own pain and emptiness, totally focused on myself.

There is no life anymore in my soul, I feel like stone …

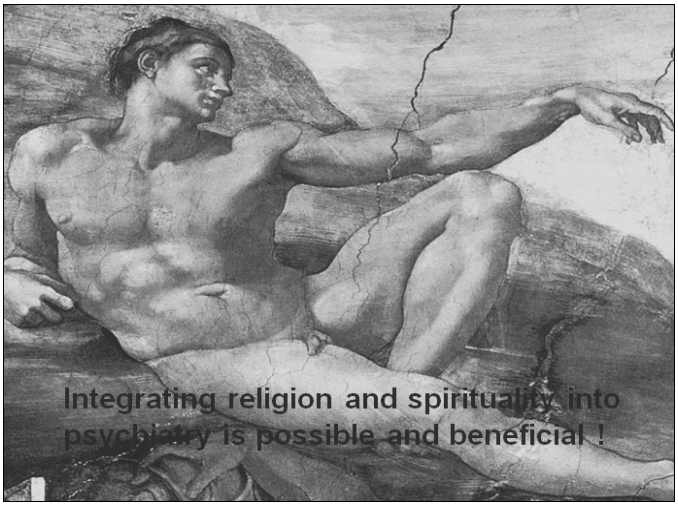
⇨ ***Further Dialog with God***

As a form of religious coping, can be ***supported by the whole team of health professionals*** (doctors, psychotherapists, art- and music-therapists, nurses, social workers and the pastoral counselors)

Religious Coping with Mental Health Disorders

FINAL CONCLUSION

MENTAL HEALTH
RESEARCH CENTRE
University of Moskow



УДК 615.851

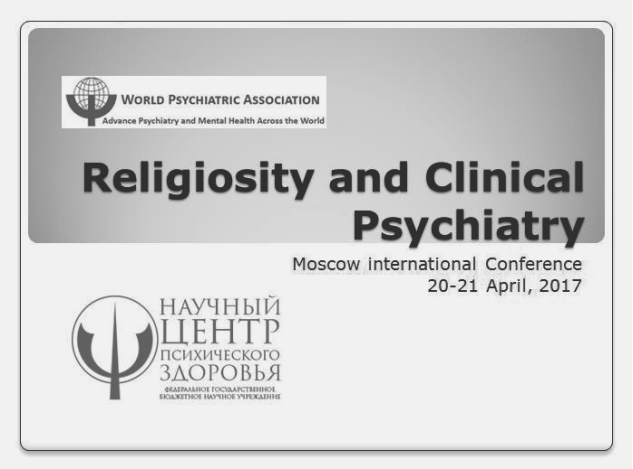
Peter J. Verhagen

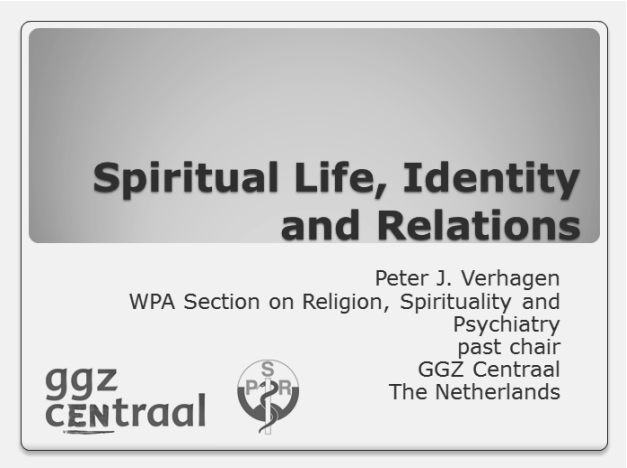
Spiritual Life, Identity and Relations

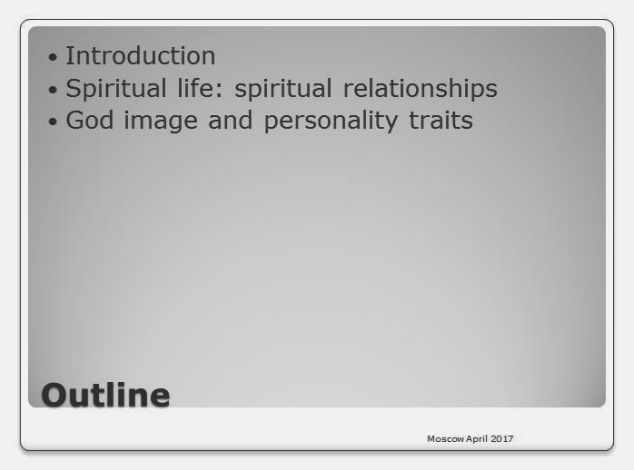
Past chair WPA Section on Religion, Spirituality and Psychiatry, GGZ Centraal, The Netherlands

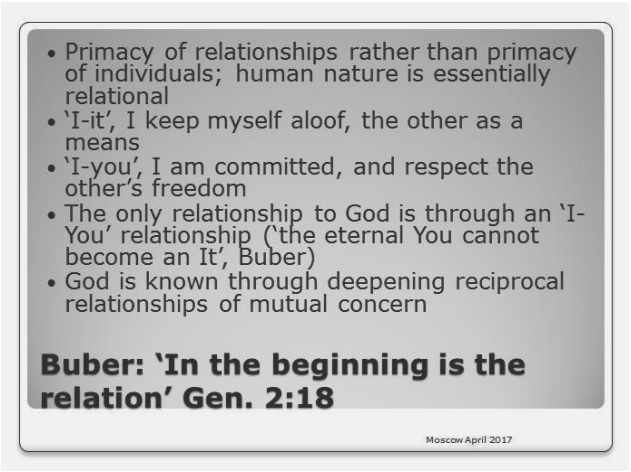
e-mail: p.verhagen@ggzcentraal.nl

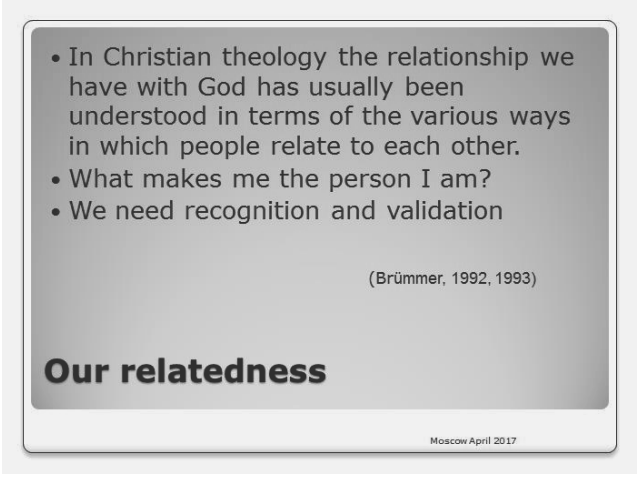
Экс-председатель секции по религии, духовности и психиатрии Всемирной психиатрической ассоциации.



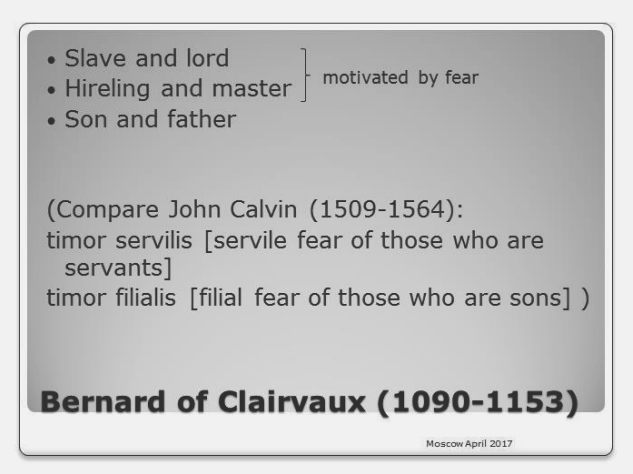

Spiritual Life, Identity and Relations
Peter J. Verhagen
WPA Section on Religion, Spirituality and Psychiatry
past chair
GGZ Centraal
The Netherlands
ggz centraal

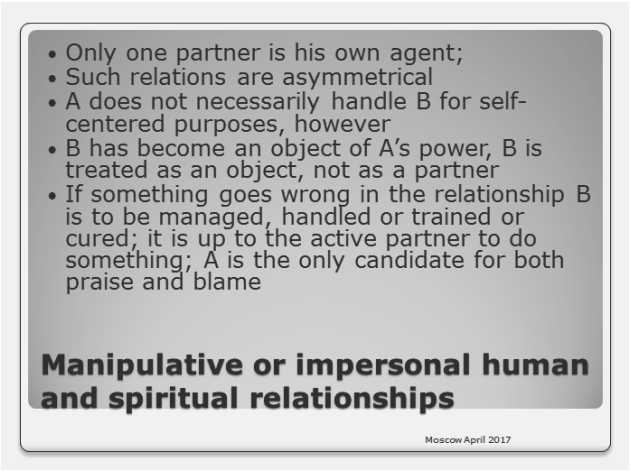

• Introduction
• Spiritual life: spiritual relationships
• God image and personality traits
Outline
Moscow April 2017

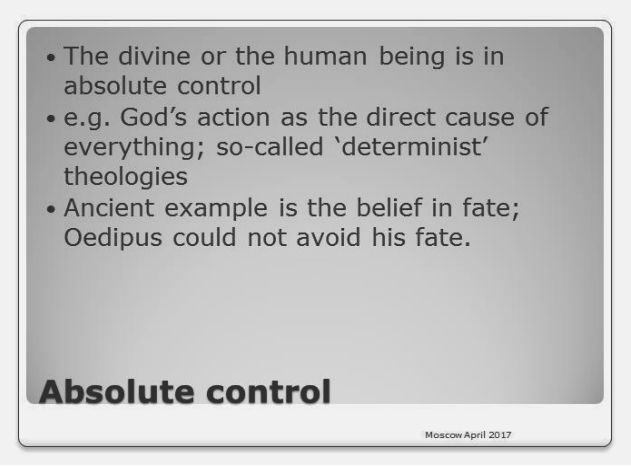

• Primacy of relationships rather than primacy of individuals; human nature is essentially relational
• 'I-it', I keep myself aloof, the other as a means
• 'I-you', I am committed, and respect the other's freedom
• The only relationship to God is through an 'I-You' relationship ('the eternal You cannot become an It', Buber)
• God is known through deepening reciprocal relationships of mutual concern
Buber: 'In the beginning is the relation' Gen. 2:18
Moscow April 2017


• In Christian theology the relationship we have with God has usually been understood in terms of the various ways in which people relate to each other.
• What makes me the person I am?
• We need recognition and validation
(Brümmer, 1992, 1993)
Our relatedness
Moscow April 2017

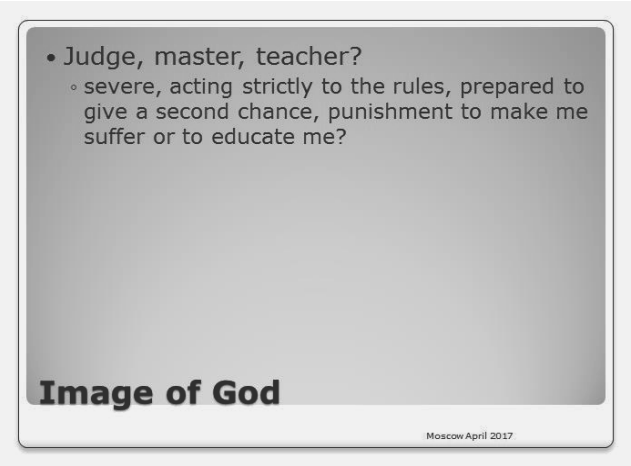
• Manipulative (or impersonal) human and spiritual relationships
• Contractual (or mutual agreement) human and spiritual relationships
• Human and spiritual relationships of mutual love (or fellowship)
Relationships approach: three types of human relationships
Moscow April 2017

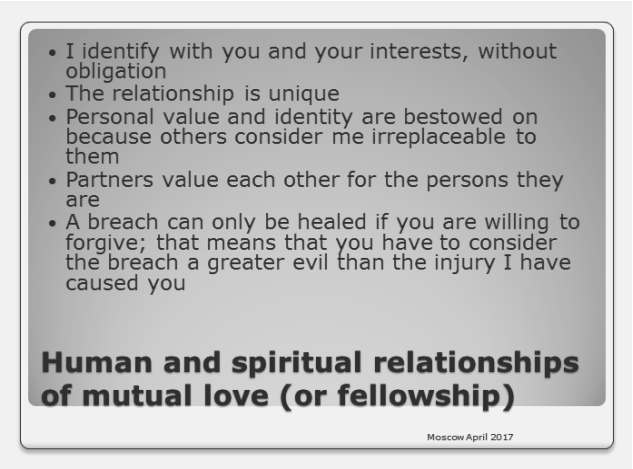

• Slave and lord
• Hireling and master
• Son and father
motivated by fear
(Compare John Calvin (1509-1564):
timor servilis [servile fear of those who are servants]
timor filialis [filial fear of those who are sons])
Bernard of Clairvaux (1090-1153)
Moscow April 2017

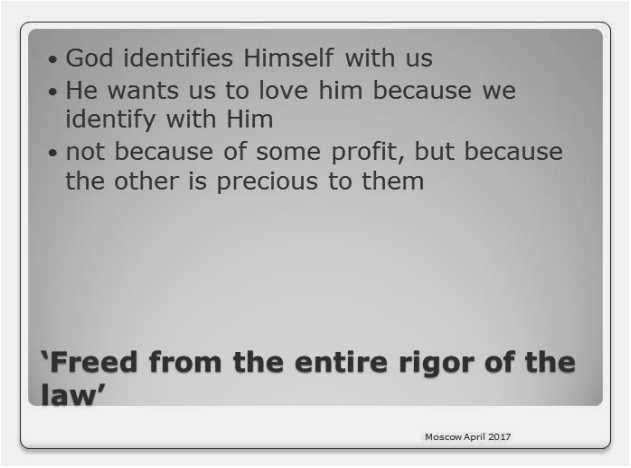

• Only one partner is his own agent;
• Such relations are asymmetrical
• A does not necessarily handle B for self-centered purposes, however
• B has become an object of A's power, B is treated as an object, not as a partner
• If something goes wrong in the relationship B is to be managed, handled or trained or cured; it is up to the active partner to do something; A is the only candidate for both praise and blame
Manipulative or impersonal human and spiritual relationships
Moscow April 2017


• The divine or the human being is in absolute control
• e.g. God's action as the direct cause of everything; so-called 'determinist' theologies
• Ancient example is the belief in fate; Oedipus could not avoid his fate.
Absolute control
Moscow April 2017

• Based on rights and obligations
• Symmetrical
• Advantage for oneself
• Instrumental value
• If the relation goes wrong the balance of rights and duties needs to be restored by satisfaction, punishment, or condonation
Contractual (or mutual agreement) human and spiritual relationships
Moscow April 2017


• Judge, master, teacher?
◦ severe, acting strictly to the rules, prepared to give a second chance, punishment to make me suffer or to educate me?
Image of God
Moscow April 2017


• I identify with you and your interests, without obligation
• The relationship is unique
• Personal value and identity are bestowed on because others consider me irreplaceable to them
• Partners value each other for the persons they are
• A breach can only be healed if you are willing to forgive; that means that you have to consider the breach a greater evil than the injury I have caused you
Human and spiritual relationships of mutual love (or fellowship)
Moscow April 2017


• God identifies Himself with us
• He wants us to love him because we identify with Him
• not because of some profit, but because the other is precious to them
'Freed from the entire rigor of the law'
Moscow April 2017

- The proposed model is based on the dynamics of love.
- The three types of relationships help us to look for analogies between human relationships and spiritual life.
- These analogies help us to assess/ recognize the interwovenness between relational and spiritual life.

Take home message

Moscow April 2017

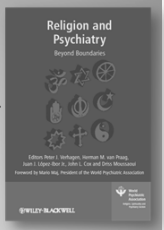
- Your comments and feedback are very welcome!

Look at the Section website:

- www.religionandpsychiatry.org

or e-mail:

- p.verhagen@ggzcentraal.nl



Thank you for attention!

Moscow April 2017

РАЗДЕЛ 2. ТЕЗИСЫ УЧАСТНИКОВ КОНФЕРЕНЦИИ

УДК 159.9.07

Агарков В.А. [1]***, Александров Ю.И.*** [2]***, Бронфман С.А.*** [3]

Русскоязычная версия опросника MI-RSWB - Многофакторный опросник религиозного/духовного благополучия (ОРДБ)*

[1]*Институт психологии РАН, Москва, Россия*
[2]*Институт психологии РАН, Москва, Россия*
[3]*Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва, Россия*

e-mail: agargor@yandex.ru

Введение. За последние десятилетия существенно вырос интерес исследователей к роли, которую играет религиозность и духовность в истории возникновения и течения различных психических и психосоматических расстройств, а также к их роли в психотерапевтическом лечении. Эта тенденция во многом связана с данными, свидетельствующими о положительном эффекте терапевтических интервенций с опорой на религиозность/духовность. Исследования указывают на положительную связь между некоторыми аспектами религиозности/духовности и положительной динамикой в преодолении последствий психической травмы [1], а также в лечении депрессивных и тревожных расстройств. Наряду с этим, отдельные проявления религиозности и духовности тесно связаны с появлением симптомов психических расстройств (например, при психозах), однако природа этой связи все еще недостаточно изучена. Ряд авторов рекомендуют дополнить биопсихосоциальную модель психического здоровья факторами духовности, которые можно с уверенностью считать значимыми

* Исследование выполнено за счет гранта Российского научного фонда (проект №14-28-00229)

для психического благополучия, а также мобилизации психологических ресурсов в борьбе с серьезными и даже смертельными заболеваниями.

Концепция религиозного/духовного благополучия. Согласно Pargament, религиозность представляет собой индивидуальный поиск смысла в сфере сакрального. Рамки понятия "духовность" более широки и не ограничены конфессиональностью. Духовность связана с поисками ответа на вопросы о смысле человеческой жизни в ее отношении к трансцендентному. Эти поиски могут как быть, так и не быть связаны с религиозной традицией. Духовность определяют как личный опыт соприкосновения с трансцендентным, мистическим, раскрытие возможностей и реализация *я* (self) индивида. Центральным аспектом духовности выступает внутренняя свобода, независимость от требований материального мира и приматом собственно душевного.

Религиозность и духовность можно считать важным символическим измерением человеческого существования, которое способствует осмысленности и целенаправленности жизни. Однако в современных исследованиях, посвященных изучению религиозного опыта, сложилась устойчивая тенденция разграничения понятий "религиозность" и "духовность". Религиозность часто соотносится в большей степени с институтами и традициями, которые порой воспринимаются как препятствие на пути к реализации личностного потенциала, тогда как в понятии "духовность" аспект конфессиональных рамок либо отсутствует, либо не несет основной смысловой нагрузки. Наряду с этим, некоторые исследователи, например, Pargament [4], настаивают на том, что разделение между духовностью и религиозностью является мнимым и эти два понятия должны быть отнесены к двум аспектом одного целого. Pargament вводит единое понятие "религиозность/духовность", которое может быть понято как важное символическое измерение человеческого существования, помогающее формированию смысла и цели жизни. Австрийский психолог-исследователь Unterrainer, продолжая развитие концепции Pargament, вводит понятие "религиозного/духовного благополучия" [5]. Так, религиозность в его модели

представлена как имманентная составляющая, объединяющая три фактора, связанные с биопсихосоциальной моделью. Духовность же соответствует "трансцендентальному" измерению, также объединяющему три фактора.

Согласно системно-эволюционному подходу [2], активность, поведение, подразумевает одновременную актуализацию старых (более интуитивных) и новых (более рациональных) систем мышления, при этом особую роль в организации поведения играют межсистемные отношения индивидуального опыта. Религиозность/духовность, по-видимому, может характеризоваться как преобладанием доли низкодифференцированной системы (дологической, интуитивной), так и преобладанием высокодифференцированных, онтогенетически более поздних систем индивидуального опыта (логическое, вербальное мышление). В первом случае мы можем наблюдать так называемый феномен "расщепленной религиозности", когда наряду с более поздними верованиями монотеистических систем допускаются архаичные формы магического мышления и поведения. Таким образом, с точки зрения единой концепции сознания/эмоций, религиозное/духовное благополучие обладает признаками высокодифференцированной системной организации. Напротив, религиозное/духовное неблагополучие характеризуется нетерпимостью и враждебностью, вплоть до проявлений крайнего экстремизма к "неверным" и, вообще, к "другим", неспособностью прощать, часто – парадоксальным сочетанием крайнего гедонизма и отчаяния [3]. Иными словами, религиозное/духовное неблагополучие можно понимать как признак низкодифференцированной системной организации.

Конструкт "религиозное/духовное благополучие" был операционализирован в Многофакторном опроснике религиозного/духовного благополучия (ОРДБ, Multidimensional Inventory of Religious/Spiritual Well-being, MI-RSWB). Опросник показал себя как надежный инструмент оценки различных аспектов религиозности/духовности.

Материалы и методы. Определены следующие шесть субшкал MI-RSWB: "Общая религиозность" (ОР, "General Religiosity"); "Способность прощать" (СП, "Forgiveness");

"Имманентная надежда " (ИН, "Hope Immanent"), "Чувство сопричастности" (ЧС, "Connectedness"); "Трансцендентная надежда" (ТН, "Hope Transcendent"); "Переживание смысла" (ПС, "Experiences of Sense and Meaning"). Субшкалы "Имманентная надежда", "Способность прощать" и "Переживание смысла" были отнесены к интегральному параметру "Внутренняя направленность", а три другие: "Общая религиозность", "Трансцендентная надежда", "Чувство сопричастности" - к интегральному параметру "Трансцендентная направленность". Для ответов в опроснике используют 6-балльную шкалу, где 1 – полностью не согласен(на) с утверждением, 6 – полностью согласен(на). Опросник был переведен на русский язык. Так как оригинальный вариант опросника был разработан на немецком языке, то было сделано два независимых обратных перевода первого варианта русскоязычной версии MI-RSWB на английский язык и один – на немецкий. Проведены пробные опросы для апробации формулировок вопросов и дизайна опросника. Для определения параметров надежности русскоязычной версии MI-RSWB были проведены опросы на выборке студентов ВУЗов (n=163, возраст M=21,6; SD=4,3; женщин – 124, мужчин - 39). Результаты исследования показали, что почти все шкалы ОРДБ, за исключением шкалы "Трансцендентная надежда", обладают хорошими и удовлетворительными параметрами надежности, которые варьируют в диапазоне от 0,93 до 0,66. Результаты проверки нормальности распределения с использованием критерия Колмогорова-Смирнова показали, что отклонение от нормального распределения обнаружены только для шкалы "Имманентная надежда", тогда как остальные субшкалы опросника обладают нормальным распределением.

Выводы. Русскоязычная версия опросника MI-RSWB обладает хорошими психометрическими свойствами и может быть использована для исследований влияния и роли фактора религиозности/духовности в развитии психических расстройств, механизмах совладания, эффективности психотерапевтических интервенций, преодоления последствий психической травмы и др.

Список литературы

1. Агарков В.А. Посттравматическое стрессовое расстройство: критерии, диагностика, коморбидность. Учебное пособие. М.: МГСМУ, 2015
2. Александров Ю.И., Александрова Н.Л. Субъективный опыт, культура и социальные представления, М.: Изд.: "Институт психологии РАН", 2009
3. Знаменская И.И., Марков А.В., Бахчина А.В., Александров Ю.И. Нравственное отношение к “чужим” при стрессе: системная дедифференциация // Психологический журнал. 2016. Т. 37. № 4.
4. Pargament K.I. The Psychology of Religion and Spirituality? Yes and No. // International Journal for the Psychology of Religion, 1999, V. 9, №1, pp. 3-16
5. Unterrainer H.-F., Lewis A.J., Fink A. Religious/Spiritual Well-Being, Personality and Mental Health: A Review of Results and Conceptual Issues // Journal of Religion and Health, 2012, v. 52, N. 2, p. 382-392

УДК 616.89-02

Алексеева А.Г.

Религиозные онейроидные состояния у больных шизофренией

ФГБОУ ДПО Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования МЗ РФ, Москва, Россия
e-mail: agalexeeva@yandex.ru

Цель исследования: изучение клинико-психопатологических особенностей онейроидно-кататонических состояний с религиозным содержанием при шизофрении.

Материалы и методы: Обследовано 68 пациентов (25 мужчин и 43 женщин) в возрасте от 18 до 54 лет (средний возраст - 31,3 года). Состояние больных определялось картиной онейроидной кататонии с наличием признаков помраченного

сознания по K.Jaspers. По МКБ-10 диагностическая оценка соответствовала рубрикам шизофрении - F20, F23. В работе были использованы клинико-психопатологический и статистический методы исследования.

Результаты и обсуждения: Анализ религиозного содержания онейроидных расстройств, их структуры, механизмов и динамики формирования был проведен на основании клинико-психопатологических и клинико-типологических характеристик данных нарушений. В настоящем исследовании было отмечено, что среди больных с онейроидно-кататоническими приступами религиозная тематика являлась преобладающей вне зависимости от пола и возраста, социального статуса. Процент больных с религиозным онейроидом среди всего изученного материала составил почти половину - 44% (30 наблюдений). Данные состояния встречались как у пациентов, имевших религиозное мировоззрение до наступления заболевания, так и у неверующих больных. Наиболее ярко имеющиеся особенности религиозных переживаний отражает дифференциация онейроидно-кататонических состояний с точки зрения полюса аффекта, которое впервые было предложено Фавориной В.Н. (1956). Важно отметить, что в своих работах автор не касалась напрямую религиозной тематики; ею было выделено лишь два варианта онейроида в зависимости от аффективной окраски фантастических переживаний - экспансивный и депрессивный.

Клиническая картина религиозного онейроидно-кататонического состояния у больных с **депрессивным переживаниями** касалась сюжета пребывания в аду и/или конца света. Больные описывали возникающие видения как устрашающие «ожившие сновидения или грёзы». На первых этапах больные описывали возникновение ощущения перемещения, движения, полета или чувства «погружения в темное неизведанное пространство». Им казалось, что «свет исчезает». Больные были убеждены, что «душа отделяется от тела» и двигается по тоннелю. У некоторых из них появлялось чувство, как «их тело куда-то тянет», как они «проваливаются в небытие». У небольшого числа больных возникало ощущение, что и все окружающее их пространство (например, квартира

вместе с мебелью, близкими и родными) погружается во тьму. Некоторые описывали свое состояние как «утрату сознания». Больные рассказывали, что появление ощущения «кромешной тьмы вокруг» сопровождалось сильнейшим чувством страха. Таким образом, больные внезапно понимали, что оказались «на том свете» - в аду.

Дальнейшие переживаниях больных были подобны «видениям наяву», причем в большинстве случаев при этом отсутствовало восприятие реальной окружающей обстановки. Больные описывали, что видели множество комнат с чудовищами, которые представляли собой «что-то среднее между чертями и людьми»; им казалось, что темные помещения были заполнены множеством уродливых людей, у которых в руках находились ножи, пилы, ножницы; их также окружали «черти, демоны, дикие звери» и даже дьявол в виде громадной черной фигурой с рогами.

Если восприятие окружающего частично сохранялось, то стены больничной палаты становились гробом или иным предметом фантастического религиозного сюжета. Больным казалось, что окружающий их медицинский персонал, другие больные становились ангелами и бесами или грешниками, которые вместе с ними ожидали страшного суда в чистилище. Больные рассказывали, что они слышат крики людей, ощущали, что вокруг них находятся умершие души. Они были убеждены, что чувствуют запах умерших, который сравнивали с запахом после атомного взрыва или чего-то гниющего, зловонного. Некоторые из них слышали хор бесов, который приветствовал их в аду или плачь, мольбы о помощи других грешников. По рассказу больных, особенно впечатляющим был «зловещий голос дьявола», который запугивал, угрожал, бранил, говорил о скором конце света и неминуемых страданиях для больного.

У ряда пациентов возникало ощущение видоизменения их тела. Так, например, вместо головы появилось «гнездо из змей», которые издавали множество звуков, шевелились; изменялась форма тела - больные превращались в геометрические фигуры, которые падали вниз по темному коридору. Некоторые чувствовали, как их тело сгорает в костре ада «гиене огненной»,

как «тьма полностью поглощает их». Больным казалось, что они сами превращаются в змея. Подобные переживания сопровождались чувством страха, тревоги, отчаяния. Больные чувствовал себя мертвым. Они были убеждены, что умерли, попали на «мытарства», что вечно будут испытывать муки, страдать за все человечество или навечно попали в ад. Ощущения мучения сопровождались чувством, что демоны «поедают их изнутри», «растаскивают на мелкие кусочки». Больные были убеждены, что ощущают свою гибель, смерть в чистилище. При этом попытки справиться с происходящим с помощью молитвы или иными способами, по словам больных, были безрезультатными. В целом, важно отметить, что больные оценивали происходящее с ними как достаточно трагичные и болезненные переживания.

При ***экспансивном онейроиде,*** напротив, больные описывали ощущение восторга, экстаза, счастья. У них также появлялось ощущение, что они перемещались в пространстве, «сквозь полет», оказывались в раю. Видения рая включали светящиеся врата, наличие необычайного яркого, слепящего свет, или же бескрайнее светлое пространство. Прогулки по «невиданному чудному краю» у таких больных сопровождались ощущением тепла и счастья на душе, а бескрайние просторы, леса, моря, горы, цветочные поляны - запахом цветов и пением диковинных птиц.

Некоторые больные были убеждены, что видели святых или Бога, который представлялся в виде старца в белой одежде или темного светящегося силуэта. Беседы с Богом, выполнение определенных испытаний, молитва для возвращения на землю, общение с умершими родственниками, ангелами, сидящими на небесах - все это становилось главным сюжетом фантастических переживаний больных.

При сохранении частичного восприятия окружающей реальности больным казалось, что пространство вокруг них, например, квартира, комната или больничная палата, приобретало иное значение - становилось райским садом, «домом души». Больные ощущали себя привратниками райских ворот, которыми могли служить двери помещения. Больные

были убеждены, что близкие или медицинский персонал - это святые или ангелы. Необходимо отметить, что перевоплощения личности больных при данном варианте онейроидно-кататонического состояния не наблюдалось.

На изученном материале были выделены ***компоненты расстройства сознания***, которые были основаны на превалировании тех или иных видов фантастических переживаний в структуре онейроида. Согласно преобладанию одного из компонентов расстройства сознания в картине онейроида и с учетом наличия определенной динамики (этапности) развития состояния были выделены следующие типологические разновидности онейроидно-кататонических состояний:

- онейроидно-кататонические состояния с преобладанием зрительного компонента расстройства сознания, с последовательным развитием характерных этапов приступа или же с нарушением характерных этапов развития;
- онейроидно-кататонические состояния с преобладанием сенсорного компонента расстройства сознания с минимально выраженным зрительным компонентом/его отсутствием;
- онейроидно-кататонические состояния, характеризующиеся сочетанием зрительного и сенсорного компонентов расстройства сознания.

Онейроидно-кататонические состояния с преобладанием зрительного компонента расстройства отличались сочетанием расстройства сознания и преобладанием визуального отражения фантастических переживаний в виде обилия зрительных образов. Если состояние развивалось последовательно, то онейроид возникал вслед за аффективно-бредовым состоянием с острым чувственным бредом и минимально выраженными явлениями психических автоматизмов, а сам приступ был симметричен по психопатологическим проявлениям относительно онейроида. Если характерная этапность развития приступа была нарушена, то онейроид развивался в рамках кратковременного транзиторного психотического состояния или же отмечалась выраженная асимметрия в развитии психоза с

формированием вслед за непродолжительным онейроидом более затяжного течения с картиной массивной парафрении.

Онейроидно-кататонические состояния с преобладанием сенсорного компонента расстройства сознания отличались сочетанием нарушения восприятия и фантастических переживаний с вовлечением органов чувств, обилия сенсорных нарушений с разнообразными ощущениями (кинестетическими, тактильными, слуховыми, обонятельными), которые в совокупности с их определенной трактовкой определяли картину онейроида. Если визуальные образы были минимальными или их наличие выявить не представлялось возможным, то окружающее представлялось больным в виде «пустоты», «небытия», темного «вязкого» пространства.

Если же в онейроидно-кататоническом состоянии отмечалось сочетание сенсорного и зрительного компонента расстройства сознания, то зрительные расстройства были фрагментарными и напоминали иллюзорное восприятие окружающего, когда реально существующие предметы становились элементами фантастического сюжета, а сенсорный компонент расстройства сознания, представленный разнообразными ощущениями, превалировали над зрительным. Динамика психоза характеризовалась сохранением характерных этапов приступа и симметричным его развитием относительно онейроида с преобладанием явлений психического автоматизма над картиной острого чувственного бреда.

Выводы: Представленные различия в структуре и динамике онейроидно-кататонических расстройств с религиозным содержанием у больных шизофренией позволяют регистрировать их клинико-психопатологическую неоднородность. Полученные данные необходимы для дальнейшего исследования клинических особенностей, течения, а также прогноза как острых психозов с картиной религиозных переживаний, так и заболевания в целом.

УДК 159.9.01

Арпентьева М.Р.

Трансформации и реформации смысла жизни

Калужский государственный университет им. К.Э. Циолковского, Калуга, Россия
e-mail: mariam_rav@mail.ru

Цель исследования: анализ проблем трансформации и реформации смысла жизни как феноменов духовной жизни человека.

Материал и методы: в работе осуществлен теоретический анализ проблем трансформации и реформации смысла жизни как феноменов духовной жизни человека.

Результаты и их обсуждение. Насилие в любых его видах и формах тормозит развитие, в том числе духовный рост человека. Особенно опасно насилие, прямо направленное на деформацию духовного состояния, ценностей человека. Насильственная трансформация ценностей и смысла жизни человека в целом – одна из главных проблем помощи жертвам насилия, особенно - насилия культового. Стремление к поиску и реализации человеком смысла своей жизни – важнейшая, имманентно присущая человеку тенденция. Эта тенденция присуща всем людям, она является основным двигателем жизнедеятельности и развития личности, опираясь на базовые человеческие ценности (мир сакральных смыслов). Многочисленными экспериментами и наблюдениями было установлено, что для того, чтобы жить и развиваться, человек должен верить в смысл, которым обладают его поступки: причем не только сиюминутный, но и предельный, «сакральный» – любовь, жизнь, Бог (Франкл В., 1997). В современном мире число людей, сознательно или бессознательно испытывающих духовные проблемы, перегрузки или «экзистенциальный вакуум», страдающих от расстройств, вызванных причинами духовно-нравственного плана, все увеличивается. Психиатрические клиники пополняются пациентами не столько больными, сколько «уставшими» о

жизни. «Экзистенциальная усталость» – это усталость потери смысла жизни в результате выхолащивания, десакрализации отношений к себе и миру в результате систематического неподтверждения этих ценностей: «преступлениями» против них со стороны самого человека, неправильно решившего ту или иную «задачу на высший смысл» в своей жизни, не сумевшего сделать правильный, жизнеутверждающий, выбор в трудной жизненной ситуации, а также со стороны окружающих, побуждающих человека к неправильному, жизнеотрицающему, выбору и совершающих неправильные выборы, касающиеся данного человека.

Особенно остро этот вопрос возникает в процессе работы с людьми, попавшими под влияние деструктивных сект и связанных с ними культов: в условиях деструктивной секты, как и в условиях любой иной духовно наполненной деятельности, процессы выборов жизнеотрицания / жизнеутверждения – протекают весьма интенсивно. Одна только интенсивность – «ускоренное» и целенаправленное развитие предполагает, что количество и качество ошибок в сфере жизнеутверждения или жизнеотрицания будет выше, чем у людей, чья духовная жизнь менее активна. Однако, если секта имеет деструктивную направленность и/или (что, хотя и важно, но мало изучено) в той или иной общине секты деструктивные ориентации начинают превалировать, человек сталкивается с весьма серьезной угрозой потери смысла жизни. Видя повседневную непорядочность «идущих к Богу», нежелание соблюдать вытекающие из ценностей правила, недисциплинированность и предательство как яркие формы отрицания ценностей, контрастирующие с первичными, привлекшими его в секту декларациями ценности жизни, дисциплинированности и верности «идущих к Богу», человек так или иначе попадает в ситуации внешних и внутренних конфликтов. И, если секта ведет себя агрессивно-захватнически (посягая на материальное и духовное бытие человека, контроль круга его общения и т.д.), человеку часто приходится «смириться» с давлением а, значит, и с тем, что разделяемые им ценности будут десакрализованы, преданы и осмеяны, как и он сам [2,3,5].

Анормальное существование связано с невозможностью найти новый смысл или найти хотя бы какой-то смысл в жизни. Оно связано с фиксацией на стяжании материальных ценностей и/или нарушениями процесса стяжания ценностей духовных, ограничением жизни собственными интересами и игнорированием «вызовов», задач, которые ставит мир. Эти нарушения лишают человека покоя, а не вдохновляют, не дают возможность / мешают решать другие проблемы. Р. Ассаджиоли отмечает, что есть особый тип людей «идеалистический», которые сталкиваются с трансформациями, подчас не имеющими очевидных внешних причин: среди кажущегося, внешнего благополучия и «благоволения судьбы» возникает неопределенное беспокойство, чувство неудовлетворенности, экзистенциальной пустоты (фрустрации) или исчерпанности. Исчерпанность, в отличие от исполненности, не позволяет человеку наслаждаться и быть счастливым от того, что у него есть он и его жизнь, но побуждает искать что-то иное: «настоящего себя», «настоящую жизнь», «истинные ценности» и т.д.

Человек обычно страдает от отсутствия чего-то неопределенного - «то не знаю что», поэтому к нему приходит чувство нереальности, суетности и никчемности будничной, повседневной жизни. Личные интересы, которые занимали человека, теряют свою ценность. Человек начинает размышлять о смысле жизни, об истоках собственного и чужого счастья и страдания, об оправдании человеческого неравенства и о сходстве людей, о происхождении человека и человечества и цели человеческого существования. Такие люди чаще других оказываются в рядах сект и других религиозных организаций, обещающих «духовное пробуждение» и «духовное преображение»[1].

Активное стремление найти смысл жизни побуждает человека к вступлению в секту или иную прорелигиозную организацию нетрадиционного характера. Однако, у тех, кто разочаровывается и выбывает из секты (организации), усиливаются состояния неудовлетворенности жизненной позицией, наступает экзистенциальный кризис, возникают экзистенциальный вакуум и экзистенциальная усталость как

результат десакрализации жизни и отношений в ней порождают проблемы в семье, на работе. Необходимым условием психического здоровья является определенный уровень напряжения, алертности, возникающий между человеком и локализованным во внешнем мире объективным смыслом, который выбран им в качестве ориентира жизнедеятельности и развития.

Смыслу жизни свойственна самотрансценденция как ориентация на самопостижение и раскрытие ограничений и способностей, стремление «проложить себя вовне», т.е. осуществить в реальных действиях и поступках. При этом, постигая себя, человек может осмыслить себя как на нечто самостоятельное по отношению к себе же, вступить в диалог с самим собой. Смысл жизни возникает в результате взаимодействия «внешнего» и «внутреннего», затем эмансипируется от того и другого, выступая как «буферный механизм» – система противовесов, не допускающих одностороннего увлечения «внешним» или «внутренним».

В периоды кризисов, при смене группы (этнической, религиозной, профессиональной, семейной и т.д.) важные ранее для человека ценности подвергаются так или иначе более или менее тотальному «пересмотру». Особенно сильно они пересматриваются в случае попадания человека в тоталитарную секту. Многие люди полагают, что если при этом смысл был утерян, то это – навсегда: жизнь завершена. Однако, благодаря работе с психологом или духовным пастырем, эти люди могут осознать то, что жизнь человека не может лишиться смысла ни при каких обстоятельствах, что смысл жизни всегда есть и может быть найден. При этом человек способен сказать «нет» своим влечениям и привычкам, принять или отвергнуть их. Он имеет возможность подняться над собой и над ситуацией, взять на себя ответственность за свою судьбу и то, что может изменить, и смириться с тем (сложив с себя ответственность), что изменить не может.

Человек обладает свободой слушать свою «совесть», ценности и принимать решения о своей судьбе, изменяться и оставаться прежним, собой или «другим». Более того, человек

может меняться и меняться быстро. Он есть существо, которое почти постоянно решает, чем он будет в следующий момент. Секты же, с их готовыми решениями и пониманиями, кажутся подчас удовлетворяющими потребность человека в понимании: в определенности, контроле или власти над собой или миром.

Выводы. Результаты теоретического анализа проблем показывают, что духовный рост провоцируется и сопровождается кризисами и столкновениями людей, ценностей, культур. Однако он не может и не должен быть насильственным. Насилие приводит к разрушению духовности. Важным моментом исследований духовного развития является анализ последствий духовного насилия (культового и иного), рассмотрение утраты смысла жизни как одной из типичных деструктивных реакций на насилие. Культовое и иное насилие не только ведет к разочарованию в культе и людях, но подчас к тотальному отчаянию найти в мире людей «истинно верующих», живущих по законам любви. Таким образом, помочь человеку реформировать утерянный или деформированный смысл жизни означает помочь пережить травму, стать мудрее и сильнее на духовном пути, а также перед жизненными трудностями в целом.

Список литературы

1. Ассаджиоли Р. Типология психосинтеза: семь основных типов личности. – М.: Урания, 1995. – С. 109-119.

2. Исцеление от «рая»: реабилитация и самопомощь при социальной зависимости / Под ред. Е. Н. Волкова. — СПб.: Речь, 2008. — 392 с.

3. Начала христианской психологии. / Б.С. Братусь, В.Л. Воейков, С.Л. Воробьев и др. – М.: Наука,1995.- 236 с.

4. Франкл В. Доктор и душа. – СПб.: Ювента, 1997. —288 с.

5. Хассен С. Освобождение от психологического насилия. – СПб.: Прайм – ЕВРОЗНАК, 2003. – 400 с.

УДК 616.89

Бабурин А.Н. [1,2]***, Магай А.И.*** [1,2]***, Казьмина Е.А.*** [1]***,***
Гедевани Е.В. [1] ***, Болтрукевич М.Д.***[1]

Технология конфессионально-ориентированной реабилитации больных эндогенными психическими заболеваниями с алкогольной зависимостью

[1]*ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия*

[2]*Межрегиональное общественное движение в поддержку семейных клубов трезвости (МОД СКТ), Москва, Россия*
e-mail: andrey.magay@ncpz.ru

Актуальность: частота встречаемости алкогольной зависимости у больных эндогенными психическими заболеваниями по мнению ряда исследователей составляет от 10% до 50% [Иванец Н.Н., 2002, Гофман А.Г., 2003], а 10-15% больных шизофренией страдает алкогольной зависимостью [Liberman J.A., Bowers M.B., 1990],[1].

Цель исследования: изучить эффективность конфессионально-ориентированной реабилитации больных эндогенными психическими заболеваниями с алкогольной зависимостью, описать подходы и методы, которые могут быть использованы в технологии реабилитации данной группы больных.

Материалы и методы: в пилотажном исследовании клинико-психопатологическим методом были обследованы 12 больных (3 группы), среди которых находились пациенты мужского пола от 16 до 60 лет с установленным диагнозом психического расстройства с сопутствующей алкогольной зависимостью (F20, F21, F31, F32 + F10 по МКБ-10), проходивших лечение на базе отделения особых форм психической патологии ФГБНУ НЦПЗ:

1) группа больных алкоголизмом с аффективной патологией - 50% (6 человек). Диагноз: биполярное

аффективное расстройство (F31+F10) и депрессивное расстройство в разной степени выраженности с алкогольной зависимостью (F32+F10);

2) группа больных алкоголизмом с малопрогредиентной (вялотекущей) шизофренией и алкогольной зависимостью - 33,3% (4 человека). Диагноз: психопатоподобная (F21.3+F10) и неврозоподобная (F21.4+F10) варианты течения вялотекущей шизофрении с алкогольной зависимостью;

3) группа больных алкоголизмом с приступообразно-прогредиентной шизофренией – 16,7% (2 человека). Диагноз: параноидная шизофрения с алкогольной зависимостью (F20.0+F10).

Все пациенты относили себя к людям, имеющим православное религиозное мировоззрение. Большая часть (66,7%) из них регулярно посещала церковные службы и следовала религиозным традициям (молитвы, причастие, исповедь), меньшая часть (33,3%) причисляла себя к категории православных христиан, однако регулярной церковной жизни не вела.

Для оценки эффективности и показателей личностно-психологического профиля были использованы шкала медицинского комплаенса (НИПНИ им. Бехтерева), опросник качества жизни SF-36 (The Short Form-36), тест ценностных жизненных ориентаций (ЦЖО), тест риска злоупотребления алкоголем AUDIT, опросник религиозности (Казмина О.Ю.).

В течение года пациенты получали помощь на основе технологии конфессионально-ориентированной реабилитации больных с коморбидной патологией, посещая один раз в неделю двухчасовые встречи в амбулаторных условиях и участвуя в мероприятиях духовно-ориентированного модуля программы.

Результаты и их обсуждение: по прошествии основного срока реабилитации у большей части исследуемых было отмечено становление алкогольной ремиссии (66,7% - 8 человек), уменьшение частоты обращений за психиатрической помощью и отсутствие госпитализаций в психиатрический стационар, улучшение внутрисемейных отношений, стабилизация профессиональных навыков. Все участники исследования были вовлечены в жизнь церковной общины при

храме иконы Божией Матери «Целительница» при ФГБНУ НЦПЗ.

Конфессионально-ориентированная реабилитация больных с коморбидной патологией включала в себя комбинированное использование психофармакотерапии и психосоциотерапевтических процедур с вовлечением в реабилитационный процесс духовно-ориентированных практик.

В процесс комплексной реабилитации больных с коморбидной патологией был привлечен опыт работы мультидисциплинарной команды специалистов, использовался семейный подход [4], а мишенью реабилитации являлись компоненты биопсихосоциодуховного единства [Кулаков С.А., Вайсов С.Б., 2006, Соборникова Е.А., 2012].

Технология конфессионально-ориентированной реабилитации больных эндогенными психическими заболеваниями с алкогольной зависимостью основана на опыте конфессионально-ориентированной реабилитационной программы, основанной на духовном ресурсе православной общины (ФГБНУ НЦПЗ, отделение особых форм психической патологии) [2]. Также привлечен опыт основанной на религиозном мировоззрении амбулаторной программы реабилитации больных, зависимых от употребления психоактивных веществ, и членов их семей (ФГБНУ НЦПЗ, МОД СКТ) [3].

После получения необходимого лечения (психофармакологические средства и психотерапевтические процедуры) на базе отделения особых форм психической патологии ФГБНУ НЦПЗ, пациенты приняли участие в технологии конфессионально-ориентированной реабилитации, включавшей в себя:

- поддерживающая терапия психофармакологическими препаратами;
- тренинг социальных навыков с больными шизофренией;
- работа по методу формирования личностной саморегуляции с больными аффективной патологией;

- системная семейная групповая психотерапия в условиях специальной терапевтической среды по типу терапевтического сообщества с участием членов семей;
- психотерапевтическое общение с использованием методологии духовно-ориентированного диалога Т.А. Флоренской.

Одновременно с участием в реабилитационных мероприятиях пациенты и члены их семей принимали участие в духовно-ориентированных мероприятиях:

- включение пациентов в жизнь религиозной православной общины на базе больничного храма иконы Божией Матери «Целительница» в ФГБНУ НЦПЗ, налаживание эффективного взаимодействия среди участников технологии и прихожан храма в рамках социальной сети;
- приобщение к традиции церковной жизни (общая молитва, исповедь причастие) под духовным руководством опытных священнослужителей, имеющих специальное образование в области психологии или психиатрии;
- индивидуальные беседы со священниками с обсуждением значимых вопросов духовной жизни;
- посещение значимых культурно-исторических мест и паломничества;
- участие в спортивных и творческих мероприятиях, подготовка праздников;
- посильная помощь другим участникам программы, попавшим в сложные жизненные ситуации;
- участие в работе летнего реабилитационного лагеря на острове Валаам;
- участие в фестивалях и региональных встречах с участниками других реабилитационных программ.

Заключение: таким образом, в результате исследования описаны основные подходы, используемые в технологии конфессионально-ориентированной реабилитации больных эндогенными психическими заболеваниями с алкогольной зависимостью. Применение технологии показало достаточную эффективность, выявленную в ходе пилотажного исследования. В дальнейшем планируется продолжить исследование, которое

позволит выявить новые закономерности и описать подходы, позволяющие повысить эффективность технологии.

Список литературы

1. Гофман А.Г. Алкоголизм, сочетающийся с шизофренией и заболеваниями шизофренического спектра // Вопросы наркологии. – М. - 2014. – №3. – С. 127-136.
2. Копейко Г.И., Борисова О.А., Казьмина О.Ю. Религиозные копинг-стратегии в реабилитации психически больных // Психиатрия. – М. – 2016. - №70 (02). – с. 40-49.
3. Бабурин А.Н., Соборникова Е.А., Магай А.И., Казьмина Е.А. Семейные клубы трезвости как подход в реабилитации лиц, зависимых от употребления алкоголя и их созависимых родственников. // Вопросы наркологии. - М. – 2016. - №11-12. – с. 101-103.
4. Vladimir Hudolin. Alkohološki priručhnik. – Medicinska naklada, Zagreb, 1991. – 289 p.

УДК 159.9.07

Байкова М.А., Меринов А.В.

Влияние веры в Бога на аутоагрессивный профиль и клинико-психологические характеристики студентов старших курсов ВУЗа

ФГБОУ ВО «Рязанский государственный университет им. акад. И. П. Павлова» МЗ РФ;
Рязань, Россия
e-mail: Lentazzz111@gmail.com

Цель исследования: выяснить влияние веры в Бога на аутоагрессивные показатели юношей и девушек, обучающихся в ВУЗе, изучить отличия между группами в отношении суицидологически значимых личностно-психологических характеристик верующих и неверующих молодых людей, а также определить гендерную специфичность обнаруженных особенностей.

Материалы и методы. Было обследовано 847 человек посредством метода анкетирования (в качестве диагностического инструмента использовался опросник для выявления аутоагрессивных паттернов и их предикторов в прошлом и настоящем (Меринов А. В., Шустов Д.И., 2012г.) [1]; из них 669 являлись девушками, 178 – юношами, число неверующих респондентов составило 112 человек (63 девушки и 49 юношей). Дизайн исследования составил три серии сравнений: первая - без учета гендерного разделения; последующие две были разделены по гендерной принадлежности на верующих и неверующих девушек и юношей (ВД и НВД, ВЮ и НВЮ соответственно). Все обследованные были сопоставимы по возрастным, социально-демографическим показателям внутри групп.

Для оценки показателей личностно-психологического профиля были использованы тест преобладающих механизмов психологических защит (LSI) Плутчека-Келлермана-Конте, тест Mini-Mult (сокращённый вариант MMPI), а также опросник для диагностики специфики переживания гнева State Anger Inventory – STAXI, а также тест-опросник «Шкала предписаний» [2].

Статистический анализ и обработка данных проводились на базе компьютерных программ с применением параметрических и непараметрических методов математической статистики на базе следующих компьютерных программ: Microsoft Excel 2010 и STATISTICA 7.0.

Результаты и их обсуждения. В отношении основных классических суицидальных паттернов поведения нами были обнаружены следующие статистически значимые отличия среди верующих и неверующих респондентов: среди респондентов, не имеющих веры в Бога, чаще встречаются суицидальные мысли в отличие от респондентов верующих (30 % и 22% соответственно), $p \leq 0{,}05$. По остальным классическим аутоагрессивным паттернам поведения статистически значимых различий между группами верующих и неверующих респондентов найдено не было. Несмотря на это, группа верующих респондентов по таким классическим аутоагрессивным паттернам поведения, как «попытка суицида за последние два года», «ранее последних двух лет» и «попытка

суицида в анамнезе вообще», оказалась более благополучной, чем группа неверующих респондентов (0% и 9%, 3% и 11%, 3% и 15% соответственно). В данном случае при рассмотрении в совокупности полученных значений по классическим суицидальным паттернам можно заключить, что при отсутствии веры в Бога суицидальные мысли обладают большей токсичностью [1, 3]. При этом в группе НВЮ у 12% респондентов присутствовал в анамнезе парасуицид в отличие от 3% ВЮ, также среди НВЮ более чем в 3 раза выше показатели в отношении суицидальных мыслей (22% и 7% соответственно), $p \leq 0,05$. Что касается ВД и НВД, то здесь не было обнаружено статистически значимых отличий суицидальных паттернов поведения между группами.

При этом необходимо отметить, что основной аутоагрессивный потенциал в группе неверующих респондентов, составленной как из НВЮ, так и из НВД, по классическим аутоагрессивным паттернам поведения несут именно НВЮ.

При рассмотрении предикторов аутоагрессии среди верующих было обнаружено следующее: у неверующих респондентов отсутствие страхов смерти, темноты в детстве сочетается с такими предикторами антивитального поведения, как длительное переживание чувства одиночества, отсутствие четкого представления о смысле жизни, что априори делает группу более «восприимчивой» в отношении реализации аутоагрессивных импульсов. Для НВЮ и НВД в полной мере характерно все вышеперечисленное, также в группе НВЮ отмечается в 2 раза более низкое число долгожителей в роду, а также в 4% - сформированная алкогольная зависимость у матери (в группе ВЮ значение по аналогичному показателю составило 0%). Среди НВД более чем в 2 раза выше процент девушек, у которых родственник страдает психическим заболевание. Также им более свойственно длительное переживание чувства одиночества, они более склонны к нарушениям норм общепринятой морали и нравственности. Среди НВД почти в 2 раза меньше респондеток по сравнению с ВД, верящих в реинкарнацию, а также в то, что долготерпение будет вознаграждено. Несколько неожиданным, но крайне

любопытным фактом явилось то, что 71% неверующих девушек считает, что их время умирать настанет еще не скоро, однако при этом лишь 40% их них уверены в наличии смысла их жизни. Несуицидальные аутоагрессивные паттерны поведения во всех группах представлены аддиктивным поведением, большим количеством соматических повреждений разного уровня, а также различными видами рисковано-виктимного пути реализации антивитальных импульсов. При этом наибольший интерес представляет существование или формирование алкогольной зависимости среди неверующих. Здесь массив неверующих респондентов, испытывающих тягу к алкоголю, формируют именно НВЮ [3]. Субъективная оценка себя как злоупотребляющего у них уже отсутствует, что настораживает в плане формирования защитной реакции в виде исчезновения критики и вытеснения последствий приема алкоголя. ВД более благополучны чем НВД по следующим путям реализации личностной аутоагрессивности: наличие оперативной патологии, курение, гетероагрессивность, что логично коррелирует с возможностью нарушения норм морали и нравственности.

При анализе личностно-психологических характеристик можно с уверенностью сказать, что все группы неверующих характеризуют высокие показатели ауто– и гетероагрессивности; привычными защитными механизмами для них являются «вытеснение», «замещение» и «интеллектуализация» [4]. При изучении сценарного профиля неверующих респондентов в сравнении с верующими были выявлены статистически значимые отличия по таким сценарным посланиям как «Не принадлежи», «Не будь близок» [5]. В контексте отношения к вере полученные данные могут трактоваться, как «не принадлежи» Богу. Что касается группы верующих респондентов, то среди них наиболее распространен такой механизм психологической защиты, как «отрицание». Для верующих людей такой механизм защиты позволяет нивелировать неприемлемые чувства, мысли, сомнения в существовании Бога. Данный механизм не защищает от реальности, а лишь помогает перекладывать ответственность на другого, а в контексте веры – на Бога. «Отрицание» позволяет

идеализировать объект, не замечая его недостатков [4]. Среди НВЮ больше чем среди ВЮ число молодых людей с предписаниями «Не будь близок», «Не будь здоров», «Не принадлежи» и «Не будь собой», также НВЮ отличают более высокие показатели тестовых значений TRATE-ANGER/T (агрессия как темперамент) и AX/IN (аутоагрессия), что гармонично дополняет обнаруженные нами отличия в суицидологическом профиле группы. Группа НВД имеет более аутоагрессивный психологический «профиль» нежели ВД. Их личностная агрессивность, выступающая составной частью темперамента, направляется как на себя, так и вовне, что согласуется с большинством выявленных нами клинико-суицидологических паттернов и с выраженной гетероагрессивностью респонденток.

Выводы

1. Вера в Бога является провитальным феноменом, преобразуя агрессивные чувства и мотивы личности в социально приемлемые, снимая при этом аутодеструктивную напряженность.
2. Наличие/отсутствие веры в Бога имеет гендерные различия. Группы верующих и неверующих девушек в целом более благополучны по выраженности и напряженности аутоагрессивного радикала в отличие от верующих и неверующих юношей.
3. Отсутствие веры в Бога плотно ассоциировано с различными суицидальными паттернами поведения и их предикторами в прошлом и настоящем.
4. Отсутствие веры в Бога способствует формированию алкогольной зависимости в группе юношей, что может быть связано с особенностями гендерного реагирования на актуальный стресс.
5. Вера в Бога дает человеку смыслообразующую парадигму, позволяет снять ответственность за свои поступки.
6. Отсутствие веры в Бога способствует отдалению человека от других людей, мешает испытывать близость.

Список литературы

1. Меринов А.В. Аутоагрессивное поведение и оценка суицидального риска у больных алкогольной зависимостью и членов их семей: автореф. дис. … д-ра. мед. наук: 14.01.27; 14.01.06 / А.В. Меринов. - М., 2012. - 48 с.
2. Drego P. The cultural parent / P. Drego // Transactional Analysis Journal. - 1983. - Vol. 13. - P. 224-227.
3. Лукашук А.В., Меринов А.В. Клинико-суицидологическая и экспериментально-психологическая характеристики молодых людей, воспитанных в «алкогольных» семьях / А.В. Лукашук, А.В. Меринов // Наука молодых (Eruditio Juvenium). - 2014. - № 4. – С. 82-87
4. Фрейд А. Психология Я и защитные механизмы / А. Фрейд// Москва: Педагогика, 1993. – С. 20-25.
5. Berne E. Transactional analysis in psychotherapy: A systematic individual and social psychiatry / E. Berne // New York: Grove Press, 1961. - 318 p.

УДК 159.9

Башмакова О.В., Семенихин Д.Г.

Религиозно-мировоззренческие установки в профессиональной деятельности психиатров

Казанская государственная медицинская академия – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО МЗ РФ, Казань, Россия
e-mail: olga_bash@rambler.ru

Глобальные социально-экономические изменения, произошедшие в нашей стране в последние 20-25 лет, затронули практически все стороны жизни населения России и не могли не отразиться на состоянии психического здоровья, обнаруживающего стойкую отрицательную динамику. Смена социальной парадигмы способствовала распространению как религиозного мировоззрения, так и оккультно-мистических установок у населения.

Работа врачей, связанных с оказанием помощи в области психического здоровья, имеет ряд нюансов, обусловленных спецификой контингента больных и системой их объективного исследования, а также диссоциацией между потребностью общества в психиатрической помощи и особенностями отношения к ней.

Цель исследования – проанализировать роль религиозно-мировоззренческих установок в профессиональной деятельности психиатров.

Материал и методы.

Проведено анонимное анкетирование в форме полуструктурированного интервью 150 врачей-психиатров, средний возраст респондентов – 42,8±12,6 лет, средний стаж работы по специальности – 15,4±4,3 лет, мужчин – 42%, женщин – 58%.

Результаты.

Касаясь дезадаптирующих влияний трудовой деятельности, респонденты (44%) отмечали, что профессиональные факторы оказывают влияние на состояние здоровья. Мнения об отрицательном влиянии профессии на психику придерживалось 33% психиатров, 51,3% респондентов упоминали о наличии у себя элементов профессиональной деформации в форме профессионального фильтра восприятия окружающих, 28% указывали на отрицательные особенности трудового коллектива.

72% респондентов идентифицировали себя как верующих в Бога, из них 62,5% обозначили себя как исповедующих религию (христианство, мусульманство), 62% регулярно посещало церковь, мечеть, а 37,5% не соотносили себя с какой-либо религиозной конфессией. При этом 39,3% врачей полагали, что религиозное мировоззрение помогает в профессиональной деятельности: снимает психоэмоциональное напряжение, возникающее в рамках коммуникативных взаимодействий, позволяет лучше понимать пациентов, позволяет эффективнее выстраивать отношения в трудовом коллективе.

32% респондентов проявляли повышенный интерес к явлениям, которые выходили за рамки современного научного познания, относимым к паранормальным. 18% опрошенных

сообщили, что им приходилось наблюдать различные проявления оккультизма. 8% респондентов обращались к представителям альтернативных медицинских практик – «целителям», «экстрасенсам», «биоэнерготерапевтам».

84,6% врачей придерживалось мнения о том, что наличие религиозных компонентов в мировоззрении пациентов позволяет им легче справляться с проявлениями заболевания. 68% психиатров полагало, что традиционные религиозные установки больных облегчают терапевтический процесс. В то же время 92% респондентов поддержало позицию о том, что распространение оккультно-мистических установок в современном обществе ухудшает течение психических расстройств, особенно психотического регистра.

Проведенное исследование позволяет сделать вывод о том, что наличие религиозных установок у врачей-психиатров повышает их адаптивный потенциал в профессиональной деятельности.

УДК 616.891

Богатырева Н.Л.

Влияние религиозности на течение реакции горя

ФКУЗ «Медико-санитарная часть МВД России по Удмуртской Республике», Ижевск, Россия
e-mail: stolowitschnl@mail.ru

Большинство исследований влияния религиозности на психические процессы затрагивает обращение к религии лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами, а также отмечает связь между установлением человеком доверительных отношений с Богом и снижением проявления психологического дистресса [1,2]. В доступной отечественной медицинской литературе исследований связи религиозности с протеканием реакции горя у здоровых лиц нами не найдено. Высказываются мнения, что лечение выраженной объяснимой печали может нарушить процессы нормального совладания, и говорится о

пользе сетей неформальной поддержки [3], к которым можно причислить и религиозные общины.

Цель работы: выявление влияния религиозности или воздействия религиозных стимулов на течение реакции горя у психически здоровых лиц.

Материалы и методы. Проведен анализ клинико-психопатологической картины реакции горя у лиц, переживших тяжелую утрату, а именно – у 12 женщин, от 24 до 63 лет, находившихся в разное время под наблюдением психиатра ведомственной поликлиники в связи с внезапной смертью супруга (в 6 случаях) или сына (в 6 случаях). Наблюдение психиатра и психолога первоначально было обусловлено обеспечением врачебного контроля при сообщении о гибели родственника им во время похорон (в 33,3% случаев), направлением от других специалистов либо самостоятельным обращением за помощью к психиатру в первую неделю после тяжелой утраты (в 41,7% и в 25% случаев, соответственно). Несмотря на отсутствие в прошлом психических расстройств, все наблюдавшиеся лица имели высокий риск формирования патологической (анормальной) реакции горя, которая с большей вероятностью наступает при насильственном (или внезапном) характере смерти близкого, особенно – при гибели ребенка.

В течение реакции горя (нормальной или патологической) все пациентки, считающие себя верующими (но не «религиозными», т.к. не часто обращались к Богу в обычной жизни), посетили не менее 2 раз православный храм. Они иногда читали молитвы, выполняли различные запланированные действия, связанные с участием в обряде отпевания или погребения (готовили иконы, ставили свечи, «стояли службу» и др.), причем иные (не связанные с религией, обрядом) действия часто игнорировали или выполняли рассеянно, находясь в печали и состоянии суженного сознания. Только 1 пациентка из тех, кто назвал себя «не верующими», посетила храм в первые дни наблюдения.

По отзывам пациенток на большинство из них произвела впечатление обстановка внутри храма, описываемая ими как «подавляющая, чуждая» вначале и «теплая», «как будто обнимает кто» - в конце службы. Отмечали, что после слов

священнослужителя «стало легче», хотя припомнить эти слова не могли, или припоминали, что речь шла о бессмертии души, отпущении грехов. Многие отмечали улучшение засыпания, уменьшение интенсивности печали, тоски после прочтения молитвы.

Врачебная помощь при нормально протекающей реакции горя заключалась в оценке психического статуса в динамике и назначении симптоматически седативных средств, снотворных препаратов, купировании соматических симптомов (нормализация артериального давления, сердечного ритма и др.). Психотерапия проводилась всем обратившимся, особенно на этапе кризисной поддержки - для смягчения боли утраты.

Результаты и обсуждения. Указанного объема помощи оказалось достаточно для сопровождения реакции горя у *I группы* из 33,3% пациенток, причем все они (100%) были верующими, использовали религиозные ресурсы. Контакты с психиатрической службой вследствие нормальной реакции горя кодировались, как Z73.3 (стрессовое состояние, не классифицируемое в других рубриках). *II группа* включает 41,6% наблюдений с анормальной реакцией горя в виде депрессивной реакции в рамках расстройства адаптации (F43.2), часто - с соматическими симптомами, в двух случаях – с диссоциативными включениями, причем только 60% пациенток этой группы были верующими. *III группа* составила 25% от всех наблюдений, здесь реакция горя протекала по патологическому типу с быстрой трансформацией в депрессивное расстройство (F32), что в 2 случаях потребовало направления в психиатрический стационар, в 1 случае - длительной (более 6 мес) амбулаторной терапии. Доля верующих среди пациентов III группы составила всего 33,3%.

Субъективные переживания утраты индивидуально различны, клинические проявления могут быть крайне вариабельны, но представленная попытка систематики и анализа малой группы отражает наиболее адаптивный вариант переживания горя у лиц, имеющих религиозные ресурсы. Это объясняется не только кратковременным введением в измененное состояние сознания (молитвенный транс), но и тем,

что соблюдались основные принципы психологической помощи:

- религия дает возможность пациенту говорить о трагедии, об умершем;
- свободное выражение чувств, связанных с утратой (в храме можно плакать, вставать на колени, не стесняться отчаяния и слез);
- находить безусловную поддержку в ликах святых, в лице священника, окружающих верующих (феномен совместной молитвы);
- обряды отпевания, погребения, поминовения усопших, имеющие определенные сроки и условности, позволяют погрузиться в переработку переживания на период совершения обряда и как бы ранжируют остроту переживаний потери, объясняя, что реакция горя смягчится в течение нескольких месяцев, ставятся вехи 9-ого, 40-го дня.

С другой стороны, некоторые религиозные убеждения могут при неверном истолковании способствовать укреплению патологических реакций и формированию идей самообвинения и суицидальных тенденций: например, убеждение о возможности восполнения потери (встреча в загробном мире) или о наказании горем за грехи - поэтому всегда необходим доверительный контакт с пациентом и коррекция его состояния.

Выводы. Таким образом, можно предполагать наличие положительного влияния религиозности на течение реакции горя и, наоборот, больший риск формирования патологических реакции с исходом в депрессивное расстройство у лиц, не использующих религиозных ресурсов для преодоления кризисной ситуации.

Для верующих православных христиан, столкнувшихся с тяжелой утратой, можно рекомендовать не только психологическое консультирование, но и участие в положенных религиозных обрядах, используя психотерапевтическую составляющую религиозного процесса и авторитет церкви для помощи в лечении и профилактике психических расстройств. В связи с небольшим числом наблюдений изложенные выводы нельзя экстраполировать на всю популяцию, требуется дальнейшее и более масштабное изучение данной тематики.

Список литературы

1. Kenneth.I. Pargament, James W. Lomax Понимание религии и обращение к ней лиц, страдающих психическими заболеваниями /пер.: Борисова А.С./ World Psychiatry 2013;12:26–32; DOI 10.1002/wps.20005 (на русс.языке)
2. Сидоров П.И. Религиозные ресурсы психиатрии и ментальной медицины / Психическое здоровье, №12, 2014.- с.65-75
3. Май М. Депрессия в сравнении с «объяснимой печалью»: есть ли явные различия и влияют ли они на выбор лечения? / пер.с англ. М.А.Кулыгиной / Социальная и клиническая психиатрия / том 20, вып. 4- с.5-8

УДК 616.89-008

Борисова О.А.

Спектр патологической религиозности у больных с эндогенными психическими заболеваниями

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия
e-mail: olga.borisova@gmail.com

Цель/задача: Выделение, описание и анализ психических расстройств с религиозной фабулой с целью выявления тактики ведения и лечения этих состояний.

Дизайн и методы: Под патологической религиозностью в настоящем исследовании понимаются психические расстройства, лежащие в основе или искажающие принятие и усвоение традиционных религиозных убеждений, ведущие к измененному этими расстройствами религиозному поведению и образу жизни больных. В данной статье мы не касаемся проблемы наличия или отсутствия патологических элементов в самих системах религиозных верований, которые оказывают весьма существенное влияние на личность пациентов (то есть не рассматриваем вопрос о том, содержит ли религиозная система

верований психофизические методы, приемы воздействия на личность или же содержит в своих формулировках, в своих догматических положениях такой материал, который может оказать пагубное воздействие на здоровье, психологическое благосостояние, структуру характера, или приспособленность к жизни верующего).

С целью исследования патологической религиозности было проведено обследование 857 больных (мужчин 300 чел., женщин - 557), страдающих психическими расстройствами и имеющих религиозное мировоззрение, направленное на выявление наличия проявлений патологической религиозности.

Наличие проявлений патологической религиозности было выявлено у 326 больных - 38 % от общего числа обследованных больных.

Методы исследования: клинико-психопатологический, клинико-катамнестический, клинико-патопсихологический. Выделение и описание типов патологической религиозности сопровождалось выявлением глубины психических нарушений при этих расстройствах, определением синдромологической характеристики, нозологической принадлежности и вероятности поведения, опасного для больных и окружающих.

Проводился анализ и статистическая обработка соотношения вида патологической религиозности и вариантов терапевтического ведения и психофармакологического лечения больных.

Полученные данные были изучены посредством факторного и корреляционного анализов, а также - дискриминантного анализа вариаций.

Результаты: Были выявлены следующие основные значимые результаты.

Выявлено соответствие выделенным и описанным видам патологической религиозности различных регистров глубины психических нарушений.

Таблица 1 **Соотнесение видов патологической религиозности с регистром психических расстройств**

Виды патологической религиозности	Регистр психических нарушений
Токсическая вера	Психопатический (личностные расстройства)
Навязчивые религиозные ритуалы	Невротический
Анорекися по сверхценным религиозным убеждениям	
Депрессивные состояния с конгруэнтными религиозными идеями греховности, которые на высоте сопровождались чувством богооставленности	Аффективный
Депрессивные состояния со сверхценными сомнениями в правильности выбора веры	
Сверхценно – паранойяльные религиозные состояния	Паранойяльный
Бред духовной ипохондрии	
Эсхатологический бред	Параноидный
Анорексия в форме бредового поведения с бредовыми идеями религиозного содержания	Галлюцинаторно-параноидный
Апокалиптический бред	
Бред экспансивного характера и депрессивного характера	
Религиозное стояние, застывание, мутизм	Кататонический
Фрагментарные религиозные идеи	Органический (органическое поражение головного мозга)

Токсическая вера

Патологическая религиозность по типу **токсической веры** при пограничных, минимальных психических расстройствах проявляется в виде подмены конвенциональных христианских ценностей стремлением к наживе, власти, славе, сексуальному всемогуществу, господству, доминированию. Эти лица высказывают либо демонстрируют приверженность традиционным, ожидаемым в данном конкретном окружении религиозным ценностям, но в дальнейшем не подкрепляют свои заявления конкретными поступками и действиями. Обычно совершаемые ими действия подчинены не следованию заповедей, а целью их является достижение какой-то своей цели.

По внешним проявлениям, манере поведения, присутствию и поведению в храмах носители такого мировоззрения могут представляться глубоко верующими людьми, но зачастую за благообразием их поведения стоят конкретные цели, а именно, приобретение преимущества в карьерном или политическом росте.

Пациентам свойственно манипулирование мнением, поведением и чувствами других людей, которое приводит к выгодным для них результатам. Со временем такое поведение приводит к появлению проблем в межличностных отношениях, и, следовательно, вызывает у окружающих сомнение и осуждение не только самого человека, но и декларируемых им постулатов.

Именно поэтому их религиозность обозначается термином «токсическая вера», т.е. вероисповедание, которое отравляет и разрушает их собственную духовную жизнь и жизнь окружающих.

Анорексия по религиозным убеждениям

В ряде случаев у больных преимущественно молодого возраста отмечалось поведение, когда они добровольно, сознательно ограничивали прием пищи как количественно (сокращение объема вплоть до полного отказа от еды), так и качественно, избирая только пищу не животного происхождения (постную). Больные делали это с целью достижения такой массы тела и такого аскетического внешнего вида, которые в их представлении должны быть у истинно верующего человека, который соблюдает все предписанные посты. Больные считали, что они имеют избыточный вес по сравнению с этим идеалом. Эти дисморфоманические идеи носили сверхценный характер, доминировали над другими мотивами в их жизни. Больные скрывали свои попытки скорректировать вес, избегали общих трапез, пытаясь утаить свои истинные размеры от ближних, носили особые фасоны одежды. Больные высказывали идеи, что священник, видимо, замечает их избыточный вес и осуждает их за несдержанность в еде. Идеи отношений носили фрагментарный характер, и склонности к их систематизации не отмечалось.

Во всех случаях у пациентов отмечался подавленный фон настроения, преобладающим был тоскливый аффект. Крайне редко наблюдались явления булимии и не отмечались нарушения рвотного поведения. Такая целенаправленная деятельность по исправлению своего физического и духовного недостатка приводила к потере веса, истощению, не достигающему однако степени кахексии, сомато-эндокринологическим сдвигам, нарушению социального поведения. Это и приводило к обращению к психиатрам, в основном по настоянию родных.

Депрессивные состояния с конгруэнтным религиозными идеями греховности, которые на высоте сопровождались чувством богооставленности.

На высоте депрессивной фазы возникало чувство отчаяния и безнадежности, которое сопровождалось особым тягостным ощущением богооставленности. Больные говорили, что Бог их совсем забыл и оставил, они не чувствуют Его присутствие в их жизни, не ощущают Божественной благодати на службах, облегчения от молитв, и это повергало их в отчаяние. Больные воспринимали богооставленность как наказание Божие за их неправильный образ жизни, грехи и нераскаянность. Состояние богооставленности обычно сопровождалось мыслями о никчемности дальнейшего существования, появлением мыслей о нежелании жить и суицидальных намерений. Эти состояния являются особенно опасными в плане суицидальных действий, потому что мотивация борьбы, избегания самоубийства как наивысшего греха нивелируется на фоне убеждения, достигающего бредового уровня, что Бог их оставил. У наших больных с депрессивными бредовыми идеями греховности и богооставленности в 67 % случаев наблюдались суицидальные мысли и намерения, и 21% случаев - суицидальные попытки. Синдромологически: депрессивно-бредовая симптоматика с конгруэнтными бредовыми идеями в рамках депрессивной фазы при аффективном психозе.

Сверхценно-паранойяльные религиозные состояния.

Данный вид патологической религиозности начинался в большинстве случаев в подростково-юношеском возрасте,

исподволь, незаметно, с появления интереса к религии, увлечения историей церкви, особенностями богослужения, интереса к религиозной музыке, архитектуре. На ранних этапах болезненные проявления представляли собой сверхценные построения, внешне сходные с утрированными проявлениями нормальной религиозности. В дальнейшем больные начинали ежедневно ходить в церковь, уделяли по 5-6 часов в сутки молитвенному правилу, посещали такие монастыри, в которых богослужение совершалось по полному уставу без каких-либо сокращений. Они истово соблюдали религиозные правила. Если же они не успевали полностью вычитать молитвы, то отказывались от еды. Во время постов питались только хлебом и водой раз в сутки. Они полностью отказывались от чтения светской литературы и просмотра телепередач, называя это дьявольской культурой. Это сочеталось с холодностью и безразличием к родным, своим близким, не разделявшим их религиозных убеждений, которых называли «слугами дьявола». В категорической форме настаивали на том, чтобы их родные полностью выполняли монашеские требования, и если они сталкивались с невыполнением своих требований, то устраивали дома погромы, были и агрессивны и враждебны по отношению к близким, оскорбляли их. Эти больные были непоколебимо убеждены в своей правоте и с неадекватным упорством отстаивали свои религиозные взгляды. У них полностью отсутствовала критика к своему состоянию и борьба мотивов.

Они совершенно не поддавались коррекции ни со стороны родственников, ни со стороны церковнослужителей. Патологические идеаторные построения у этих больных отличались особой стойкостью, тенденцией к постепенному расширению круга лиц, вовлеченных в их противостояние. Проявления внешней религиозности (крайний аскетизм в виде резкого похудания, чрезмерное многочасовое молитвенное правило, самовольное принятие на себя подвигов) резко контрастировали с дефицитом эмоциональности по отношению к близким и родственникам (холодность, отчуждение, агрессивность). Кроме того, в пользу эндогенного заболевания также свидетельствовало появление в психическом статусе больных подозрительности, идей отношения, преследования,

нарушений мышления особого типа (эхо-мысли, открытость мыслей, эпизоды вкладывания или отнятия мыслей). Спустя 3-5 лет наблюдалось постепенное прогрессирование заболевания с присоединением бредовых идей отношения, преследования, которые вытекали из основного содержания религиозного бреда.

Галлюцинаторно-параноидные состояния с бредом религиозного содержания по преобладающему аффекту разделялись на бредовые расстройства экспансивного характера (мессианства, реформаторства, целительства, вдохновения) и депрессивного характера (бред греховности, апокалипсический бред, бред бесоодержимости).

По содержанию бредовые переживания с религиозной фабулой, выявленные в нашем исследовании, отличались значительным разнообразием и проявлялись в следующих вариантах:

Бред мессианства – обычно содержал высказываемые больными идеи о возложенной на них высокой миссии духовного или религиозного характера.

Бред греховности – проявлялся в убеждениях больных в том, что они нарушили заповеди Бога, осквернили святыни, не устояли перед соблазнами сатаны, отступили от данных ранее обетов, что обычно сочеталось с депрессивным аффектом.

Бред реформаторства являлся вариантом бреда величия, характеризовался идеями коренного религиозного или духовного переустройств в жизни общины, страны, всего мира. Нередко сочетался с идеями преследования и, как правило, являлся систематизированным.

Апокалиптический бред наблюдался в основном у больных в чувственным бредом и сопровождался выраженным чувственным компонентом ощущения происходящего в данный, переживаемый больным в настоящий момент, конца света, гибели всего мира. Обычно сопровождался антагонистическим бредом.

Бред целительства выражался в убеждении о полученных религиозным образом (через церковные дары или ритуалы, или видения) способности исцелять других людей. Нередко

наблюдался в рамках инвертированного варианта синдрома Кандинского-Клерамбо.

Бред одержимости также был представлен в двух вариантах: бред одержимости и бред вдохновения (или бред одержимости высшими силами).

Бред одержимости сопровождался убеждение больного в том, что в него вселилось некое демоническое, враждебное существо, злой дух, нечистая сила, дьявольское начало, нечистый дух.

Бред одержимости высшими силами (бред вдохновения) выражался в убеждении больного в том, что в него вселились святой дух, ангел, бог, и которые действуют внутри его, определяют его побуждения, действия, мысли.

Была выявлена зависимость религиозной фабулы бреда от доминирующего аффекта приступа: параноидный бред экспансивного характера с идеями мессианства, реформаторства, целительства, религиозно-экстатического вдохновения разворачивался на фоне маниакального аффекта, в то время как аффективные расстройства депрессивного полюса имели место при бреде греховности, апокалипсическом бреде, некоторых вариантах бреда бесоодержимости**.**

Кататонический регистр патологической религиозности (религиозное стояние, мутизм) представляют собой такие проявления, как застывания иногда в необычных позах, особенно во время богослужений, когда больные не реагируют на окружающую обстановку, на обращение к ним. Эти состояния не являются изолированными, а имеют место наряду с другими психопатологическими симптомами, указывающими на их принадлежность к кататоническому регистру психических расстройств.

Присоединение органического регистра.

В этих случаях речь идет о фрагментарных бредовых расстройствах религиозного содержания на конечных этапах шизофренического процесса, осложненного сопутствующими сосудистыми или нейродегенеративными заболеваниями.

Бредовые проявления представляют собой отдельные, несвязанные построения религиозного содержания у больных,

которые часто являются хроническими носителями голосов, либо разрозненных несистематизированных или резидуальных бредовых идей религиозного содержания. Фактически это больные, в прошлом перенесшие параноидный бред с религиозной фабулой и находящиеся на этапе выраженных негативных и когнитивных расстройств, которые нередко проявляются в тотальной или парциальной интеллектуальной недостаточности. Данный вид патологического религиозности формируется при присоединении сосудистых и инволюционных процессов к эндогенному заболеванию на конечных этапах распада бредовой системы религиозного содержания.

Заключение: патологическая религиозность может наблюдаться при различных регистрах глубины психических нарушений и на разных этапах течения эндогенных заболеваний и шизофрении: в доманифестный период, при манифестации заболевания в период приступов и экзацербаций, в постприступный период и в состояниях терапевтической ремиссии.

Каждая из видов патологической религиозности может быть охарактеризована по нескольким критериям. Во-первых, по личностным паттернам: особенностям, расстройствам или нарушениям. Во-вторых, по особенностям социального функционирования. В-третьих, по отсутствию, либо наличию продуктивной психотической симптоматики. В-четвертых, по механизму формообразования. В-пятых по возможным асоциальным проявления. В конечном итоге, каждому их выделенных видов требуется/рекомендуется определенный комплекс лечебных и реабилитационных мероприятий. Круг оказания помощи может распространяться от пастырского консультирования (духовного руководства) до психофармакологического лечения, а в случае необходимости - наблюдения и ухода за тяжелыми инвалидами.

УДК 616.89-008

Бровченко К.Ю.

Особенности религиозного поведения у больных шизофренией с религиозно-мистическими переживаниями

ГУЗ «Тульская областная клиническая психиатрическая больница №1 им. Н.П. Каменева», Тула, Россия
e-mail: conrad1988@yandex.ru

Религия на современном этапе развития общества является неотъемлемым компонентом жизни практически каждого индивидуума. Помимо того, религия предстает перед нами важнейшим социокультурным феноменом человеческого бытия, с которым так часто приходится сталкиваться психиатрам, так как она оказывает существенное влияние на мышление, поведение, эмоционально-волевую сферу психической деятельности человека.

Из истории психиатрии известно о господстве религиозных догматов в эпоху Средневековья над всеми сферами жизни общества. В то время многие научные идеи в медицине и других областях знаний находились под пристальным надзором церкви, что в большинстве случаев не просто ограничивало, а зачастую и отбрасывало на несколько столетий назад развитие научной мысли. Гонениям подвергались и психически больные: их высказывания, поведение рассматривалось как результат сговора с нечистой силой. Такие люди объявлялись колдунами и ведьмами, подвергались мучительным истязаниям и сжигались на кострах «святой» инквизиции.

В последующие столетия психиатрия (как и другие научные дисциплины) освободилась от авторитарного контроля со стороны церкви и сделала мощный рывок в понимании этиологических, патогенетических, клинических и др. аспектов психической патологии.

В настоящее время нам, психиатрам, часто приходится сталкиваться с психопатологическими феноменами, несущими в себе компонент религиозности. К таким феноменам следует

отнести бред с религиозной фабулой, вербальные псевдогаллюцинации у больных, утверждающих, что они «слышат голос бога» и др.

Таким образом, и по сегодняшний день мы можем проследить неотрывное единство религии и человеческого бытия, которое в психиатрии предстает перед нами психическими расстройствами с религиозно-мистическими переживаниями, ведущими к нарушению поведения, процессов мышления, эмоционально-волевой сферы.

Целью исследования стало изучение особенностей религиозного поведения у больных шизофренией с религиозно-мистическими переживаниями.

Материал и методы.

В рамках проведенного исследования были изучены особенности религиозного поведения 27 женщин, больных шизофрений.

Критерии включения: женский пол, возраст от 25 до 65 лет включительно. Диагноз: параноидная шизофрения, установленный на протяжении 5 и более лет, наличие религиозно-мистических переживаний в момент исследования и/или указание на наличие религиозно-мистических переживаний в анамнезе.

Выборку составили пациентки общепсихиатрического женского отделения, наблюдавшиеся в разное время в период с сентября 2015 по февраль 2017 гг.

Методы исследования: изучение анамнестических данных, клиническое интервьюирование, клинико-психопатологические методы исследования.

В качестве религиозно-мистических переживаний изучались вербальные псевдогаллюцинации («голос бога», «голос Иисуса» и т.д.), религиозный бред (величия, мессианства, греховности и т.д.).

Результаты и обсуждение.

Анализ проведенного исследования позволил выявить особенности религиозного поведения у больных шизофрений женщин, выражающиеся в нарушении одного или нескольких критериев гармоничной, здоровой веры.

За критерии гармоничной, здоровой веры были приняты следующие (по S. Arterburn и J. Felton):

1) сосредоточение внимания на Боге;

2) благоговение и любовь;

3) уважение к собственной личности и к убеждениям других людей;

4) ориентация на теплые межличностные отношения;

5) осознание своего несовершенства.

В качестве рассматриваемых в ходе исследования компонентов религиозного поведения были выделены следующие (Пашковский В.Э., 2006):

1) богослужение;

2) молитва;

3) медитация;

4) исповедь;

5) пост;

6) жертвоприношение.

Среди вышеприведенных видов религиозного поведения (культов) наибольшее освещение в ходе проведенного исследования получили молитва, пост и некоторые элементы медитации. Ретроспективно, путем изучения анамнестических данных пациентов были также изучены некоторые особые формы религиозного поведения (Пашковский В.Э., 2006), как то: аскетизм, странничество и паломничество.

Таким образом, в ходе исследования были выявлены следующие особенности религиозного поведения у больных шизофренией женщин.

1. Гиперсосредоточенность внимания на Боге (13 пациенток) – выражалась в попытках соблюдения поста, частых и длительных молитвах, ретроспективно (по анамнестическим данным) – посещение и проживание в монастырях (2 пациентки), аскетизме (1 пациентка). В то же время отмечалось формальное отношение к совершаемым религиозным действиям, неустойчивость внимания во время совершения религиозных действий.

2. Амбивалентность в эмоциональной сфере во время совершения религиозных действий (6 пациенток) – одновременное сосуществование любви к Богу как к «высшему

существу, творцу всего сущего в этом мире» и ненависти к нему за «создание человека греховным» (данная особенность наблюдалась преимущественно у пациенток с бредом греховности).

3. Раздражительность, неустойчивость аффективных реакций к другим больным во время совершения религиозных действий (в частности, чтения молитвы) (3 пациентки). Данная особенность выражалась в нецензурной брани, толчках и ударах пациенток, «мешающих» респонденту совершать молитву (обращение к респонденту во время чтения молитвы, нахождение рядом, прикосновение к респонденту во время чтения молитвы).

4. Нарушение критического отношения к собственной личности (27 человек) – наблюдалось у всех изучаемых пациенток и выражалось либо в придании себе сверхъестественных качеств (бред мессианства, высокого положения, реформаторства и др.), либо в ощущении ничтожности собственной личности (бред греховности, самоуничижения). Основой нарушения критического отношения к собственной личности явились нарушения мышления, выражавшиеся в искажении ассоциативного процесса (нарушения установления причинно-следственных связей, обобщения, систематизации предметов и явлений и др.).

Выводы.

Таким образом, в качестве наиболее общих особенностей религиозного поведения у больных шизофренией можно выделить формальность, отсутствие должной чувственной глубины в понимании сущности религиозных действий, амбивалентность эмоциональных реакций, неустойчивость аффекта в отношении других лиц, нарушение критического отношения к собственной личности. Все вышеперечисленные особенности, несомненно, являются следствием изменений в психической сфере человека, страдающего шизофрений. Нарушения стройности, целенаправленности, содержания мышления, развитие эмоционально-волевого дефекта личности, нарушения направленности внимания, вербальные псевдогаллюцинации (при их наличии) – все эти психопатологические феномены являются базисом для

формирования, соответственно, и патологического религиозного поведения, а также нарушения критериев гармоничной, здоровой веры.

Список литературы

1. Пашковский В.Э. Психические расстройства с религиозно-мистическими переживаниями. – СПб., 2006.
2. Пашковский В.Э. Автореферат диссертации по медицине на тему: «Религиозно-архаический бредовой комплекс (психопатология, нозологическая принадлежность, терапевтическая динамика)». – СПб., 2011.
3. Ясперс К. Общая психопатология. – М., 1997.
4. Arterburn S., Felton J. Faith toxic: experiencing healing from painful spiritual abuse. – WaterBrookPress, 2001,269 s.

УДК 616.89-008

Воскресенский Б.А.

Некоторые клинические аспекты проблемы «религиозность и психические расстройства»

Российский национальный исследовательский медицинский Университет им. Н.И. Пирогова, кафедра психиатрии и медицинской психологии, Москва, Россия
Свято-Филаретовский православно-христианский Институт, кафедра философии и гуманитарных дисциплин, Москва, Россия
e-mail: creation3000@yandex.ru

«Вера же есть осуществление ожидаемого и уверенность в невидимом» (Евр 11 1). Она преобразует человека (метанойя, обожение и др.).

Психическая патология (в своих наиболее ярких проявлениях) – это «необычные» переживания, отсутствие критики к ним, изменение душевного облика. Здесь и далее мы имеем в виду прежде всего расстройства шизофренического спектра.

Такое кажущееся сходство (достаточно вспомнить «религиозное помешательство») принципиально различных по своей сущности переживаний (первые – в идеале - обогащают личность, в финале вторых – негативная симптоматика) - причина вечной клинической и социальной актуальности проблемы «вера и болезнь» (Борисова О.А., Копейко Г.И., Малевич Т.В., 2015, Пашковский В.Э., 2006, Verhagen P. et al., 2010).

В течение многих лет мы проводим многоаспектные исследования в этой области (Воскресенский Б.А., 2016). Основной метод – клинико-психопатологический, использовались также семантический дифференциал, специально разработанные анкеты.

Задачей первого этапа была объективизация разграничения сфер религиозности и психической патологии. Психические расстройства рассматриваются нами с позиций трихотомической концепции личности (дух-душа-тело), введенной в отечественную психиатрию Д.Е. Мелеховым (1991). Религиозные верования соотносятся с «духовным», психические расстройства – с «душевным».

Психиатрическая квалификация психопатологических «религиозных» переживаний принципиальных затруднений не вызывает. Сфера духовного в компетенцию психиатра не входит, но для более содержательного исследования проблемы представлялось необходимым охарактеризовать ее особенности в зависимости от вариантов психической патологии. Непосредственным объектом исследования был тот «семантический слой субъективного образа мира» (по Е.Ю. Артемьевой), который затрагивает религиозное бытие человека. Обследовались больные с расстройствами шизофренического спектра, считающие себя православными христианами. Контроль – здоровые верующие. Трихотомический принцип, примененный по отношению к конкретным больным, обосновал разделение всего контингента на 3 группы:

1) переживания с религиозной тематикой целиком и полностью являются проявлением болезни;

2) больные, чья вера сформировалась до начала заболевания, но переживания религиозного плана вошли в картину болезни (приступа);

3) те, у которых вера и болезнь «не соприкасались».

Результаты продемонстрировали различия в организации семантических полей по группам. Чем неблагоприятнее было течение заболевания, тем более дезорганизованным оказывался «религиозный образ мира».

Эти данные теоретически обосновали некоторые психотерапевтические рекомендации. Пациентам первой группы поддержание, культивирование религиозных переживаний не показано, по крайней мере в период обострения заболевания. Во второй специальная деятельность, связанная с верой, церковной жизнью (к чему такие люди нередко стремятся) также нежелательна, но участие в деятельности общины на общих основаниях вполне возможно. Для третьей группы ограничений не ставится.

Затем исследовалось клиническое своеобразие психопатологической ложной мистики. Было установлено, что у пациентов с более благоприятным течением заболевания зрительные галлюцинации представлены конкретными образами (лицо Бога, рука дьявола). По мере утяжеления процесса они теряют конкретность, становятся более символичными, многозначными по толкованию. Так пациенты с тенденцией к непрерывному течению заболевания чаще видели светящиеся шары, лучи света или тьму. Слуховые псевдогаллюцинации приобретали вычурную локализацию, исходили из неба, грудной клетки, «нереального пространства».

Оценивалось также такое своеобразное проявление деперсонализации как восприятие (локализация) пациентом души. Большинство здоровых людей этим вопросом специально не задается. Пациенты с благоприятным течением заболевания также нередко затруднялись ответить на вопрос о местоположении души или располагали ее в грудной клетке. При утяжелении заболевания душа могла перемещаться, например, в солнечное сплетение (напомним, что первоначально человек локализовал свою психику в животе – омфалопсихика). В других случаях душа становилась «оболочкой» вокруг тела,

путешествовала в пространстве и времени, душой наделялись планеты. Культурно-исторически этому могут соответствовать идеи реинкарнации и панпсихизма. Можно отметить и другие параллели между нормой и патологией. Так для некоторых духовных практик (например, исихазма) характерны безОбразность переживаний, своеобразное изменение «Я»: «человек не остается *таким же*, но он остается *собою*» (С.С. Хоружий, выделено автором). Он же подчеркивает, что, несмотря на синергетическую сущность исихастского процесса, переживание внешнего воздействия при нем отсутствует.

Итак, болезнь по мере своего развития активирует наиболее древние формы организации душевных процессов. Религиозность как таковая разворачивается в совсем другом пространстве.

Следующей задачей был анализ целебно-психотерапевтического (или, быть может, патогенного для психики - такой подход чаще всего предполагается по отношению к так называемым тоталитарным сектам-деструктивным культам) воздействия веры. Оно изучалось на контингенте тех пациентов, у которых вера и болезнь разделены, по крайней мере, вне приступа.

Лица, сознательно стремившиеся к полноте церковной жизни (независимо от реальной «продвинутости» в ней), констатировали благотворное воздействие личной веры на имеющуюся у них болезнь. Такая оценка имела место и при объективно утяжеляющемся заболевании (учащение приступов, нарастание продуктивной симптоматики – и на это специально обращалось внимание больных). Они «воспринимали болезнь как крест» и «это приносило им облегчение», а клинически проявлялось как более ответственное (критическое) отношение к лечению, недобровольные госпитализации сменялись плановыми, осуществлявшимися по инициативе самого пациента. Аккуратным, ответственным становился прием лекарств в домашних условиях, смягчались поведенческие расстройства, которые ранее были не следствием дурного воспитания, а несомненно являлись признаком болезни. Важно подчеркнуть, что в обсуждаемых наблюдениях депрессивные и

выраженные апатические расстройства («несение креста» - это и этическая эмоция) отсутствовали.

Подобное отношение к болезни формировалось и формулировалось постепенно, это был своеобразный путь. Представляется правомерным рассматривать его как своеобразное проявление - усложнение рефлексии, способности смотреть на себя со стороны, в данном случае – глазами христианина (уместно вспомнить К.Г. Юнга: «Процесс психологического развития, который мы называем *христианским…» выделено автором)*.

В тезисе «болезнь посылается за грехи» раскрываются, по нашему мнению, не столько универсальные истоки страдания, патологии, сколько результаты индивидуального, личностного означивания, осмысления элементов цепи жизнь-грех-болезнь.

Не «болезнь делает нас лучше», а мы сами делаемся лучше и «делаем лучше нашу болезнь», наше окружение, наш мир, если идем путем христианина. Теперь больным по-иному оценивается, понимается все происшедшее и происходящее с ним: «И то, чего вообще не встретишь в церкви,/теперь я видел через призму церкви» (И. Бродский). Именно в такой персонифицированной форме «духовное» (вера) осуществляет свое лечебно-реабилитационное воздействие. Безличностный лозунг («сходите в храм, поставьте свечку») бездейственен.

Итак, вера несет в себе значительный психотерапевтически-реабилитационный потенциал и тем самым оказывается в определенном отношении сильнее болезни.

Не имея возможности представить другие изучавшиеся аспекты проблемы «религиозность и клиническая психиатрия», ограничимся общим заключением. Взаимоотношения духовного и душевного сложны и многогранны. Психопатологические переживания могут одухотворяться. С другой стороны болезнь способна разрушить духовность, веру. Решение психотерапевтически-психопрофилактических задач наиболее эффективно может осуществляться при содружественной деятельности священники и врача. Ни один из них не может заменить другого.

Список литературы

1. Борисова О.А., Копейко Г.И., Малевич Т.В. Нейробиологический подход к изучению духовных переживаний. Психиатрия 2015.- № 1. С. 39-43.

2. Воскресенский Б.А. Основы психиатрии: Учебник для студентов теологического, религиоведческого и других гуманитарных направлений и специальностей высших учебных заведений. Ч.1.- М.: Свято-Филаретовский православно-христианский институт. 2016-224 с.

3. Мелехов Д.Е. Психиатрия и проблемы духовной жизни// Синапс.- 1991. № 1.-С. 49-55. 1992.-№ 2- С. 64-79.

4. Пашковский В.Э. Психические расстройства с религиозно-мистическими переживаниями: СПб.: Издательский дом СПбМАПО. 2006-144 с.

5. Verhagen Peter J. et al. Religion and psychiatry 2010-688 p.

УДК 616.89

Гусев В.В., Гедевани Е.В.

Аксиосемантические особенности больных с религиозным мировоззрением

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия
e-mail: i.v@mail.ru

В последние годы все более очевидной становится необходимость реабилитации пациентов, страдающих эндогенными психическими заболеваниями, в период реконвалесценции и ремиссии. Реализация реабилитационной программы, наряду с проводимой психофармакологической терапией, непосредственно влияет на результат проводимого лечения.

Оказание медикаментозной помощи больным эндогенными психическими заболеваниями во время обострения зависит в первую очередь от биологических особенностей протекания болезненного процесса. В то время как на этапе

становления ремиссии, когда продуктивная симптоматика редуцируется, на первый план начинают выступать личностные особенности больных и их ценностно-смысловые ориентации. В этой ситуации религиозное мировоззрение может являться наиболее существенным фактором, оказывающим влияние на протекание этапа ремиссии. Таким образом, именно на этапе реабилитационной работы с пациентами наиболее важным оказывается ориентация на религиозное мировоззрение.

Наиболее адекватным на настоящем этапе развития психиатрической науки является психосоциальный подход к реабилитации психически больных. Он включает в себя этапы восстановительного лечения, реадаптации и ресоциализации.

Основными принципами реабилитации психически больных считаются единство фармакологического и психосоциального методов воздействия, дифференциальный подход к каждому больному, раннее начало реабилитационных мероприятий, партнерские отношения с пациентом (личностный подход), комплексность проводимых мероприятий, коррегируемость (управляемость) лечебного процесса, этапность и преемственность реабилитации пациентов [1,3].

Главными мишенями психотерапевтической работы являются создание комплаентности пациентов, коррекция самостигматизации, создание внутренней картины болезни, социальной компетентности, навыков совладания со стрессами.

Изучение особенностей мировоззрения религиозных больных, страдающих психическими расстройствами, позволило выявить существенные особенности, которые оказывают влияние на формирование тактики реабилитации этих больных.

Методика и группы исследуемых пациентов.

Анализ религиозного мировоззрения осуществляется через изучение важнейшей составляющей мировоззрения, доступной психологическому исследованию - области ценностных и смысловых образований личности.

В рамках данного исследования было произведено как выявление ценностно-смысловых структур мировоззрения испытуемых, так и анализ таковых структур у лиц с религиозным мировоззрением, страдающих психическими

расстройствами в сравнении с тремя контрольными группами. Исследование носило пилотажный характер.

Основная группа (24 человека) состояла из больных с религиозным мировоззрением (православное вероисповедание), которые находились на катамнестическом наблюдении в отделении особых форм психической патологии ФГБНУ НЦПЗ. Эти больные страдали приступообразной формой шизофрении и были выписаны из отделений клиники НЦПЗ после прохождения лечения по поводу острых психотических приступов с синдромами психического автоматизма, галлюцинаторно-бредовыми состояниями, выраженными аффективно-бредовыми расстройствами. В момент прохождения исследования они находились в состоянии стойкой лекарственной ремиссии (не менее года) и обладали достаточной способностью к рефлексии, чтобы иметь возможность выполнять предложенные методикой требования.

Три контрольные группы включали: 2 группа (12 человек) - больных, не имеющих религиозного мировоззрения, клинические характеристики заболевания которых соответствовали основной группе; 3 группа (15 человек) - здоровых испытуемых православного вероисповедания; 4 группа (14 человек) - здоровых испытуемых, считающих себя неверующими (таблица 1).

Разделение испытуемых по признаку веры проводилось следующим образом: испытуемые относились к группе «неверующих», если они сами считали себя таковыми и не проявляли какой-либо заметной выраженной религиозности. Отбор в группу «верующих» проводился священнослужителем, в прошлом психологом, на основании проведения структурированного интервью. Целью его являлось — выявить различные стороны проявления религиозности, связанной, с одной стороны, со знанием и исповедованием основ православной веры, и, с другой стороны, с проявлением этой веры в жизни испытуемых. Критерием для отнесения в группу «верующих» являлась проявляющаяся в жизни однозначно и чётко выраженная религиозность. Вторым критерием для отбора группы православных больных в данном исследовании являлся

факт прихода к православной вере задолго до начала инициальных этапов шизофренического процесса.

Таблица 1. Основная и контрольные группы

№	*Название*	*Описание*	*N*	*Обозначение*
1	Православные больные	группа «верующих» была составлена на основании структурированного интервью, проводимого священнослужителем, в прошлом психологом	24	ПБ
2	Неверующие больные	группа была составлена из больных, которые сами считали себя «неверующими», и не проявляли какой-либо заметной выраженной религиозности	12	НБ
3	Православные здоровые	группу составили здоровые испытуемые православного вероисповедания	15	ПЗ
4	Неверующие здоровые	группу составили здоровые испытуемые, считающие себя неверующими	14	НЗ

В качестве исследовательского инструмента была разработана методика, основанная на подходе личностных конструктов Дж.Келли [2]. В качестве элементов при построении решётки использовался список ценностей, выделенный на предварительных этапах исследования (приложение 1).

Данная методика позволяет выявить как состав, так и структуру осознаваемых человеком смысловых образований. Для выявления смысловых образований использовались метод триад и «лестница Хинкла», а для выявления скрытой структуры этих образований - оценочная репертуарная решетка. Полученные данные были статистически обработаны посредством факторного и корреляционного анализов, а также - дискриминантного анализа вариаций.

Результаты исследования.

Наиболее важными и показательными оказались результаты факторного и корреляционного анализов.

В результате проведённого *факторного анализа* были выделены значимые факторы для каждой группы (таблица 2).

Большая сохранность структуры ценностно-смысловой сферы у верующих больных (сохранность у верующих больных общеправославных ценностей).

Прежде всего, обращает на себя внимание разница в факторной структуре исследуемых групп. Отметим здесь следующие два момента.

Во-первых, обнаруживается малое количество значимых факторов, выделенных в группе «неверующих здоровых» - всего 2 — по сравнению с количеством факторов в остальных группах — 4-5.

Наличие малого количества факторов можно расценивать как свидетельство того, что у представителей этой группы используется малое количество критериев (базовых ценностей), посредством которых человек оценивает окружающее. В этом выражается как бы неразвитость системы базовых ценностей, когда один и тот же базовый критерий используется при оценке самых различных сторон жизни.

Во-вторых, сравнивая между собой попарно группы верующих (больных и здоровых) и неверующих (больных и здоровых), можно отметить следующее: с одной стороны, наблюдается значительная схожесть факторных структур при сравнении групп православных здоровых и православных больных. Здесь имеется в виду близость как по числу факторов — 5 и 4 соответственно, так и по смысловому содержанию — первые два фактора и у той и у другой группы практически совпадают.

Первый (ведущий) фактор в этих группах связан со стремлением к Богу и, при этом, с близкими отношениями с людьми. Ценность «материальное благополучие» является ведущим и определяющим второго по значению фактора, с одинаковым весом в обеих группах верующих. Акценты их также близки. Такая схожесть ценностно-смысловых структур обоих групп

верующих указывает на то, что психическая болезнь фактически не разрушает основу структуры иерархии ценностей.

Таблица 2. Анализируемые факторы основных групп

ГРУППЫ		ПРАВОСЛАВНЫЕ		НЕВЕРУЮЩИЕ	
		БОЛЬНЫЕ	**ЗДОРОВЫЕ**	**БОЛЬНЫЕ**	**ЗДОРОВЫЕ**
Факторы: количество		**4**	**5**	**5**	**2**
11-й	**Вес**	**4.162**	**3.648**	**2.756**	**6.956**
	Содержание	деятельное стремление к Богу и реализация в этом смысла своего существования в сочетании с бережным и чутким отношением к другим людям	личностные, близкие отношения к людям в соединении со стремлением к Богу	блок общения с родными, близкими	духовное, душевное и интеллектуальное, как проявление нематериального
22-й	**Вес**	**2.626**	**2.663**	**2.258**	**3.80**
	Содержание	материальное благополучие	материальное благополучие, стабильность	здоровье, уверенность в будущем	материальное благополучие
33-й	**Вес**	**2.552**	**1.962**	**2.178**	**-**
	Содержание	умение бескорыстно ладить с людьми, не причиняя вреда	развитие духовных качеств как смысл существования	абстрактное стремление к Богу и поиск смысла жизни	
44-й	**Вес**	**1.954**	**1.835**	**2.159**	**-**
	Содержание	чувство внутренней стабильности, ощущение опоры, твердости, уверенности, безопасности.	здоровье	самореализация в профессии	
55-й	**Вес**	**-**	**1.679**	**2.037**	**-**
	Содержание		творчество	материальное благополучие (допускающее игнорирование интересов других людей)	

С другой стороны — вся факторная структура у неверующих испытуемых меняется с болезнью радикальным образом: из 2-факторной, с одним безусловно лидирующим фактором (у здоровых неверующих), она превращается в 5-факторную, с равномерным распределением весов факторов (у неверующих больных). Так же радикально меняется и содержательное наполнение факторов.

Таким образом, сравнительный анализ структуры и содержания ценностно-смысловой сферы верующих и неверующих больных показывает значительно большую стабильность, устойчивость ценностно-смысловой структуры верующих православных больных, когда даже тяжёлая болезнь принципиально не меняет ее структуру. В то же время, структура и содержание ценностно-смысловой сферы неверующих больных существенно меняется в ходе болезни.

Различное отношение к здоровью у верующих и неверующих больных.

У неверующих больных «здоровье» является ведущей ценностью второго фактора и тесно сочетается с ценностями «уверенность в завтрашнем дне» и «хорошее отношение к себе».

Обращает на себя внимание, что у верующих больных не выявляется отдельный фактор с четко выраженной ценностью «здоровье». У этой группы ценность «здоровье» входит во 2-й фактор с достаточно большим весом, но совсем не является там ведущим. Принадлежность этой ценности ко второму фактору скорее всего говорит о том, что здоровье в восприятии верующих больных тяготеет к материальному и является составляющей благополучия (таблица 2).

Отсутствие отдельного фактора с четко выраженной ценностью «здоровье», вероятнее всего, связано с христианским пониманием болезни и здоровья, которые занимают в православной системе отношений к миру вполне определённое положение. Согласно этому пониманию болезнь не является злом, поскольку она не препятствует спасению человека, возрастанию его к Богу. Болезнь воспринимается лишь как особые (не более чем), специфические условия, в которых совершается это возрастание. Ни смысл жизни человека, ни пути достижения его принципиально не меняются. Таким

образом, болезнь не препятствует полноценной православной жизни, не является преградой для духовного возрастания и достижения смысла жизни.

Полагаем, что это мироощущение и проявляется в устойчивости ценностно-смысловой структуры православных людей в ситуации болезни.

Различное отношение к духовному развитию у верующих и неверующих больных

В контексте нашей темы представляет интерес отношение испытуемых к таким ценностям, как «стремление к Богу» и «развитие в себе духовных качеств».

У православных больных обе эти ценности с высокой нагрузкой (0.837 и 0.853 соответственно) входят в состав первого (самого значимого) фактора. И это не удивительно для православных людей вообще; но примечательно, что эти ценности остаются практически равнозначными как для здоровых верующих, так и для верующих пациентов.

Отметим также, что это устремление деятельно и сочетается с бережным отношением к ближним (нагрузка ценности «чуткость к нуждам других людей» составляет 0.707). Точно также с высокой нагрузкой эти три ценности входят в состав первого фактора здоровых верующих.

Обращает на себя внимание несколько парадоксальное отношение к этим ценностям у второй группы больных. Эта группа изначально формировалась из людей неверующих. В процессе факторного анализа выясняется, что ведущими ценностями третьего фактора являются «стремление к Богу» и «поиск смысла существования» с нагрузками 0.849 и 0.738 соответственно. Более подробный содержательный анализ состава данного фактора позволяет предполагать, что обе эти ценности не связываются ни с каким определенным поиском, а остаются на уровне абстрактных, декларируемых ценностей.

Итак, полученные результаты позволяют сделать следующие **выводы**, которые являются значимыми в контексте данного исследования:

1. У верующих больных (в отличие от больных неверующих) сохраняется основная структура и состав ценностно-смысловой сферы. Это позволяет утверждать, что

психическое заболевание принципиально не изменяет эту сферу у пациентов, являвшихся верующими людьми до манифестации болезни.

2. В качестве ведущего фактора у православных больных сохраняется деятельное стремление к Богу и развитию в себе духовных качеств.

3. Понятия «здоровье» также как и «болезнь» включены в мировоззрении верующих больных, в общий контекст их духовной, душевной и телесной жизни. И поэтому факт появления психического заболевания не вносит критических изменений в картину мира этих больных.

Практическим выводом из полученных результатов является то, что подход к конфессионально-ориентированной реабилитации должен формироваться с учетом особенностей ценностно-смысловых структур православных больных, в частности, с *опорой на сохранные духовно-ориентированные ценности* пациентов. Именно мероприятия, обращенные к этим ценностям, могут являться движущим мотивационным моментом для включения пациентов в реабилитационную работу.

Эти выводы являлись причиной того, что, наряду с организацией комплексного подхода в реабилитации больных, включающего психиатрическое динамическое наблюдение (целью которого было устранение проявлений продуктивной психической патологии, редуцирование резидуальной симптоматики, стабилизация состояния ремиссии, доступная профилактика экзацербации процесса), проводились поиски таких форм религиозной (православной) жизни, которые являлись бы доступными, приемлемыми и желаемыми для наших пациентов, а также позволяли бы им приобщиться к полноценной, в их представлении, православной жизни и в наибольшей степени способствовали комплексной реабилитации пациентов.

Реабилитационная работа проводилась путем создания реабилитационной группы пациентов, которая основывалась на конфессиональном единстве и формировалась вокруг общины больничного храма, ядром которой были врачи, психологи, другие сотрудники отдела и их родственники. Одним из

ведущих методов работы являются реабилитационные поездки паломнической направленности. Этот метод представляется наиболее адекватным, учитывая выявленную иерархию ценностей больных, их мотивационную настроенность и образ жизни, основанный на религиозном мировоззрении.

Заключение: таким образом, сравнение мировоззрения в группах религиозных и нерелигиозных психических больных позволило выявить следующие особенности: б*о*льшая сохранность структуры ценностно-смысловой сферы у верующих больных (сохранность у верующих больных общеправославных ценностей) и различное отношение к здоровью у верующих и неверующих больных. Данные особенности необходимо учитывать при выборе и осуществлении конфессионально-ориентированной реабилитационной работе с больными, страдающими эндогенными психическими заболеваниями.

Приложение 1.

Список ценностей по Дж.Келли:

1. Не причинять вреда ничему живому.
2. Стремиться к развитию в себе духовных качеств.
3. Найти (реализовать) смысл своего существования.
4. Создавать что-то новое, жить творчески.
5. Быть здоровым (восстановить, сохранить, укрепить, обрести здоровье).
6. Быть уверенным в завтрашнем дне (ощущать себя в безопасности в этом мире).
7. Общаться с друзьями, с близкими людьми, родственниками.
8. Хорошо относиться к самому себе (оценивать себя высоко).
9. Максимально реализовать свои способности, умения, навыки.
10. Добиться семейного благополучия, гармоничных отношений с родными и близкими.
11. Улучшить свои жилищные условия.
12. Добиться успеха в профессиональной деятельности, общественном положении.
13. Добиться материального благополучия.

14. Уметь ладить с людьми.
15. Быть чутким к нуждам других людей.
16. Стремиться к Богу.

Список литературы

1. Гурович И.Я. Актуальность разработки и внедрения в систему оказания психиатрической помощи новых современных методов психосоциальной (включая когнитивную) терапии и реабилитации. В книге: Психосоциальная и когнитивная терапия и реабилитация психически больных. Практическое руководство: коллективная монография. Под редакцией профессора И.Я. Гуровича и профессора А.Б. Шмуклера. Москва, 2015.- с.12-18.
2. Келли Дж. Теория личности: психология личных конструктов. — СПб.: Речь, 2000.
3. Ястребов В.С., Митихип В.Г., Солохина Т.А., Михайлова И.И. Системно-ориентированная модель психосоциальной реабилитации // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2008: Т.108.- №6. - С. 4-10.

УДК 615.851

Джангильдин Ю.Т.

Клинико-психотерапевтическое понимание феномена страдания

Московский государственный медико-стоматологический университет, Москва, Россия
e-mail: cerebra@inbox.ru

Одним из ведущих факторов, оказывающих существенное влияние на деятельность профессионалов в сфере психического здоровья, является наличие тесно связанных с ней ведущих мировоззренческих аксиом, которые во многом направляют поиски онтологической сущности понимания человека, его границ целостности, полноты и, в конечном итоге, терапевтических изменений. Там, где психотерапия

регламентируется в качестве самостоятельной гуманитарной дисциплины, в определении мишеней ее терапевтического воздействия наряду с поведенческими нарушениями часто обозначается такая не клиническая категория как *страдание.* Страдание при этом терминологически понимается как некий «патос», в отличие от «нозоса», который входит в сферу интересов психиатрии. Познание экзистенции страдания возможно преимущественно методом герменевтики и идеографического подхода, потому, что на данном этапе наших знаний пока невозможно описать этот процесс номотетически [1]. Однако понимание страдания с позиций медицинской модели психотерапии остается довольно туманным и феноменологически не структурированным.

Согласно словарю С.И. Ожегова, *страдание* - это физическая или нравственная боль, мучение [2]. Новая философская энциклопедия определяет страдание как «претерпевание, противоположность деятельности; состояние боли, болезни, горя, печали, страха, тоски и тревоги»[3]. В то же время, это форма активного напряжения физических и духовно-нравственных сил человека или совокупности индивидов.

Такое духовно-философское понимание страдания исходит из длительного исторического пути религиозно-нравственного поиска сущности человека. На заре духовной жизни человечества мыслители Древней Индии сформулировали «закон кармы», согласно которому каждый человек получает воздаяние своим хорошим и плохим поступкам. Уже брахманизм учил, что страдание является наказанием за грехи прошлых воплощений. И человек самим фактом своего существования обречен на страдания. В отличие от античного представления в христианском учении главными источниками страдания считаются мучения тела и души от внешнего насилия, мучения тела от болезней и мучения духа из-за грехов мира. С христианской точки зрения, болезнь, смерть и страдание присутствуют в мире как результат грехопадения людей. Но, как утверждает Библия, искупительная жертва Христа делает страдание залогом спасения. Хотя Христос не грешил и не должен был страдать и умереть, он добровольно принял на себя грехи мира и пошел на смерть «спасения нашего ради».

Христианство утверждает, что крайней формой всех страданий, ведущих человека к спасению, является сострадательная любовь ко всему, что погибает из-за чудовищной бессмысленности греха. Рационализм Нового времени объявляет страдание следствием неадекватного знания (Спиноза, Лейбниц). Сострадание оценивается по-разному в зависимости от того, видят ли в нем эгоистическую основу (Декарт, Гоббс, Спиноза) или рассматривают как подлинное чувство (Ф. Хатчесон, Д. Юм, А Смит, утилитаризм Руссо). В экзистенциализме структура "подлинного бытия", "экзистенции", открывается через страдание ("страх" Хайдеггера, "пограничные ситуации" Ясперса).

В русской философии страданию как условию формирования и существования личности отводится особое место. Ф.М. Достоевский всю жизнь проповедовал гуманистическую сущность сострадания и искупительную силу страдания [4]. По мнению Н.А. Бердяева, положение «Я страдаю, значит, я существую» гораздо вернее и глубже декартовского «Я мыслю, следовательно, я существую» [3]. Но страдание в этом мире не есть только зло: без него человек превратился бы в животное. Побеждать страдание человек может любовью и творчеством, а облегчается собственное страдание, когда человек начинает испытывать сострадание к другому.

Таким образом, в религиозно-философской и нравственной парадигме вопрос о смысле страданий связан с проблемой смысла жизни, предназначения, ради которого живет человек (это предназначение может быть как подлинным, так и мнимым): насколько человек следует смыслу своего жизненного пути или уклоняется от него. Не менее важным является и вопрос о том, как страдание сказывается на отношении человека к другим людям. В христианской этике сострадание определяется как сочувствие чужому горю и страданию, соединенное с желанием помочь. Как отмечают многие философы и писатели, страдающий человек находит утешение в человеческой солидарности: он может облегчить собственные страдания, испытывая сострадание к другим. Такое метафизическое понимание страдания и сострадания, по сути,

является основанием той идеографической реальности, которая звучит в гуманитарных подходах определения деятельности психотерапии. Рассматривая определение страдания с медико-психологических позиций, его можно расценивать как эволюционно-детерминированный и присущий только природе человека психологический феномен глубинного защитного механизма, являющийся составным компонентом его внутренних ресурсов и копинг-стратегий и способный активировать имеющийся потенциал возможностей жизнеутверждающей компенсации. Переживание страдания, его осознание является мобилизующим фактором для формирования стойкой мотивации для возможных изменений, как на уровне духовных измерений, так и поведенческих и психосоматических. Сострадание здесь комплементарно страданию как социализирующая его функция, способная инициировать помогающий коммуникативный процесс и сформировать необходимые психотерапевтические отношения и эмпатический отклик психотерапевта.

Следующий аспект в попытке понимания сущности страдания лежит в плоскости номотетического анализа психопатологической и феноменологической структуры его переживаний. Идет ли речь об особой психопатологической модальности, или же это универсальная, не нозологическая и не синдромологическая категория? Если же вновь обратиться к определению страдания как «претерпеванию» состояния боли, болезни, горя, печали, страха, тоски, тревоги, то вариант универсального его характера представляется предпочтительным. Причем интенсивность переживаний страдания может динамично варьировать в континуальных полюсных пределах «нормы-патологии» вплоть до клинического уровня. Феноменологически страдание представляет собой сложный аффективно-когнитивный комплекс, включающий в себя как собственно непосредственное переживание, так и определенное когнитивное содержание, тесно взаимосвязанные и переплетенные друг с другом. Форма проявления эмоций выражается скорее в переживании страсти, страстного состояния, т.е. в виде сильного и достаточно стойкого чувства с концентрацией внимания, мыслей и действий

на объекте, с которым связано это чувство. По знаку это чаще отрицательная эмоция, как и когнитивное содержание, проявляющегося в форме доминирующих и даже сверхценных идей. Этот когнитивный процесс основан на соответствующих убеждениях и установках, ведущих к болезненным неадекватным реакциям, т.е. структура его выглядит дисфункциональной и иррациональной. Такое мышление приобретает признаки аутистического мышления, по Е. Блейлеру (1927), оно становится эмоциональным и тенденциозным с чертами алогичности и инфантильности. Значение психической индивидуальности состоит в том, что она придает эмоционально-когнитивному комплексу индивидуально конкретные характеристики в соответствии с личностной типологией. Страдание шизоидной личности может быть чаще связано со сферой духовно-нравственных исканий, истероидная личность страдает в тисках застывшего времени и стремится вырваться из его «удушающего» объятия. Обсессивно-компульсивная личность, напротив, стремится остановить это время и страшится выхода за пределы его «безопасного» хода. Страдание депрессивного человека определяется зачастую страхом потерь, утрат «бесконечно» ценных других, даже если возможность таких событий иллюзорно-фантазийная.

Многоуровневая система клинико-психологических механизмов переживания страдания закономерно предполагает соответствующую ей интегративную модель психотерапевтической помощи, ориентированную на духовную, когнитивную и клиническую составляющие и определенный стиль терапевтических отношений.

Таким образом, феномен страдания является антропологической категорией, включающей в себя не только духовно-нравственный компонент, но и реализующийся в более конкретных клинико-психологических и психопатологических измерениях в контексте определенной личностной индивидуальности на основе косвенных взаимоотношений с нозоспецифическими закономерностями. Его психотерапевтический дискурс находится в плоскости инициирования определенных психотерапевтических

отношений и формирования интегративной модели психотерапевтической помощи.

Список литературы

1. Притц, А. Психотерапия - новая наука о человеке [Текст] /А.Притц; пер. с нем.- Екатеринбург.: «Деловая книга», М.: «Академический проект», 1999. - 397с. - ISBN 5-8291-0023-1, 5-88687-051-1.
2. Чанышев, А.А. Новая философская энциклопедия [Текст]: в 4 т. / А.А. Чанышев, пред. науч.-ред. совета В.С. Стёпин. - Изд.2-е, испр. и доп. - М.: Мысль, 2010. - ISBN 978-5-244-01115-9.
3. Ожегов, С. И. Словарь русского языка [Текст]: Ок. 53 000 слов / С.И. Ожегов, под общ. ред. проф. Л.И. Скворцова. - Изд. 24-е, испр. - М.: Оникс, Мир и Образование, 2007. - 1200 с. - ISBN 5-488-00727-X, 5-94666-347-X.
4. Якубович, И. Д. Летопись жизни и творчества Ф. М. Достоевского [Текст]: 1821–1881 / Сост. И. Д. Якубович, Т. И. Орнатская; под ред. Н.Ф. Будановой, Г.М. Фридлендера; Ин-т русской литературы (Пушкинский Дом) РАН. - СПб.: Академический проект, 1995. — 3 т. - (1875—1881). - 614 с. - ISBN 5-7331-0002-8.

УДК 616.89

Дробашенко Т.Г.

Особенности проведения лечебно-консультативной работы отделения особых форм психической патологии

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»,
Москва, Россия
e-mail: bomarfa@yandex.ru

Обращаясь к научному и врачебному сообществу, коллективу НЦПЗ патриарх Алексий II сказал: «Вера – величайшая Святыня человеческой души, главная ценность

жизни, без нее жизнь и смерть теряют смысл, становятся унижением и бесславием».

В соответствии с решением Ученого совета Научного центра психического здоровья РАМН в апреле 1994 г. на базе клиники образовано отделение по изучению особых форм психических расстройств, которые связаны с религиозным мировоззрением (Протокол №4 Ученого совета от 24.04.1994 г.).

Научная тематика, разрабатываемая сотрудниками отделения, касается широкого круга вопросов, охватывающих проблемы изучения особенностей психопатологии, феноменологии и клиники психических расстройств, наблюдаемых в религиозной среде у больных с эндогенными психическими заболеваниями, а также изучения особенностей проведения реабилитационной работы на этапе формирования ремиссии и построения психотерапевтической помощи больным с учетом их религиозного мировоззрения.

Работа отделения особых форм психической патологии строится в соответствии с принятым и утвержденным положением, согласно которому на консультацию и амбулаторное наблюдение принимаются больные всех регионов РФ.

По степени тяжести заболеваний, находящиеся на наблюдении и лечении пациенты приравниваются к психоневрологическому диспансеру.

Первичная консультация осуществляется по направлению ПНД, священников, а также по личному обращению граждан.

Определение психического состояния на момент осмотра является наиболее важной частью первичного консультативного приема.

На основании полученных данных и общего клинического впечатления выносится предварительное диагностическое заключение и медицинские рекомендации по лечению. При первичном выявлении психического заболевания необходимо обследование и лечение в условиях психиатрического стационара.

По особенностям своего психического состояния больные часто не соглашаются с таким заключением, могут быть убеждены в том, что у них «духовная болезнь» или ссылаются

на такие высказывания священника. В таких случаях необходимо, условно говоря, «добольничное, додиспансерное» ведение больного, направленное на формирование у него и его родственников медицинской картины болезни и медикаментозного лечения.

Амбулаторное консультативное наблюдение проводится врачами и психологами в отношении катамнестической группы пациентов. Эта группа, необходимая для выполнения научной тематики, насчитывает в настоящее время 850 больных, из них 400 находятся на постоянном амбулаторном наблюдении.

В катамнестической группе наблюдаются больные с эндогенными заболеваниями широкого спектра, преобладает приступообразная и приступообразно-прогредиентная формы течения шизофрении.

Отбор больных для амбулаторного наблюдения и лечения проводится руководителем научной группы совместно с врачами отделения.

Амбулаторная консультативная помощь направлена на стабилизацию ремиссии и профилактику обострения и имеет своей целью социальную адаптацию пациента в семье и обществе.

Медикаментозное лечение в амбулаторных условиях, его коррекция требуют регулярного наблюдения: не реже одного – двух визитов в течение месяца, и такая частота может быть необходима в течение двух – трех и более лет в зависимости от психического состояния пациента.

Врачебно-консультативная работа с больными с религиозным мировоззрением требует взаимодействия со священниками по целому ряду вопросов, касающихся как отдельно взятого пациента, так и проблемы психического заболевания в целом.

Общению со священниками уделяется много внимания в отделении. Сложились контакты по существу со всеми учреждениями Московской Патриархии и настоятелями большинства храмов Москвы и Московской области.

Определены и закреплены в повседневной работе некоторые важные положения:

- Вера непознаваема, непостижима, однако, религиозный опыт больных может быть подвергнут анализу и учтен при профессиональном диагнозе и лечении психического заболевания.

- Удается достичь взаимопонимания по поводу патологических переживаний больных, которые может обнаружить священник во время доверительного разговора: такого рода переживания не могут составлять тайну исповеди и должны быть известны врачу-психиатру.

Проблема соотношения духовных и психических расстройств не поддается схематичному решению. Вопросы духовного повреждения и душевного психического переживания не могут быть рассмотрены одновременно и в одной плоскости. «Духовное повреждение» – язык церковно-философский, ставший обиходным выражением. В нем собрано и звучит православная оценка того или иного поступка, серии поступков и даже жизни человека в свете Евангелия и исполнения заповедей.

Понимание причин психических заболеваний среди священников на языке церковного обихода замыкается на нечистой силе, бесовском воздействии. Тексты Священного Писания привлекаются не как базисные основы суждений, но прямолинейно, в конкретной форме и прямом сопоставлении с теми или иными психическими расстройствами. Нередко эти высказывания повторяются буквально психически больными и их родственниками. Возражения врача на этот счет не воспринимаются, в лучшем случае остаются без ответа. Вместе с тем, когда священники видят положительные результаты лечения, в аналогичных случаях они используют возможность лечения у психиатра.

В наше время в поисках помощи в церковь обращаются многие больные с психическими расстройствами, нередко именно в церковь впервые приходят за помощью. Можно быть уверенным, что ориентированность в психопатологии поможет священнику в его пасторской деятельности, сделает возможным углубить его внимание к исповеди.

То, что случается при психических заболеваниях не всегда и не сразу очевидно и понятно в повседневной жизни.

Болезненное состояние человека проявляется через поведение или отдельные поступки. Заболевая психически, человек не всегда теряет социальную активность и успехи. Интеллектуально-мнестический потенциал личности, творческие возможности вносят коррективы, могут обеспечить карьеру, высокий успех, но не оградят от того, что связано с психической болезнью, даже в сравнительно мягких вариантах ее течения, когда стирается аутоидентичность, переменчиво настроение, неопределенны волевые усилия или овладевает страх, паника, смутные тягостные телесные ощущения, навязчивые переживания. Это лишь общая часть картины состояний, которая имеется у целого ряда амбулаторных пациентов. В подобных случаях, прежде чем идти к врачу, они оказываются в церкви.

Отдельного внимания заслуживает отчитка (то есть изгнание бесов) – одна из форм духовной защиты от воздействия зла, бесовского начала, которая проводится в церкви. У больных с психическими расстройствами, по данным наших клинических наблюдений, отчитка воспринимается по-разному: нейтрально; помогает, но не исцеляет; либо, напротив, вызывает чувство отдаленности от Бога, покинутости, богооставленности. Оживляет идеи бесовского воздействия, связанные с ними протопатические ощущения, усиливает тревогу и напряжение, наполненную бредовым содержанием.

Отчитка в отношении психически больных не может быть признана адекватным средством религиозной поддержки. Эта точка зрения не является чем-то новым, она высказывалась уже в XIX веке (имеются опубликованные в периодических изданиях статьи и доклады, отчеты, адресованные Священному синоду).

Пациент с психически расстройствами – зона совместной ответственности врача-психиатра и священника. Основная задача при этом избежать противоречивых советов и наставлений. Священник не должен заходить на поле медицинской ответственности и отменять назначенное психиатром лечение.

Врач-психиатр в беседе со священником должен быть готов к интерактивному обмену информации: сформулировать и

изложить медицинское, биологическое понимание психических расстройств и психического заболевания; а также в каждом удобном случае прояснить для священника проблему суицидальной и социальной опасности при психических заболеваниях.

Контакт со священником, равно как и с пациентом, имеющим религиозное мировоззрение, требует от врача-психиатра специальных знаний, осведомленности в книгах Библии и Священного Писания.

УДК 616.89

Дубицкая Е.А. [1]***, Носачев Г.Н.*** [2]

Религиозность и клиническая депрессия: взгляды больных, их родственников, врачей и психологов

[1]ФГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России
[2]ГБУЗ СО «Самарский психоневрологический диспансер»
e-mail: nosachev.g@mail.ru

Уныние, печаль, сплин, тоска практически всеми религиями мира оцениваются как грех. Изменения настроения (аффекта, эмоций) сопровождают всю биопсихосоциальную сущность человека, включая депрессию, так как расстройства депрессивного спектра встречаются не только в психиатрической, но и в общемедицинской сети, а употребление антидепрессантов занимает одно из первых мест. Не зря XX век называют веком депрессии.

Цель исследования – изучение религиозных включений в представлениях групп респондентов о психиатрии и депрессии.

В работе использовался опросник «Психическое нездоровье в общественном сознании», разработанный В.С. Ястребовым и соавторами (2001), который был адаптирован и дополнен нами в связи с изучением депрессии. Были обследованы следующие группы респондентов: «Врачи-психиатры», «Врачи соматических специальностей»,

«Психологи», «Родственники больных», «Больные вне депрессивного эпизода»: по 60 человек в группе (всего 300 респондентов).

Большинство респондентов группы «Больные» (как и респонденты других групп) придерживалось мнения, что больные депрессией должны лечиться у специалистов. Однако 45% (достоверно чаще, чем респонденты-врачи) считали, что диагноз «Депрессия» недостоверен, и многое решает мнение конкретного врача (50%).

Однако 1/5 часть респондентов «Больные» (достоверно чаще, чем в группе «Врачи») допускала, что надо лечиться не у психиатра, а у священника. Респонденты группы «Больные» чаще (достоверно чаще, чем респонденты-врачи) считали, что если больному не может помочь психиатр, ему стоит обратиться к знахарю (21,67%) или к экстрасенсу (20%). Респонденты группы «Больные» (8,33%, так же, как и «Врачи») реже, чем респонденты других групп (разница статистически достоверна) полагали, что советы астрологов могут помочь больному депрессией лучше приспособиться к жизни. Это мнение в группе «Больные» коррелировало с более старшим возрастом респондентов.

Респонденты группы «Больные» чаще, чем респонденты других групп, придерживались архаических взглядов и заблуждений на происхождение болезни. Так, 35% респондентов полагали, что депрессия может быть наказанием за грехи, 35% считали, что болезнь может возникнуть от ворожбы, приворота и порчи, 16,67% опрошенных согласились с мнением, что на Руси душевнобольных называли «божьими людьми». Но только 8,33% (практически также как врачи-психиатры, врачи других специальностей и психологи) допускали, что больные депрессией могут предвидеть будущее и столько же, что депрессия является результатом пробуждения «особых способностей».

Часть респондентов группы «Родственники» придерживалась тех же архаических взглядов, что и пациенты. Многие из них, как и представители группы «Психологи», полагали, что заболевание может быть наказанием за грехи

(46,67%). Вместе с тем, респонденты группы «Родственники» (также как и респонденты группы «Врачи») достоверно реже, чем респонденты группы «Психологи», допускали мысль, что больные депрессией «могут предвидеть будущее» (8,33%). Данное утверждение в группе «Родственники» коррелировало с высоким образовательным уровнем респондентов. Одновременно 58,33% опрошенных родственников считали, что заболевание может возникать от ворожбы, приворота и порчи.

Респонденты группы «Родственники» не всегда объективно оценивали характерологические личностные особенности больных депрессией и даже не замечали противоречивости своих утверждений. Так, 15% респондентов считали больных депрессий безвольными людьми со слабым характером, эгоистичными и злопамятными (23,33%) с низкими умственными способностями (11,67%). Одновременно 31,67% респондентов группы «Родственники» полагали, что больные депрессией талантливы и неординарны, чуткие и утончённые личности (18,33%), сострадательны к другим людям (35%), аккуратны и скромны, стараются ни с кем не конфликтовать (81,67%), что коррелировало с женским полом и высшим образованием респондентов.

Респонденты группы «Врачи» придерживались мнения, что больные депрессией должны лечиться у специалистов, полагали, что выставляемый врачами диагноз достоверен. Часть респондентов, преимущественно врачи других специальностей, придерживалась архаических взглядов, в частности, допускала, что больные депрессией могут получать помощь у экстрасенса (0% и 13,33%), астролога (6,67% и 36,67%), знахаря (15% и 40%), а само заболевание может возникать от ворожбы, приворота, порчи или быть наказанием за грехи (3,33% и 5,67%). При этом врачи других специальностей часто рекомендовали лечиться у священника (36,67%) и обращаться за помощью в церковь или монастырь (10%).

Подавляющее большинство респондентов группы «Врачи» оценивало характерологические и личностные особенности больных депрессией весьма противоречиво и неоднозначно. 60% респондентов второй подгруппы «Врачи

соматических специальностей» считали, что с больными депрессией трудно общаться. Однако утверждалось, что они в основном тонкие, ранимые, поэтичные натуры (33,33% и 61,67%), «часто умные, интересные люди» (88,33% и 93,33%), респонденты не считали их опасными, хотя не исключали, что потенциально они могут быть очень опасны. Риск суицида больных депрессией врачи-респонденты оценивали правильно, включая необходимость госпитализации.

Врачи-психиатры были достаточно самокритичны, они не считали, что много знают. С этим соглашались врачи других специальностей, они же полагали, что в своих выводах психиатры бывают субъективны.

Респонденты группы «Психологи» придерживались мнения, что больные депрессией должны лечиться у врача-психиатра, полагали, что выставляемый врачами-психиатрами диагноз «Депрессия» хотя и субъективен, но достаточно достоверен. В происхождении депрессий психологи важнейшими считали психологические и личностные особенности пациентов, жизненные обстоятельства.

Часть респондентов-психологов придерживалась архаических взглядов, в частности, допускала, что больные депрессией могут получать помощь у экстрасенса, астролога, знахаря, а само заболевание может возникать от ворожбы, приворота, порчи или быть наказанием за грехи. При этом психологи чаще, чем врачи, рекомендовали лечиться у священника и обращаться за помощью в церковь или монастырь.

Отношение к врачам-психиатрам не однозначное. Респонденты группы «Психологи» недостаточно самокритичны и, по-видимому, слабо подготовлены по клинической психологии, несмотря на наличие такого курса и экзамена практически на всех психологических специальностях. Так, 1/5 часть респондентов считала психические заболевания мифом, а взгляды на них - устаревшими, связанными с предрассудками (71,67%). Подавляющее большинство респондентов считало, что общение с психически больными изменяет личность психиатра и сказывается на его психическом здоровье.

Вместе с тем, подавляющее большинство респондентов считали, что профессия психиатра заслуживает уважения, а знания врачей этой специальности базируются на серьёзных научных данных.

Большинству респондентов (от 25 до 50%) присущи религиозность, религиозное и архаическое мышление. Мифологичность суждений об этиопатогенезе депрессий связана с тем, что в данном случае мифопоэтическое мышление сталкивается не с фактами и образами, а с процессами, с тем, что лежит между причиной и следствием болезни. Архаическое и религиозное мышление имеет исторические корни и оживает в периоды смены экономического строя, когда реформируется и религиозное мышление, которое особенно преобладает в отношении медицины, в частности психиатрии, и психологии.

Категория психиатрического диагноза проявлялась в мифологии в трёх аспектах: дефинитивном (классификационным, номинативном), операциональном и социальном.

Таким образом, фундаментальным для раскрытия основ формирования психиатрической мифологии является понимание свойственных каждой личности в процессе развития различных, но одновременно общих психологических защит, которые могут сохраняться у личности даже в случае получения профессионального высшего образования. Именно психологические защиты порождают стигматизацию, а с ней и дискриминацию психически больных.

Противостоять психиатрической мифологии и стигматизации, а с ними и дискриминации психически больных может только общественно-ориентированная психиатрия и клиническая психология с широким внедрением психообразовательных программ в различные группы гражданского общества и религиозных организаций.

УДК 616.89-02

Зислин И.М.

Иерусалимские психозы в рамках транскультуральной психиатрии. К постановке проблемы

Иерусалим. Израиль
e-mail: jozislin@yahoo.com

Личность есть культура, отраженная в поведении.
Дж .Хонигман

В последние пятьдесят лет транскультуральная психиатрия выделяла и описывала множество так называемых Cultural Bound Syndromes – культуральных синдромов (Коро, Амок, Дхат, Shenjian Shuairuo, Shenkui и др.), но общей типологии этих феноменов не создано. Нетрудно заметить, что феномены такого рода были описаны в основном в рамках неевропейских культур (Африка, Индия, Филиппины, Китай и т. д). В противоположность им можно отметить три «западных» синдрома – иерусалимский, флорентийский (Стендаля) и синдром Белого Дома. На чем основано такое деление, и имеет ли оно какое-либо основание под собой?

Исторически описание экзотических психиатрических синдромов происходило параллельно с проникновением антропологов в ранее неизвестные (для западной культуры) географические области; с обнаружением и описанием экзотических, неизвестных языков. Но если описание новых языков встраивалось в рамки культурной антропологии, то описание редких синдромов в психиатрии не выходило за рамки клиники.

На наш взгляд, «мистические», «религиозные» психозы могут и должны быть рассмотрены как синдромы транскультуральные, но при условии, что мы применяем к ним методологии антропологических подходов.

Выделение «религиозных» или «мистических» психозов вне культурно-исторического контекста может привести к парадоксальным результатам:

1. Уверенности психиатров в том, что можно ставить и обосновывать психиатрические диагнозы всем историческим/мифологическим персонажам (Murray E.D.et al., 2012). Это течение имеет корни в патографическом направлении.

2. Применению псевдопсихиатрического подхода, т. е. использованию психиатрической терминологии для описания мистических/религиозных феноменов, например дьявольской одержимости (Irmak M.K., 2014).

Существование (транс)культуральных синдромов предполагает присутствие в клинике экстра- или внекультуральных синдромов, вовсе и не связанных с культурным базисом пациента. Особое внимание, уделяемое уникальности редких синдромов в экзотических (по западным меркам) культурах, по умолчанию вывело все остальные синдромы за рамки такого влияния, маркируя их в лучшем случае как бизарные / странные [Zislin, 2013].

Современный постмодернистский подход предлагает рассматривать психиатрические проявления как культурно приемлемый тип поведения (при этом сам синдром переходит из психиатрического поля в культурное, и тем самым стирается и уничтожается грань между нормой и патологией) (Van der Haven A., 2008).

Собственно психиатрический, дескриптивный подход по-прежнему является доминирующим в клинической практике. Ничуть не умаляя его значимость, стоит сказать, что если этот подход признается единственным, то мы с неизбежностью останемся на фазе «железнодорожных параноидов», или «параноидов внешней обстановки». Описания эти, без сомнения, важны с клинической и общепатологической точек зрения. Но никакой психоз, описанный в данной парадигме, не даст нам нового понимания сущности железной дороги или более глубокого проникновения в структуру внешней обстановки. Религиозные же психозы, в отличие от вышеуказанных, при правильном рассмотрении могут дать нам подход к пониманию глубинных психологических и культурных феноменов, лежащих в основе самого феномена религиозности. Это утверждение основано, например, на том, что при психотическом состоянии

больной, утверждая, что он пророк, не рассказывает об этом, а в полной мере действует как пророк, используя все доступные ему культурные коды (индивидуальные и коллективные, сознательные и бессознательные, современные и архетипические). При таких состояниях мы можем не только наблюдать воплощение этих культурных феноменов, но и проследить как стадии их становления, так и стадии распада. Соответствуют ли эти онтогенетические фазы «филогенезу», еще только предстоит выяснить. Но психотический слом вполне может предоставить такую возможность.

Выделим несколько типов описаний реальности, применимых для анализа транскультуральных явлений.

1. Лингвистический: «<...> Не входит в компетенцию лингвистики вопрос о том, существует ли реально то, что является объектом референции говорящего, и истинно ли в действительности то, что он утверждает» [Падучева, 2010].

2. Исторический: «<...> В самом деле: что такое действительность? Что вообще имеется в виду под действительными событиями, и где граница между действительностью и мифом (вымыслом)? Эти философские вопросы имеют самое прямое отношение к трактовке исторических событий <...> Ведь материал историка – не события как таковые, а описания этих событий: так или иначе события неизбежно получают интерпретацию того, кто их зарегистрировал» [Успенский Б. А., Успенский Ф. Б., 2008].

3. Антропологический: «<...> Антропология исходит из того, что нельзя безоговорочно навязывать изучаемой культуре свои представления о том, что реально, а что нереально» [Христофорова, 2010].

Другой базовой посылкой антропологического подхода можно считать включение любых типов человеческого поведения в многомерные контексты, т. е. использование разных языков описания: культурного, лингвистического, когнитивного и т. д.

Попробуем посмотреть на религиозные психозы как на вид транскультуральных синдромов, используя антропологический подход.

При таком подходе можно выделить два типа синдромов и простроить их предварительную типологию.

Первый тип – синдромы локальные, встречающиеся практически только в определенном локусе и только у носителей данной культуры (Амок, Коро, Shenjian Shuairuo, Shenkui). Если такой синдром встречается вне своей исходной «территории», культурный компонент в нем практически нивелируется как для пациента, так и для диагноста.

Второй тип – синдромы столкновения, возникающие у людей, которые внезапно сталкиваются (обычно впервые) с высокозначимым элементом культуры: иерусалимский синдром, синдром Стендаля, синдром Белого Дома [Bar E., 2000; Зислин, Спивак, 1999; Wiztum, Kalian, 2013]. Эти синдромы можно различать не только по принципу восток / запад, но и по сюжетному принципу: синдромы локальные базируются на сюжетах, хорошо знакомых «аборигенам», но абсолютно неизвестных исследователю. В противовес им, синдромы столкновения основываются на сюжетах, одинаково знакомых как «аборигенам», так и исследователям.

В рамках иерусалимского синдрома были описаны несколько типов психозов: острые психозы, возникшие у ранее здоровых людей, психотические обострения у ранее диагностированных больных. Важно подчеркнуть, что все описанные случаи касались лишь тех пациентов, для которых Иерусалим имел особую культурную / религиозную значимость. В нашем опыте и в доступной литературе нет ни одного случая иерусалимского синдрома у мусульман или, например, у буддистов.

В попытке осмысления религиозных / транскультуральных психозов возможна постановка вопроса: что именно психиатрические исследования могут дать для понимания религиозности?

1. Психотический и религиозный опыт базируются на нарративных / сюжетных структурах, сформированных в рамках определенной культуры. Именно культурно оформленный вербализованный нарративный опыт дает наполнение психотического содержания. Соответственно, в иудаизме, где и сегодня актуальное пророческое течение является интегральной

частью религиозного опыта, мы обнаруживаем психотических пророков. Христианские же паломники, в свою очередь, демонстрируют пророческие варианты гораздо реже; у них преобладает дьявольская одержимость. В свою очередь, аналогом дьявольской одержимости для иудаизма является синдром диббука, никогда, по нашим данным, не встречающийся у христиан.

2. Сравнение психотического опыта с мистическим позволяет выявить ядерные сюжетные структуры (например, «страдающий пророк»), лежащие в основе культурных концептов и проявляющиеся в наполнении психотического содержания (в основном в содержании бреда).

3. При таком подходе должен учитываться не только культурный уровень пациента, но и культурный багаж диагноста. Мы имеем в виду способность и глубину владения разными языками описания и построения / понимания на этой основе новых смыслов. Например, только после описания синдрома Коро в восточных культурах он стал описываться и в западных культурах. На наш взгляд, это означает, что только при выделении сюжета и внесении его в сюжетную «копилку», врачи начинают его обнаруживать.

Незнакомство со знаками / языками религиозного поведения со стороны клиницистов может привести к чрезвычайно расширенному толкованию определенных типов поведения как признаков душевной патологии или, наоборот, к пренебрежению симптомами болезни в пользу незнакомой культуры.

На наш взгляд, именно применение многомерного антропологического подхода должно позволить клиницистам понять смысл культурных кодов пациента, а также ввести данные, полученные в клинике, в поле исследования антропологов.

Список литературы

1. Irmak MK. Schizophrenia or possession? // J Relig Health. 2014 Jun; 53(3):773-7

2. Murray E.D. et al. The Role of Psychotic Disorders in Religious History Considered // J Neuropsychiatry Clin. Neurosci 24:4, Fall 2012.
3. Van der Haven A. The Holy Fool Still Speaks
4. The Jerusalem Syndrome as a Religious Subculture // Jerusalem Idea and reality. Ed. By Tamar Mayer and Suleiman Ali Mourad. 2008/
5. Nicholson, T. R. J.; Pariante, C.; McLoughlin, D. «Stendhal Syndrome: A Case of Cultural Overload». Case Reports. 2009

УДК 616.89-02-083

Золотова А.Н.

Опыт межведомственного взаимодействия психиатрической службы и Русской Православной Церкви в профилактике суицидального поведения у несовершеннолетних

Новороссийский филиал ГБУЗ «Геленджикский психоневрологический диспансер» МЗ КК, Новороссийск, Россия
e-mail: cehhin@mail.ru

Актуальность. Суицид для общества - это одна из значимых и актуальных проблем. Показатель количества суицидов является важным индикатором психического здоровья населения и отражает благополучие общества в целом. Суицид противоречит природе человека по всем канонам и всегда – трагедия. Среди несовершеннолетних это ещё большее противоречие и несоизмеримое горе, которое вовлекает не только семью, но и огромное количество людей в силу активной социальной жизни несовершеннолетних и неизбежного общественного резонанса. Последние годы постоянно ведется большая профилактическая работа во всем мире, поиск наиболее эффективных форм предотвращения суицидов с участием сотрудников различных служб и ведомств. Роль веры в

профилактике суицидов имеет большое значение и относится к ведущим из антисуицидальных факторов. С учётом перечисленного исследование эффективных форм взаимодействия в предотвращении суицидов является актуальным.

Цель. Проблема суицидального поведения не ограничивается рамками лишь психиатрической науки, а выходит далеко за ее пределы, касаясь сфер образования, правопорядка, социальной и духовной сферы. Учитывая распространенность проблемы суицидов за пределы медицины, целесообразно взаимодействовать со всеми службами, сталкивающимися в своей работе с суицидальным поведением, однако основным в профилактике суицидов является укрепление позиции жизни в сознании подростка, что непосредственно связано с формированием духовных ценностей.

Материалы и методы. Для реализации поставленных задач были составлены и внедрены планы межведомственного взаимодействия служб системы профилактики и реализованы в 2015-2016 годах в муниципальном образовании г. Новороссийска. Планы взаимодействия были согласованы между службами здравоохранения, образования, министерства внутренних дел, средствами массовой информации, Новороссийской епархией. Ответственной службой за реализацию межведомственного взаимодействия явился ГБУЗ «Геленджикский психоневрологический диспансер» МЗ КК, Новороссийский филиал. Отдельно был утвержден план взаимодействия с миссионерским отделом Новороссийской епархии. С целью внедрения плана проводились мероприятия, направленные на повышение уровня осведомленности в отношении проблемы суицидального поведения, понятия принципов профилактики, обозначения роли и задач каждой из структур.

Особое внимание уделялось решению духовно нравственных проблем в молодежной среде путем проведения совместных мероприятий представителя психиатрической

службы и духовенства по повышению антисуицидальных факторов у молодежи.

Результаты и их обсуждение. В рамках реализации данной программы сотрудниками диспансера взаимодействие с Новороссийской епархией осуществляется в виде чтения лекций, проведения круглых столов на территории храмов, которые рассчитаны на широкий круг слушателей (для молодежи, для родителей и совместные мероприятия). Мероприятия проводятся на территории храмов, и такое взаимодействие имеет своей целью расширить охват лиц и повысить психообразовательный уровень населения.

Темы встреч затрагивают разные аспекты жизни человека, психической сферы в норме и патологии: о зонах риска отклоняющегося, кризисного и суицидального поведения, способах раннего выявления и профилактики психических расстройств, пропаганде здорового образа жизни, по психогигиене, возрастных нормах формирования психики, проблемах воспитания детей, конфликтологии и других. Постоянно проводится санитарно-просветительская работа для молодежи в рамках «Урока правовых знаний», где дается актуальная информация представителями разных служб профилактики проблемного поведения (сотрудники МВД, социальной службы и другие).

Наряду с информацией по профилактике правонарушений и альтернативному проведению досуга сотрудники психиатрической службы представляют данные о доступности психиатрической помощи, ситуациях, в каком случае необходимо за ней обращаться, раскрывается суть работы телефона доверия и возможные причины обращения. Представители духовенства затрагивают духовные основы жизнедеятельности, также информируют о возможности обращения в храмы города, посещения служб, воскресных школ. Совместно психиатр, представитель образования и духовенства участвуют в проекте «Духовно-нравственные проблемы современного общества» (на базе ГБПОУ КК «Новороссийский социально-педагогический коллежд»), в рамках которого проводятся конференции с участием молодежи, направленные

на рассмотрение актуальных духовно-нравственных проблем современного общества, разбора с позиций разных служб проблемы страстей, зависимого поведения и других. Психиатр ежегодно принимает участие в Духовно-образовательных Сергеевских чтениях, выступая на заседании секции Миссионерского отдела с лекциями об актуальных вопросах информирования об особенностях, течении, выявлении и механизмах формирования психических расстройств (например, зависимого поведения). При необходимости проводится консультирование прихожан с подозрением у служителей храма на наличие психического расстройства (в соответствии с Законом РФ «О психиатрической помощи и правах граждан при ее оказании»), а так же сотрудники психоневрологического диспансера направляют пациентов в храм для исцеления их души посредством веры.

Проводятся тематические школы, «круглые столы», тренинги для несовершеннолетних и их родителей по укреплению антисоциальных факторов, описанию предвестников и предупреждающих факторов самоубийства, тренинги по укреплению ресурсов для преодоления сложных жизненных ситуаций. В 2017 году успешно продолжается начатая работа, количество охваченных лиц и интерес населения к мероприятиям возрастает, повышается обращаемость к специалистам.

Результаты проведенной работы показали возможность широкого охвата и вовлечения в систему профилактики суицидов специалистов сопредельных служб, показаны пути и формы взаимодействия психиатрии и православной церкви, что дает возможность повышать общую психиатрическую грамотность населения, с другой стороны повышать духовно-нравственный уровень жителей города и укреплять духовные ценности, как ведущие антисуицидальные факторы в профилактике суицидов.

УДК 616.89-02-083

Казьмина Е.А.

Особенности психосоциальной реабилитации религиозных больных с эндогенными психическими расстройствами

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия
e-mail: kazmina_l@mail.ru

Когда так много позади
Всего, в особенности – горя,
Поддержки чьей-нибудь не жди, сядь в поезд, высадись у моря.
Оно обширнее. Оно и глубже.
Это превосходство – не слишком радостное.
Но уж если чувствовать сиротство, то лучше в тех местах,
чей вид волнует, нежели язвит.
И. Бродский

В норме социальная адаптация рассматривается как способность индивида приспосабливаться к окружающей среде, как соответствие требованиям и нормам этой среды, а также как овладение профессиональными навыками и получение образования, позволяющие занять определенную позицию в обществе. Адаптированность означает принятие социальных норм и эффективный ответ на те социальные ожидания, с которыми каждый человек встречается в соответствии со своим возрастом и полом. Адаптивное поведение характеризуется успешным принятием решений, проявлением инициативы и ясным определением собственного будущего [Philips, 1968]. При шизофрении многие составляющие успешной социальной адаптации нарушены. Накоплены многочисленные данные о пагубных последствиях социальной дезадаптации психически больных. Ведь частым спутником психических расстройств является снижение уровня побуждений и психической активности, нарушения в мотивационной сфере и самосознании, нарушения межличностного взаимодействия и социальной

регуляции поведения [Леонтьев А.А. 1974; Шостакович В.В., Блохина В.П., Белявский Н.Н. 1972]. Эти нарушения также являются одной из причин нарушений социального поведения у таких больных. Заболевание, манифестирующее уже в юношеском возрасте при неблагоприятных обстоятельствах может приводить к быстрой социальной дезадаптации и инвалидизации больных. Поэтому развитие реабилитационного направления в медицине и активная научно-практическая разработка психотерапевтического и психокоррекционного подхода в клинической психологии являются одной из важнейших характеристик современного состояния медицинской и психологической науки. Возрастает влияние психологических взглядов на медицинские, в том числе психиатрические представления о природе заболевания и путях лечения больных. Все большее признание в отечественной психиатрической науке находит целостный интегративный подход к лечению психически больных как к процессу "интегрирующему в динамической взаимосвязи биологическую терапию, психотерапию и социотерапию" [Кон И.С., 1988]. Система социальных связей человека, или его социальная сеть, является одним из важнейших факторов, определяющих уровень развития социального функционирования человека. В работах, посвященных описанию личностных социальных сетей лиц, больных шизофренией, подчеркивается их резкое отличие от социальных сетей здоровых лиц по размеру, длительности контактов, эмоциональной амбивалентности и т.д. [Поляков Ю.Ф., Казьмина О.Ю., Крупышева И.Б., 1995; Beels, 1981; Caplan G. and Killilea M., 1976; Hammer M., 1981; Pattison E.M., Pattison M.L., 1981]. Специалистами в области психического здоровья разрабатываются и внедряются стратегии по созданию и переструктурированию социальных сетей больных или плохо адаптированных лиц с целью увеличить получаемую ими социальную поддержку и таким образом, повысить эффективность лечения или адаптацию.

В связи с этим в последние два десятилетия отмечается явный всплеск научного интереса к проблеме влияния религии на психическое здоровье и психологическое функционирование человека. Это обусловлено тем обстоятельством, что религия во

многих случаях является важным и одним из первых ресурсов, к которым обращаются пациенты и их родственники, когда сталкиваются с тяжелой, хронической или неизлечимой болезнью [Борисова О.А., Казьмина О.Ю., Копейко Г.И., 2016]. Э. Фромм отмечал, что религия – это система мышления и действия, которая позволяет человеку вести осмысленное существование, дает ему объект для преданного служения.

Обращение к религии особенно в молодом возрасте часто рассматривается как проявления психической болезни, но это ограниченная и неполная точка зрения. Молодые приверженцы религиозных общин действительно могут нести на себе симптомы душевных страданий, которые часто значительно уменьшаются путем участия в этих общинах. Таким образом, ряд авторов рассматривают религиозные общины как «альтернативные поддерживающие системы», цели которых во многом совпадают с системой психического здоровья, но резко различаются по методике, содержанию и условиям [Милев В., 1988; Москаленко А.Т. и Чечулина А.А., 1979; Павлюк В.В., 1976; Argyle M. and Beit-Hallahmi B., 1975; Kanter R.M., 1972]. Многие молодые люди сознательно уходят от традиционной психотерапии и поворачиваются к религии и религиозным общинам, в которых они находят ответ на то, что мы бы назвали психическими расстройствами: тревога, депрессия, апатия, отсутствие интереса, бессмысленность, и т.д. (Allport G., 1950; Lindskoog B., 1974; Moberg D.O. and Taves M.J., 1965). 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. Именно однородная, сплоченная, связанная единым мировоззрением социальная сеть, которой является религиозная православная община, может оказать эффективную помощь любому своему члену в кризисной ситуации, каковой и является психическая болезнь. Кроме того, в исследовании членов семей, ухаживающих за больными шизофренией, 90% участников сообщали, что они справлялись с переживаниями и обязанностями благодаря молитве, 50% - что вера для них была

источником утешения, силы и руководством [Борисова О.А, Казьмина О.Ю., Копейко Г.И., 2016].

Психические заболевания на протяжении многих столетий воспринимались, как что-то загадочное и пугающее, до сих пор приходится сталкиваться со стигматизацией и дискриминацией, существующей в общественном сознании по отношению к людям страдающими психическими заболеваниями. Психически больной человек вынужден приспосабливаться не только к изменению своего мировосприятия, самоощущения, но ему приходится также адаптироваться к своей новой социальной роли – роли душевнобольного, что является сильным психоэмоциональным стрессом.

В научных исследованиях было показано, что религиозная вера может быть потенциальным ресурсом, который пациент может использовать для совладания с таким стрессом. Отношение пациента к заболеванию и восприятия им своего изменившегося положения влияют на способность справляться с симптомами, отражаются на комплаенсе и течении заболевания. Именно религиозное мировоззрение помогает переосмыслить отношение к болезни, найти новые смыслы, позволяет принять новую реальность, психическую болезнь, в понятие которой входят лекарства, ограничения накладываемые заболеванием, медицинские манипуляции.

Принадлежность к поддерживающей группе, каковой является православная религиозная община, позволяет расширить репертуар социального взаимодействия, борясь с болезнью, не поддаваясь отчаянию. Строгие к своим последователям, церкви устанавливают для человека набор жестких принципов, которых ему следует придерживаться, помогая тем самым ориентироваться в жизни (что особенно необходимо людям психически неблагополучным). Цитируя В. Джемса: «Религия обладает чудесной властью самые невыносимые страдания человеческой души превращать в самое глубокое и самое прочное счастье».

Кроме того, важно отметить, что отсутствие психического здоровья влечет за собой потерю базовых ценностей, утрату смысла жизни. Уместно упомянуть цитату из романа Джона

Фаулза «Волхв»: «Вымирают не только редкие виды животных, но и редкие виды чувств». В связи с этим для выявления особенностей мировоззрения именно религиозных больных, страдающих психическими расстройствами, которые могут влиять на формирование тактики лечения и реабилитации таких больных, в отделении особых форм психической патологии было проведено исследование ценностно-смысловых образований у больных с эндогенными психическими расстройствами [Борисова О.А., Гусев В.В., 2010]. Выявлено, что у больных с религиозным мировоззрением ведущим является фактор, связанный с деятельным духовным стремлением и реализацией в этом смысла своего существования вместе с бережным и чутким отношением к другим людям. Было показано, что ценностно-смысловая сфера верующих больных в сравнении с неверующими пациентами отличается большей стабильностью и устойчивостью. В мировоззрении верующих больных изначально включены понятия о болезни как одного из видов жизненных испытаний, и поэтому факт появления психического заболевания не привносит столь критических изменений в картину мира этих больных. Даже тяжелая психическая болезнь принципиально не меняет ее структуры. Практическим выводом из полученных результатов является тот факт, что подход конфессионально ориентированной реабилитации психически больных должен формироваться с опорой на сохранные духовно-ориентированные ценности пациентов.

Наряду с врачебным ведением больных, индивидуальной и групповой форм психотерапии, одной из важных форм внебольничной работы с нашими пациентами являлись ежегодные терапевтические поездки с организацией выездного лагеря с длительным сроком пребывания на о. Валаам – красивейший остров в северной части Ладожского озера, самый большой в составе Валаамского архипелага. Такие поездки реализуют многодисциплинарный подход реабилитационной работы бригадой специалистов (психиатры, психологи, священнослужители, средний медицинский персонал). Такая «лагерная» жизнь позволяет «проиграть» и закрепить богатые возможности социального опыта: навыки общения, расширение социальных связей, приобретение навыков самообслуживания,

самостоятельной жизни, стимуляция творческих способностей, получение поддержки, т.е. найти то, что помогает жить дальше и бороться с болезнью. Можно было наблюдать, как больные, несмотря на выраженность дефицитарных расстройств с преобладанием эмоциональной нивелировки, холодности и редукции энергетического потенциала, преодолевая себя, вставали вовремя к утренней молитве, помогали в приготовлении еды «новичкам», терявшимся при столкновении с зачастую непростыми природными условиями, т.е. помочь другому человеку справиться со стрессом, таким образом, меняя устойчивые деструктивные паттерны эмоционального и поведенческого реагирования, обретая чувство собственного достоинства, уверенности в себе. Взаимопомощь не является эпизодической, она закрепляется, оказываясь систематической, охватывает большой круг различных бытовых нужд больного и его семьи. Такие поездки также помогают улучшить социальное функционирование больных, повышая качество их жизни. Это происходило и благодаря тому, что мотивация их определялась религиозными ценностями и наставлениями священнослужителей. Кроме того, важно отметить и реализацию семейного подхода, за счет участия членов семей больных в таких поездках. Как уже отмечалось, социальное окружение, в первую очередь семья, играет большую роль в поддержке психического больного.

Таким образом, цель семейной психотерапии — адаптация больного к семье и семьи к больному (Кабанов М.М., 1978 г.). Осуществляемые коллективные экскурсии, совместные молитвы, советы и собрания и т.п., ориентированные в том числе и на социальную активацию больных и их приобщение к жизни в обществе, способствуют тренировке общения и прививают пациентам навыки адекватного поведения в семье и на работе. Они обеспечивают корригирующий социальный климат, позволяющий заново пережить межличностные связи. Важно отметить, что для православной семьи больной не является изгоем. Это человек, также призванный идти к Богу, хотя и своим, несколько иным путем. ухаживание за больным осмысляется как проявление деятельной любви в жизни, и ведет к личному духовному росту в том числе и путем борьбы со всем негативным

в самом себе: раздражение, уныние, гордость, тщеславие. Религиозные взгляды, закрепленное поездками поведение широко используются для борьбы со стрессом при уходе за больным членом семьи. Связь с более глубоким значением и целью, вырабатываемая более позитивная оценка способствует более быстрой адаптации к роли человека, ухаживающего за больным. Здесь мы имеем пример уникального природного «эксперимента», где успешно вырабатывается социальная структура, которая приближается к нормативной социальной матрице (форме) для успешного приспособления к жизни. Благотворную роль играет и более-менее постоянный состав участников таких поездок, увеличивающий частоту общения между ее членами и формирующий чувство единения и близости. Каждый год пациенты с нетерпением ждут следующей поездки на Валаам, активно участвуя в подготовительных мероприятиях, чтобы еще раз прикоснуться к чуду.

Важно отметить, что наши больные продолжают тесно общаться и уже после Валаама, поддерживая друг друга, организуя дальнейшие совместные в том числе и культурные мероприятия, только обогащающие имеющиеся связи. Потребность в утешении, в эмоциональной поддержке и сочувствии, все то, в чем нуждается человек с психическим неблагополучием, реализуется в большей степени. Утешение является одним из проявлений христианских добродетелей. Кроме того, успешно реализуются и закрепляются религиозные методы копинга для приобретения эмоционально комфортного состояния, включающие в себя различные религиозные практики покаяния, исповеди, примирения, очищения. Религиозное очищение играет важную психологическую функцию, вызывая чувство облегчения и комфорта, успокоения, прощения, примирения через любовь и заботу Бога и дает временное облегчение при страданиях [Борисова О.А., Казьмина О.Ю., Копейко Г.И., 2016]. Характерны высказывания верующих больных: «Бог любит меня, все мне во благо», что помогает верующим больным не чувствовать свою ущербность.

По катамнестическим данным клиницистов отдела по изучению особых форм психической патологии верующие больные продолжают учиться, являются активными членами религиозной общины, у них выявляется меньшее количество конфликтных связей в социальной сети. Знание того, что поддержка всегда доступна, что его любят, обретение смысла болезни - все это дает больному ощущение собственной самодостаточности и хорошей степени адаптации.

Как писал Ирвин Ялом: «Осознание своей смертности и вообще «конечности» нередко заставляет человека на многое взглянуть совершенно по-другому; что целительное действие принадлежит отношениям». К тому же у верующих больных при переосмыслении ситуации учитывается положение, что Бог не посылает страданий сверх возможной меры для человека, предлагая возможность посмотреть и переосмыслить себя и свою жизнь, дает возможность духовного роста. Через опыт тяжко болевших подвижников благочестия возможно понять, что болезнь имеет смысл, что возможна осмысленная (в религиозном понимании) жизнь с болезнью, понимание пути, как можно жить с болезнью полноценно. Сервантес выразил эту проблему словами своего бессмертного Дон Кихота: «Так что тебе больше понравилось бы – мудрое умопомешательство или глупое здравомыслие?»

Таким образом, для облегчения состояния пациента необходимы комплексные медико-реабилитационные методы, включающие наряду с традиционным медикаментозным лечением и психокоррекционное воздействие, учитывающее религиозную составляющую проблемы пациента.

ДК 616.89-02-084

Каледа В.Г.

Психиатрия и проблемы духовной жизни в трудах проф. Д.Е. Мелехова

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия
e-mail: kaleda-vg@yandex.ru

Профессор Дмитрий Евгеньевич Мелехов (1899-1979) относится к той плеяде выдающихся отечественных психиатров, чьи труды определили облик отечественной психиатрии прошлого столетия. Со дня его смерти прошло уже почти сорок лет, но его имя вспоминается на психиатрических конференциях и съездах, его работы не потеряли актуальность и продолжают цитироваться, его идеи развиваются. К его 100-летнему юбилею была открыта мемориальная доска на административном корпусе московской психиатрической больницы ПБ №4 им. П.Б.Ганнушкина, в котором он работал в течение нескольких десятилетий. Будучи учеником П.Б.Ганнушкина и Т.А. Гейера, в историю отечественной психиатрии он вошел как один из основоположников социальной психиатрии и автор фундаментальных исследований по шизофрении, внёсшим неоценимый вклад в разработку клинических основ прогноза трудоспособности при психических заболеваниях и в развитие новых форм медико-социальной помощи психически больным.

Кроме вопросов клинической и социальной психиатрии в область его научных интересов входили вопросы соотношения психических расстройств и духовных проблем человека. Интерес Д.Е. Мелехова к этой проблеме был не случаен и возник, как свидетельствуют знавшие его люди, еще в студенческие годы [1]. Всю свою жизнь он был верующим христианином и к своей работе относился как к служению Богу и людям: «Моя основная сфера — каждодневный труд, как у монаха монастырское послушание…».

Дмитрий Евгеньевич родился в многодетной семье священника г. Рязани, священниками были и оба его деда. О

своих религиозных убеждениях он свидетельствовал, находясь в Бутырской тюрьме во время арестов по знаменитой 58 статье УК РСФСР в 1923 и 1933 годах за участие в студенческом христианском движении, как «член контрреволюционной организации христианской молодежи, участник нелегальных собраний" [2], а также навещая отца-священника, сосланного вместе с матерью в Сибирь за мнимое сопротивление изъятию церковных ценностей. Он не вступил в ряды Коммунистической партии из-за своих убеждений, хотя в течение некоторого периода являлся директором Московского НИИ психиатрии. Д.Е. Мелехов поддерживал отношения со многими выдающимися церковными деятелями прошлого столетия, а также с немногочисленной православной интеллигенцией, являясь одним из выдающихся её представителей.

Для Д.Е. Мелехова было характерно стремление к синтетической, целостной оценке психической патологии, включая самые разные её аспекты. При оценке адаптационных ресурсов личности кроме оценки выраженности психопатологических расстройств он первым из отечественных психиатров стал делать акцент на реакцию личности на болезнь. В качестве важнейшего личностного ресурса он рассматривал наличие мировоззренческих установок, в том числе религиозных ценностей. Таким образом, вопросы духовной жизни были для него неразрывно связаны с решением проблем стоящих перед социальной психиатрией. Д.Е. Мелехов стал основоположником нового направления в современной отечественной психиатрии – области религиозной психопатологии, важнейшей задачей которой является квалификация психопатологических явлений с религиозно-мистическим содержанием и их отличие от индивидуальных особенностей нормального, традиционного религиозного опыта. Им был написан труд «Психиатрия и вопросы духовной жизни» [3], в котором он исходил из свойственного христианской антропологии трихотомического понимания человеческой личности с разделением ее на три сферы: телесную, душевную и духовную, и ввёл данное понимание в современную отечественную психиатрию. В соответствии с этим он условно разделял сферы компетенции: болезнь телесной сферы

относится к компетенции врача-соматолога, душевной – врача-психиатра, духовной сферы - у людей религиозных относится к компетенции священника. Когда «эти три сферы человеческой личности – дух, душа и тело, - как отмечал Д.Е. Мелехов, - находятся в согласии, в гармонии друг с другом, что достигается только при условии преобладающего влияния сферы духа, можно говорить о здоровье». Он писал о необходимости в ряде случаев «поставить пациенту духовный диагноз», при этом «диагноз духовного кризиса личности» может служить дополнением к психиатрическому диагнозу.

Д.Е. Мелехов отмечал двоякий характер религиозного переживания у психически больных: оно с одной стороны, может быть в случае патологии непосредственным отражением симптомов болезни, с другой - быть проявлением здоровой личности, и тогда, даже при наличии болезни, религиозная вера помогает больному сопротивляться болезненному процессу, приспособиться к нему и компенсировать дефекты, внесенные болезнью в личность больного. Позиция Мелехова по данному вопросу соответствует высказанным ранее идеям В. Франкла: «Религия дает человеку духовный якорь спасения с таким чувством уверенности, которое он не может найти нигде больше» [4].

Таким образом, Д.Е. Мелехов одним из первых в современной отечественной психиатрии стал рассматривать религиозную веру как важнейший личностный ресурс для проведения реабилитационных мероприятий. Данное положение было сформулировано им на основании его клинического опыта. У него не было возможности для проведения серьезного научного исследования, соответствующего критериям доказательной медицины. Однако этот его тезис нашел подтверждение во многих современных клинических исследованиях отечественных и зарубежных авторов [5,6].

Д.Е.Мелехов призывал к тесному сотрудничеству психиатров и священников — «идти путем взаимопомощи, взаимоуважения и взаимообмена опытом» в вопросах лечения душевнобольных, при четком разграничении сфер компетенции. Он подчеркивал необходимость уважительного отношения врачебного персонала к религиозным взглядам больных и, по

сути, ставил вопрос о необходимости повышения квалификации психиатров в области особенностей религиозного мировоззрения и религиозного образа жизни. Следует отметить, что в современных зарубежных исследованиях также ставится вопрос о необходимости знания религиозных доктрин, ритуалов, структуры организации религиозных общин специалистами служб психического здоровья [7].

Кроме этого, им был поставлен вопрос о необходимости специальной психообразовательной работы среди священников и студентов учебных заведений, занимающихся подготовкой священнослужителей в отношении основных проявлений и закономерностей течения психических заболеваний. Написанная им работа в первую очередь являлась учебным пособием для будущих священнослужителей. В отличие от работы К. Шнайдера (1929) «К введению в религиозную психопатологию» [8], она кроме описания психической патологии с религиозным содержанием включала осмысление болезни и отношения к болезни с христианской позиции. Им сформулирована концепция специального курса «Пастырской психиатрии» для православных духовных учебных заведений.

На склоне лет Д.Е.Мелехов писал: «Как всё материальное в природе является для нас выражением Славы и Сияния Божия, «присносущей силы Его и Божества», так, в частности, и моя отрасль труда и общения с людьми больными и здоровыми вот уже скоро 50 лет является для меня таким источником, через который мне больше всего открывается духовный мир».

Многогранное научное наследие Дмитрия Евгеньевича представляет не только большой интерес для истории отечественной науки, но и является краеугольным камнем, на котором базируются важнейшие современные направления психиатрии.

Список литературы

1. Каледа Г.А. Предисловие к книге профессора Д.Е.Мелехова «Психиатрия и проблемы духовной жизни» //Священник Глеб Каледа-ученый и пастырь. М., 2012, с. 546-550
2. Центральный архив ФСБ РФ Д.Р-40232.

3. Мелехов Д.Е. Психиатрия и проблемы духовной жизни. Синапс 1991; (1) 47-55; 1992 (2) 64-79.
4. Франкл В. Психотерапия и религия. М.: Прогресс, 1990. С. 334.
5. Teppe L., Pogera S.A., Coleman E.M., Malony H.N. The Prevalence of Religious Coping Among Persons With Persistent Mental Illnes //Psychiatric services/ may 2001, v.52. N 5
6. Копейко Г.И., Борисова О.А., Казьмина О.Ю. Религиозные попинг-стратегии в реабилитации психически больных //Психиатрия, 2016, №2, 40-49
7. Greenberg D., Witztum E. Problems in the Treatment of Religious Patients //Am. J. Psychother. - 1991. – Vol.45. - № 4. – P. 554-565.
8. Шнайдер К. К введению в религиозную психопатологию //Независимый психиатрический журнал 1999, №1. С.3-13; №2, с.3-9; №3. С. 5-14

УДК 616.89-02-084

Кондратьев Ф.В.

Религиозность психически больного — методологические проблемы её понимания

ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского»
Минздрава России, Москва
e-mail: fvkondr33@mail.ru

Работая над своей монографией «Судьбы больных шизофренией» [1] я смог убедиться в том, что религиозность играет в жизни больных весьма существенную роль, в том числе как корректор душевных расстройств [2]. Этот факт привел меня к специальному анализу аспектов взаимовлияния религиозности и психопатологии [3]. Данный анализ подтвердил существенное значение религиозности для психического здоровья [4]. Вместе с тем, работая над этой темой можно было видеть, что само понятие «религиозность» и сопряженное с ним понятие «духовность» имеют разночтения, что создает проблемы научного взаимопонимания [5].

На таких конференциях как настоящая очень важно определять, что есть религиозность в аспектах клинической психиатрии, что должно быть методологической основой обсуждения проблемы. В представленных тезисах суть моих наработок по этой теме за последние годы.

Я считаю, что в основе должно лежать трихотомическое понимание сущности человека. С античных времен, с ап. Павла и вплоть до великих мыслителей нашего времени (V. Frankl) не найдено ничего лучшего в постижении человека, чем представление о нем как о трехмерной сущности: тело, душа, дух. В душевном, в психологическом понимании себя и других в этом мире межличностных отношений и бытийных ситуаций проходит вся наша повседневная жизнь.

Вместе с тем человеку присуще религиозное чувство, чувство того, что над всей этой бренностью существует нечто высшее, исторически называемое духовностью. Суть этой духовности может быть понята, как считают богословы, только с позиций обóжения человека. Однако, такое понимание не приемлемо атеистами.

Надо искать консенсус. Для этого нужно отказаться от попыток переубеждать друг друга есть Бог или нет Бога. Надо встать над этой альтернативой и вспомнить слова М. Ломоносова: "Наука и вера взаимно дополняют и подкрепляют друг друга. А благоразумные и добрые люди должны рассматривать, нет ли какого способа к объяснению и отвращению мнимого между ними междоусобия".

Богословы утверждают, что Бога разумом познать нельзя (апофатическое богословие), Его можно только чувствовать. С этим должны согласиться все: нельзя познать то, что выше психологического уровня инструментариями этого же, психологического, уровня, однако можно по интуиции, по **чувству** допустить, что там, выше, **что-то** есть. Это чувство, называемое религиозным чувством, прослежено через всю историю человечества, начиная с изначальных исторических знаний о нем. С.С. Корсаков писал: “Религиозное чувство в большей или меньшей степени присуще каждому нормальному человеку», а C.G. Jung назвал его "великой силой,

содействующей стремлению человека к целостности и полноте жизни".

О содержании психологического (душевного) уровня нельзя судить по морфологии мозга и его нейрофизиологи, т.е. по свойствам тела, хотя без последнего психологии нет. О духовной сущности нельзя судить по структуре психологического уровня, хотя без психологического уровня нет и духовного. О духовном уровне можно судить только по его отражению трансцендентного, духовно-божественного. При всей недоступности прямого познания сущности духовного, представления о ней всё же могут быть получены при анализе проекций с этого высшего, духовного, уровня, то есть по продукции судить о производителе. Такой «продукцией» предстают нравственные отношения, сформулированные в религиозных учениях. Так, в христианстве ими являются обращенные к внешнему миру любовь, самоотдача, стремление к творчеству, созиданию, чувство благостности, красоты, мудрости, совестливость, милосердие, а также свобода своего бытия от витальной и социальной зависимости и ответственность за свои действия, и, главное, смирение перед волей Бога.

Различия духовной сущности у адептов разных религий дифференцируют понимание ими смыслов своего существования и направленность конкретного социального поведения, характеризуют свойства свободы воли. Так, религиозность воцерковленного христианина и фанатичного приверженца ИГ полностью противоположны, что обусловливает радикальные различия их жизни. Больные шизофренией при одном и том синдроме с одной и той же фабулой, но с принципиально различными религиозно-нравственными установками обнаруживают и принципиально различное поведение, например: одни молитвенно просят Бога урезонить «преследователей», а другие убивают своих мнимых врагов.

У психически заболевших адептов разных религий следование религиозным предписаниям может сохраняться, но может и значительно изменяться из-за болезненно-искривленного толкования тех или иных догматов, а также

вследствие императивных слуховых и зрительных галлюцинаций.

Духовность всегда неповторимо индивидуальна и психиатру, конечно, надо иметь представление о духовной сфере своего пациента, поскольку именно она выражает сущность личности. Знать, но не пытаться навязчиво корригировать, поскольку это не может дать результата и лишь вызовет негативную реакцию пациента.

Психиатр-атеист, не имеющий религиозного опыта, без религиозного чувства, живущий вне со-бытия с Богом, не имеет морального права вмешиваться в духовную жизнь своего пациента, предлагать какие-то советы. Можно дать аналогию: кто-то без музыкального опыта, без чувства музыки, без музыкального слуха вдруг бы стал советником Моцарта или позволил себе править сонаты Баха.

Правомерен постулат: расстройство телесного проявляется в психопатологии, которая отражается в духовном. Действительно, психопатология может проявляться только на психологическом уровне, хотя её причины находятся на телесном уровне. Психопатологически искаженная информация с психологического уровня посылается в высший, духовный уровень и может внести изменения и тогда духовные посылы к действию могут стать неадекватными. На самом духовном уровне болезни не может быть, так как на нем нет для неё субстрата, но духовный уровень может быть искажен от его подосновы – психологического уровня.

Тело-душа-дух – это единство, проявление в интеграле. Поэтому, когда происходит духовный разлом, то это сказывается и на душевном (напр., синдром одичания) и на телесном (биохимические сдвиги) уровнях; психологические стрессы, проявляясь в психопатологии, отражаются в духовном и нарушают нормативы телесного.

Религиозной фабулы галлюцинаторные видения и голоса, как проявления нарушений на психологическом уровне, исходят от патологии на телесном уровне, такого же содержания видения и голоса у глубоко верующего исходят с духовного уровня. Иногда это трудно дифференцировать.

Следует различать истинные религии и «религии» номинальные. Само определение наличия истинной религиозности может представлять большие трудности. Опыт показал, что утверждения пациента, что он атеист или что он верующий, может полностью не соответствовать действительности. Без религиозного чувства, без религиозного опыта и духовной жизни пациент не может считаться религиозным. Принадлежность к каким-либо «религиям», не имеющим духовной основы, верования в «истинность» этих учений не свидетельствует о религиозности пациента, например, у адептов сайентологической «церкви» Хаббарда.

Важно определять время становления религиозности: до начала психических расстройств или позже, когда сама психопатология может привести к религиозности, к религиозности истинной, духовной, и к «религиозности» номинальной, но с религиозной лексикой и собственной ритуальностью, что может проявиться в инициировании нового культа (секты). Вытеснение духовной сущности своей веры утрированным формализмом религиозных ритуалов – частый признак начала болезни у религиозного человека.

Проблема религиозности применительно к психически больным осложняется тем, что согласно определению Европейского Суда по правам человека, «Защита права человека на свободу религии не ограничивается широко распространенными и признанными в мире религиями, но также применяется и к редким и практически неизвестным верованиям» даже, когда этих убеждений придерживается всего один человек. «Религиозное учение» как фабула бреда – не свидетельство религиозности психически больного, даже, если найдутся индуцированные этим бредом адепты «новой религии».

Список литературы

1. Кондратьев Ф.В. Судьбы больных шизофренией/ М.: Изд-во ЗАО Юстицинформ. 2010. 402 с. http://www.psychiatry.ru/lib/55/book/120

2. Кондратьев Ф.В. Духовность как корректор душевных расстройств/ «Междисциплинарный подход к психическим

расстройствам и их лечению: миф или реальность?» Санкт-Петербург. 2014. Тезис № 101. http://olds-sektain.1gb.ru/Kondratyev/16.html

3. Кондратьев Ф.В. Религиозность и психопатология. Аспекты взаимовлияния/ Российский психиатрический журнал № 5. 2012. Лекция. С. 5 – 13. http://olds-sektain.1gb.ru/Kondratyev/3.html

4. Кондратьев Ф.В. Значение религиозности для психического здоровья/ Доклад на Международных образовательных рождественских чтениях. Москва 2008. http://olds-sektain.1gb.ru/Kondratyev/15.html

5. Кондратьев Ф.В. Душевные и духовные болезни – как их понимают врачи-психиатры / Православие и проблемы биоэтики / Сборник работ. – Москва, 2017. – С. 305 – 322.

УДК 616.89-02-036

Копейко Г.И., Борисова О.А., Гедевани Е.В.

Клинико-психопатологические особенности бреда одержимости при шизофрении

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия
e-mail: gregory_kopeyko@mail.ru

Актуальность изучения религиозных бредовых расстройств при шизофрении с преобладанием бреда одержимости (овладения) определяется не только тем, что он является малоизученным психопатологическим феноменом, но и высокой частой встречаемости разных форм асоциального поведения при данной разновидности бредовых нарушений.

Целью настоящего исследования явился психопатологический анализ бреда одержимости при шизофрении и его прогностическое значение для особенностей динамики эндогенного заболевания, в рамках которого развивается бред одержимости.

Материалы и методы исследования. Клинико-психопатологическим и клинико-катамнестическим методами

проведено изучение феномена одержимости у религиозных больных, наблюдавшихся в период с 1994 по 2016 гг. в группе по изучению особых форм психической патологии отдела по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний (руководитель - академик РАН, проф. А.С. Тиганов) ФГБНУ Научный центр психического здоровья (директор – проф., д.м.н. Т.П. Клюшник).

Все больные были диагностированы в рамках эндогенного заболевания - параноидной шизофрении (F20.01, F20.02 по МКБ-10).

Клиническая выборка включала 13 больных (8 женщин, 5 мужчин; в возрасте от 20 до 65 лет, (средний возраст 32,84 лет, SD=7.96), страдающих шизофренией. В клинической картине заболевания у всех больных на момент обследования имел место бред одержимости, который отражал убежденность пациента во внедрении внутрь его собственного тела чужеродной «живой сущности». Состояние одних пациентов проанализировано на момент непосредственного обследования

Результаты, обсуждение.

В подавляющем большинстве случаев начало заболевания удавалось проследить с пубертатного периода, когда у больных появлялись амбулаторные аутохтонные аффективные расстройства разной глубины и продолжительности. Как правило, аффективные расстройства носили атипичный характер и были представлены отдельными депрессивными состояниями с тревожно-апатическими, адинамическими или дисфорическими проявлениями, реже - маниакальными состояниями с расторможенностью влечений и непродуктивностью в учебе. В дальнейшем, по миновании подростково-юношеского возраста, у больных появлялись сверхценные увлечения, отражающие как экзистенциальные проблемы, так и концепции религиозного и оккультного характера, их сопровождали малоразработанные несистематизированные интерпретативные бредовые идеи отношения, преследования, порчи, и ипохондрического содержания. На этом этапе заболевания происходило постепенное формирование религиозного мировоззрения.

Манифестный психоз в группе обследованных больных возникал в зрелом возрасте, спустя 8-17 лет после появления инициальных признаков болезни. Психические расстройства возникали остро, нередко по механизму озарения. Больные внезапно ощущали, что в их тело «вошел бес» в виде «энергетического сгустка», физически чувствовали внутри себя движения другого, чуждого им, живого существа - «беса с длинным хвостом». Присутствие беса ощущалось в разных по локализации частях тела, он проникал в глаза, уши, перемещался внутри тела, обвивал конечности «словно прутьями». В других случаях бес в виде существа со щупальцами сидел внутри тела, двигался, периодически «перекрывал щупальцами горло, засовывал туда червей». Бес двигался в грудной клетке, под ребрами, «присасывался под сердце, пил кровь и отнимал энергию». После того, как у больных появлялась убежденность во внедрении беса в тело, все они отмечали возникновение «чужих мыслей», которые «посылались дьяволом». В их голове непроизвольно возникали оскорбительные мысли, им навязывались насильственно мысленные диалоги, нецензурная брань, иногда им запрещали употреблять еду и воду, по ночам показывали «издевательские сны». Бес запрещал двигаться, заставлял молчать, так что больной не мог разговаривать, запрещал глотать еду. У другого больного после внедрения беса возникло ощущение присутствия двойника, «второго черного человека в душе», разотождествленного с собственной психической деятельностью. Нередко больные описывали, что бес в виде сгустка энергии движется внутри тела, вызывая боли во внутренних органах, при этом стремится поразить как можно больше органов тела пациента, «выжигает тело» так, что при этом появляется запах гари. Часто возникали эпизоды, когда больные чувствовали, что бес управляет их речью, показывает им зрительно сцены эротического непристойного содержания. В некоторых случаях больные сообщали, что бес, находящийся внутри них, оказывает воздействие на окружающих людей, заставляя их зевать, кашлять, нарушать формы приличного поведения. Больные чувствовали, что из них исходит «бесовская энергия», которая передается близким, и у последних

появляются «пагубные страсти». Больные изобретали особые способы борьбы с бесом и защитой от него. Чаще всего боролись с бесом с помощью «поста и молитвы», читали специальные «акафисты - бесогоны», резко ограничивали себя в еде и потреблении жидкости, для того, чтобы «умертвить беса», устраивали рвоту и полностью отказывались от еды, что приводило к резкому истощению и необходимости госпитализации в реанимационное отделение для оказания необходимой соматической помощи. Некоторые пациенты, с целью избавиться от беса, неоднократно посещали сеансы экзорцизма в монастырях (одна больная - свыше 20 раз) без всякого улучшения состояния. Некоторые больные совершали магические обряды для защиты от беса: чертили на полу круг из соли и подолгу стояли внутри него, произнося молитвы и заклинания.

Детальный анализ психопатологической картины показывает, что в этих случаях в клинической картине манифестного галлюцинаторно-параноидного психоза центральное ядро составляет бред одержимости внутренним существом (бесом), оказывающий воздействие на мысли и тело больного, тесно спаянный с галлюцинациями общего чувства, гаптическими галлюцинациями, а в некоторых случаях - с бредовыми идеями порчи, колдовства, бредовыми построениями ипохондрического содержания, сенестопатическими расстройствами. Бредовая убежденность в одержимости нечистой силой не является плодом размышлений и догадок больных, а возникает вместе с появлением галлюцинаций общего чувства. В дальнейшем остро, через состояние тревожного возбуждения, нередко с элементами острого чувственного бреда, наряду с бредом одержимости, возникают идеаторные, сенестопатические, реже - кинестетические автоматизмы, псевдогаллюцинаторные расстройства и формируется развернутый синдром Кандинского-Клерамбо с полным набором психических автоматизмов, бредом овладения бесом, вербальными псевдогаллюцинациями, гаптическими и обонятельными галлюцинациями, а в некоторых случаях имела место картина бредовой деперсонализации.

Анализ течения эндогенного заболевания в изученных случаях показал, что у большинства больных тип течения болезни близок к стереотипу развития параноидной шизофрении: начало со сверхценных образований, далее появление интерпретативного бреда, затем усложнение интерпретативных бредовых идей и появление политематического интерпретативного бреда (бредовые идеи отношения, порчи, сочетающиеся с бредом эсхатологического содержания), дальнейшая трансформация в развернутый синдром Кандинского-Клерамбо. Однако в отличие от классического варианта имелись случаи эндогенного заболевания, начинавшегося с циркулярных аффективных фаз, затем появлялись интерпретативные бредовые идеи, приобретавшие впоследствии хронический характер, а затем возникал массивный психоз с синдромом Кандинского-Клерамбо и бредом одержимости.

Как показало проведенное исследование, синдром Кандинского-Клерамбо с бредом одержимости бесом мог наблюдаться при разных вариантах эндогенного заболевания, с разным течением, исходом и прогнозом. В тех случаях, когда синдром Кандинского-Клерамбо развивался в тесной связи с проявлениями острого чувственного бреда (двое больных), выраженным аффективным компонентом, несистематизированностью и малой разработанностью бредовых идей порчи, отравления или преследования - в этих случаях эндогенное заболевание протекало приступообразно, границы приступов были хорошо очерчены, у больных быстро восстанавливалось критическое отношение к перенесенному психозу, резидуальный бред в межприступный период полностью отсутствовал.

В большинстве наблюдений (11 случаев) синдром Кандинского-Клерамбо развивался в тесной связи с систематизированными бредовыми идеями отношения, преследования, порчи или систематизированным ипохондрическим бредом. Эндогенное заболевание принимало непрерывное течение, и практически постоянно сохранялась вся имеющаяся галлюцинаторно-бредовая симптоматики с явлениями психического автоматизма, имели место лишь

колебания ее интенсивности. Эти пациенты сохраняли значительную недоступность в отношении бреда, выраженную формальность в отношении контакта с врачом. Критика к бредовым расстройствам полностью отсутствовала. В этих случаях негативные расстройства больных были наиболее глубокими: появлялись признаки снижения энергетических возможностей, эмоционального обеднения, ригидности и обстоятельности. Больные превращались в затворников, они совершенно переставали интересоваться жизнью семьи, нередко не следили за своим внешним видом, резко ухудшались в социально-бытовом отношении. Большинство больных были нетрудоспособными и оформляли инвалидность.

Заключение. Таким образом, в процессе изучения были получены новые данные, касающиеся клинико-психопатологических особенностей больных, страдающих параноидной шизофренией с бредом одержимости. Проведенное исследование показало, что в этих случаях имеет место целый ряд психопатологических особенностей синдрома Кандинского-Клерамбо, связанных, по нашему мнению, с влиянием фактора религиозности на проявления и содержание психических расстройств.

УДК 615.851

Машкова И.Ю.

Духовные аспекты преодоления созависимости в практике клинической психотерапии

ФГБОУ ВПО «Смоленский государственный университет», Смоленск, Россия
e-mail: makarovai2010@yandex.ru

Представление о зависимости как духовном недуге, формирующееся в историческом опыте Православной Церкви, становится сегодня все более востребованным. Соглашение о сотрудничестве между Министерством здравоохранения Российской Федерации и Русской Православной Церковью

определило необходимость совместной работы в преодолении недуга зависимости. Построение системной работы является одной из задач в реализации Концепции РПЦ по утверждению трезвости и профилактике алкоголизма. Предметом научных исследований становятся духовные аспекты проблемы зависимости [3]. Как известно, зависимость – это семейная системная дисфункция [4]. Паттерны созависимости выявляются у значительного числа лиц, обратившихся за психотерапевтической помощью по широкому спектру клинических проблем. Сегодня хорошо изучены системные семейные механизмы формирования созависимости (Битти М., 1997; Potter-Effron R.T., 2002; Кулаков С.А. 2001, Циринг Д.А., 2009; Курек Н., 2004; Назаров Е., 2000; Манухина Н., 2009, Хемфелт Р. с соавт., 2007; Бредшоу Д., 1989, Уайнхолд Б. и Д., 2011). Зависимость и созависимость – это проблемы одного корня, зеркально копирующие и подпитывающие друг друга. (Москаленко В.Д., 2006; Осинская С.А., 2015).

Цель работы - дальнейшее развитие представлений о созависимости на основе интеграции системного семейного подхода и православной антропологии для совершенствования технологии преодоления созависимости в практике клинической психотерапии.

Материалы и методы

• Теоретико-методологическое исследование проблемы психотерапии зависимости и созависимости с применением семейного системного подхода, теории объектных отношений, православной антропологии.

• Комплексное исследование семьи и родительства с использованием методов психологической диагностики на основе системных семейных представлений, количественных и качественных методов обработки данных о 370 семьях.

• Анализ практики психотерапии созависимости (проанализировано свыше 100 психотерапевтических случаев, реализованных автором в течение 15 лет).

• Разработка технологии психотерапии созависимости на основе интеграции семейного системного подхода и православной антропологии.

Результаты исследования

Для понимания семейных системных условий формирования созависимости мы использовали идею С.А. Кулакова и соотнесли базовые механизмы психического симптома О. Кернберга [5] с моделью семейной системы М. Боуэна [2]: монада, диада, триада. На наш взгляд, данные типы представляют собой не только стадии развития, но и структурно-функциональные уровни организации семейной системы. В основе развития личности и системы лежат процессы отделения и дифференциации.

В недифференцированной системе монады мать и ребенок в симбиотическом слиянии функционируют как единый комплекс. Присущая симбиотической системе в целом тревога глобальна и не дифференцирована, она препятствует установлению собственных контактов ребенка с миром и ведет к функциональному регрессу матери. Монадный тип организации может быть и следствием регресса личности взрослого сына и системы в целом в результате неудачной попытки отделения. Семейная система уровня монады грубо дисфункциональна. Типичные роли и функции не складываются, социальная интеграция затруднена.

Структурно-функциональный уровень диады формирует такие компоненты и функции «Я», как дифференциация ощущений, различие «Я - не Я», «внешнее – внутреннее», способность к осознанию ситуативных ролевых взаимодействий. Но Эго-идентичность фрагментарная, различные ее компоненты поляризованы - «хороший - плохой», «добрый - злой» - и не складываются в единую структуру. Поляризованная Эго-идентичность создает основу для непрерывной конфронтации в отношениях «Я - Ты», которые проявляются в модели созависимости. Для системы в целом характерна деформация структурно-ролевых отношений, размытость внутренних границ, нарушение взаимодействия и иерархии подсистем, вертикальные (в том числе трансгенерационные) коалиции.

Только в условиях полноценного функционального треугольника развивается интегрированная Эго-идентичность, способность дифференцировать чувства, подвергать критике и корректировать когнитивные установки, формировать

стабильные внутренние образы «Я» и значимых объектов. Паттерны психической активности усложняются на основе дифференциации и интеграции. Структурно-функциональный уровень триады предполагает четкость ролевых позиций и границ, эффективность внутренних и внешних коммуникаций, своевременное отделение, необходимое для развития семьи. Семья социально активна, интегрирована в общество.

В психотерапии созависимости мы в основном имеем дело с личностью диадного, реже монадного типа. Поляризованная или размытая идентичность – постоянный источник тревоги. «Прорехи» идентичности в формировании целостного образа Я – это отвергаемые или несформированные части личности. Взаимодействуя с Другим, личность ищет в нем опору, структуру, спасаясь от хаоса. Диффузная расширяющаяся Эго-идентичность сочетается с «отчуждением от себя» (К.Хорни), и проективным воссозданием себя в Другом в форме «чтения» его мыслей, переживания чувств.

Стратегия дифференциации помогает принятию отвергаемых частей своего Я, контакту с ними, интеграции в общую структуру личности, что сопровождается принятием собственного несовершенства, осознанием проблемы. Отрицая недуг, человек находится в его власти, тогда как, принимая свой недуг, отстраняется от него и приобретает способность управлять своим поведением. Важно понимать: «Я не равно недуг».

Понимание греховной сути проблемы созависимости позволяет применить для исцеления от нее принципов духовного врачевания. Более 300 лет тому назад вышла книга «Грешных спасение», написанная афонским иноком Агапием (Ландосом). Переведенная на разные языки, она многократно переиздавалась и остается востребованной современным читателем [1]. Рассматривая «средства от грехов», воспользуемся прямыми цитатами из этой книги. «*Первое врачество – осознание причиняемого грехом вреда… как причины зла и вечного наказания. Второе врачество – это осознание благородства и величия своей души, созданной Триединым Богом по Своему образу и подобию … Третьим врачеством является уклонение от причин и мест обитания*

греха… Четвертым врачеством является частое участие в Таинствах Исповеди и Божественного Причастия. Эти таинства наивеличайшие благодеяния Троичного Бога человеку, ибо ими он исцеляется от ранее содеянных грехов и, подобно духовной броне, защищается от падений будущем… Пятым врачеством является борьба с нерадением, праздностью и матерью всех страстей – леностью…Шестым врачеством является ежевечернее размышление и анализирование прошедшего дня…Седьмым врачеством является полное презрение мира и осознание его тщетности».

Обсуждение результатов

Понимая психотерапию созависимости на основе дифференциации как условие духовного развития личности, сформулируем ее основные постулаты:

1. Осознание собственного несовершенства не мешает принимать и понимать себя, видеть и различать в себе чувства, мысли, осознавать различные роли, принимать противоречия.

2. Осознавая свое несовершенство, можно свободно контактировать с другим человеком.

3. Осознание несовершенства Другого не мешает любить его и развиваться, находясь рядом с ним.

4. Человек несет ответственность за собственное духовное развитие и не пытается влиять на Другого.

5. Осознание несовершенства не мешает видеть лучшее в себе и в Другом, воспринимать себя и другого как «Божье творение».

6. Понимание духовной сути проблемы позволяет применить для ее решения православных принципов исцеления.

Выводы

- Динамика зависимости и созависимости отражает уровни структурно-функциональной организации семейной системы: монада, диада, триада.
- Уровень структурно-функциональной организации семейной системы, в свою очередь, определяет спектр духовно-нравственных проблем и ресурсов семьи и личности.
- Развитие теоретических представлений и совершенствование технологии психотерапии созависимости на основе семейного системного подхода и православной

антропологии определяет предметное поле научно-практического сотрудничества в вопросе интеграции богословия и светской психотерапии.

Список литературы

1. Агапий (Ландос), инок. Как спастись / Перевод с новогреч. Протоиерея Димитрия Гоцкалюка. – М.: Отчий дом, 2013. – 192 с.
2. Боуэн М. Теория семейных систем / под ред. К. Бейкер, А.Я. Варги. - М.: Когнито-центр, 2005. – 493 с.
3. Григорий Григорьев, протоиерей, доктор медицинских наук. Грех как аддиктивное поведение: богословские основания и медико-психологический опыт исследования // Диссертация на соискание ученой степени доктора богословия, 2015 http://trezvenie.org/new/library/thesis_grigoriev.pdf
4. Москаленко В.Д. Зависимость – семейная болезнь http://lib100.com/book/family_therapy/dependence/html/?page=253
5. Kernberg O. Severe personality disorders. New York, 1984.

УДК 616.89-02-07

Минаков А.А.

Религиозное сознание и формирование внутренней картины болезни в психиатрии

ГБОУ ВПО Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет Минздрава России, кафедра психиатрии и наркологии, Санкт-Петербург, Россия
e-mail: artem-minakov@yandex.ru

Цель исследования: оценить влияние религиозного сознания на течение заболевания и формирование внутренней картины болезни у больных с психической патологией.

Материал и методы: анализ литературы, описывающей психопатологический опыт у лиц с религиозными формами сознания.

Понятие о психическом расстройстве по-прежнему сохраняет в себе черты конвенциональности, базирующиеся на совокупности отклонений от нормы поведения, принятой в конкретной этнокультурной среде. В то же время, соответствие поведенческим стандартам оставляет за индивидом право на любые формы психических переживаний, в том числе выходящих за границы нормы-патологии.

Появление отдельного симптома или группы симптомов не всегда связано с развитием патологического процесса, в реализации которого не последнюю роль играют средовые факторы: семейные отношения, урбанизация, традиционные ценности и религия. Так, О.А. Гильбурд (2012) рассматривает некоторые симптомы, встречающиеся повсеместно у коренных народов Сибири, как культурно обусловленные и поэтому теряющие свою диагностическую значимость, тем самым расширяя границы этнокультуральной психической нормы. В той же мере это относится к религиозному опыту, в котором границы между психопатологическими и религиозно-мистическими переживаниями существенно размыты

Религиозное сознание представляет собой форму мировоззрения, допускающую существование сверхъестественной силы, способной оказывать влияние на жизнь человека. В поисках истоков религиозности А. Бергсон (1932) указывает на магический опыт, связанный с изменением восприятия и состояниями экзальтации, рассматривая его как раннюю форму религиозного сознания. Магическое мировоззрение в большей степени опирается на индивидуальный мистический опыт, чем на религиозные догматы, существуя в менее жесткой космогонической системе, в которой взаимоотношения человека и сверхъестественного основаны на симбиотических принципах. В рамках данной статьи термин религиозное сознание будет включать как магический, так и более поздний монотеистический аспекты этого феномена.

Формирование магического сознания, тесно связано с применением психоактивных веществ (ПАВ). T. Froese (2014), изучая артефакты эпохи палеолита, представленные на разных континентах, отмечает характерные изменения восприятия

присущие интоксикации ПАВ. Можно говорить о том, что применение ПАВ уходит корнями в глубокую древность и играет важную, но скорее, второстепенную роль, в процессе формирования религиозного сознания. Так, в традициях шаманизма становление шамана часто происходило независимо от его воли, и протекало в форме шаманской болезни, первоначально не связанной с применением ПАВ. Связь шаманов с миром духов часто имела наследственный характер, что не исключало случаев её спонтанного возникновения. Характерными являлись и преморбидные особенности личности, которые хорошо укладываются в концепцию А.В. Снежневского «nosos и pathos». Шаманами часто становились болезненные и нелюдимые члены общества, с детства, ведущие замкнутый образ жизни. А. Смоляк (1991) приводит следующие сведения о становлении шамана: «Шаманами становились в 35-40 лет и старше. До становления будущий шаман длительное время боролся с духами, мучившими его, этот иногда затягивался на многие годы». Г.В. Ксенофонтов (1928) перечисляет ряд состояний сопровождающих шаманскую болезнь сравнивая их с симптомами болезней группы dementia praecox: «… деперсонализация, всякого рода мании, своеобразное символическое мышление, расстройство памяти, бред преследования, поражение воли (ступор), или наоборот — чрезмерное усиление ее (гиперфункция), стереотипия в движениях, позах и в речи (вербигерация), автоматизм, каталепсия — все это — типичные и часто повторяющиеся особенности шаманской болезни». Окончание периода шаманской инициации заканчивалось онейроидом с переживанием соматопсихической трансформации с последующим «исцелением» от предшествовавших недугов и обретением новых сверхспособностей. При этом прекращение шаманской практики часто сопровождалось возвращением болезненных состояний и черт, характерных для продромального периода. Так, по описаниям В. Радлова (1884), шаман отказывающийся камлать, подвергался страшным мучениям, которые заканчивались потерей душевных сил и картиной слабоумия с характерным безразличием, либо буйным помешательством и скоропостижной смертью». Таким образом,

шаманская болезнь имеет ряд черт характерных для эндогенных прогредиентных заболеваний. Однако регулярная шаманская практика вносит существенные коррективы в течение «болезни» и характеризуется контролем над психопатологическими симптомами, высоким уровень трудоспособности и интеллектуальной деятельности.

Анализируя работы в области этнографии и психиатрии, можно выделить ряд факторов оказывающих влияние на течение психических расстройств у людей с религиозным сознанием, формально не относящихся к категории пациентов.

Для этой группы лиц характерно существование целостной системы взглядов, включающей физический, социальный и мифологический уровни. Весь спектр психических переживаний, в том числе и психотических, возникающий у представителя традиционной культуры не является terra incognita и укладывается в рамки конвенциальных понятий ближнего круга. Это способствует сохранению социальных связей и препятствует социальной изоляции. Эту гипотезу подтверждает исследование ВОЗ, свидетельствующее о том, что толерантное отношение социума к психическим нарушениям ассоциируется с лучшей адаптацией больных и более благоприятным исходом.

Следующим фактором, оказывающим стабилизирующие влияние на психику, является дуалистическое представление о добре и зле, которое имеет свое выражение в противоборстве добрых (оберегающих) и злых (посылающих болезни) духов. Значение этого фактора связано с ощущением и накоплением внутренней силы (уверенности) шамана, посредством ритуального поддержания добрых духов-помощников. Аналогичная картина наблюдается и в современных исследованиях: в группе сравнения больных шизофренией и не пациентов слышащих голоса, в 79% случаев у не пациентов преобладали положительные голоса, против 11% у больных шизофренией [5]. Положительные «голоса», действуют подобно "духам-помощникам" шаманов выполняя протективную функцию. Сохранение "духа-помощника" при себе связано с определенным типом поведения, который соответствует религиозным, социальным или нравственным канонам. Утрата

поддержки "духов-помощников" вследствие деструктивного типа поведения (мышления) приводит к активизации антагонистического полюса переживаний. Это демонстрируют самоотчеты больных, испытывающих негативные вербальные галлюцинации, при изменении настроения или появлении «негативных» мыслей.

Неотъемлемой составляющей религиозного сознания являются ИСС: в рамках неписьменных культур это различные формы экстатических трансов, а в теистической традиции - молитва. Сам феномен шаманского транса является уникальным в силу ряда особенностей, отличающих его от других состояний ИСС. R. Noll (1983) отмечает, что для шаманского транса характерны высокая степень контроля в ИСС и сохранение межперсонального характера взаимодействия. Остается неизвестным, какое влияние оказывают на психику управляемые ИСС, регулярно используемые шаманами в своей практике и какую роль играет хроническое употребление ПАВ для этих целей.

Таким образом, представленный в данном обзоре материал показывает, что в некоторых случаях религиозное сознание способствует установлению контроля над психотическими переживаниями и обеспечивает достаточно высокий уровень социальной адаптации. Что может быть связано с:

1) способностью включать психотическую симптоматику в структуру религиозного мировоззрения, соответствующего личностным установкам;

2) формированием новой системы ценностей и устранением внутриличностных конфликтов;

3) сохранением социальных связей и высокой толерантностью социальной среды;

4) способностью самостоятельно индуцировать измененные состояния сознания.

Дальнейшие исследования в этой области открывают перспективы для дополнительных терапевтических и реабилитационных мероприятий, в которых акцент может быть смещен с подавления психотических переживаний на изменение внутренней картины болезни и контролю над симптомами заболевания.

Список литературы

1. Басилов В. Н. Избранники духов. – Политиздат, 1984.
2. Зубов А. Б. История религий //Книга первая: Доисторические и внеисторические религии. Курс лекций. – 1997. – Т. 3.
3. Froese T., Woodward A., Ikegami T. Are altered states of consciousness detrimental, neutral or helpful for the origins of symbolic cognition? //Adaptive Behavior. – 2014. – Т. 22. – №. 1. – С. 89-95.
4. Hopper K. Recovery from schizophrenia: An international perspective: A report from the WHO Collaborative Project, the international study of schizophrenia. – Oxford University Press, 2007.
5. Romme M., Escher S. Accepting voices. – London : MIND publications, 1993.

УДК 159.99

Мрыхин В.В., Перехов А.Я.

Отношение психиатрии и религии к эвтаназии

Ростовский государственный медицинский университет,
Ростов-на-Дону, Россия
e-mail: perekhov_a@mail.ru

Для психиатра и психолога этика работы со склонными к самоубийству основывается на моральной оправданности и допустимых границах вмешательства. Существует асимметрия между двумя сторонами дилеммы о вмешательстве, поскольку как суицид, так и решение о невмешательстве носят необратимый характер. Ведущим этическим положением в работе с самоубийцами является следующее: лучше допустить ошибку, спасая жизнь, чем позволить ей уйти. Эвтаназия, как новый способ медицинского решения проблемы смерти входит в практику современного здравоохранения под влиянием двух основных факторов: прогресса медицины, работающей в режиме управления умиранием; и смены ценностей и моральных

приоритетов в современной цивилизации, в центре которых стоит идея "прав человека". В настоящее время против так называемой пассивной эвтаназии реальных возражений нет. Битва идет за право больного на активную эвтаназию, то есть на самоубийство с использованием профессиональной медицинской помощи. Имеются сторонники позиции, идеологически рассматривающие долгом врача – обеспечивать максимальный комфорт человеческого существования. Главные аргументы противников эвтаназии – соображения нравственные и религиозные. Один из активных постулатов: только Бог решает, сколько человеку жить, когда умирать и сильно ли мучиться перед смертью. Другой веский аргумент «contra» был в свое время высказан Г.К. Честертоном: «В настоящее время предлагают убивать только тех, кто самому себе в тягость, но скоро так же станут поступать с теми, кто в тягость другим».

На X конгрессе ВПА в Мадриде (1996) было принято специальное постановление по вопросам эвтаназии: первейшей обязанностью врача является улучшение здоровья, облегчение страданий, защита жизни. Речь идет о совершенно бесспорных случаях, когда медицина бессильна, смерть неизбежна, страдания неимоверны. Однако кто даст гарантию, что уже завтра не будет изобретено новое совершенное обезболивающее средство, не будет найден способ восстановления нервной ткани, не найдено лечение против рака и т.д. и т.п.? Подавляющему числу и активных самоубийц и пассивных «эвтаназиков» необходима в этот момент квалифицированная психологическая, психотерапевтическая, реже - психиатрическая помощь. Исследуя явление самоубийства в древних культурах, Э. Дюркгейм приходит к выводу о его чрезвычайной распространенности, при этом на первом месте среди всех возможных мотивов самоубийства стоит самоубийство по причине преклонного возраста и болезней. Однако большую роль играют также культурально-идеологические факторы. Так самоубийство в буддийской культуре является видом религиозного обряда, ибо высшее блаженство и желанная цель жизни находится вне этой жизни - в "небытии". Атеизм - еще одна мировоззренческая система, правомерность самоубийства которой основана на ее исходных

принципах: человек - самодержец собственного тела. Современное атеистическое мировоззрение определяет себя как прогрессивное. Но в случае с "правом на достойную смерть» явно меняет свое направление, возвращаясь к языческим, варварским принципам "достоинства". Рекомендации и разработки Совета по этике и судебным делам АМА можно рассматривать как пример либеральной позиции по проблеме эвтаназии. Эвтаназия становится практически работающим принципом, если собственные ценности личности совпадают с такой ценностью современной цивилизации, как право на предельную самодетерминацию личности. С либеральных позиций, на которых стоит современная практическая медицина, эвтаназия основана на фундаментальном человеческом праве - праве умереть. Позиция, допускающая эвтаназию, имеет в своем арсенале еще ряд аргументов. Во-первых, предложение врачом смерти как медицинского лечения становится одним из аргументов медицинского уровня. Следующий аргумент, "альтруистический"- желание тяжело больного человека не обременять собою близких ему людей. «Демографический аспект» - допустимость эвтаназии связывается с ростом числа инвалидов преклонного возраста, содержание, уход и лечение которых влечет ряд экономических и социальных проблем. Использование понятий "милосердие" и "справедливость" для оправдания принудительной эвтаназии - это путь к возможному социальному беспределу, более того - один из знаков подлинного антихристианства как формы духовного *самозванства*, когда святыни и ценности христианства присваивают "себе такие силы в человечестве, которые на деле и по существу чужды и прямо враждебны Христу и Духу Его" [1].

Аргументы медиков, противников эвтаназии, основываются на врачебной практике. Во-первых, практика военных врачей свидетельствует о способности человека приспособляться к жизни, несмотря на инвалидность, когда адаптация и новое качество жизни приводили большинство из них к негативной оценке своих прежних просьб к врачам об ускорении их смерти. Во-вторых, принятие смерти как "вида" медицинского лечения может оказаться мощным препятствием

на пути развития самого медицинского знания, постоянно стимулируемого "борьбой со смертью». Выход самоубийства с уровня более или менее часто повторяющихся индивидуальных случаев на уровень морально допустимой социальной практики в рамках социального института здравоохранения может принять эпидемические параметры, особенно, если принять во внимание известную всем культурам "заразительность" идеи самоубийства.

Православный богослов В.И. Несмелов писал: "Ведь физическая смерть человека является не переходом в новую жизнь, а последним моментом *действительной* жизни". Социальное предназначение медицины есть борьба за действительную человеческую жизнь. В борьбе со смертью заключается нравственная сверхзадача медицинской науки и врачевания. Не чреват ли отказ от последовательного исполнения принципа сохранения и поддержания жизни изменением моральных основ врачевания? Либеральные идеологи пытаются уйти от использования слова "убийство". Тем ни менее, в языке, по крайней мере, в русском, нет слова, обозначающего такое действие - убийство остается убийством, со всей тяжестью преступления заповеди "не убий". А эвтаназия, какие бы благовидные маски она ни принимала, была и остается превращенной формой убийства и самоубийства одновременно. При этом нельзя не учитывать ту динамику, с которой возрастает число самоубийств в современном прогрессивном обществе. Э. Дюркгейм [2], анализируя статистику самоубийств, приходит к выводу, что общепринятые предполагаемые мотивы самоубийств (нищета, семейное горе, физические страдания, психические расстройства и т.п.), которым приписывается самоубийство, «в действительности не являются его настоящими причинами». К настоящим причинам Дюркгейм относит вполне определенные черты общества, а именно: состояние морального распада, дезорганизации, ослабление социальных связей человека, разрушение коллективного состояния сознания, т.е. религиозности. Христианское вероисповедание, а также иудаизм и ислам дают меньший во всех отношениях процент самоубийств. При этом среди самих христианских вероисповеданий характерны такие

числа: «Католические кантоны независимо от национальности их населения дают в 4 или в 5 раз меньше самоубийств, чем протестантские». Следовательно, влияние религии так велико, что превышает всякое другое». При этом Дюркгейм устанавливает определяющими два фактора: интенсивность организации церковной коллективной жизни и принцип автономии и личной свободы. В 1925 году А.К. Горский и Н.А. Сетницкий [3] пришли к выводу, что "вообще же в вопросе о жизни и смерти возможно или совместное с жизнью наступление на смерть, или индифферентное отступление от жизни". Степень и мера отступления - различны в разные времена и в разных странах. Постепенный отказ от общего дела человечества по борьбе со слепыми силами распада приводит к "окончательной стадии отступления", коей является "принципиально провозглашаемое индивидуальное или коллективное самоубийство как отказ от жизни".

Не является ли современная либеральная борьба за социальное и юридическое признание эвтаназии если не формой "коллективного самоубийства", то, по крайней мере, формой влияния на человеческую волю, внушая человеку, что жить надо возможно меньше? Не призвано ли современное религиозное возрождение Православия в России если не остановить, то, по крайней мере, сдержать натиск надвигающейся "духовной эпидемии" "рацио-гуманно-милосердных" форм (приемов) оправдания "права на достойную смерть" (?) и спасти по крайней мере своих чад? История помогает нам понять происходящую в современной культуре подмену смысла "мирной и непостыдной" смерти "правом на достойную смерть" Как же отличить подлинное милосердие от либерального суррогата? Подлинное милосердие и сострадание - всегда *"по слову Твоему"*, либеральное - всегда по "праву на предельную самодетерминацию личности". В вопросе непризнания эфтаназии как разрешенной практики взгляды психиатрии и религии совпадают, несмотря на различные этические основания.

Список литературы

1. Харакас С. Православие и биоэтика. - "Человек", № 2, 1994.

2. Дюркгейм Э. Самоубийство. Социологический этюд. М. 1994.
3. Горский А.К. Сетницкий Н.А. Смертобожество. - «Путь", 1992.

УДК 159.972

Находкин Е.Г., Герасимов Е. М.

Религиозные особенности мужчин, осужденных к лишению свободы и страдающих опийной наркоманией с коморбидной ВИЧ-инфекцией в Красноярском крае

КГБУЗ «Красноярский краевой психоневрологический диспансер №1», филиал №1, Красноярский край, Канск, Россия
e-mail: mmm-mmm83@mail.ru

Актуальность. Проблема психического здоровья населения России на протяжении последнего десятилетия занимает особое место в системе общественного здравоохранения. Интенсивные социально-экономические изменения, связанные в том числе с новациями структуры трудовой деятельности большей части общества, включение в социальные отношения мигрантов, прибывших в Россию с целью трудоустройства и создания семьи, бедность, снижение социальных перспектив способствуют росту психических и наркологических расстройств в различных возрастных и социальных группах (Дмитриева Т.Б., 2005; Незнанов Н.Г., 2012; Коробицина Т.В., 2016). Ряд авторов отмечают, что мужчины имеют большую частоту коморбидных психических расстройств, сопряженных с химической аддикцией, и ими чаще совершаются общественно опасные деяния с применением физического насилия с последующим осуждением и привлечением в пенитенциарную систему (Ласый Е.В. и др., 2011). Показатели распространенности психических и наркологических заболеваний в местах лишения свободы значительно превышает соответствующий показатель в общей популяции и объясняется высокой концентрацией социально-

дезадаптированных лиц (Антонян Ю.М. и др., 1998; Малкин Д.А., 2014; Находкин Е.Г. и др., 2016).

Поскольку изучение отдельных религиозных аспектов мужчин, страдающих синдромом зависимости от психоактивных веществ с коморбидной ВИЧ-инфекцией, находящихся в местах социальной изоляции, ранее не проводилось, такое исследование представляет определенный интерес.

Цель исследования. Оценка религиозных особенностей у мужчин, страдающих зависимостью от опиоидов (или опиоидов и каннабиноидов), коморбидной с ВИЧ-инфекцией, отбывающих наказание в пенитенциарных учреждениях.

Материалы и методы. На базе мужской исправительной колонии № 16 (пос. Громадск, Красноярский край) и лечебно-исправительного учреждения № 37 (город Сосновоборск, Красноярский край) методом сплошной выборки обработаны медицинские карты и проведены клинические интервью с осужденными мужчинами в возрасте от 19 до 59 лет, страдающими зависимостью от опиоидов, либо каннабиноидов и опиоидов без и с коморбидной ВИЧ-инфекцией. Из них была выделена группа исследования – 70 человек, критериями включения в которую стали положительный результат обследования на ВИЧ (ИФА, иммуноблот) и наличие синдрома зависимости в условиях, исключающих употребление (F 11.21., F 19.21.). Группа контроля включала 100 человек с синдромом зависимости без ВИЧ.

Результаты и обсуждение. Возрастная структура осужденных обеих групп характеризуется превалированием более старших по возрасту лиц в основной группе в сравнении с группой контроля. Медиана их возраста составила 33,00 [29,00; 39,25] года, в контрольной группе – 28,00 [25,00; 35,00] лет, ($p<0,001$). В тоже время при оценке возраста наркотического старта в обеих группах медиана составила 15,00 лет, что объясняет прямую корреляцию возраста осужденного и стажа парентерального наркопотребления опиоидов, с увеличением которого происходит значительное возрастание риска инфицирования ВИЧ, который реализовался у обследованных основной группы.

При анализе национального спектра осуждённых мужчин подавляющее большинство в обеих группах составили русские – 85,71% в основной и 74,00% – в контрольной; таджики – 2,86% и 5,00% человек соответственно. Остальные распределились следующим образом: узбеки (1,43% – 6,00%), цыгане (1,43% – 7,00%), азербайджанцы (1,43% – 4,00%), татары (1,42% –1,00%). И в оставшихся 5,72% – основной и 3,00% – контрольной группах были грузины, корейцы, хакасы, чеченцы, молдаване, немцы, украинцы (5,72% – 3,00%) ($p>0,05$).

Стоит отметить, что религиозность нами определялась сугубо по самоидентификации осуждённого вне зависимости от наличия или отсутствия корреляции между религиозным сознанием и религиозным поведением обследуемого. При беседах с русскими в обеих группах почти все назвали себя христианами, при уточнении лишь 68,32% основной и 72,47% контрольной сообщили, что они исповедуют православие, понятия протестантизма и католицизма для них недоступны. На фоне достаточно четкой самоидентификации исповедующих ислам таджиков, узбеков и татар.

Обращает на себя внимание, что наркопотребители всех национальностей, практикующие рискованное в отношение ВИЧ-инфицирования поведение, одинаково уязвимы перед опасностью инфицирования ВИЧ. В целом ВИЧ-инфицированное большинство составляло группу русских – 85,71% ($p=0,066$), среди мусульман и представителей других национальных культур превалировали ВИЧ-негативные – 72,22% ($p>0,05$). Таким образом, поведение, сопряженное с высоким риском инфицирования ВИЧ более свойственны представителям русских этносов.

Оценка особенностей вероисповедания семьи осужденного: числа родных братьев и сестер, наличия ближайшего окружения и совместного проживания большой общиной – двумя поколениями и более в одном доме – имеет огромное влияние на процесс становления личности. При рассмотрении структуры семьи выявлено, что у русских число воспитываемых детей в семье было достоверно меньше, чем у нерусских: медиана братьев и сестер 2,00 [2,00; 3,00] и 5,00 [3,00; 6,00] человек соответственно ($p<0,001$), однако в

собственных семьях нерусских обследованных детей было достоверно меньше 2,00 [2,00; 3,00] ($p<0,001$), что может являться следствием аддиктивного расстройства и криминального анамнеза обследуемых и предположительно свидетельствовать о изменении семейного уклада, свойственного национальным характеристикам обследованных.

Родителей будущих наркопотребителей с коморбидной ВИЧ-инфекцией лишали родительских прав (либо осужденные не имели родителей) в 22,86% случаях, что было вдвое чаще нежели в контрольной группе – 11,00% случаев ($p<0,005$). 7,14% обследованных основной группы воспитывались в социальных учреждениях, в то время, как в группе ВИЧ-негативных наркопотребителей таких не было. 7,14% мужчин основной и 8,00% контрольной группы не освоили программу неполного общего образования и имеют уровень образования ниже 9 классов. У тех же, кто справился с учебной программой среднего общего образования средний балл аттестата в группе наркопотребителей с ВИЧ был достоверно ниже – медиана 3,20 [3,10; 3,40] баллов, чем в контрольной – 3,35 [3,20; 3,80] баллов ($p<0,001$). В дальнейшем среди осужденных основной группы ни один не получил высшее образование, тогда как в контрольной 6,00% лиц освоили программу высшего профессионального образования ($p<0,05$).

Достоверная положительная связь параметров корреляционного анализа, отражающего негативную схему воспитания в детстве и низкий образовательный уровень впоследствии можно рассматривать, как предикторы рискованного в отношении инфицирования ВИЧ поведения и факторы, препятствующий его коррекции. В тоже время социальное сиротство достоверно превалировало у русских обследованных, при том, что более низкий образовательный ценз чаще отмечался у нерусских осужденных.

Выводы. Таким образом, проведенное исследование выявило некоторые религиозные особенности у осужденных мужчин, страдающих наркопатологией с коморбидной ВИЧ-инфекцией, дальнейшее изучение которых позволит на совершенно новом уровне реализовывать проекты по ранней профилактике наркотической зависимости (в том числе

поведения, сопряженного с риском инфицирования ВИЧ), вторичной и третичной профилактике синдрома зависимости в местах социальной изоляции, и ранней постпенитенциарной адаптации лиц не только русской, но и иных этнических популяций.

УДК 615.851.8

Носачев Г.Н., Носачев И.Г.

Психотерапевтический метод: религиозная модель и религиозность

ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России, Самара, Россия
e-mail: nosachev.g@mail.ru

Споры о душе человеческой не утихают много столетий, и к вопросам: «Что есть Бог?», «Что есть Душа и Дух?» в последние десятилетия добавился вопрос более практический и приземлённый, но не менее сложно разрешимый: «Что есть психотерапия – искусство, ремесло, бизнес, наука, духовная практика или «хлам»?» [1 – 3].

Древней метод лечения «словом»[1] (психотерапия, психотерапевтический метод) практически и теоретически стал осмысляться врачами только в XIX веке.

Во второй половине XX века в основу понимания психотерапии были положены идеи М.М. Кабанова, который, ссылаясь на С. Ледера (1973), определяет психотерапию как

[1] На стенах древнеегипетских пирамид найден текст о способах лечения, где упоминаются нож, трава и слово. Первым известным психотерапевтом в Книгах (Библии) был описан сын Божий Иисус Христос, который использовал для «лечения» Слово (Логос): «В начале было Слово, и Слово было у Бога, и Слово было Бог» (Евангелие от Иоанна).

форму человеческого вмешательства и общения, отмечая одновременно спорность и противоречивость позиций в понимании психотерапии: «Как метод лечения, влияющий на психические и соматические функции организма (формулировка основана на медицинской модели); как метод влияния, связанный с обучением (психологическая модель); как инструмент социального контроля (социальная модель); как явления коммуникации между людьми (модель, связанная с философскими системами)» [2]. Только к концу XX века эти идеи стали разделяться рядом психотерапевтов (Карвасарский Б.Д., 1985-2012; Макаров В.В., 1996-2015; Носачев Г.Н., 1998-2015).

Цель – на основе биопсихосоциально-духовной модели и антропологического принципа осмыслить религиозную (философскую) модель психотерапии (психотерапевтического метода) [2,3].

Л. Фейербах, который ввел в философию антропологический принцип, писал: «Новая философия превращает человека, включая и природу как бытие человека, в единственный, универсальный и высший предмет философии, превращая, следовательно, антропологию, в том числе и физиологию, в универсальную науку» [Избр. философ. произв. М., 1955. т.1. с.202]. Антропология, в понимании Л. Фейербаха, становится универсальной наукой о человеке, включая комплекс человековедческих знаний.

Философская антропология становится наукой только тогда, когда человек становится проблемой прежде всего для самого себя, своей обусловленности и бездомности в мире (М. Бубер). Человек, оставшийся один на один с миром, сделавшимся для него чужим, ищет то, что не включено в этот мир, ищет Бога, с которым он может общаться, в котором надеется встретить поддержку и опору.

Христианская антропология есть учение об отношениях Бога и человека: в любви и диалоге с Богом человек предстает как живая, уникальная личность, созданная по подобию Бога и обращающаяся к нему со своими мольбами, переживаниями, всем своим существом и всей своей жизнью. Христианская антропология - это живой рассказ об истории человечества и его

отношений с Богом и Бога - с людьми. В этом принципиальное отличие её от научно-философской антропологии. «Живое конкретное существо, вот этот человек, - писал Н.А. Бердяев, - выше по своей ценности, чем отвлеченная идея добра, общего блага, бесконечного прогресса и пр. Это и есть христианское отношение к человеку» [Мир философии. М., 1991. с.50].

Христианская антропология пронизала всю повседневную жизнь человека, его мораль и нравственность, его профессиональную деятельность, отражена в философии, психологии, она накладывает отпечаток и на научные дисциплины, включая медицину, в частности, психотерапию.

В.В. Розанов, взяв за основу христианскую антропологию, указывал, что православная церковь исторически занимала ведущее место среди других религий России. И на её примере показывает религиозный подход к антропологии, которым благоухает мир “Божий”, “сад” Божий, - этому нектару цветов его, “тычинок” и “пестиков”, откуда, если рассмотреть внимательно, течет всякая поэзия, растет гений, теплится молитва, и, наконец, из вечности и в вечность льется бытие мира” [Религия и культура. Том 1. - М., 1990. с.201].

Не менее вечен вопрос о соотношении науки и религии. Еще в 1916 году русский религиозный философ-экзистенциалист Н.А. Бердяев писал: «Чтобы яснее стала невозможность и ненужность научной философии, важно подчеркнуть вывод, что наука есть послушание необходимости. Наука - не творчество, а послушание, ее стихия - не свобода, а необходимость. Видно будет, что наука ветхозаветна по своей религиозной сущности и связана с грехом. Наука никогда не была и не может быть освобождением человеческого духа. Наука всегда была выражением неволи человека у необходимости... Наука по существу своему и по цели своей всегда познает мир в аспекте необходимости, и категория необходимости - основная категория научного мышления как ориентирующего приспособления к данному состоянию бытия.

Наука не прозревает свободы в мире. Наука не знает последних тайн, потому что наука - безопасное познание. Потому наука не знает Истины, а знает лишь истины. Истина науки имеет значение лишь для частных состояний бытия и для

частных в нем ориентировок. Наука создает свою действительность. А философия и религия создают совсем другие действительности» [Философия свободы. Смысл творчества.- М., 1989.- с.65).

Религия, по мнению Л.С. Васильева, имеет следующие основные функции: компенсаторную (компенсирующую) - все объясняющую и утешающую в системе взглядов и ценностей человека; интегрирующую - объединяющую любую этническую общность системы единых верований, ритуалов, обрядов и мифов; регулирующе-контролирующую - создающую идейные догматы и практические методы воздействия на мышление, переживания, чувства и поступки людей [История религий Востока.- М., 1988]. Среди указанных большинство функций является психотерапевтическими.

В Библии, в личности Христа отразились, «как в зеркале», исторические события, нравственные нормы, психологический опыт человечества, его текущие, прошлые дела, мысли и мечты о будущем человека и человечества.

Христианская религия полна советов мудрецов и каждая фраза Библии, особенно Евангелия, практические дает совет на многие случаи жизни личности, семьи, воспитания детей, поиска Истины и многих других. Христианская церковь достаточно настороженно относится к психотерапии, в том числе православная церковь. Отцы русской православной церкви – великие подвижники земли русской – своими страданиями и своей мудростью показывали и продолжают показывать русскому народу единственную дорогу к спасению – дорогу духовного совершенствования.

В. Невярович в книге «Терапия души. Святоотечественная психотерапия» (1997) приводит следующее определение психотерапии, построенной на идеях святоотечества: «Святоотечественная психотерапия – не есть лишь переложение нравственного богословия или собрание афоризмов и поучений на этические темы. Она представляет собой нравственно-религиозное направление психотерапии… и базируется на христианских непреходящих духовных ценностях, цементировавших многие века саму основу государства с его

самобытной культурой, науками, ремеслами, определяя и всю общественную жизнь» (с.6).

Большинство религий позволило нам воспользоваться многими психотерапевтическими методиками и направлениями, им присущими. Из буддизма и индуизма заимствованы, например, медитация, варианты йоги, которые легли в основу многих психотехник XX века, в частности, аутогенной тренировки, телесно-ориентированной психотерапии.

Таким образом, психотерапевтический метод в различных своих моделях, имея дело с личностью (индивидом, субъектом), семьей, группой (коллективом), обществом не может не включать в себя религиозность и основные религии, не может их не ассимилировать, не использовать как в теории, так и на практике. Религиозность, религиозное мировоззрение психотерапевта и пациента (клиента), религиозные сюжеты, мудрость Библии использовались и будут дальше использовать во многих видах, методиках психотерапевтического метода. Выделять или не выделять отдельную модель религиозной психотерапии покажет будущее.

Список литературы

1. Завьялов В.Ю. Определение психотерапии: для прокурора, для пользователя и для специалиста //Психотерапия, 2015. - № 1 (145).- с.2-11.

2. Носачев Г.Н. Биопсихосоциальнодуховный подход – миф или основа системного подхода в реабилитации психических и поведенческих расстройства// Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Междисциплинарный подход в понимании и лечении психических расстройств: миф или реальность». Тезисы. СПб, 2014.- с.493-494.

3. Носачев Г.Н. Психотерапевтический метод - новая парадигма практической психологии // Актуальные проблемы и новые технологии медицинской (клинической) психологии и психотерапии. Сб. материалов научно-практической конференции с международным участием, посвященной 25-летию факультета медицинской психологии. 17 ноября 2016 г. Самара, 2016. – с.190-197.

УДК 159.9

Парамонов А.А.

Религиозные нормы и отношение мигрантов к употреблению алкоголя

ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» Минздрава России, Архангельск, Россия
e-mail: aparamonovarh@mail.ru

Особенности отклоняющегося поведения различных социальных групп молодежи, длительное время находящихся в одинаковых условиях, привлекает все большее внимание в силу важности оценки их психо-социальной адаптации [1, 3]. В то же время, стремление к перемене мест является одной из характерных особенностей молодых людей. Нередко лица с устойчивыми привычками, культурой, вероисповеданием и другими традициями переселяются на территорию с совершенной иным стилем поведения общества, и мигрантам приходится отказываться от уже устоявшихся норм поведения и следовать культуре окружающих, это касается и т.н. вредных привычек, включая потребление психоактивных веществ (ПАВ).

Наиболее остро вопросы социально-психологической адаптации стоят среди иностранных студентов, вынужденных проживать на иной социокультуральной и религиозно-ориентированной территории в течение нескольких лет, представляя собой межнациональное социальное единство с попыткой сохранения национальной самобытности.

Цель работы - выявление мотивации/антимотивации к приему алкогольных напитков студенческой молодежи при длительной перемене места жительства с учетом культуральных и религиозных норм социума.

Материалы и методы. Для достижения цели использована разработанная нами методика изучения факторов мотивации к химическим аддикциям и степени отказа от них с учетом вероисповедания, структурной особенностью которой являются комплексный социально-психологический и

токсикологический динамический подход к изучению отношения к употреблению ПАВ в процессе адаптации к новым национально-культуральным и религиозным условиям среды, оценка знаний и особенностей начала употребления ПАВ в соответствии с требованиями и морально-этическими ограничениями социума, анализ мотивационных аспектов потребления/отказа приема ПАВ, представляющая анкетный тест, содержащий 67 вопросов, как открытого, так и закрытого характера [4], что позволяет осуществить выявление:

- превалентности химических аддикций у людей с разной национальной, культуральной и религиозной принадлежностью;
- когниций о влиянии употребления ПАВ на организм человека с учетом национального менталитета;
- личностной мотивации инициации и продолжения употребления и оценки степени отказа от употребления ПАВ;
- влияния новой среды с другим культуральными особенностями и вероисповеданием на особенности вовлечения в употребление ПАВ.

На добровольной основе нами обследовано 105 студентов Северного государственного медицинского университета (г. Архангельск) различного вероисповедания, а именно: дагестанцы – религия ислам (10 чел. – 9,7 %), индусы – хинду (28 чел. – 26,6 %) – проходящие полный курс очного обучения на Севере России, и русские – христиане (67 чел. – 63,7 %) – местные жители.

Результаты и обсуждение. О религиозных запретах или соответствующих ограничениях в отношении алкоголя среди студентов знали почти 100 % опрошенных, в том числе о том, что прием алкоголя частично разрешен только в одной религии – христианстве. Результаты анкетирования показали, что среди мусульман и индуистов, религии которых запрещают употребление алкоголя, не все из уже «адаптированных» к российской действительности студентов придерживались религиозных правил, так среди мусульман алкоголь употребляли около 40 %, хинду – до 57 %, в то время, как христиан – более 91 %.

Почти все респонденты указали, что в первый раз попробовали алкоголь на празднике в компании друзей,

сопутствующими факторами у приезжих студентов из Индии и Дагестана явились «свобода» с отсутствием контроля старших лиц (дома молодые люди получали поддержку и заботу семьи, в том числе и в форме строгого «трезвеннического» контроля), неблагоприятный пример общества, что приводил к проблемам адаптации, в связи с чем студенты, пытаясь не отличаться от своих коллег и сверстников других религиозных представлений, начинали употреблять алкоголь. Так, средний возраст начала употребления алкоголя у индийских студентов – 19 лет, что соответствует первому году их проживания вдали от дома. В то же время, раньше всех начинали употреблять спиртные напитки российские студенты - 15,8 лет. Нередко алкоголизация начиналась со слабых спиртных напитков, в основном, пива, без критичного отношения о его влиянии на организм [2]. Средние дозы употребления таких крепкоалкогольных напитков, как водка или коньяк, оказались примерно одинаковыми, как у индийских, так и у русских студентов. Индивидуальное употребление средних дозировок алкоголя у дагестанских студентов оказалось почти в три раза ниже, чем у представителей других сравниваемых групп, возможно, это связано с более «сильным вероисповеданием»: более чем у 77 % не употребляющих алкогольные напитки, употреблять их дома не принято.

Выводы. Результаты исследования показывают, что, несмотря на религиозные традиции, запрещающие употребление алкоголя, студенты, попадая в общество другой культуры, достаточно быстро приобщаются к местным традициям, порой преступая религиозные запреты, что влияет и на их социально-психологическую адаптацию. Представленный способ изучения факторов мотивации к химическим аддикциям может быть положен в основу создания новых скринирующих инструментов выявления групп риска по химической зависимости и разработки программ ее профилактики среди молодежи с учетом национальных, культуральных, религиозных и социальных факторов.

Список литературы

1. Леус Э.В., Соловьев А.Г. Адаптационные технологии ресоциализации несовершеннолетних осужденных // Психология и право. - 2012. - № 3. - С. 88-98.
2. Новикова Г.А., Новикова Л.А., Парамонов А.А. Особенности влияния пива на подростковый организм. Архангельск: Северный государственный медицинский университет, 2010. – 13 с.
3. Новикова Г.А., Соловьев А.Г., Новикова И.А. Оценка нарушения социально-психологической адаптации подростков вследствие пивной алкоголизации // Наркология. - 2012. - Т. 11.- № 7 (127). - С. 40-44.
4. Соловьев А.Г., Харькова О.А., Парамонов А.А., Раджабова С.Г. Новый метод исследования факторов мотивации студентов к химическим аддикциям и степени отказа от них с учетом вероисповедания // Профилактическая и клиническая медицина. - 2011. - № 2-1 (39). - С. 269.

УДК 615.851

Парпара А.А.

Духовное измерение» в психотерапии К. Роджерса

Московская духовная академия,
Сергиев Посад, Россия
e-mail: aparpara@yandex.ru

Карл Роджерс — один из создателей гуманистической психологии, основатель влиятельного направления личностно-ориентированной психотерапии, которого по праву причисляют к наиболее выдающимся психологам XX в. Воспитанный в семье протестантов-фундаменталистов и в юности глубоко религиозный, Роджерс впоследствии разочаровался в религии и в зрелые годы позиционировал себя как представитель строгой психологической науки. Однако в конце жизни он начал признавать в своем психотерапевтическом опыте элементы,

которые не смог назвать иначе, как мистическим или духовным измерением (mystical, spiritual dimension) [2].

Вместе с тем, известно, что мистические переживания определенного рода могут быть симптомом как психического, так и духовного нездоровья. Именно поэтому православная аскетика рекомендует глубоко критическое отношение к личному духовному опыту. Таким образом, «духовное измерение» психотерапии К. Роджерса требует внимательного изучения, особенно ввиду того, что элементы личностно-ориентированной психотерапии часто используются христианскими консультантами.

Цель исследования: определить характер духовных поисков последних лет жизни К. Роджерса.

Материал и методы. Были проанализированы работы К. Роджерса последних лет жизни, биографические материалы и воспоминания сотрудников Роджерса, в которых упоминалось о духовном или мистическом опыте. Произведена систематизация и сравнение полученной информации для установления источников «духовного измерения», его главных особенностей и связи с основами мировоззрения Роджерса.

Результаты и их обсуждение.

Интерес К. Роджерса к духовному и мистическому впервые проявляется в начале 1970-х, и поводом к нему стало знакомство с описаниями оккультных и парапсихологических феноменов в книгах Ш. Острандер и Л. Шредер «Психические открытия за железным занавесом», Л. Лешана, К. Кастанеды и прочих источниках [1, 2]. В дальнейшем Роджерс с большим интересом упоминает о работах Р. Монро о внетелесном опыте, С. Гроффа и Дж. Лилли об измененных состояниях сознания и других из той же области [2].

В 1972 г. он оценивал массив доказательств, изложенных в указанной литературе, как впечатляющий, однако признал, что не имел личного опыта мистических переживаний или измененных состояний сознания [2]. С точки зрения Роджерса это было несомненным упущением, поскольку именно личный опыт он считал наиболее достоверным критерием истины. Не удивительно, что он начал предпринимать попытки получить такой опыт. Первую из них (участие в магических обрядах и

общение с медиумами во время поездки в Бразилию в 1977 г.) Роджерс оценил в дневнике как увлекательную, но не слишком убедительную [1]. Однако дальнейшие занятия спиритизмом с участием его жены и дочери оставили гораздо более глубокое впечатление.

Особенно поразил Роджерса опыт общения с умирающей женой Хелен, которая описывала видения злых духов, влекущего белого света и умерших родственников, готовых встретить ее в загробном мире. После этого и знакомства с книгой Р. Муди Роджерс открыто стал говорить о том, что, вполне вероятно, существование личности продолжается после смерти [2].

Другим важным источником духовного опыта стали для К. Роджерса его инкаунтер-группы. По-видимому, именно здесь он впервые испытал те измененные состояния сознания и мистические переживания, отсутствие которых он констатировал в 1972 г. Он описывает их как чувство почти телепатического общения между членами группы и как духовное ощущение принадлежности к универсальному сознанию [2]. При индивидуальной психотерапии у Роджерса также возникало чувство почти эктоплазмической связи между ним и клиентом [3].

В дневниковых записях середины 80-х имеются свидетельства и о более личном опыте: о переживании единства с космосом, о желании «сдаться» всепроникающему и любящему духу вселенной. Известно также, что Роджерс практиковал медитацию [1].

Как показывают отдельные ремарки, меньше всего он хотел, чтобы его «духовное измерение» связывали с христианством и тем более с какой-либо церковной организацией. Б. Торн утверждает, что это отторжение следует относить преимущественно к августиновской концепции первородного греха, которая распространена в западном христианстве и которая умаляет свободную активность человека в деле спасения. Если бы Роджерс был наставлен в православной догматике, считает Торн, он остался бы христианином до конца жизни [5].

На наш взгляд, противоречие между мировоззрением Роджерса и христианством гораздо серьезнее. Его духовным кредо можно назвать веру в космический актуализирующий принцип, который движет всё существующее к усложнению и совершенствованию. Абсолютизация такого принципа делает совершенно бессмысленной идею трансцендентного миру Бога-Творца, лежащую в основе авраамических религий. Она близка, скорее, восточной религиозности. Действительно, Роджерсу импонировали учения дзен-буддизма и даосизма, чему способствовало знакомство с работами Ф. Капры и И. Пригожина [2].

Восточные религии интересовали Роджерса, конечно, не в их традиционных формах, а в преломлении популярного движения Нью Эйдж. Он был лично знаком с одной из виднейших идеологов этого движения М. Фергюсон, автором книги «Заговор Водолея», и рекомендовал эту книгу своим читателям. Многие идеи Нью Эйдж можно найти в поздних сочинениях Роджерса [2]. М. О'Хара жалуется на то, что общество, сложившееся вокруг Роджерса, стало походить на религиозную секту нью-эйджеров [4].

Дочь Роджерса Натали в автобиографической статье охотно описывает свои мистические переживания и представления о духовной стороне реальности, близкие к вышеизложенным [4].

Отдельно стоит рассмотреть вопрос о степени критичности Роджерса в отношении духовного опыта. При этом нельзя не принимать во внимание его взгляды на реальность. Согласно Роджерсу, каждый человек имеет право на свою собственную реальность, определяемую его личным опытом. Это объясняет кажущееся противоречие в отношении к духовному опыту, которое отмечает Г. Киршенбаум [1]. Роджерс мог весьма критически относиться к духовному опыту других людей, признавая значимость этого опыта в реальности другого, но объявляя его полностью иррелевантным для своей реальности. Однако в отношении своего личного опыта Роджерс мог позволить себе только одну позицию, не противоречащую его базовым убеждениям: а именно, безусловное принятие. И действительно, нам не удалось найти ни одного свидетельства

тому, что Роджерс сомневался в собственном опыте. Более того, попытки поставить этот опыт под сомнение (например, со стороны М. Бубера) неизменно отвергались Роджерсом.

Выводы.

1. Можно выделить следующие источники духовного опыта К. Роджерса: чтение оккультной и парапсихологической литературы, в т.ч. ньюэйджерской; участие в магических и спиритических сеансах; личное переживание духовного единства с другими людьми, космосом или универсальным сознанием во время энкаунтер-групп, личной психотерапии, а позже и наедине с собой.

2. Взгляды Роджерса на духовный мир больше всего близки к идеям Нью Эйдж.

3. Эти взгляды достаточно тесно связаны с основами мировоззрения К. Роджерса.

4. Дочь Роджерса Натали открыто разделяла те же взгляды на духовный мир.

5. Есть основания считать, что Роджерс недостаточно критично относился к своему духовному опыту.

6. Из вышеизложенного следует, что применять личностно-ориентированный подход по К. Роджерсу в христианской психотерапии следует как минимум с большой осторожностью.

Список литературы

1. Kirschenbaum H. Life and Work of Carl Rogers. Alexandria, VA: American Counseling Association, 2009.

2. Rogers C.R. A Way of Being. Boston: Houghton Mifflin Co., 1980.

3. Rogers C.R. A Way of Meeting Life. An Interview with Carl Rogers. The Laughing Man 5, 2 (1984) 22–23.

4. Suhd M.M., ed. Positive regard: Carl Rogers and other notables he influenced. Palo Alto, CA: Science and Behavior Books, 1995.

5. Thorne B., Sanders P. Carl Rogers. Los Angeles: Sage, 2013.

УДК 616.89-02

Пашковский В.Э.

Религиозно-архаический бредовой комплекс. Клинические и социальные аспекты

ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И.Мечникова» МЗ РФ, Санкт-Петербург, Россия
e-mail: pashvladimir@yandex.ru

Цель исследования. Разработка клинической типологии религиозно-архаического бредового комплекса (РАБК) путем определения основных его разновидностей, их клинических вариантов, синдромальной и нозологической принадлежности и уточнения терапевтической динамики.

Материал и методы. Исследуемая выборка (300 пациентов) характеризовалась следующими показателями. Отмечалось значительное преобладание женщин. Их было 223 (74,3%), в то время как мужчин - 77 (25,7%). Различия между пропорциями статистически достоверны (p<0,001). Средний возраст больных – 40,5±0,7. Пик появления психозов с РАБК приходится на период ранней взрослости 20-25лет – (14,3%) и на период 36-40 лет (16,3%). По нозологическим группам больные распределились следующим образом. Психотические психические расстройства шизофренического спектра составили 231 (77,0%), аффективные расстройства настроения психотического регистра – 19 (6,3%), органические психические расстройства психотического регистра – 31 (10,4%), алкогольные психозы – 19 (6,3%). Данные подтверждают известное положение Э. Блейлера (1993) о том, что «религиозные психозы» встречается при всех психических заболеваниях, но чаще при шизофрении. Клинический (психопатологический) метод избран основным при планировании и проведении настоящего исследования. При изучении содержательных аспектов РАБК применялся метод качественно-количественного анализа бредовых высказываний: контент-анализ (Holsti O., 1969, Дридзе Т.М.,1984, Шалак В.И.,

2004). При обработке полученных данных применялись стандартные статистические методы, рекомендуемые для оценки параметрических и непараметрических признаков (Реброва О.Ю., 2002).

Результаты исследования. В исследуемой когорте выявлены пациенты с преобладанием следующих разновидностей РАБК: 1) с мистическим бредом – 74 наблюдений (24,7%), 2) с бредом мессианства – 65 (21,7%), 3) с бредом реформаторства – 14(4,7%), 4) с бредом греховности – 34(11,3%), 5) с бредом колдовства – 64(21,3%) и 6) с бредом одержимости – 49(16,3%). Разновидности религиозно-архаического бредового комплекса имеют как общие, так и отличительные свойства. Общими свойствами являются возможности одних идей внутри комплекса вступать в сочетание с другими, т.е. идей колдовства с идеями греховности, идей мессианства с мистическими и т.п. среди всех разновидностей РАБК наиболее высокая способность к образованию связей с другими разновидностями («перекрывание», overlap) выявлена у бреда одержимости (81,6%). Затем следуют бред греховности (76,5%), мистический бред (68, 9%), бред мессианства (56,8%) и бред колдовства (50,0%). Распространение в современном обществе как традиционных, так и различных нехристианских религиозных и парарелигиозных воззрений, находило свое отражение в тематике бреда. Примером такого анализа являются информационно-статистические характеристики, полученные на материале высказываний больных с бредом мессианства. Относительная частота (f) высказываний на тему «Бог, Иисус Христос» равнялась 24,5%, энтропия в двоичных единицах (H) – 0,497. По другим высказываниям: «мировой дух, космические силы, инопланетяне» - f-13,7%, H – 0,393, «апостолы, пророки, богоизбранные, наместники бога на земле - f-13,2%, H – 0,386, «антихрист, дьявол, нечистая сила» - f-13,2%, H – 0,386, «великие маги, колдуны, спириты, экстрасенсы - f-13,2%, H – 0,386, «конец света, судный день» - f-6,8%, H – 0,264, «ангелы» - f-5,3%, H – 0,225, «духи умерших, призраки, переселение душ» - f-5,3%, H – 0,225, «дева Мария, Христова невеста» - f-4,9%, H –

0,213, «символы: крест, икона, предметы культа» - f-2,4%, H – 0,129.

Нозологические формы в настоящем исследовании соответствовали общепринятой международной классификации МКБ-10. Внутри шизофренического континуума выявлена тропность РАБК к острым шизофреническим психозам в рамках шизоаффективного расстройства – 66 (28,6%), параноидной шизофрении с приступообразно-прогредиентным течением – 53 (22,9%) и острого и преходящего психотического расстройства – 39 (16,9%). По отношению ко всем больным шизофренического спектра доля больных с острыми психозами составила 68,4%.

Бредовое поведение. В зависимости от того, осуществляет ли бредовое «*я*» воздействие на окружающий мир или, напротив, подвергается воздействию, формировалось бредовое поведение. Больные с активными его формами (176 чел. – 58,7%) характеризовались проявляющимся обусловленными бредовой мотивацией социально неприемлемыми поступками, в основе которых лежали продуктивно-психотические механизмы бредовой защиты, миссии, искупления мнимой (бредовой) вины (Мальцева М.М., Котов В.П.,1995). Специфическими для РАБК формами бредового поведения являлись: дезорганизованное поведение в церкви во время проведения церковной службы (6,2%), дезорганизованное поведение в общественных местах (16,2%), дезорганизованное поведение в домашних условиях (27,8%), жестокое обращение с животными (3,2%), бродяжничество (9,4%), сексуальные нарушения (4,5%), суицидальное поведение с целью слиться с божеством, с «космосом» (2,6%), суицидальное поведение, обусловленное идеями греховности (9,7%), физическая агрессия (16,2%), гомицидное поведение (4,2%).

К наиболее экстремальным формам относились суицидальное (Нечипоренко В.В., Шамрей В.К., 2007) и гомицидное поведение. Суицидальное поведение с целью слиться с божеством, с «космосом» осуществлялось на высоте мистической экзальтации. Больные отмечали утрату чувства времени и пространства, переживание неземной радости и любви к божеству. Возникала напряженная потребность слиться с божеством, уничтожив собственную телесную оболочку.

Суициды, обусловленные идеями греховности, характеризовались сочетанием напряженного аффекта с религиозными переживаниями. Депрессивные приступы сопровождались чувством собственной бездуховности, внутреннего опустошения, идеями греха перед богом, который невозможно искупить, идеями отрицания внешнего мира. Гомицидное поведение проявлялось опасными действиями, совершаемыми по механизмам бредовой защиты или реализации бредовой миссии. В первом случае ведущим мотивом являлось возникающее на фоне сенестопатического синдрома стремление избавиться от порчи, сглаза вызывающих невыносимые страдания. Во втором – убийства осуществлялись в состояниях, характеризующихся экстатически тревожным аффектом, фабулой особой миссии борьбы со злом, убеждением о способности дьявола принимать физический облик других людей в сочетании с императивными галлюцинозом и психическими автоматизмами. Наиболее брутальные формы – физическая агрессия (23,4%) и гомицидное поведение (6,4%) – чаще всего наблюдаются при бреде колдовства; суицидальное поведение с целью слиться с божеством, с космосом – при бреде мессианства (5,0%), а суицидальное поведение, обусловленное чувством вины, – при бреде греховности (21,8%).

Общей характеристикой больных с пассивным бредовым поведением (124 – 41,3% пациентов) являлось преобладание дефензивных (оборонительных) форм поведения в виде ухода от борьбы, маскировки, самоизоляции, обращения за помощью и т. д. Патологические религиозно-мистические переживания, агрессивные и суицидальные тенденции ограничивалось бредовыми высказываниями, не реализуясь в конкретные действия, представляющих опасность для себя или для окружающих.

Непосредственное переживание сверхъестественного, выраженное в идеях величия и преследования в рамках религиозно-архаического бреда, придает этому переживанию экстремальный характер и особым образом генерирует бредовую активность. Состояния, характеризующиеся экстатически тревожным аффектом, фабулой особой миссии борьбы со злом, убеждением о способности «темных сил»

принимать физический облик других людей в сочетании с императивным галлюцинозом и психическими автоматизмами, представляют высокую социальную опасность.

Таким образом, специфичность религиозно-архаического бредового комплекса определяется: затронутостью регистров, отражающих глубокое поражение психической деятельности (галлюцинаторно-параноидных, парафренных, помрачения сознания); глобальностью и всеохватностью переживаний, глубиной аффективных сдвигов, бредовым поведением, представляющим социальную опасность; устойчивостью сформировавшихся в преморбиде оккультных представлений, существенно снижающих критические возможности пациентов и препятствующих терапевтическому регрессу бреда.

УДК 616.89-02

Пашковский В.Э., Савельев А.П.

Клинико-психопатологические характеристики бреда одержимости

ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И.Мечникова» Минздрава России,
Санкт-Петербург, Россия
e-mail: dr.savelyev@yahoo.com

В настоящее время, по данным литературы, нет единого мнения о характеристиках бреда одержимости, а также его клинико-нозологической принадлежности. Ряд авторов полагает протекание этого состояния в рамках процессуального заболевания (Scrutton A.P., 2015), ряд авторов относит данные состояния к диссоциативным расстройствам (Goff D.C. et al., 1991), однако, большинство авторов, независимо от клинико-нозологической принадлежности данного феномена, указывают на неотъемлемость культурального фактора (Chartonas D., Bose R., 2015), а также на отчетливую связь с психотравмой (Sapkota

R.P., 2014). При этом имеется весьма мало публикаций, посвященных собственно клинико-психопатологическому анализу данного феномена, а также исследованию социо-демографических характеристик лиц, им страдающих.

Целью настоящего исследования явилось изучение клинико-психопатологических характеристик бреда одержимости, а также социо-демографических характеристик лиц, им страдающих.

Материал и методы. Нами обследовано 49 пациентов с бредом одержимости (12 мужчин и 37 женщин), средний возраст 36,9± 1,8. Нами использовался клинико-психопатологический метод исследования, метод контент-анализа, а также все стандартные статистические методы с использованием программного пакетного обеспечения.

Результаты исследования. У больных с бредом одержимости наиболее высока частота пациентов со средним специальным (26,6%), средним (20,4%) и неполным средним (26,6%) образованием. В группе больных с бредом одержимости преобладают доли лиц, относящихся к среднему техническому персоналу (18,4%) и к неработающим (30,7%). При этом, нами не обнаружено ни одного научного работника или преподавателя вуза с данной симптоматикой. В браке состояло 11 (22,4%), не состояло или были разведены- 35 (71,5%), вдовцами (вдовами) являлись 3 (6,1%) пациентов. Свыше 59% исследуемых посещали традиционную церковь и только 16,3% посещали кабинеты магов, экстрасенсов, колдунов и пр. При бреде одержимости психические расстройства шизофренического спектра диагностировались у 39 (79,6%) пациентов. Наиболее часто он развивался в рамках параноидной шизофрении с приступообразно-прогредиентным течением. Что касается синдромальной характеристики бреда одержимости, то он был наиболее развернут в рамках синдрома бредовой деперсонализации. Синдромотаксис при острых эндогенных психозах шизофренического спектра, в структуре которых развертывался бред одержимости, характеризовался последовательной сменой паранойяльного, сенестоипохондрического, параноидного, парафренного,

онейроидного синдромов на депрессивном или маниакальном фоне.

При органических психотических расстройствах бред одержимости развивался в рамках транзиторного делириозного синдрома. Бред одержимости чаще всего сопровождался тревожностью (83,7%), возбуждением (69,4), напряженностью (61,2%) и галлюцинациями (65,3). Бред одержимости в виде монофабулы отмечался только в 9 (18,4%) наблюдениях, в сочетании с мистическим бредом – в 12 (24,4%), мессианства и депрессивным греховности по 9 (18,4%) и колдовства – в 10 (20,4%) наблюдениях.

Развитие бредовой фабулы происходило по механизмам аффективного и катестезического бредообразования. Также выявлена положительная гамма корреляция бреда одержимости с депрессивным, сенестоипохондрическим, галлюцинаторно-параноидным синдромами. Эти данные позволили обосновать типологию бреда одержимости по синдромальной принадлежности. Выделены параноидно-ипохондрический, галлюцинаторно-бредовой, депрессивно-бредовой, парафренный варианты.

Параноидно-ипохондрический вариант (10 наблюдений). Включает случаи, когда характерные для ипохондрических синдромов ощущения физического неблагополучия, психалгии, сенестоалгии, сенестопатии, сенестезии интерпретируются как результат порчи находящейся внутри организма нечистой силой. Больные убеждены в наличии неизлечимой болезни, отказываются от обследования, лечения («врачи здесь не помогут»). Иногда реальные, чаще всего моторные неврологические симптомы, например гемифасциальный спазм, трактуются как проявления овладения высшими мистическими существами

Галлюцинаторно-бредовой вариант (16 наблюдений). Наблюдался у больных с психическими расстройствами шизофренического спектра и характеризовался сочетанием элементов синдрома Кандинского-Клерамбо с бредом воздействия. При преобладании в клинической картине ассоциативных автоматизмов стержневой компонент синдрома – переживание воздействия посторонней силы

персонифицировался и интерпретировался как овладение дьяволом. Слуховые псевдогаллюцинации, насильственно возникающие наплывы мыслей, разматывания воспоминаний толковались как результат «бесовских козней». Больные жаловались на то, что по проискам сатаны в голову вкладываются мысли, оскорбляющие бога и священников («бог и дьявол одно и то же). Возникают голоса, призывающие совершить грех («слышу голос жениха внутри тела, жених добивается половой жизни, это во мне дьявол сидит, искушает, если уступлю бесу - плохо будет Богу»). У больных с сенестопатическими автоматизмами тягостные, неприятные ощущения в теле переживались как непосредственное внедрение сверхъестественного существа.

Депрессивно-бредовой вариант (14 наблюдений). Соответствует клинической картине, основными чертами которой являются затруднение в усвоении восприятий и мышления, тревожное или грустное настроение, задержка воли с присоединением бредовых идей греховности и недостойности, обыкновенно с религиозным оттенком и убеждением о нахождении внутри организма «нечистой силы». Депрессивная симптоматика сочеталась с усиливающими чувство вины и греха переживаниями сексуального характера, ассоциативный и сенестопатический автоматизмы трансформировались в бред одержимости с эротической окраской. Бредовую фабулу формировали галлюцинаторные переживания непристойных, бесстыдных манипуляций, производимых с половыми органами. Больные высказывали убеждения, что сверхъестественные существа (бесы) занимаются сексом, насилуют.

Парафренный вариант (9 наблюдений). Наряду с облигатным признаком бреда одержимости – убеждении о внедрении в тело постороннего существа, данный вариант осложнялся нарушениями аутоидентификации от присвоения сверхъестественных полномочий («способность передавать одержимость другим») до тотальной деперсонализации. В тяжелых случаях (фантастическая парафрения) тенденция к фантастическому видоизменению бреда выражена наиболее отчетливо. Примером может служить больная С., у которой возникающие висцеральные галлюцинации внизу живота,

тактильные галлюцинации в области гениталий, ощущения ударов, толчков (гаптические галлюцинации) приводили к необычным оргастическим ощущениям. Формировалось стойкое бредовое убеждение, что она оплодотворена нечистой силой и рожает дьявола. Бред метаморфозы выражался переживаниями деформации скелета, появлением шерсти, рогов, когтей, хвоста. Больные чувствовали, что превращаются в страшного зверя, ощущали рост когтей, деформацию скелета. Бредовое поведение характеризовалось психомоторным возбуждением, суицидальными намерениями и действиями. Бред Котара при данном варианте включал идеи отрицания, касающиеся аутопсихической, соматопсихической и аллопсихической сфер.

Динамика психоза была неоднозначной: сенестоипохондрические проявления сменялись бредом одержимости и нарушениями аутоидентификациями в течении одного приступа при периодических шизофренических психозах, либо в течение многих лет в течении прогредиентного процесса.

Обсуждение и выводы. Бред одержимости представляет собой сложное психопатологическое образование; его распространенности способствует образовательный уровень, культурная среда, принадлежность к определенным религиозным движениям. Собственно бред одержимости выявляется на психотическом уровне в рамках сенестоипохондрического, депрессивно-параноидного, галлюцинаторно-параноидного, деперсонализационно-дереализационного и парафренного синдромов. Представляется, что определенную роль здесь играет механизм катестезического бредообразования. Клиническое значение бреда одержимости тесно связано с его социальным аспектом. Сочетаясь с бредовыми идеями преследования он формирует определенные паттерны поведения в виде физической агрессии, бродяжничества, несуицидальной аутодеструкции. Выделены параноидно-ипохондрический, галлюцинаторно-бредовой, депрессивно-бредовой, парафренный варианты бреда одержимости.

УДК 616.89

Пищикова Л.Е.

Интеграция психиатрии и религии в оказании помощи гражданам старшего поколения

Благотворительный Фонд медико-социальной, правовой и духовной помощи гражданам старшего поколения «Геронтологическая защита» имени преподобного Гавриила Седмиезерного (Зырянова), Москва, Россия.
e-mail: gerontpro@yandex.ru

В мире наблюдаются глобальные демографические тенденции, связанные со старением населения. В период с 2007 по 2050 гг. доля лиц старше 60 лет возрастет с 10% до 33%, достигнув 2 миллиардов человек. Впервые в истории пожилые и молодые люди будут составлять равные доли в структуре населения. К 2050 г. число пожилых людей в некоторых странах вдвое превысит число детей. В России доля лиц старшего возраста увеличится до 29% к 2031 г. Ожидаемая продолжительность жизни вырастет как у мужчин (с 69,7 до 73,3 лет), так и у женщин (с 75,5 до 82 лет).

Процессы старения ассоциируются с ростом психической патологии и деменций. Ожидается, что число пациентов с деменциями в мире возрастет с 35,6 до 65,7 млн человек к 2030 г. и до 145 млн человек к 2050 г.

По данным ВОЗ, ежегодно более 800 000 человек совершают самоубийства. Они являются второй ведущей причиной смерти среди молодых людей 15–29 лет. Среди лиц старше 75 лет этот показатель в три раза выше, чем среди молодежи.

Процессы инволюции могут проявляться упрощением биологической структуры функциональной системы организма, постепенным, но неравномерным снижением биологических, психических и социальных функций, обратным развитием отдельных органов и систем, снижением адаптационных возможностей. Наряду с этим для инволюции характерны и

приспособительные адаптационно-регуляторные механизмы, способные поддерживать функционирование организма на оптимальном уровне, направленные на выживание, повышение жизнеспособности, увеличение продолжительности жизни [Фролькис В.В., 1982]. Их эффективность увеличивается посредством разнообразных когнитивных, эмоциональных, поведенческих адаптивных действий, так называемых копинг-стратегий, например, оптимизма, позитивного настроя, религиозной веры.

В настоящее время отмечается не только недостаточная организация и качество системы оказания медико-социальной помощи гражданам старшего поколения, но и недооценка в этой системе роли духовной составляющей при придании наибольшего значения биологической.

При этом в христианской антропологии личность рассматривается в единстве духовных, душевных и телесных проявлений. Духовность определяется как высший уровень развития и саморегуляции личности, игнорирование которого приводит к нравственному диссонансу, духовному конфликту и расстройству духовной, душевной и телесной сфер.

Ортодоксальной психиатрией взаимоотношения между психическим здоровьем и духовностью, основным проявлением которой является религиозность, не исследуются, а порой интерпретируются скептически. Как писал епископ Варнава (Беляев), «по иронии судьбы и истории людьми с больной душой занимаются врачи, не верующие ни в душу, ни в Бога, а не пастыри и учителя Церкви и не духовные старцы».

При этом еще Евангелистами описывались одержимые «припадками» и «духом нечистым», «бесноватые», «лунатики», «прокаженные», «расслабленные», «кровоточивые», «глухие», «слепые», «немые» и «косноязычные», страдающие «язвами», «всякими болезнями и немощами», исцеляемые словом Божием.

На протяжении столетий отмечалось эпидемическое распространение особых психических расстройств, в простонародье именуемых «бесноватостью», «икотой», «кликушеством», «меряченьем». Их клиническая картина содержит идеи одержимости, колдовства, мессианства, озарения, откровения, пророчества, религиозные видения и

глоссолалии и совпадает с Евангелическим описанием подобных состояний.

Несмотря на попытку их масштабного научного рассмотрения в рамках традиционной психиатрии, для предотвращения религиозных эпидемий этих расстройств, даже во времена неприятия религии, психиатры-исследователи в разработанных методических рекомендациях наряду с использованием медикаментозной и психотерапии предлагали «учить население разумно соблюдать религиозные обряды» и «использовать ритуалы молитвы как аутотренинг нервно-психической сферы» (Медведева В.В., 1980).

Согласно «Основам социальной концепции Русской православной церкви» (2000 г.) одинаково неоправданным является как «сведение всех психических заболеваний к проявлениям одержимости», так и «попытка лечения любых расстройств исключительно клиническими методами», ряд расстройств духовной сферы, пограничных с психическими заболеваниями, нуждаются в пастырском окормлении и применении специальных практик.

Такими практиками, оказывающими духовный и психотерапевтический эффект, являются церковные таинства - крещение, венчание, исповедь и причащение, соборование, отпевание, а также молитва и участие в церковном сообществе.

Невозможно недооценить и обращение к святоотеческому наследию, к трудам и жизненному опыту святых, которые при жизни претерпели многие испытания и через их преодоление приобрели дары прозорливости, исцеления телесных, душевных и духовных немощей, молитвенной помощи даже после их смерти.

В позднем возрасте обращение к религиозности и духовности способно определять дальнейшее эволюционное развитие человека и благоприятные формы старения. Отмечено, что у верующих людей старшего поколения при постоянном когнитивном тренинге, связанном с участием в церковных таинствах и православной общине, с вычитыванием и заучиванием молитв, нет выраженных эмоциональных и когнитивных расстройств. Для верующего человека неоспоримо, что вера, церковные таинства и практики способны облегчать не

только телесные, но и духовные немощи. Даже в случае развития психических расстройств, религиозный пациент способен использовать особые способы совладания с ними. Так, пациентка со зрительным галлюцинозом отмечала, что во время молитвы «видения успокаивались, уходили или сами начинали слушать». Пациентка со слуховым галлюцинозом считала их проявлением «темных сил», при их появлении молилась и просила помощи у иконы Божией Матери. Больная с угрожающими слуховыми галлюцинациями читала Псалтырь, осеняла их крестным знамением «освященной рукой» (приложенной к Святым мощам) и «запирала» в углу комнаты.

Учитывая важность духовной помощи при психических расстройствах, депрессиях, деменциях, связанных как с самими процессом инволюции, так и с тяжелыми утратами, болезнями, потерей смысла жизни и страхом смерти, возникла потребность в обращении к такому святому, который при жизни сам испытал много страданий, связанных, в том числе, с тяжелыми болезнями, духовными немощами, искушениями и страстями, стал духовным пастырем и наставником в трудных жизненных ситуациях для многих нуждающихся, исцелял духовные, психические и телесные немощи, жизненный пример и молитвенное обращение к которому могли бы помочь пациентам в исцелении.

Таким святым для нас стал преподобный Гавриил Седмиезерный (Зырянов) – один из великих старцев дореволюционной России, прославленный в лике местночтимых святых Казанской епархии в 1996 году. Его жизненный путь был тернистым — со множеством страшных, лютых искушений, преследовавших его в течение всей жизни. Постоянными спутниками преподобного Гавриила были непонимание, клевета, предательство со стороны братии, тяжкие болезни и непрестанная духовная брань.

Он сам, познав на опыте, что значат «цепи страстные», впоследствии всегда был сострадателен к рабам какой-либо страсти, никогда не осуждал их, соболезновал, старался словами, своими советами и молитвами ослабить «узы вражеского плена». Преподобный Гавриил миловал и жалел всех подверженных дурным привычкам и страстям и

прославился как великий утешитель и помощник в скорбях. Кто-то искал у него разрешения от тягостных сомнений, кто-то молитвенной помощи, кто-то приходил к старцу в надежде на чудесное исцеление от физических и психических недугов. Но более всего он помогал нервнобольным, близким к отчаянию и сумасшествию (епископ Варнава (Беляев) «Тернистым путем - к небу», 1996г.).

Преподобный Гавриил использовал в помощи нуждающимся обращение к трем составляющим человеческого существа. На биологическом уровне он с успехом применял гомеопатические средства, на психологическом - утешение, на духовном - церковные таинства и молитву за болящего. Из книги архимандрита Симеона Холмогорова «Един от древних» (1964г.): «Когда же все средства исчерпывались и не было возможности вызвать врача, батюшка возлагал все упование на Бога и начинал усиленно молиться, давая при этом обеты. И больные начинали поправляться».

Но самым действенным средством помощи была любовь старца к Богу и людям, которая сопровождала его всю жизнь и тепло, и свет этой любви привлекали к нему сердца и мятущиеся души страждущих исцеления. Преподобному Гавриилу был открыт дар прозрения, слезной умилительной молитвы и духовного водительства - старческого душепопечения.

В 2015 году во время работы Российского съезда психиатров в Казани группа врачей-психиатров побывала в Седмиезерной Богородичной пустыни, где покоятся мощи преподобного Гавриила Седмиезерного, познакомилась с настоятелем монастыря – архимандритом Германом (Кузьминым), который передал в дар Центру психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского икону преподобного Гавриила Седмиезерного, книги о святом, которые и сейчас помогают врачам-психиатрам в оказании духовной помощи пациентам. В дальнейшем его икона с частицей мощей была передана в Высоко-Петровский монастырь г. Москвы. Стали регистрироваться свидетельства духовной помощи и исцелений по молитвам к преподобному Гавриилу при духовных, душевных и телесных заболеваниях, которые направлялись в комиссию по канонизации святых Казанской епархии. В

настоящее время идет процесс общецерковного прославления святого.

Наблюдающееся в психиатрии игнорирование духовности может быть связано с несовместимостью представлений, основанных на науке и вере; низким уровнем религиозности среди психиатров; недооценкой ими роли религии в жизни пациентов; недостатком у них специальных познаний в этой области. Однако в последние десятилетия появились глубокие исследования в этой области (Авдеев Д.А., Полищук Ю.И., Кондратьев Ф.В.). Во Всемирной психиатрической ассоциации создан отдел «Religion, Spirituality and Psychiatry». Это идет в поддержку и развитие мнения выдающегося психиатра Д.Е. Мелехова (1979), по словам которого, «в психологии и психиатрии возникла императивная необходимость синтетического рассмотрения психических проявлений человека во всей полноте его духовного и психофизического бытия».

УДК 615.851

Полищук Ю.И., Летникова З.В.

Религиозная стратегия совладания с патологическими реакциями горя в позднем возрасте

Московский НИИ психиатрии –
филиал ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П.Сербского» РФ,
Москва, Россия
e-mail: yu.polischuk@mail.ru

Патологические реакции горя или психогенные реакции тяжёлой утраты близкого человека широко распространены в позднем возрасте. В силу необратимости и неразрешимости тяжёлого психотравмирующего воздействия они рассматриваются в качестве катастрофического стрессового события. Разработаны диагностические критерии патологической реакции горя и её отличия, позволяющие выделить её в отдельную клиническую единицу [Prigerson H.G.,

Shear M.K., Jacobs S.C. et al.,1999; Баранская И.В., 2003]. Её отличительными признаками, наряду с психогенной депрессией в форме тяжёлого или умеренного депрессивного эпизода, являются неотступные сверхценные, доминирующие или навязчивые мысли, представления и воспоминания, связанные с утратой; чувство своей вины в связи с непредпринятыми возможными мерами, которые могли бы предотвратить смерть близкого человека; чувство одиночества, покинутости; представления о бессмысленности дальнейшей жизни с антивитальными и нередко суицидальными мыслями; резкое снижение качества жизни и социального функционирования. Выделены три этапа патологической реакции горя: этап непрерывно стабильных проявлений, этап непрерывно волнообразных проявлений и этап периодических проявлений с постепенным переходом депрессивного состояния в дистимию или пролонгированную депрессивную реакцию в рамках психической дезадаптации. Разрабатывались терапевтические подходы и способы совладания с этим болезненным состоянием, среди которых отмечалась положительная роль обращения к религии.

Цель данного сообщения состоит в более детальном определении значения и эффективности религиозной стратегии совладания с патологическими реакциями горя (ПРГ) в позднем возрасте.

Материал и методы. Объектом изучения явились 42 женщины в возрасте от 60 до 82 лет, у которых после смерти мужа возникла патологическая реакция горя в период от 3-х месяцев до 7 лет по отношению к моменту обследования. Все они посещали отделение дневного пребывания московского Центра социального обслуживания «Сокольники» и дали информированное согласие на обследование. Оно проводилось при помощи клинико-психопатологического, анамнестического и катамнестического методов, гериатрической шкалы депрессии Yesavage, шкалы тревоги Taylor, опросника Heim по выявлению способов совладания с болезненным состоянием, адаптированным Б.Д. Карвасарским, опросника Г. Оллпорта, позволяющего выявить наличие внутренней (глубокой) или внешней (поверхностной) религиозной ориентации,

Результаты. Использование религиозной стратегии совладания с патологической реакцией горя было выявлено у 23-х пациенток (57,1%). На этапе непрерывно стабильных проявлений ПРГ у 10 из них развилась тоскливая депрессия с чертами эндогеноморфности, у 8 – тоскливо-тревожная депрессия у 5 – истеродепресия. В этих состояниях большинство обследованных (20 человек) с внутренней и реже внешней религиозной ориентацией принимали участие в религиозных ритуалах: отпевании покойника в церкви или морге, написании записок «за упокой», зажигании свечей, молились дома и в храме за упокоение души умершего мужа. Пребывание в храме, исполнение ритуалов и молебнов, погружение в религиозные представления о бессмертии души в загробном мире оказывали успокаивающее и умиротворяющее влияние. Ослабевала душевная боль утраты, упорядочивались мысли. Возникали религиозные представления о вечной загробной жизни души умершего, с которой можно вести мысленные или вслух разговоры, что и делалось большинством овдовевших во время частых посещений могилы, во время перебирания фотографий и вещей супруга. Такое мысленное и воображаемое общение с образом умершего приносило на некоторое время (часы, дни) облегчение психического состояния, смягчало чувство тоски и скорби. После бесед со священником появлялись мысли о необходимости смирения с утратой и терпения, так как «на всё воля Божия», а тоска и уныние, плач – это грех. Появлялся и возрастал интерес к чтению Библии, Евангелия, религиозной литературы. Даже при неполном понимании прочитанного возникало чувство причастности к религиозным канонам и желание следовать им. Возникала потребность регулярно молиться и обращаться к Богу с просьбой о помиловании за допущенные греховные деяния и надеждой на его духовную и моральную поддержку в наступившем горе. Во время молебнов перед иконой, при исполнении религиозных обрядов и ритуалов, при общении со священником пациентки с ПРГ искали и находили внутреннюю духовную опору и утешение в своём горе. Всё более глубокое вхождение в религиозную веру и религиозное мировоззрение оказывало действенный психотерапевтический эффект с

редукцией психопатологической депрессивной симптоматики, улучшением качества жизни и социального функционирования по данным самоотчёта, клинического наблюдения и результатов психометрического обследования. Глубокий уровень депрессии спустя 2 – 3 месяца сменялся у 14 пациенток средним уровнем депрессии, а у 9 пациенток депрессия среднего уровня трансформировалась в более лёгкое депрессивное расстройство с наклонностью к его рецидивированию в ситуациях бездеятельности и незанятости, а также во время памятных дат совместно прожитой жизни.

Выводы. 1**.** При патологических депрессивных реакциях горя, развивающихся после утраты супруга, обращение к религиозной вере и погружение в неё имеет существенное психотерапевтическое значение и способствует редукции психогенной депрессивной симптоматики.

2. При оказании медикаментозной и психотерапевтической помощи верующим больным с ПРГ психиатрам необходимо взаимодействовать со священником или православным психотерапевтом.

3. Результаты работы свидетельствуют о необходимости дополнения биопсихосоциальной стратегии в психиатрии биопсихосоциодуховной стратегией.

Список литературы

1. Баранская И.В. Патологические реакции горя в позднем возрасте. Автореферат канд.дисс. М.:2003.

2. Полищук Ю.И. Духовное измерение в психиатрии. М.: «Цифровичок».2010. 142 с.

3. Полищук Ю.И., Баранская И.В., Летникова З.В. Значение религиозной веры в смягчении и преодолении патологических реакций горя в позднем возрасте// Клиническая геронтология. 2002. т.8. №6. С.61-64.

4. Koenig H.G., George L.K., Seigler I.C. The use of religion and other emotion regulating coping strategies among older adults// The Gerontologist. 1998. v.28. P. 303-310.

УДК 616.89-02-053

Попович У.О., Каледа В.Г., Романенко Н.В., Копейко Г.И.

Психопатологические особенности эндогенных приступов в юношеском возрасте с бредовыми идеями религиозного содержания

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия
e-mail: uo_popovich@mail.ru

Актуальность изучения бредовых расстройств религиозно-мистического содержания при юношеской приступообразной шизофрении обусловлена высокой частотой встречаемости подобных бредовых состояний (24-28,4%) [Пашковский В.Э., 2007; Siddle R. et al., 2002], сложностью психопатологической структуры бредового комплекса с религиозной фабулой, аутодеструктивным бредовым поведением. Представляется значимым оценить прогностическую роль подобных состояний с учетом возрастной атипии [Каледа В.Г., 2006].

Целью исследования является определение клинико-психопатологических особенностей бредовых расстройств религиозно-мистического содержания, формирующихся в структуре приступов юношеского эндогенного приступообразного психоза (ЮЭПП).

Материалы и методы. Клинико-психопатологическим методом были обследованы 53 больных ЮЭПП (F20, F25 по МКБ-10) мужского пола, которые в юношеском возрасте перенесли психотический приступ с религиозным бредом.

Результаты, обсуждение. Частота встречаемости психотических приступов с религиозными бредовыми идеями составила 18,1% (53 человека) среди всех больных ЮЭПП, поступивших в отделение группы психических расстройств юношеского возраста клиники НЦПЗ в 2015-2017 гг. Структура изучаемых психотических приступов была представлена аффективно-бредовыми (49,0% - 26 человек), галлюцинаторно-

бредовыми (43,4% - 23 человека) и кататоно-бредовыми состояниями (7,6% - 4 человека). При анализе доманифестного этапа заболевания было обнаружено, что в большинстве случаев (38 человек - 71,7%) развитие психотического приступа с религиозно-мистической фабулой происходило на фоне предшествующего индифферентного отношения к религии.

Примерно с равной частотой бредовые идеи религиозного содержания формировались в структуре первого (48,2%) и повторного (51,8%) приступов. Средний возраст развития приступа с бредовыми расстройствами религиозно-мистического содержания составил 24,3 года.

На основании изученных случаев представилось возможным выделить следующие группы, объединенные общими особенностями клинической картины и динамики психотического приступа: 1) с доминированием бреда бесоодержимости (41,5% - 22 человека); 2) с преобладанием острого чувственного бреда: а) мессианского (18,9% - 10 человек) и антагонистического бреда (17,0% - 9 человек), б) бреда греховности (18,9% - 10 человек); 3) онейроидные религиозные состояния (3,7% - 2 человека).

Доманифестный этап при приступах с доминированием бреда бесоодержимости характеризовался постепенным развитием сверхценного религиозного мировоззрения с формированием симптомокомлекса «метафизической интоксикации» [Дубницкий Л.Б., 1977]. Больные начинали посещать церковь, придерживаться предписанных религией канонов и т.д. Впоследствии, по мере начала психотического приступа, формировались низко систематизированные идеи колдовского воздействия, преследования, значения. В дальнейшем возникали висцеральные и слуховые псевдогаллюцинации, а так же сенесталгии и сенестопатии, которые расценивались больными, как момент интервенции в них демонической силы или ее воздействия. Пациенты красочно описывали обстоятельства «проникновения» бесов, подробно рассказывали о своих ощущениях. Бредовая фабула подвергалась тщательной идеаторной обработке. В большинстве случаев причину бесоодержимости пациенты видели либо в

наказании, считая, что бес смог проникнуть через «ослабленную неправедными поступками духовную защиту», либо считали, что таким образом они искупают совершенные грехи, называя «бесоодержимость» посланным Богом испытанием. Явления нарастающих нарушений мышления, ощущение соматического неблагополучия пациенты трактовали как результат воздействия «бесовских сил». На высоте состояния возникали идеаторные и речедвигательные автоматизмы - формировался синдром Кандинского-Клерамбо. Как правило, в ремиссии полной редукции психопатологического комплекса практически не наблюдалось, сохранялись аффективные колебания, отдельные сенестопатии, резидуальные бредовые идеи воздействия, одержимости с тенденцией к нарастанию и расширению негативных изменений личности.

Доманифестный этап приступа с доминированием бредовых идей греховности характеризовался преимущественно циклотимоподобными колебаниями настроения, диффузной подозрительностью.

Приступ характеризовался острым, по типу «озарения», началом, когда больной внезапно «осознавал», что является «грешником» и начинал вспоминать и преувеличивать значение совершенных в прошлом поступков, придавал негативную окраску объективно нейтральным действиям. В последующем присоединялись сенситивные идеи отношения и бредовые идеи значения. Состояние сопровождалось выраженным депрессивным аффектом, с отчетливым тревожным и тоскливым компонентами. Пациенты были беспокойны, фиксированы на идеях греховности, крайне тягостно воспринимали свое душевное состояние. Активность больных была направлена на непрерывный поиск способа «искупления грехов». Они проводили многие часы в молитвах, посещали церковные службы, вели долгие беседы с представителями церкви, утрировано придерживались постов, иногда – с полным отказом от приема пищи и питья. Важной особенностью данного типа приступов являлся высокий риск аутодеструктивного поведения. На выходе из приступа происходила полная редукция бредовых идей, стабилизация аффекта, однако в

дальнейшем у большинства сохранялось сверхценное религиозное мировоззрение.

Для доманифестного этапа приступов с фабулой мессианского и антагонистического бреда были характерны биполярные аффективные колебания с элементами психопатоподобного поведения, нарастающие когнитивные нарушения с астенизацией. Приступ начинался подостро, с возникновения низко систематизированных идей значения, отношения, преследования. Затем больной внезапно «осознавал», что он находится в центре борьбы добра и зла, на него «возложена» особая миссия «нести свет людям», «проповедовать истину». В дальнейшем к клинической картине присоединялся вербальный псевдогаллюциноз со звучанием двух и более «голосов», принадлежащих Богу, ангелам и демонам. Данное состояние сопровождалось маниакальным аффектом, на фоне которого пациенты совершали нелепые и импульсивные поступки. На выходе из психотического приступа наблюдалась полная редукция психопатологического симптомокомплекса, формировалась частичная критика к перенесенному состоянию.

В 3,7% (2 пациента) религиозные бредовые расстройства возникали в структуре онейроидных состояний. Доманифестный этап был представлен сезонными колебаниями настроения, транзиторными неврозоподобными расстройствами. Психотический приступ начинался с появления аффективно насыщенных бредовых идей отношения, значения религиозного содержания. В дальнейшем присоединялись деперсонализационно-дереализационные расстройства, бредовая инсценировка с ложными узнаваниями, лабильным аффектом с переходом от гипоманиакального состояния к выраженным тревоге и страху, отдельные элементы синдрома Кандинского-Клерамбо.

На высоте состояния формировались антагонистический и мессианский бред религиозного содержания, возникала двойная ориентировка с развитием иллюзорно-фантастического онейроидного помрачения сознания, развернутый синдром Кандинского-Клерамбо с эпизодами кататонического

возбуждения и ступора. При этом больные «становились» активными участниками фантастических событий: «нисходили» в ад, считали себя умершими, «попадали» на Страшный суд, а так же «возносились» на небеса. В ремиссии формировалась критика к перенесенному состоянию, восстанавливалась социальная и трудовая адаптация.

Заключение. Таким образом, в процессе изучения были получены новые данные, касающиеся клинико-психопатологических особенностей, условий возникновения бредовых расстройств религиозно-мистического содержания при ЮЭПП. Планируется исследование клинико-катамнестического материала по теме с целью уточнения разновидностей течения и исхода заболевания при данной форме ЮЭПП, характера их корреляции с выделенными клиническими типами изученных приступов.

Список литературы

1. Дубницкий Л. Б. Клиническая типология состояний метафизической интоксикации в юношеском возрасте. / Л.Б. Дубницкий // Журн. невропатол. и психиатр. - 1977. - в. 3. - с. 432—439.

2. Каледа В.Г. Психопатологические особенности первого психотического эпизода юношеского эндогенного психоза и его типологические разновидности / В.Г. Каледа //Психиатрия. – М. - 2006. - № 4-6(22-24). - С. 7-15.

3. Пашковский В.Э. Психические расстройства с религиозно-мистическими переживаниями / В.Э. Пашковский. // Издательский дом СПбМАПО. – М. – 2006. - 329с.

4. Siddle R. et.al. Religious delusions in patients admitted to hospital with schizophrenia // Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. - 2002. – Vol. 37. – P. 130-138.

УДК 615.851

Пятницкая Л.Н.

Творчество в жизни пациентов

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»,
Москва, Россия
e-mail: taksaeto66@gmail.com

Творчество пациентов, находящихся под наблюдением в отделении особых форм психической патологии, необходимо разделить на профессиональное (художники, музыканты, филологи) и любительское (обращение к творческому процессу без специального образования). Но надо отметить, что и в том и другом случае для полноценного действия с целеполаганием и оформленным конечным результатом оказывается необходимым условием наличие устойчивой ремиссии или значительное ослабление активной продуктивной симптоматики. Для больных, имеющих специальное образование это, как правило, возвращение в профессию и жизнеобеспечение. Происходить это может в несколько ином ключе (для музыкантов - это пение в церковном хоре, камерные концерты, руководители кружков и театральных студий, кукольный музыкальный театр, для художников - обращение к реставрации, иллюстрации, ремеслам, для филологов - редакторская работа).

Занятие искусством на уровне «хобби» более свойственно пациентам-инвалидам, не имеющим работы. Они вынужденно находятся в довольно замкнутом жизненном и социальном пространстве. В этом случае этот труд, приносящий радость и удовлетворение, становится действительно реабилитационным «рычагом».

Большое значение имеет возможность регулярного обсуждения работ с врачами и психологами. Камерные выставки, публикации, стимуляция к продолжению работы, своевременная поддержка очень важна, так как в семьях больных зачастую этой сфере жизни не придается должное значение, а порой возникает и осуждение. Предпринимаются попытки работы с родственниками для создания благоприятных

условий для самовыражения пациентов. Речь в этих случая идет главным образом об изобразительном искусстве и фотографии. Что неудивительно, так как техника может быть разнообразной, а достижение результата при небольших размерах не занимает много времени.

Занятия изобразительным творчеством в нашем случае нельзя назвать арт-терапией в обычном понимании этого направления. Они не носят, за редким исключением, характера уроков и выполнения заданий. Пациенты руководствуются собственными желаниями или порывами, как в тематике, так и в технике исполнения. В результате возникают произведения ближе всего стоящие к НАИВНОМУ варианту изобразительного искусства, которое отличается большой погруженностью во внутренние процессы при достаточно скупой и статичной форме. Несомненно, как ни банально это звучит, эти изображения искренни, не скованы внешними темами, условностями и канонами, что придает им особое своеобразие и привлекательность.

Еще раз следует подчеркнуть, что работы, созданные в период достаточно благополучного психического состояния редко характеризуются нарушением целостности объектов и трагичностью. Наоборот, это скорее спокойное повествование с элементами любования героями или природой. Краски насыщенные, часто яркие, без игры полутонов. Немаловажно также отметить в этих случаях желание создать “красивые”, в собственном понимании пациента, работы. Это приводит к наивному “украшательству”, приближающие к лубочным изображениям. Что также свидетельствует о достаточной открытости миру и доброжелательности.

Следует отметить существенное влияние совместных вместе с врачами и психологами паломнических поездок на остров Валаам в летнее время. Глубокая духовная составляющая жизни на острове вблизи монастыря, особая суровая красота северной природы, оторванность от обыденных бытовых проблем дает мощный толчок для раскрытия творческого потенциала больных. Многие из них после долгих лет бездействия и инвалидности чувствуют необходимость самовыражения. Желание поделиться впечатлениями от

увиденного неожиданно приводит к целенаправленному старанию, труду и, несомненно, хорошим результатам.

УДК 616.89-008

Рутковская Н.С.

Суицидальное поведение и религиозность у пациентов психиатрического стационара

Санкт-Петербургское ГБУЗ
Психиатрическая больница № 1 им. П.П.Кащенко,
Санкт-Петербург, Россия
e-mail: rutkovskayanatalja@yandex.ru

Религиозное мировоззрение человека, по мнению многих авторов, может оказывать существенное влияние на возникновение суицидального поведения в кризисной ситуации. Религиозная вера в ряде случаев рассматривается как антисуицидальный фактор. В частности, согласно Колумбийской шкале оценки тяжести суицида (C-SSRS) религия относится к числу сдерживающих факторов, помогающих пациенту удержаться от попытки суицида. Связано это с наличием в большинстве традиционных религий строгого запрета на совершение самоубийства. С другой стороны, ряд религий не запрещает и даже поощряет совершение суицида. В качестве примера можно привести традиционные верования японцев. Известны также массовые случаи суицида среди русских старообрядцев. Что касается современного сектантства, то здесь также достаточно примеров как индивидуальных, так и массовых суицидов, спровоцированных извращенным религиозным мировоззрением их адептов.

Цель исследования: изучение особенностей религиозности у пациентов с суицидальным поведением.

Материалы и методы. Изучены истории болезни 370 пациентов, поступивших в психиатрический стационар в связи с суицидальным поведением. Из них у 260 человек перед

поступлением имели место суицидальные попытки, а у 110 человек – суицидальные высказывания. Также обследовано 70 пациентов психиатрического стационара с различными проявлениями суицидального поведения (суицидальные попытки, мысли, высказывания). Особенности религиозной принадлежности пациентов выяснялись в процессе беседы с ними, с использованием специально разработанной анкеты.

Результаты и обсуждение. Оценка религиозной принадлежности больных по архивным историям болезни оказалась затруднена, в первую очередь в связи с тем, что религиозные убеждения пациентов в большинстве случаев не отражались в медицинской документации. Религиозные взгляды больных указывались в тех случаях, когда они отражались в клинической картине психического расстройства. Религиозный бред имел место у 8 пациентов с суицидальным поведением. Из них суицидальные попытки перед поступлением в стационар отмечались у всех 8 пациентов (100,0 %). Оккультные увлечения выявлены у 10 пациентов, из них суицидальные попытки совершили 8 больных (80,0 %), суицидальные высказывания отмечались у 2 больных (20,0 %). У пациентов с оккультными увлечениями несколько чаще, чем у пациентов других групп, отмечались многократные госпитализации (30,0 % среди больных с оккультными увлечениями, 25,0 % в группе больных с религиозным бредом и 27,6 % среди остальных пациентов). Также среди пациентов с оккультными увлечениями несколько чаще отмечались повторные суицидальные попытки (30,0 % у пациентов с оккультными увлечениями, 25,0 % в группе больных с религиозным бредом и 25,9 % у остальных больных). Тем не менее, небольшое число пациентов с религиозным бредом и оккультными увлечениями не позволяет сделать статистически значимых выводов на основании только архивного материала.

Из 70 обследованных больных 26 пациентов (37,1 %) поступили в стационар после суицидальной попытки. У 35 пациентов (50,0 %) перед поступлением отмечались только суицидальные мысли и высказывания, из них у 15 больных имели место суицидальные попытки в прошлом. У 9 пациентов

(12,9 %) актуальных проявлений суицидального поведения не отмечалось, но были суицидальные попытки в анамнезе.

По своей религиозной принадлежности 49 пациентов (70,0 %) назвали себя православными, 1 - баптистом, 1 – мусульманином, 1 – исповедовал иудаизм, 2 – верили, что «что-то есть». У 5 пациентов отмечалось увлечение так называемыми «восточными» религиозными практиками. Из них 1 пациент увлекался «ведической религией», 2 – оккультными практиками (без какой-либо религиозной принадлежности), 2 - состояли в кришнаитской организации и увлекались оккультизмом. Один пациент назвал себя сатанистом. Остальные 10 пациентов (14,3 %) назвали себя атеистами, при этом одна из них в прошлом многократно посещала сеансы экстрасенса и встречи с членами секты «Свидетели Иеговы». Среди всех пациентов 8 человек (11,4 %) являлись в прошлом или в настоящем адептами религиозных сект, 24 человека (34,3 %) увлекались оккультизмом.

Таким образом, пациенты, считающие себя православными, составили 70,0 % изучаемой группы. Все они были крещеными и периодически посещали православные храмы. При этом, если считать основным критерием воцерковленности пациентов частоту участия в таинствах исповеди и причащения, к воцерковленным можно было отнести только 8 пациентов (11,4 % из всех православных). Остальные пациенты, называющие себя православными (41 чел.), могли быть отнесены к таковым формально. Двое из них (5,7 %) посещали псевдоправославные организации. Обращались к экстрасенсам, гадалкам и увлекались оккультизмом 17 православных пациентов (24,3 % всех православных). Четыре пациентки (5,7 %), считающие себя православными, в прошлом были адептами неопятидесятнических сект.

Выводы: по своей религиозной принадлежности считали себя православными христианами 70 % пациентов, но количество воцерковленных православных составило 11,4 %. У значительного числа пациентов с суицидальным поведением имели место оккультные увлечения (34,7 % среди считающих себя православными , 34,3 % среди всех пациентов). Часть пациентов являлись бывшими адептами религиозных сект (8,2 %

среди православных , 11,4 % среди всех пациентов). Очевидно, что роль религиозного фактора в формировании суицидального поведения требует дальнейшего изучения.

УДК 159.9

Семин С.А. [1]***, Абриталин Е.Ю.*** [2]

Роль религии в укреплении психического здоровья военнослужащих

[1]*Группа медико-психологического сопровождения медицинской роты общевойсковой армии, Гудаута, р. Абхазия*
[2]*ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов», кафедра психиатрии, наркологии и психотерапии факультета повышения квалификации медицинских работников, Москва, Россия*
e-mail: abritalin@mail.ru

Психическое здоровье военнослужащего зависит от множества факторов. Одной из важных составляющих личной и общественной жизни является религия, оказывающая влияние и на психическое здоровье человека. Религия несет в себе высокий психопрофилактический и психотерапевтический потенциал, который может быть использован в программах профилактики суицидального поведения, тревожных и депрессивных расстройств и т.д. Необходимо отметить, что в армейской среде потребность в обращении к вере в ряде случаев даже выше, чем в гражданском обществе. Религиозная вера может являться личностным ресурсом, способствующим адаптации военнослужащих к сложным, а подчас и крайне тяжелым условиям военной службы, а также использоваться как основа для психотерапевтической реабилитации после участия в боевых действиях.

Влияние религии на психическое здоровье человека рассматривалось многими известными психотерапевтами. В частности, Э. Фромм воспринимал религию как систему

взглядов, которая дает индивиду систему ориентации, и подразделял религиозность на авторитарную и гуманистическую. Авторитарная предполагает подчинение и послушание, при этом индивид, утрачивая независимость и цельность, приобретает чувство безопасности и защищенности. В гуманистической религиозности, напротив, человек достигает веры в себя, собственные силы, полную самореализацию. Религиозность по Э. Фромму заключается в служении не только Богу, но и вождям, классам, нации, партии, силе и т.п. (Fromm E., 1950).

З. Фрейд утверждал, что в основе невроза и религиозного переживания лежит подавление природных инстинктов человека. Рассматривая религиозную веру в качестве одной из причин невроза и одновременно средства защиты от него, З. Фрейд полагал, что не будь религии, невроз принял бы еще более грубые формы и протекал бы тяжелее (Freud S., 2001). Вопреки З. Фрейду, К. Юнг не только не рассматривал религию как «невроз навязчивости», но и считал, что утрата религиозных взглядов может способствовать возникновению психических расстройств. К. Юнг принимал религиозность в качестве необходимого условия психического здоровья личности и эффективной системы психотерапии (цит. Пашковский В.Э., 2007). В отличие от К. Юнга, который относил восприятие образа бога к сфере бессознательного, В. Франкл считал, что истинная религиозность имеет не инстинктивный характер, а характер решения, поскольку религиозность либо экзистенциальна, либо ее нет вообще, при этом бог в логотерапии – «партнер в самых интимных разговорах человека с самим собой» (Frankl V.E., 1985).

Признавая важность религиозной веры как особого личностного ресурса, не следует забывать, что обращение к религии – это сугубо добровольный акт военнослужащего, которому нельзя «приказать» верить в Бога, поскольку духовная область человека предполагает свободный выбор. Для лучшего понимания связи между религией и армией стоит обратиться к истории так называемого «военного духовенства». Первое упоминание в участии священнослужителей в военных походах датируется 911 годом, в последующем данная традиция только

укреплялась. Так, например, в 1380 году преподобный Сергий Радонежский, основатель Троице-Сергиевского монастыря, благословил святого князя Дмитрия Донского на Куликовскую битву и дал ему в войско на битву с Мамаем двух монахов Пересвета и Ослябю. В дальнейшем почти каждый поход русской армии сопровождали священнослужители, а в 1716 году Петр I на законодательном уровне регламентировал наличие военных священников при полках и кораблях. Во главе всего военного и морского духовенства был поставлен обер-священник армии и флота, которому было поручено «главное начальство» над полковыми священниками в административном и судебном отношениях. Обер-священник имел право прямого доклада императору, минуя Синод, а также право непосредственного сношения с епархиальными архиереями.

С 1801 по 1819 год существовала особая армейская семинария для подготовки военного и морского духовенства. Правовое и материальное положение военного и морского духовенства регулировалось высочайше утвержденным 21 декабря 1887 года «Положением о новых служебных правах и окладах содержания военному духовенству». Главный священник (протопресвитер) был приравнен к генерал-лейтенанту, протоиерей – к полковнику (до этого времени они имели права генерал-майора и майора соответственно). 1-11 июля 1914 года в Санкт-Петербурге проходил 1-й Всероссийский съезд военного и морского духовенства с участием 49 священников. В июле 1917 года на 2-м съезде был утвержден принцип выборности всех лиц управленческого аппарата. К сожалению, 16 января 1918 года институт военного и морского духовенства в русской армии был ликвидирован приказом Народного Комиссариата по военным делам. Из армии было уволено 3700 священников (Котков В.М., 2004).

После распада СССР высшее духовенство России неоднократно высказывалось на тему возрождения «военного духовенства». В начале 2007 года при Отделе по взаимодействию с Вооруженными Силами и правоохранительными учреждениями Санкт-Петербургской епархии Русской Православной Церкви открыта «Начальная школа военного духовенства» (10-ти месячные курсы по

катехизации военнослужащих и гражданских лиц мужского пола). После почти 100 летнего отсутствия так называемого «военного духовенства» с 1 декабря 2009 года директивой начальника Генштаба в штат воинских частей введена должность помощника командира по работе с верующими военнослужащими, на которую будут назначаться священнослужители в качестве гражданского персонала. В 2010 году министр обороны России утвердил «Положение по организации работы с верующими военнослужащими Вооруженных Сил Российской Федерации». В документе, в частности, определено, что помимо исполнения «религиозных обрядов, церемоний и удовлетворения религиозных потребностей личного состава Вооруженных Сил Российской Федерации» на военных священников возлагаются также «организация и проведение духовно-просветительской работы, участие в мероприятиях, проводимых органами военного управления по патриотическому и духовно-нравственному воспитанию, участие в работе по укреплению правопорядка и воинской дисциплины, профилактике правонарушений и суицидальных происшествий». Кроме того, в военное время священники должны «вести постоянную работу по оказанию моральной, психологической и духовной поддержки» личному составу части, в том числе в лечебных и оздоровительных учреждениях. Возложена на них и печальная обязанность по организации «достойных похорон и поминовению погибших и умерших».

В связи с возрождением «военного духовенства» возникает необходимость исследования влияния религии на различные аспекты жизнедеятельности военнослужащих, а также на психическое здоровье как основу успешной военной службы. В этом контексте можно еще раз вспомнить В. Франкла, который считал, что «хотя первичным намерением религии меньше всего является душевное оздоровление или профилактика душевного заболевания, она фактически может привести к действенным психогигиеническим и даже к психотерапевтическим результатам благодаря тому, что дает человеку убежище и опору, которых он не нашел бы больше нигде…» (Франкл В., 2000).

УДК 615.851

Слоневский Ю.А.

Персонифицированная интегративная помощь и поддержка больных в клинике эндогенных расстройств

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», отделение по изучению особых форм психической патологии, Москва, Россия
e-mail: slonevsky2012@yandex.ru

Цель исследования. Уточнение роли религиозного контекста в выборе форм сотрудничества с больными и их окружением. Продолжение развития оригинального направления исследования содержания ключевых рисков и ресурсов в разнообразных условиях.

У больных с эндогенными психическими расстройствами на фоне разочарования в социальных нормах и ориентирах отмечается разрушение рациональной картины мира, радикальная трансформация привычного уклада жизни. Многие из них все чаще обращаются к религиозному ресурсу при возникновении проблемных ситуаций.

В результате возрастает прямое или опосредованное влияние религиозных факторов и феноменов на выбор форм, целей, меры ответственности в терапевтическом сотрудничестве. Это имеет особое значение, как для этапа установления доверительного контакта, так и для периода становления ремиссии. В данном исследовании мы пытаемся раскрыть причины и механизмы появления проблемных (иногда тупиковых) или по-настоящему прорывных и высоко ресурсных ситуаций в процессе психотерапевтического и реабилитационного поиска.

Одной из важных целей данной работы является осуществление системного анализа многолетнего опыта практической реализации принципов интегративного событийно-тематического подхода в комплексе мер сопровождения, помощи и поддержки больных. На основании

новых данных мы стремились уточнить условия и механизмы влияния религиозного ракурса восприятия и интерпретации на процессы ранжирования событий и тем жизни по степени важности и актуальности. Это позволяет приблизиться к объяснению природы феномена уравнивания значения хотя и редких, но объективно экстремальных и чрезвычайных событий с теми, что часто встречаются в повседневной жизни больных и степень сложности которых соответствуют уровню их возможностей. В очередной раз мы стремились выяснить меру влияния возрастного фактора на соотношение процессов адаптации, развития и обучения при решении текущих проблем повседневности в формате малой группы. Мы так же хотели прояснить психологические функции, смысл и значение систематического участия больных в совместных формах копинга (диадических, групповых, коллективных). В нашем случае наиболее удачным и информативным был опыт участия в событийно-тематической реабилитационной экспедиции больных разного возраста, с разным уровнем личной религиозности, с разной степенью включенности в жизнь церковно-религиозной среды, различным опытом религиозных переживаний, но с одинаковым типом патопсихологического синдрома.

Очевидно, что в будущем нам и нашим коллегам, придется уточнить на практике многие критерии обоснования обращения к различным стратегиям религиозного копинга. Естественно, что это может быть сделано с учетом наличия весьма существенных качественных различий между его участниками. С целью предотвращения влияния рисков необоснованного (спонтанного или осознанного и целенаправленного) использования религиозного копинга мы обращаемся к ресурсу персонифицированного подхода и к практике регулярного обсуждения спектра личностных, социальных, семейных, религиозных проблем. Актуальна задача разработки процедуры таких обсуждений. Необходимо уточнить уровень и перечень задач, наиболее эффективно решаемых формами совместного копинга в составе малых и средних групп (выездные лагеря, паломничество). Обосновать важность продолжения поиска и исследования пространств (полифункциональных,

политематических) и спектр типичных для них рекреационных, психотерапевтических, образовательно-познавательных, интеграционных и других возможностей. (Слоневский Ю.А., 2011).

Материал и методы. В исследование вошли: больные на разных этапах течения болезни, (причем более 50 из них находились на этапе становления стойкой ремиссии); психически здоровые лица из групп их поддержки и сопровождения, волонтеры; а так же те, с кем они участвовали в процессах совместного копинга разного уровня и формата (члены семьи, а так же те, кто входил в состав паломнических групп и тематических экспедиций). Отсутствие религиозного мировоззрения не являлось противопоказанием для включения их в состав участников реабилитационного проекта. Разнообразие состава объясняется тем, что нас интересовали как социально-ситуативные, так и функционально-смысловые, содержательные особенности процессов и форм индивидуального и совместного преодоления и разрешения ключевых проблем в основных сферах общего и событийно-тематического взаимодействия.

Широко применялись методы включенного наблюдения в полевых условиях, моделирование проблемных ситуаций, консультативный и диагностический диалог, интервью, формы совместного копинга и творческого поиска. Они, в сочетании с методами мультидисциплинарного подхода, реализуемого командой специалистов (врач-психиатр, медицинский психолог, священник, средний персонал) с привлечением волонтеров, членов семей больных и лиц из референтных для больных групп и сообществ, позволяли исследовать роль и функционально-смысловое значение религиозного ракурса восприятия и интерпретации для повышения эффективности реабилитационных программ (Борисова О.А., Гусев В.В., Дробашенко Т.Г., Пятницкая Л.Н., Слоневский Ю.А., Комиссарова С.А.) Особенности проведения конфессионально-ориентированной реабилитационной работы с психическими больными, основанной на анализе их религиозного

мировоззрения (Консультативная психология и психотерапия. 2010; 3: 176-187).

Метод совместного группового копинга в сочетании с персонифицированным интегративным подходом широко применялся нами в ситуациях, когда участниками выездных сессий становились семьи больных, волонтеров и психологов.

Диагностическая, консультативная, психообразовательная, психокоррекционная и консультативная составляющие комплекса мультидисциплинарной помощи и поддержки применялись нами в течение нескольких лет в амбулаторных и стационарных условиях, а так же в выездных реабилитационных лагерях.

Результаты. Разработаны и апробированы принципы событийно-тематического подхода к реализации программ, включающих консультативно-информационную, психокоррекционную, социо-терапевтическую и лекарственную формы помощи и поддержки. Обозначены основные риски фиксации больных на религиозном ракурсе восприятия и интерпретации с его помощью причин болезни, жизненных обстоятельств и событий.

Определены противопоказания и оптимальные условия сочетанного и гибкого применения обычных и религиозных копинг стратегий при работе с больными с психическими расстройствами эндогенного круга.

Накоплен опыт активного использования различных по формату форм совместного копинга (диадической, групповой и коллективной). Подтверждено, что при реализации задач событийно-тематического подхода к актуализации реабилитационного ресурса и навыков совладания, наиболее эффективно обращение к формам совместного копинга в составе малых и средних социальных групп (семья, команда, бригада). Конкретизированы представления и знания о диапазоне адаптивных, мотивационных, интегративных, функционально-смысловых, диагностических, регулятивных и коррекционных возможностей основных форм совместного копинга.

Выводы. Религиозный копинг является важным, но лишь частным случаем практического использования копинговых стратегий для совладания с проблемами. Использование знания о возможностях религиозного копинга может способствовать решению социально-психологических широкого спектра задач: от экстремальных, масштабных до обыденных, типичных и регулярно возникающих в повседневной жизни.

Наше обращение к исследованию феномена религиозного копинга может быть объяснено прежде всего поиском подходов к оптимизации интегративных реабилитационных воздействий. Комплексная терапевтическая поддержка больных с эндогенными расстройствами является сложным и длительным процессом. Успех может определяться адекватным выбором социальных площадок и пространств, для широкого психотерапевтического и реабилитационного поиска. Выбор персонифицированного интегративного подхода к консультативно-диагностическому, социотерапевтическому типу поддержки обоснован пониманием специфики, глубины и необратимости некоторых психических расстройств. При выборе стратегии и тактики работы с больными, у которых преобладает религиозный ракурс восприятия и интерпретации причин болезни, обстоятельств и событий жизни возрастают роль и значение сочетания мер регулярного динамического психодиагностического, консультативного, информационного и психофармакологического сопровождения и поддержки.

У больных эндогенными расстройствами нарастают: коммуникативные и личностные изменения, эмоциональное безразличие, амбивалентность суждений; одновременно у них снижается уровень просоциальной активности, сужается круг интересов. У верующих больных шизофренией в комплекс этих проблем и нарушений свой вклад вносит религиозный ракурс восприятия и интерпретации причин происходящего в пространствах повседневного общения, занятости и тематического сотрудничества. Общепринятой является тенденция сосредоточения внимания на оценке утрат и неудачных попыток больного справляться с жизненными вызовами и многочисленными повседневными задачами.

Нарушения процессов планирования, целеполагания, самоконтроля и саморегуляции усугубляются нарастанием у него когнитивного дефицита и нарушениями мышления и ценностно-смысловой сферы. Преобладает фиксация внимания на фактах утраты личной инициативы, спонтанности. Это мешает воспринимать и трезво оценивать уровень и содержание видов и форм событийно-тематического и социально-ролевого взаимодействия больных. Однако именно эти взаимоотношения позволяют им использовать опыт, потенциал, совокупные ресурсные возможности социальной среды, реальных социальных групп и сообществ. Трудно переоценить значение знания о зонах стабильности и состоятельности больных пусть и благодаря участию в совместном групповом или коллективном копинге. В этом случае степень успешности и общей жизнестойкости больного основан на успешном использовании группой или сообществом религиозного ресурса как для решения масштабных и чрезвычайных социально-психологических задач, так и для преодоления типичных, малых, но важных для адаптации и стабильности, проблем повседневности.

Внезапное и немотивированное возрастание субъективной значимости, остроты религиозных переживаний, степени и глубины их влияния на содержание ключевых жизненных тем и взаимоотношений приводит членов терапевтической команды к выводу: использование стратегий религиозного копинга должно носить вспомогательный и подчиненный характер.

При оценке роли и значения конкретных случаев эффективного использования (спонтанного или сознательного и целенаправленного) стратегий религиозного копинга нужно учитывать особенности обстоятельств, социального контекста, специфику личности больного, степень остроты психопатологических расстройств и ряд других факторов.

Некоторые формы совместного группового религиозного копинга можно без колебаний отнести к эффективным методам поддержки и раскрытия ресурсных возможностей интегративного подхода. В частности, нельзя недооценивать положительного влияния умно и ответственно организованного

паломничества на актуализацию потенциала совокупного реабилитационного ресурса верующих больных с эндогенными психическими заболеваниями.

Кроме того, важно понимать, что возможности опоры на ресурс религиозного копинга при эндогенных психических заболеваниях могут зачастую определяются содержанием и обоснованностью аргументов в пользу его использования, наличием или отсутствием опыта негативных религиозных переживаний.

Сохранению уровня личной активности, способности больного ощущать свою субъектность в проблемных социальных обстоятельствах способствует сочетанное и гибкое применение различных приемов из арсенала средств индивидуального и группового совладания. Все формы совместного копинга (диадического, группового, коллективного) позволяют справляться с вызовами разной остроты, актуальности, масштаба и содержательной сложности. Они помогают сохранять и формировать отношения терапевтического сотрудничества. Это способствует успешному решению задач преодоления, адаптации, личностного и социального самоопределения, функционирования и развития.

Стоит отметить, что традиционно религиозный копинг рассматривается в контексте разрешения задач высокого ранга (экзистенциальных, духовно-нравственных), имеющих, прежде всего, отношение к вопросам жизни и смерти, к уточнению иерархии смыслов и ценностей. Однако в клинике эндогенных расстройств возможности религиозного могут способствовать реструктурированию и актуализации потенциала и ресурса обычной жизни. Важно, что по нашему убеждению, именно от регулярного и последовательного решения задач из сферы повседневного, обыденного личностного и социального функционирования зависит успех терапевтических и реабилитационных замыслов и усилий. Обращение к религиозным установкам, чувствам и переживаниям позволяет иногда включить больного в оказание помощи и поддержки больным родственникам. В условиях практической реализации принципов и задач комплексного подхода к терапевтическому и

реабилитационному сопровождению душевнобольных стратегии религиозного копинга могут быть использованы для оптимизации процессов использования адаптивного, коммуникативного, регулятивного и мотивационного ресурса на индивидуальном, групповом, коллективном уровне.

Итогом таких усилий могут стать изменения качественных, содержательно-тематических и функционально-смысловых параметров семейного уровня взаимодействия. В результате создаются благоприятные условия для решения широкого спектра задач: от индивидуальных, супружеских, детско-родительских до общих для всей семьи.

Преобладание религиозного ракурса восприятия и интерпретации причин и обстоятельств манифестации психической болезни и перспектив психофармакотерапии можно отнести как к системе рисков, так и ресурсных возможностей. Зачастую это не способствует коррекции когнитивных искажений, дисфункциональных суждений и нарушений поведения. Они, в свою очередь, мешают реализации актуальных и неотложных терапевтических планов и задач. Ресурсная составляющая совместного группового (семейного или командного) опыта успешного использования копинг-стратегий приобретает особые смысл и значения при работе с больными шизофренией на всех этапах установления и поддержания терапевтического и консультативно-информационного взаимодействия с ними.

Актуальность психологического исследования форм совместного религиозного копинга связана так же с возможностью углубления знания о роли конкретных рисков и ресурсов на основных этапах терапевтического взаимодействия с больными, принадлежащими к церковно-религиозной среде.

Оцениваются перспективы и возможности использования различных форм интегративной поддержки, информационно-консультативного и терапевтического сопровождения этих больных. Диалогический характер взаимодействия ориентирован на формирования конструктивной внутренней картины болезни, на уточнение параметров личного, социального, терапевтического ресурса.

На основе расширения, углубления и конкретизации тем и формата терапевтического сотрудничества в этих случаях достигается постепенное изменение отношения к содержанию и качеству жизни в целом и в отдельных ее сферах. Достигается это как за счет повышения уровня личной творчески-поисковой активности в разрешении повседневных проблем, так и за счет повышения готовности к тематическому сотрудничеству. Последнее предполагает так же конкретизацию форм участия в проектах реабилитационного взаимодействия. Меняется отношение к навыкам оказания помощи другим и умению принять поддержку от них. Речь, прежде всего, идет об актуализации личностного потенциала и социально-психологического ресурса. Интересно, что эти возможности открываются при целенаправленном использовании форм совместного диадического и группового поведенческого копинга.

Групповой копинг направлен на преодоление общих для конкретной группы проблем. Речь идет о поиске решений и выборе копинг стратегий группой, как субъектом социально-психологических взаимодействий, направленных на преодоление актуальных для нее затруднений. Степень эффективности копинг-поведения конкретной малой или средней группы зависит, прежде всего, от уровня ее сплоченности. В нашем случае мы чаще всего имеем дело с семейным или командным уровнем реакций на фрустрирующие обстоятельства и способами совместного практического совладания с проблемными ситуациями. В итоге приобретается единый (общий) для группы (семьи или команды) опыт. Он одновременно является важной частью социально-психологического, когнитивного, коммуникативного и других форм реального жизненного опыта группы и отдельной личности

УДК 159.9

Соловьев А.Г.[1], Бабкин Р.А.[2], Игумен Феодосий (Нестеров)[3]

Социально-психологическое (религиозное) пространство

[1] ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» Минздрава России, Архангельск, Россия
[2] ГБУЗ АО «Северодвинская городская больница №1», Северодвинск, Россия
[3] Архангельское подворье Свято-Артемиево-Веркольского монастыря, Архангельск, Россия
e-mail: ASoloviev1@yandex.ru

Конгруэнтность психического здоровья и религиозной деятельности всегда находилась в центре внимания медицинского сообщества. В научно-прикладном аспекте многократно обсуждался тезис о степени и эффектах влияния религиозности на душевное здоровье и поступки человека. Сходство психотерапевтических интервенций с религиозными традициями и ритуалами давно подмечено исследователями [2].

Религиозные организации имеют немалый опыт в осуществлении лечебно-реабилитационных мероприятий в отношении пациентов с зависимостями, невротиков, онкологических больных и др., используя, в основном, не медицинские, а духовные и целительские практики. Верующий, погруженный в деятельность религиозной общины и окруженный людьми со сходным мировоззрением, оказывается в особых социально-психологических условиях. Само существование религиозной группы (РГ) сопровождается формированием своеобразного социально-психологического пространства, насыщенного разнообразными взаимодействиями. Нетрудно увидеть здесь сходство с реализацией некоторых психотерапевтических методов - «терапией средой» и «терапевтическим сообществом», с учетом психологических особенностей членов РГ, как, например, это было отмечено

нами при лечении больных с определенными нозологическими группами соматических [4], наркологических заболеваний [3], а также при работе с лицами пожилого возраста [1].

Особое место в дискуссии психологов и психиатров занимают вопросы, касающиеся деятельности т.н. «нетрадиционных религиозных движений». Встречаются диаметрально противоположные мнения: как о вреде психическому здоровью вследствие пребывания в «нетрадиционной» религиозной организации, так и о благотворности участия в жизни такой общины; данные клинических исследований и наблюдений по указанной тематике чрезвычайно противоречивы [5].

Целью нашего исследования явилось обоснование выделения специфического социально-психологического (религиозного) пространства для формулировки принципов организации эффективной модели терапевтической среды.

Объектом исследования послужили члены РГ и их интеракции в религиозном пространстве. Исследование проводилось на базе медицинских учреждений, специализирующихся в лечебно-реабилитационной работе с психиатрическими пациентами и пациентами с пограничными психическими расстройствами в гг. Архангельске и Северодвинске Архангельской области.

Результаты исследования позволили выделить группы интеракций между членами РГ: физические взаимодействия (например, изменение режима питания во время соблюдения религиозных постов, а также психофизиологическое воздействие – ритуальный приём психоактивных веществ, изменение режима сна-бодрствования и др.); когнитивные взаимодействия (чтение и обсуждение религиозной литературы, духовные наставления, проповеди и др.); аффективные взаимодействия (исполнение религиозных песен, участие в групповой молитве и др.); социально-поведенческие (изменение коммуникационного поля, приёмы привлечения новых последователей, участие в религиозных обрядах, ритуалах, праздниках и др.). При этом интеракции среди членов РГ носили характер преимущественно сотрудничества, а не соперничества.

В ряде случаев наблюдалась взаимосвязь между эмоциональным состоянием члена РГ и участием в религиозно-обрядовой практике. Так, в период, предшествующий ритуалу (например, религиозному посту продолжительностью в несколько дней), верующие отмечали неудовлетворенность, плохое настроение, тревогу. Сразу после исполнения ритуала возникали противоположные ощущения: радость, приподнятое настроение, оптимистический взгляд на будущее.

Пациенты с хроническими психическими расстройствами (включая эндогенные заболевания) отмечали, что религия помогает им «справляться с жизненными трудностями», находить «друзей и родственные души», дает «спокойствие и душевный покой».

У членов РГ определены четкие критерии социальной идентификации: религиозная идентичность определяется не только по формально-внешним признакам (например, особенности одежды, религиозные жесты и пр.), но и по набору когнитивно-поведенческих инвариантов совместной религиозной деятельности (знание и трактовка религиозных текстов, обязательное соблюдение ритуалов и пр.).

Выводы. Основываясь на результатах исследования, можно констатировать, что:

- члены РГ в процессе своей деятельности инициируют формирование специфического социально-психологического (религиозного) пространства, включающего определенного рода роли и взаимодействия;

- именно аффективные интеракции играют существенную роль в возникновении и функционировании религиозного пространства;

- между степенью вовлеченности человека в РГ (частотой религиозно-обрядовой практики), амплитудой и динамикой аффективных реакций существует взаимосвязь, основанная на фрустрационном механизме и носящая пульсирующий характер.

- функциональная направленность большинства РГ (вне зависимости от внешнего социального контекста) носит, скорее, позитивно-коммуникационный характер, в связи с этим возникает интерес к изучению конструктивного опыта деятельности религиозных организаций по реализации помощи

пациентам, в том числе с различными психическими расстройствами.

Список литературы

1. Голубева Е.Ю., Данилова Р.И., Соловьев А.Г. Социально-экологические подходы в оценке потребности в уходе за пожилыми людьми // Экология человека. - 2005. - № 9. - С. 48-53.
2. Курпатов А.В., Алехин А.Н. Философия психологии. Новая методология. - М.: ЛитРес, 2017. - 1083 с.
3. Новикова Г.А., Соловьев А.Г., Новикова И.А. Оценка нарушения социально-психологической адаптации подростков вследствие пивной алкоголизации // Наркология. - 2012. - Т.11. - № 7 (127). - С. 40-44.
4. Новикова И.А., Соловьев А.Г., Сидоров П.И. Психологические особенности больных с сердечно-сосудистой патологией // Российский кардиологический журнал. - 2004. - № 1 (45). - С. 28-32.
5. Сидоров П.И., Соловьев А.Г., Бабкин Р.А. Социально-психологические аспекты сектантства // Российский психиатрический журнал. - 2001. - № 3. - С. 29-33.

УДК 616.89-008

Тетеркина Т.И., Корсак О.В.

Отражение языческих представлений и верований в сознании субъектов апотропеических ритуалов и пациентов с психическимим расстройствами

ГУ "Республиканский научно-практический центр психического здоровья", НМУ БГУ "Республиканский центр проблем человека", Минск, Беларусь, e-mail: mikulovic@mail.ru

Цель исследования – изучить языческую составляющую религиозности современных людей и ее проявления в клинической картине психических расстройств в зависимости от

пространственно-временной сферы сознания пациентов.

Материалы и методы.

Объектами исследования избраны, с одной стороны, традиционные апотропеические (т.е. относящиеся к апотропеям, оберегам) тексты, отражающие архаические представления и верования склонных к ритуальному поведению здоровых людей, с другой – симптоматика шизофрении (Ш) и обсессивно-компульсивного расстройства (ОКР), в которых архаическое сознание преломляется в измененном виде.

Были проанализированы более 2000 апотропеических текстов, собранных на территории Беларуси с 19-го века по настоящее время, предоставляющих уникальную возможность для изучения языческой религиозности.

Выявленные в текстах особенности архаического сознания экстраполированы на клиническую симптоматику 1200 пациентов с Ш и 38 – с ОКР. Основным явился метод сравнительного анализа содержания описаний оберегов и клинической картины указанных расстройств с акцентуированием внимания на пространственно-временные сферы сознания, относящиеся к его иррациональному пласту.

Результаты и обсуждение.

Констатация религиозности у всех этносов и во все времена свидетельствует о том, что религиозное чувство реально, имманентно и присуще всему роду человеческому как таковому [1]. В этом отношении интерес вызывает представленность языческих верований у наших современников. На непосредственно заданные вопросы о вере в древних славянских богов и других одухотворенных существ большинство людей отвечает отрицательно, затрудняясь назвать их имена и предназначения. Однако распространенность среди населения Беларуси исполнителей древних и “осовремененных” языческих ритуалов позволяет предполагать обратное. Не зная мифологической подоплеки, их совершает едва ли не каждый человек, особенно в ситуациях переживания стресса, мотивируя тем, что “так надо”, иначе “может произойти что-нибудь плохое”. Ношение навязок-оберегов, скрещивание пальцев перед важным событием, символичное сплёвывание через левое плечо и многое другое относятся к подобным магическим действиям. При этом

языческие ритуалы часто сочетаются с элементами христианских.

Магический ритуал, выступающий как форма религиозной деятельности человека, предполагает обращение к сверхъестественному, нематериальному. Носители архаического сознания считали, что ритуал, предписывающий или запрещающий какое-либо действие, исполняемый его субъектами на земле, синхронно дублируется на высшем уровне и оказывает воздействие на покровителя, который может повлиять на объект магического действия [3; 4]. Поэтому отсутствие у большинства современных людей непосредственного обращения к языческим богам и другим мифическим персонажам не означает отсутствия у них языческой религиозности.

Как показано нами ранее, закономерности психического существования человека – его мысли, чувства, поведение и т.д. – зависит пространственно-временой сферы, в которой находится его сознание [2; 5]. Надо полагать, это относится и к языческой религиозности и ее проявлениям у пациентов с Ш и ОКР.

Кроме реального мира, который выступает в апотропеических текстах, в сознании здоровых субъектов апотропеических ритуалов нами выявлены две противоположные пространственно-временные сферы.

Идеальный, сакральный (верхний) мир устроен совершенно: пространство в нем симметрично, время циклично. В сакральном мире существуют и Бог, и языческие божества (в одном и том же тексте может быть обращение, например, к “Богу, Христу и Яриле”). Для привлечения к ритуальному действию сил сакрального мира последний символично воссоздается в магических ритуалах. К месту их совершения предъявляется требование безупречной («первозданной») чистоты. Ключевое ритуальное пространство символически представлено в виде магических фигур – круга, квадрата, дуги и т.д., а строго регламентированная кратность исполнения ритуальных действий – в виде магических чисел: три, четыре, девять и т.д. Сакральное выступает в текстах защитником человека и других объектов. Четкая граница между ним и реальным отсутствует: реальный мир открыт идеальному, тяготеет к нему.

Дереализованный, искаженный (нижний) мир противопололожен по своей организации реальному. Пространство этого мира “уродливое”, “грязное”, время “кривое”, движется в обратную сторону по отношению к реальному. В нем господствует "нечистые" силы: дьявол, черти, ведьмы, ходячие покойники, смерть, фигурируют гробы, могилы, кладбища. Для обитателей “того света” характерны низменные чувства и поведение, не принятое в мире живых. Пространство и время антимира выступает в текстах как агрессивные сущности и отчуждаются от реальных. Однако в части ритуалов их субъекты проявляют активность, свойственную именно его персонажам.

По мере увеличения актуальности угрозы жизненным интересам человека в его сознании трансформируются пространственно-временные характеристики индивидуального мира, происходит перераспределение соотношений реального, идеального и дереализованного в пользу последних.

Идеальные пространство и время в переживаниях пациентов с Ш мало представлены. Даже когда в болезненных переживаниях и фигурируют образы Бога, святых, ангелов, то они чаще всего не несут в себе однозначного положительного радикала. Эти образы противоречивы, включают в себя и божественные, и демонические черты.

Сознание пациентов с Ш почти полностью занято "антимиром". Границы индивидуальных пространства и времени разрушаются, утрачивается разделение между своим и чужим, ксеноформное внедряется в сознание, определяя "открытость мыслей", психические и двигательные автоматизмы. Пациенты говорят о своих прямых контактах с "тем светом", с теми же персонажами, что и в языческих верованиях: демонами, чертями, ведьмами, покойниками. Нередко пациенты испытывают чувство перевоплощения в образы антимира, что, по существу, представляет собой утрированную и искаженную религиозность в ее крайнем проявлении.

Что касается бреда, то здесь наиболее часты идеи воздействия, порчи, "насланий", как от неопределённых потусторонних сил, так и конкретных мифических и

полумифических персонажей: дьяволов, ведьм, недоброжелателей с "дурным глазом".

Ритуалы, которые наблюдаются при Ш, отличаются вычурностью, нецеленаправленностью, бессмысленностью. Хотя в них иногда звучат мотивы "спасения человечества в мировых масштабах» от мнимой опасности, они ничего общего не имеют с реальными потребностями пациентов.

Пациентами с ОКР полный опасности антимир усиленно отвергается, а реальная сфера их сознания замещается *идеальной*. Пространство стремится к симметрии и, в соответствии с ключевой магической фигурой, становится сферическим; величина его постепенно уменьшается. Время все чаще соскальзывает на круговое движение, вследствие чего мысли и действия пациентов “зацикливаются”. Кратность исполнения ритуальных акций, определяемая магическими числами**,** прогрессивно нарастает, ритуалы постепенно занимают большую часть времени пациентов.

Стремление к созданию стерильной чистоты пространства приводит к изоляции пациентов от внешнего мира. Их психическая жизнь значительно обедняется, мышление становится сверхрациональным, схематичным, а чувственная сфера подавляется. Последнее относится и к нормальному религиозному чувствованию. Сакральные образы в присущем им богатстве в переживаниях пациентов не возникают. Обсессии религиозного содержания в виде клише-заклинаний не имеют ничего общего с проявлениями религиозности истинно верующих людей. Ритуалы совершаются не как желаемый духовный акт достижения связи со сверхъестественными силами, а вынужденно, при этом навязчивые посылы исходят из собственного “идеально” организованного сознания.

На наш взгляд, акцентированное внимание к проявлениям языческой религиозности позволяет прояснить истоки некоторых психопатологических образований.

Выводы

1. В сознании современных людей в заархивированном виде сохраняются языческие представления и верования, воплощенные в ритуально-магической деятельности, которые актуализируются при неблагоприятных для человека событиях.

2. Проявления и выраженность языческой религиозности зависят от пространственно-временной сферы сознания, в которой находятся как здоровые субъекты апотропеических ритуалов, так и пациенты с психическими расстройствами.

3. У пациентов с Ш, сознание которых подчинено дереализованному, искаженному миру, религиозное чувство утрировано и извращено. Отсутствие границы между дереализованной и реальной сферами сознания приводит к внедрению в него образов "антимира", напоминающих языческие мифологические персонажи, и полному духовному слиянию пациентов с ними.

4. Доминирующий в сознании пациентов с ОКР идеальный мир с уменьшающимся сферическим пространством и циклическим временем определяет навязчивость мыслей, чувств и поведения пациентов, вынуждая их к исполнению магических ритуалов. Обращение к сверхъестественному посредством последних не является желаемым актом и проявлением истинной религиозности, а сводится к подчинению магическим символам и компульсивному оперированию ими.

Список литературы

1. Кондратьев Ф.В. Религиозность и психопатология. Аспекты взаимовлияния // Российский психиатрический журнал. – 2012. – № 5. – С. 5–13.

2. Принцип симметрии в изменениях сознания субъектов магических апотропеических ритуалов и пациентов с шизофренией / Т.И.Тетеркина [и др.] // Российский психиатрический журнал. – 2014. – № 2. – С. 55-61.

3. Тэрнер В. Символ и ритуал: Пер. с англ.– М.: Наука, 1983. – 277 с.

4. Цивьян Т.В. К семантике пространственных и временных показателей в фольклоре // Сборник статей по вторичным моделирующим системам. – Тарту, 1973. – С. 13-17.

5. Цяцеркіна Т.І., Корсак В.У. Міфатворчасць і стэрэатыпіі ў этнакультуры і пры псіхічных растройствах // Психотерапия и клиническая психология. – 2010. – № 1 (32). – С. 33-43.

УДК 616.853

Токарева Н.Г[1]., Железнова Е.В. [2]

Эпилепсия и нравственные ценности

[1] *ФГБОУ ВО «Национальный исследовательский Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева», Саранск, Россия*

[2] *Московский научно-исследовательский институт психиатрии – филиал «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, Москва, Россия*

e-mail: tokareva-1@mail.ru

Поведение человека в обществе определяется с помощью различных видов социальной регуляции: моральной, правовой, религиозной, приказной и т.д. Личность человека должна рассматриваться в единстве ее телесной и духовно-душевной организации (Токарева Н.Г., 2015). Ценности занимают важнейшее место в жизни человека и общества, но не сами по себе, а лишь на фоне сложившейся системы ценностных ориентации. Без освоения нравственных ценностей невозможно стать личностью, обладающей самостоятельностью, ответственностью, высокой духовностью и социально сформировавшейся. Преломляясь через внутренний мир человека и обретая подлинно гуманистический статус, моральные ориентиры становятся нравственными ценностями личности. В жизни больного эпилепсией ценности являются значимыми в системе отношения к болезни, окружающему миру, проблемам религии и духовности.

Цель исследования: изучение характера изменений ценностно-ориентационной деятельности больных эпилепсией в процессе личностно-ориентированной психотерапии.

Материал и методы. В настоящее исследование были включены 68 больных (мужчин – 28 чел., женщин – 40 чел.) в возрасте от 18 до 55 лет, с различными формами эпилепсии, в структуре болезни которых преобладали простые, сложные парциальные приступы, с длительностью заболевания до 30 лет. Из исследования исключены пациенты с выраженными

нарушениями когнитивной сферы. Верификация диагноза у обследованных больных осуществлялась на основе результатов клинико-неврологического, психопатологического, социально-психологического, электороэнцефалографического обследования и данных компьютерной томографии головного мозга. В исследуемой выборке трудоспособные больные составили 55%, нетрудоспособных - 45% больных, III группу инвалидности имели 56% больных, 44% больных имели II группу инвалидности; большинство больных имели средне специальное и среднее образование (60% и 25% больных). В работе проведена оценка системы ценностных ориентаций с использованием методики М. Рокича «Ценностные ориентации» (Гребень Н.Ф., 2007). Статистическая обработка данных осуществлялась при помощи программы Statistica 10.0

Результаты и их обсуждение. Исследование ценностных ориентации у больных эпилепсией до психотерапевтического лечения показало, что определяются достоверно значимые показатели ($p<0,05$) в ряду субъективной значимости терминальных ценностей (ценностей-целей), преобладали такие ценности как "здоровье", "наличие хороших и верных друзей", "материально обеспеченная жизнь". В ряду инструментальных ценностей (ценностей-средств) наибольшей изначальной субъективной значимостью характеризовались "исполнительность", "непримиримость к свои и чужим недостаткам" (Кластер1).

На фоне проведенной психотерапии отмечен ряд изменений в структуре ценностных позиций больных эпилепсией: повышение субъективной значимости терминальных ценностей "уверенность в себе" и "независимость" и инструментальных ценностей "ответственность", "чуткость" и "честность"; наряду с этим произошло значительное снижение субъективной значимости ценности "непримиримость к недостаткам в себе и в других" (Кластер2). Для описания результатов использованы средние значения (M), стандартное отклонение (SD), значимыми считались различия при $p<0,05$ (Таблица1).

Таблица 1 **Показатели значимости типов ценностей по методике М.Рокича**

Шкала	Кластер 1		Кластер 2		P
	M	SD	M	SD	
Активная, деятельная жизнь	2,4	0,68	1.6	0,93	0,07
Здоровье	1,7	0,65	1,4	0,86	0,01*
Красота природы и искусства	1,0	0,65	1,3	0,91	1,00
Материально обеспеченная жизнь	1,8	0,74	2,3	0,87	0,01*
Познание, интеллектуальное развитие	0,7	0,86	1,1	0,94	0,60
Независимость суждений и оценок	0,8	0,76	1,2	0,86	0,07
Счастливая семейная жизнь	2,3	0,66	1,4	0,92	0,08
Уверенность в себе	0,9	0,64	1,1	0,76	0,01*
Интересная работа	0,8	0,84	1,3	0,92	0,80
Любовь	0,7	0,86	1,1	0,94	0,60
Наличие верных и хороших друзей	0,9	0,96	1,3	0,56	0,05*
Общественное признание	0,6	0,83	1,1	0,98	0,60
Непримиримость к своим и чужим недостаткам	1,0	0,71	0,8	0,92	0,01*
Ответственность	0,8	0,62	1,1	0,76	0,01*
Терпимость к мнению других	0,6	0,52	0,8	0,63	0,01*
Честность	0,8	0,59	0,9	0,76	0,05*
Исполнительность	0,6	0,56	1,1	0,68	0,01*
Независимость	0,8	0,56	1,0	0,74	0,01*
Чуткость	0,8	0,62	1,1	0,66	0,01*

Примечания: * – достоверные различия между показателями.

Был проведён содержательный анализ ценностных ориентаций. Перед началом психотерапии ценность "здоровье" у больных эпилепсией отрицательно коррелировала с двумя взаимосвязанными ценностями-целями - "независимость суждений и оценок" и "познание, интеллектуальное развитие" (r=-0,556; r=-0,654). Из списка ценностей-средств со "здоровьем" были связаны положительно "терпимость" (r=0,681), а отрицательно - "чуткость" (r=-0,555). В процессе психотерапевтического воздействия произошли существенные изменения в корреляционном статусе ценности "здоровье", которая, продолжая сохранять для больных ведущее значение,

стала коррелировать положительно с целым рядом ценностей, ориентированных как на микросоциальную активность, так и на более широкую социальную среду "чуткость", "терпимость", "ответственность" (r=0,863; r=0,632, r=0,662).

Выводы. Ранжирование ценностных ориентиров показало, что первые места в иерархии у больных эпилепсией занимают "здоровье", "наличие хороших и верных друзей", "материально обеспеченная жизнь", "непримиримость к недостаткам в себе и в других". На начальной стадии развития психотерапевтической группы ценностные структуры пациентов характеризовались высокой степенью противоречивости и рассогласованности. Ко времени завершения психотерапии повышается способность самостоятельно принимать решения, значительно активизируется жизненная позиция больных.

Список литературы

1. Гребень Н.Ф. Психологические тесты для профессионалов. Минск, 2007.- 448с.
2. Токарева Н.Г. Соотношение клинического и духовного аспектов при эпилепсии.// Научные труды SWorld. 2015, Т.25.№1(38). с. 49-52.

УДК 615.851

Худяков А.В., Урсу А.В., Сурина А.Е.

Православная психотерапия: запрос общества или мода?

ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России, Иваново, Россия
e-mail: app237110@yandex.ru

В последние годы появились специалисты, которые называют себя православными врачами. Особое место среди них занимают психиатры и психотерапевты, что вполне объяснимо. Православный окулист и «обычный» окулист практически не различимы. Архиепископ Лука (В.Ф. Войно-Ясенецкий) проводил операции по принятым в то время схемам,

хотя и сопровождал их исполнением некоторых религиозных обрядов. Нам неизвестны какие-либо научные труды по православной хирургии или другим специальностям соматического профиля. Иная ситуация сложилась с психиатрией, а тем более психотерапией. Несмотря на атеистический характер советского государства, до нас дошли работы известного психиатра Д.Е. Мелехова. На разработку многих направлений психотерапии повлияли философские воззрения, в том числе и религиозные, их основоположников. Вместе с тем, до настоящего времени отсутствует представление о месте психотерапевта, позиционирующего свои конфессиональные предпочтения, в современной психотерапии. Проведенное исследование является попыткой подойти к решению указанной проблемы.

Цель исследования: изучить отношение врачей-психотерапевтов к православной психотерапии и перспективам развития данного направления.

Материалы и методы. Исследование включало в себя экспресс-опрос врачей-психотерапевтов и психиатров-наркологов, проходивших цикл повышения квалификации, дополненный фокус-группой с участием врачей-психотерапевтов. В исследовании участвовало 15 специалистов. Стаж работы по специальности у 9 врачей был более 10 лет. По возрасту они распределились следующим образом: до 40 лет – 6 человек, старше 40 лет – 9 человек, лица старше 60 лет отсутствовали.

Согласно опросу, 13 врачей обозначили себя верующими людьми, 12 из них православные и в одном случае конфессия была обозначена как «свой взгляд». Два врача верующими себя не считают. Из 13 врачей, считающих себя верующими, только 4 исполняют традиционные церковные ритуалы (исповедуются, молятся, соблюдают посты).

На вопрос – «Интересуются ли пациенты Вашими религиозными убеждениями?»,- ответы распределились следующим образом: нет – 3, крайне редко – 7, иногда – 5. Мы отметили, что врачи больше интересуются религиозными взглядами пациентов: часто – 1 человек, иногда – 8 человек, крайне редко – 4 человека, не интересуется 1 человек.

Используют в своей работе с пациентами цитирование религиозной литературы: часто – 1 человек, иногда – 4 человека, крайне редко – 2 человека, не используют – 7 человек, не дал ответа – 1 человек.

Дают совет своим пациентам обратиться к вере: часто – 1 человек, иногда – 8 человек, не дают таких рекомендаций – 6 человек. Рекомендуют своим пациентам посетить священника: иногда – 6 человек, крайне редко – 2 человека, не дают таких рекомендаций – 7 человек. Половина опрошенных (8 человек) сообщили, что считают возможным сочетание в одном лице врача и священника, 5 человек с этим не согласны и 2 человека не смогли ответить на этот вопрос. Имели опыт общения со священниками на почве лечения пациентов только 4 врача и оценили его как крайне незначительный (положительный или нейтральный).

В фокус-группе участвовало 8 врачей-психотерапевтов, в т.ч. двое мужчин и шесть женщин.

О существовании объединения православных врачей слышали все. Уровень знакомства врачей с принципами православной психотерапии минимальный. Имеет желание изучить глубже вопросы православной психотерапии только 1 человек, но готовы прослушать ознакомительную лекцию все. Врачи не имеют информации об объединении врачей иных конфессий. По мнению врачей, концепция научной психотерапии находится вне плоскости религии.

В настоящее время у православного психотерапевта возникают следующие проблемы. Во-первых, ограниченность в использовании методик психотерапии. Ряд методов психотерапии отвергаются представителями церкви, в частности: гипнотерапия, психоанализ, трансперсональная психотерапия, нейро-лингвистическое программирование, телесно-ориентированная психотерапия. Во-вторых, могут возникнуть противоречия между религиозно-философскими воззрениями врача и жизненными установками пациента другой веры или атеиста.

Все врачи занимались лечением пациентов других религиозных конфессий, и при этом не возникало проблем на почве расхождения религиозных воззрений.

Служители православия, по мнению врачей, являются достаточно сложными пациентами для психотерапевта, вследствие расхождения базовых установок психотерапевта и пациента. К числу таковых относится идея первородного греха, эксплуатация чувства вины и др. Вместе с тем, один из авторов статьи имел возможность выслушать положительную оценку двух монашек по поводу лечения у известного в городе психотерапевта. Обе они восторгались методом расстановок Б. Хеллингера, отмечая его особо высокую эффективность по сравнению с другими методами психотерапии, которые они проходили и образно называли их «играми на лужайке». Возможно, что такое позитивное отношение связано с особенностями личности этих пациенток, улучшением состояния в процессе лечения, а также тем, что этому методу еще не дана оценка церковными властями. Данный случай, также как и опыт других психотерапевтов, свидетельствует о том, что выбирая врача-психотерапевта верующие (и даже священнослужители) ориентируются в большей степени не на религиозные убеждения врача, а на его профессиональную репутацию.

К числу основных принципов современной психотерапии относится правило – психотерапевт не должен быть моралистом. Он не имеет права рассматривать то или иное поведение, в том числе и девиантное, как грех. В частности речь идет о гомосексуализме, мастурбации, прерванном половом акте и др. Известно негативное отношение церкви к половому просвещению молодежи в любой его форме. Вместе с тем, психотерапевту нередко приходится заниматься разъяснением вопросов «половой культуры» с пациентами. По единодушному мнению врачей психотерапевт не должен заниматься спасением души пациента.

В качестве преимущества православной психотерапии была названа возможность более легкого установления контакта православного психотерапевта с верующим пациентом.

Таким образом, наше исследование выявило, что подавляющее большинство опрошенных нами специалистов в области психотерапии, являются лишь номинально верующими. В обществе крайне мал запрос на религиозно-ориентированную

психотерапию. Врачи не проявляют особого интереса относительно религиозных установок больных, также как и больные относительно веры врачей. Даже те врачи, которые соблюдают церковные обряды, имеют слабые знания в области религиозной литературы и крайне редко используют религиозные знания в практической работе.

УДК 616.89-02

Шарипова Ф.К., Бабарахимова С.Б.

Взаимосвязь фабулы бредовых расстройств и типологических особенностей личности женщин с шизоаффективными психозами

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт,
Ташкент, Республика Узбекистан
e-mail: sayorababaraximova2010@gmail.com

Актуальность: психические заболевания с бредом представляют одну из основных проблем научной и практической психиатрии в связи с их широкой распространённостью, трудностями диагностических определений, сложностями терапии и особой социальной важностью их раннего распознавания и прогностической оценки. Задачи своевременности и эффективности оказания помощи больным с бредовым расстройствами требуют диагностики признаков бреда на самых ранних стадиях его развития – в продроме психоза или в самом начале его манифеста [1]. Взаимодействие психогенных факторов, конституционально-личностных особенностей и шизоаффективного расстройства, равно как и других расстройств шизофренического спектра, остаются и в настоящее время одним из сложных и дискуссионных вопросов клинической психиатрии [2]. В большинстве современных источников уделяется особое внимание фабуле бредовых расстройств, усложняющих картину психоза и требующих

коррекции в рамках терапии периодов обострения [3]. Спорными вопросами до сих пор остаются различия в клинической картине и механизмах развития бреда при шизоаффективных состояниях в рамках каждой из разновидностей шизоаффективного психоза, особенности характеристик собственно бредовых расстройств, формы заболевания, а также стадии заболевания и его прогредиентности [4]. В связи с этим актуальной проблемой является анализ структуры бредообразования с учётом конституционально-личностных особенностей пациентов и уровнем аффективной патологии при шизоаффективных психозах [5].

Цель исследования и задачи: изучить структуру бредообразования и влияние типологических особенностей личности пациенток с шизоаффективными психозами на формирование бредовых расстройств с целью улучшения медико-психологической помощи данному контингенту больных и оптимизации психотерапевтической тактики.

Материалы и методы исследования: в исследование были включены 50 женщин с тревожно-депрессивными расстройствами шизоаффективного спектра, находившихся на стационарном лечении в психиатрической больнице. Обязательным критерием для отбора составляло наличие бредовой симптоматики с религиозными включениями. Ведущими методами исследования являлись клинико-психопатологический и клинико-катамнестический. В ходе исследования для оценки выраженности депрессии и тревоги применялись шкалы тревоги и депрессии Гамильтона (HDRS, HARS), опросник тревожности Спилбергера-Ханина, а для определения конституционально-личностных особенностей пациенток был использован тест Шмишека-Леонгарда.

Результаты и обсуждения: из 50 больных с шизоаффективными психозами, возникшими в сочетании с тревожными расстройствами, у 40% диагностирован депрессивный тип F-25.1, у 45% обследованных - маниакальный тип F-25.0, у 15% смешанный тип шизоаффективного расстройства F-25.2. В обследованной группе в результате

тестирования с помощью опросника Спилбергера-Ханина и шкал Гамильтона выявлено наличие тревожно-депрессивных расстройств различной степени выраженности у 98% пациенток, при этом проявления тревоги были отмечены у 94% исследуемых, депрессии различных степеней тяжести – у 55% обследованных; более чем у половины пациенток было отмечено наличие проявлений тревоги средней степени выраженности (55%), у 35% обследуемых – без клинически значимой тревоги и у 10% пациенток – констатировалась выраженная тревога. При исследовании конституционально-личностных особенностей пациенток с помощью теста Шмишека-Леонгарда было выявлено, что личностные особенности обследованных не достигали степени психопатии (личностного расстройства), однако во всех случаях можно было отметить акцентуации тех или иных черт характера. Среди всех обследованных демонстративный тип личности встречался у 5 больных (10%), застревающий тип личности у 14 больных (28%), дистимический тип был выявлен в 40% случаев (20 обследованных), тревожно-боязливый тип у 6 больных (12%), в 10% случаев был выявлен эмотивный тип личности. Анализ структуры бредообразования выявил, что религиозная тематика отличалась полиморфизмом и своеобразием содержания. В бредовых переживаниях не наблюдалась системная интерпретация какой либо одной религиозной конфессии, выявлялось своеобразное взаимопроникновение друг в друга всех мировых религий, преобладали сюжеты католического содержания. Среди обследованных 28% больных были зарегистрированы в Интернете на сайтах религиозного направления, откуда извлекали доступную информацию, вели активную переписку, участвовали в обсуждениях. Установлена прямая корреляционная взаимосвязь между типом личности пациенток и клинико-динамическими особенностями бредообразования. Так, у исследуемых с дистимическим типом личности наблюдалось развитие на высоте аффективного состояния бреда воздействия, депрессивных идей осуждения и самообвинения, которые в большинстве случаев формировались после

эмоционально значимых экзогенных вредностей. Бредовые расстройства в картине шизоаффективных состояний этого типа личностей наиболее часто (в 95 % случаев) формировались на фоне депрессивного аффекта. В содержании бредовых идей включались сюжеты религиозного содержания, причём отмечалось переплетение различных религиозных течений, отсутствовала систематика бреда, имело место преобладание образно-чувственного компонента. Для пациенток с тревожно-боязливым типом личности было характерно развитие фрагментарных неаффективных бредовых расстройств. Отсутствовали какие-либо определенные и существенные признаки законченной фабулы бреда, доминировал аффект напряжения, глобальной подозрительности, недоверия, ощущения надвигающейся опасности своему существованию, что и позволило отнести это состояние к «бредовому настроению». Отличительной особенностью расстройств на этапе неаффективного бреда был преходящий, транзиторный характер их проявлений, от нескольких дней до 2 недель. Демонстративному типу личности было свойственно развитие бредовых переживаний с ощущением розыгрыша, переживанием внешней измененности обстановки и поведения окружающих с характером неестественности, ощущения сделанности, подстроенности, что и позволило рассматривать данное бредовое состояние в рамках бреда инсценировки. Фабула бредовых переживаний на высоте аффекта принимала мегаломанический характер с идеями особого значения, миссии, величия; больные обнаруживали у себя «дар предвидения, способности, возможности общения с Богом». У пациенток с эмотивными чертами характера формировался ипохондрический бред при отсутствии отчетливой взаимосвязи с полюсом или типологической структурой предшествующих ему аффективных расстройств. Сюжеты бредовых переживаний были связаны с «ниспосланной по воле Божьей карой за содеянные грехи в прошлой жизни», включались элементы нигилистического характера, своеобразная трактовка тематики неправильных умозаключений была свойственна данному типу личности. В результате активной фармакотерапии наблюдалась редукция

бредовых переживаний с формированием формальной критики у обследованных пациенток.

Выводы: таким образом, анализ структуры бредообразования с учётом конституционально-типологических особенностей личности пациенток шизоаффективного регистра даёт возможности определить полиморфизм клиники, прогнозировать фабулу и динамику бредообразования, является фактором предупреждения неблагоприятного исхода заболевания, позволяет более дифференцированно осуществлять лечебно-реабилитационную помощь и оптимизировать психотерапевтический подход в выборе методов психокоррекционного воздействия с учётом личностных особенностей.

Список литературы

1. Дереча В.А. Исследование синдромогенеза при бредовых психозах //Научно-практическая конференция, посвященная 90-летию со дня рождения профессора Б.А. Лебедева «Научное наследие профессора Б.А. Лебедева», Санкт-Петербург,15-16 апреля 2015 года**,** тезисы / Под редакцией Н.Г. Незнанова, Н.Н. Петровой; – Санкт-Петербург.– 2015 – 252 стр.

2. Бологов П.В. К вопросу о нозологической дифференциации шизоаффективного психоза и периодической шизофрении / П.В. Бологов, Г.П. Пантелеева // Совр. асп. клиники и терапии эндогенных психических расстройств.- СПб., 2003.- С. 37-40.

3. Ротштейн В.Г. Теоретический аспект эпидемиологии тревожных и аффективных расстройств / Ротштейн В.Г., М.Н.Богдан, М.Е.Суетин // Психиатрия и психофармакология. 2005. - Т.7, №2.

4. Baethge C. Long-term treatment of schizoaffective disorder: review and recommendations / C. Baethge // Pharmacopsychiatry-2003.-Mar-Apr V. 36, № 2 - P. 45-56.

5. Danileviciute V. Schizoaffective disorder: clinical symptoms and present-day approach to treatment / V. Danileviciute // Medicine (Kaunas).-2002-V. 38, № 11- P. 1057-1065.

ФГБНУ
«НАУЧНЫЙ ЦЕНТР
ПСИХИЧЕСКОГО
ЗДОРОВЬЯ»

ВСЕМИРНАЯ
ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ
АССОЦИАЦИЯ
(WPA)

РОССИЙСКОЕ
ОБЩЕСТВО
ПСИХИАТРОВ

СОЮЗ
ОХРАНЫ
ПСИХИЧЕСКОГО
ЗДОРОВЬЯ

ISBN 978-5-00077-640-7