

Отдел внешних церковных связей Московского Патриархата  
Комиссия по церковному просвещению и диаконии  
Межсоборного присутствия Русской Православной Церкви  
Воронежская митрополия Русской Православной Церкви  
ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»

**Попечение Церкви о душевнобольных:  
современный взгляд на религиозные  
переживания в норме и патологии.  
Церковь и психиатрия –  
границы сотрудничества**

*Материалы  
международной конференции*

*24-25 ноября 2023 года*

**Москва  
2024**

Отдел внешних церковных связей Московского Патриархата  
Комиссия по церковному просвещению и диаконии  
Межсоборного присутствия Русской Православной Церкви  
Воронежская митрополия Русской Православной Церкви  
ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»

**Попечение Церкви о душевнобольных:  
современный взгляд на религиозные  
переживания в норме и патологии.  
Церковь и психиатрия –  
границы сотрудничества**

**Материалы  
международной конференции**

**24-25 ноября 2023 года**

**Москва, 2024**

**Попечение Церкви о душевнобольных: современный взгляд на религиозные переживания в норме и патологии. Церковь и психиатрия – грани сотрудничества.** Материалы международной конференции,

24-25 ноября 2023 года: Сборник докладов. – М., 2024. – 175 с.

Настоящий сборник включает в себя материалы V международной конференции «Попечение Церкви о душевнобольных: современный взгляд на религиозные переживания в норме и патологии. Церковь и психиатрия – грани сотрудничества». В нем собраны доклады представителей древневосточных и восточных православных, католических и протестантских религиозных организаций – богословов, психиатров, священнослужителей, преподавателей духовных школ, сотрудников государственных медицинских учреждений из России, Италии, Испании, Аргентины, Египта, Индии, Армении и Ирана.

Конференция была организована по инициативе Комиссии по церковному просвещению и диаконии Межсоборного присутствия Русской Православной Церкви. Соорганизаторы конференции – Отдел внешних церковных связей Московского Патриархата, Воронежская митрополия Русской Православной Церкви, Секция по клинической психиатрии, религиозности и духовности Российского общества психиатров, Православный Свято-Тихоновский гуманитарный университет и Научный центр психического здоровья. Конференция проводилась при поддержке фонда «Помощь Церкви в нужде».

# СОДЕРЖАНИЕ

## ДОКЛАДЫ

Митрополит Сергей Воронежский и Лискинский Вступительное слово .....	5
Каледа В. Г. Церковь и психиатрия: история сотрудничества (русский опыт) .....	8
Протоиерей Павел Великанов Религия, религиозность, псевдорелигиозность, токсичная вера, ложная религия: очередная попытка договориться о понятиях.....	15
Копейко Г.И., Алексеева А.Г. Религиозные маски психических расстройств .....	22
Борисова О.А., Алексеева А.Г., прот. Николай Мартинкевич, Ткаченко А.Н. О нормальной и патологической религиозности при депрессивных состояниях в пастырской и психиатрической практике .....	30
Двойнин А.М., Иванова А.С. Содержание и психологическое значение ментальных репрезентаций рая и ада у православных верующих .....	36
Протоархимандрит Шаге Ананян Основные принципы душепопечительства в свете богословской традиции Армянской Апостольской Церкви .....	43
Рутковская Н.С., протоиерей Георгий Иоффе, Шамрей В.К., Курасов Е.С. Религиозный радикализм и психопатология .....	49
Гедевани Е.В. Феномен одержимости при психических расстройствах: клинико- психопатологические особенности.....	56
Гектор де Эскура Дифференциация духовных переживаний от психических расстройств.....	60
Виал Мена Венсеслао Доминго Духовная зрелость и психическое здоровье.....	66
Священник Эдвард Джорж Путтанил Чувство вины – нормальное и патологическое – в пастырской практике .....	73
Священник Даявош Азизян Али Коми Роль молитвы в поддержке людей с психическими расстройствами.....	78
Священник Хосе Антонио Фортеа Кукурулл Психиатрия и пастырское душепопечение: анализ сложного случая.....	81

Наср Виктор Сами Майкл Гад Роль Коптской Православной Церкви в содействии психическому здоровью.....	84
Владимилова Т.В., Смирнова Е.В., Алексеева А.Г. Бред виновности и суицидальное поведение при депрессивно-бредовых психозах у пациентов с религиозным мировоззрением.....	87
Иванин Д.А. Взгляды на депрессию в различных христианских конфессиях России.....	92
Воскресенский Б. А. Религиозность и психические расстройства – норма и патология. Взгляд клинициста .....	104
Священник Сергей Тимашов Современная практика экзорцизма в Католической Церкви: различие духов, сверхъестественные проявления, «паранормальные» явления и психопатология .....	110
Витко Ю.С., Лебедева А.А. Духовный смысл как движущая сила преодоления духовного кризиса.....	119
Пищикова Л.Е. Эпидемии психических расстройств с синдромом одержимости: исторические и клинические аспекты.....	124
Магай А.И. Подходы к преодолению патологической религиозности в комплексной программе помощи психически больным, основанной на религиозном мировоззрении.....	130
Любегина Г.В. Особенности духовной жизни у психически больных.....	141
Надюк Р.И. Психологические ресурсы душепастырской помощи в работе с патологическим и с истинным чувством вины.....	148
Лазько Н.В. Роль психиатра в помощи больным с хроническими психическими расстройствами реализовать возможности участия в церковно-приходской жизни .....	153
Базлев М.М. Исследования непатологической этиологии галлюцинаторного опыта в свете интенциональности религиозного сознания .....	156
Машкова И.Ю., Осипова Н.Н. Феномены, ассоциированные с религиозным опытом, в структуре аффективных расстройств.....	168
СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ.....	173

## ДОКЛАДЫ

*Митрополит Сергей Воронежский и Лискинский*

### **Вступительное слово**

*«Блаженны слышащие слово Божие  
и соблюдающие его» (Лк. 11:28).*

Уважаемые участники и гости конференции,  
дорогие братья и сестры!

Сердечно рад приветствовать всех собравшихся в этом зале для обсуждения одной из важнейших проблем современности – проблемы душевного здоровья людей. Психические болезни являются одним из проявлений общей поврежденности грехом человеческой природы. Они искажают отношения людей друг с другом, с Божиим творением, являются вызовом, угрожающим благополучию человека и его жизни. Душевные заболевания имеют не только биологические, социальные, но и духовные корни, размышляя о которых мы подходим к непростым этическим, философским и богословским вопросам.

В 2018 году по благословению Его Святейшества, Святейшего Патриарха Московского и всея Руси Кирилла, в этом зале мы провели первую международную конференцию «Попечение Церкви о душевнобольных». В работе этой конференции приняли участие богословы, психиатры, священнослужители, представители духовных школ, учреждений здравоохранения из России, Беларуси, Казахстана, Нидерландов, Кипра, Великобритании, Румынии, Италии, Испании и Польши. Интерес к поднятым вопросам был настолько очевиден, что было принято решение сделать конференцию ежегодной. Общаясь с духовенством и учеными из зарубежья, мы увидели, что далеко не везде имеется возможность проводить такие встречи. Во многих странах религия продолжает вытесняться из научного и общественного пространства в приватную жизнь.

Напомню, что ранее проведенные конференции были посвящены проблеме диалога Церкви и медицины при оказании помощи душевнобольным, рассмотрению отношений психического здоровья и религиозного мистического опыта, вопросам взаимодействия врача и священника при оказании помощи пациентам с депрессиями. Труды этих конференций напечатаны и опубликованы на сайте ОВЦС и на научно-просветительском портале «Пастырская психиатрия».

В 2020 году Президиум Межсоборного Присутствия Русской Православной Церкви принял и рекомендовал к использованию разработанный нами документ «Пастырское попечение в Русской Православной Церкви о психически больных». Актуальность этого документа лишь возросла с течением времени, потому что люди, не желающие следовать закону Божию и жить в Его благодати, продолжают преумножать беззаконие и зло, усугубляя свое психическое нездоровье. По словам апостола Павла, они «будучи помрачены в разуме, отчуждены от жизни Божией по причине их невежества и ожесточения

сердца их, дошедши до бесчувствия, предались распутству так, что делают всякую нечистоту с ненасытимостью» (Еф. 4:17–19).

Наши конференции отражают высокий интерес к изучению влияния религиозной веры на психическое здоровье, который наблюдается во всем мире.

Врачу-психиатру необходимо иметь представление о религиозных взглядах и особенностях духовной жизни пациентов. Уместно будет привести высказывание видного австрийского психиатра Виктора Франкла по этой проблеме: «Духовное измерение не может быть игнорируемо, именно оно делает нас людьми».

Дмитрий Мелехов, крупнейший психиатр XX столетия, один из основоположников социальной психиатрии, посвятил проблеме взаимосвязи религиозной и научно-медицинских областей свой труд «Психиатрия и вопросы духовной жизни». По его мнению, в ряде случаев бывает необходимо поставить пациенту «духовный диагноз». Дмитрий Евгеньевич был убежден, что диагноз «духовного кризиса личности» является правомерным и служит дополнением к психиатрическому диагнозу, причем в ряде случаев духовное выздоровление может привести к исцелению психиатрическому и физическому.

В своем труде «Психиатрия и проблемы духовной жизни» Д.Е. Мелехов отмечал двойной характер религиозного переживания у психически больных: с одной стороны, в случае патологии оно может быть непосредственным отражением симптомов болезни, с другой – проявлением здоровой личности. В этом случае даже при наличии болезни религиозная вера помогает больному сопротивляться болезненному процессу, приспособиться к нему и компенсировать дефекты, привнесенные болезнью в личность больного. Таким образом, Д.Е. Мелехов одним из первых на современном этапе развития отечественной психиатрии стал рассматривать религиозную веру как важнейший личностный ресурс для проведения реабилитационных мероприятий.

Камнем преткновения для верующих врачей продолжает оставаться возможность влияния бесов на психическое здоровье. Пастырская практика показывает, что психические заболевания создают благоприятные условия для разрушительного демонического влияния на человеческую душу, ослабленную болезнью. Однако бесоудержимость встречается гораздо реже, чем расстройства здоровья, вызванные греховной жизнью. Поэтому врачу и священнику необходимо крайне осторожно относиться к сообщениям тех, кто считает, что терзающее их зло является прямым воздействием бесов, а не плодом их жизни, требующей искреннего покаяния и обращения к Богу.

Даже в случаях одержимости избавление от бесов – это плод серьезных духовных усилий: и для того, кто обратился за помощью, и для священника.

Также следует учитывать, что как тьма рассеивается при восходе солнца, так демонические силы ослабевают при воздействии благодати Господней. Это могут засвидетельствовать и священник, и верующий врач, наблюдая за духовным состоянием пациента. Надежным показателем действия слова Божия, подкрепляемого опытом благочестивой жизни, является присутствие даров Святого Духа. По слову апостола Павла, они таковы: «любовь, радость, мир, долготерпение, благость, милосердие, вера, кротость, воздержание» (Гал. 5:22-23). Проявление в поведении больного перечисленных качеств будет, несомненно, указывать на положительную направленность изменения его духовного состояния и, как следствие, сведет к минимуму возможность дальнейшего бесовского воздействия.

Мы убеждены в том, что христианство имеет большое значение в исцелении душевных недугов и сохранении психического здоровья, потому что источником целостности и единства всего сущего является Бог. Церковь Христова

предлагает свой многовековой опыт для оказания помощи людям, страдающим психическими расстройствами. У духовенства и медицинских работников есть возможность научить пациентов пользоваться верой в помощь истинного «Врача душ и телес» – Господа нашего Иисуса Христа для преодоления проявлений психического заболевания. Церковные таинства, методы и формы работы с душевнобольными показали свою эффективность и могут принести сегодня ощутимую пользу как на приходах, так и в медицинских организациях.

Программа сегодняшней конференции очень интересная и насыщенная. В течение двух дней нам предстоит заслушать и обсудить около 30 докладов. Надеюсь, наша встреча станет еще одним важным шагом на пути к совершенствованию пастырской помощи душевнобольным людям. Желаю всем участникам настоящего форума помощи Божией и благословенных успехов в работе. Да будут наши труды успешны и благоприятны перед Господом!

## Церковь и психиатрия: история сотрудничества (русский опыт)

Историю отечественной психиатрии невозможно отделить от Церкви, которая стояла у её колыбели. С Церковью также связана история призрения душевнобольных. Храмы и монастыри были первыми учреждениями, где душевнобольные могли найти утешение и поддержку. В монастырях происходило накопление наблюдений за особенностями проявления психических заболеваний. В памятниках христианской письменности времен Древней Руси также можно обнаружить примеры описания душевной патологии и советы по обращению с психически больными людьми (например, в Киево-Печерском патерике).

Уже с XI в. в древнерусской письменности прослеживается дифференцированное представление о душевных болезнях. Так, в «Изборнике Святослава» вся патология человека делится на два больших раздела – «недуги плотные» (соматические) и «недуги душевные». Причину последних видели во «врежении мозга» – этого «перваго и начального» органа (уда), без которого «ничтоже есть в человеце», а больной становится как бы «мертвецем непогребенным». Важно отметить, что в «Изборнике Святослава», говоря современным языком, описывается клиничко-психопатологический метод диагностики психических заболеваний, заключающийся в расспросе и наблюдении за больным: врач должен был вызывать больного на разговор с собой и «назирати» в это время его поведение, позу, «ступание ног, смеяние зуб» (походку и улыбку).

Призрение душевнобольных в монастырях, возникшее в свое время стихийно, было впоследствии легализовано в России государственными актами. Первый такой акт относится к 1551 г., когда в царствование Иоанна Грозного на Стоглавом соборе была выработана статья о необходимости попечения о нищих и больных, в числе которых упоминаются и те, «кои одержимы бесом и лишены разума»: их предполагалось размещать по монастырям, «дабы не быть помехой для здоровых» и чтобы «получать вразумление или приведение в истину».

Важно отметить, что допетровская Русь не знала той высокоорганизованной системы духовных судилищ, которые в странах Западной Европы с конца XV в., после буллы папы Иннокентия VIII, в течение двух столетий то и дело вмешивались в судьбы нарождающейся психиатрии, нередко истребляя душевнобольных с бредом самообвинения и бесодержимости. Можно отметить, что в это время в России душевнобольные в состоянии психоза могли безнаказанно приписывать себе сношения с дьяволом, почти не рискуя быть сожженными на костре.

В царствование Федора Алексеевича был издан специальный закон (1677), согласно которому не имели права управлять своим имуществом наряду с глухими, слепыми и немыми, также пьяницы и «глупые». Таким образом, законодательство XVII в. было уже настолько просвещено, что относилось таких «глупых» к категории «хворых», т. е. больных.

Призренческая деятельность в отношении душевнобольных, которой занимались монастыри, бесспорно, требовала определенных материальных средств, которых, однако, у государства в то время не было. Сохранились сведения, что в 1681 г. царь Федор Алексеевич еще раз предложил Собору епископов строить больницы и обещал дать на это деньги, но слова своего не сдержал.

В 1723 г. Петр Великий запретил посылать «сумасбродных» в монастыри и возложил на Главный магистрат обязанность устройства госпиталей. Однако из-за их отсутствия в последующие десятилетия душевнобольные по-прежнему направлялись в монастыри.

Указом Сената от 1773 г. было определено назначить в каждой губернии по два монастыря (мужской и женский) для размещения душевнобольных. Однако духовное начальство энергично сопротивлялось превращению монастырей в долгаузы, т. е. в учреждения для содержания помешанных, ссылаясь при этом не только на материальные проблемы, но и на то, что лечение психически больных – дело врачей, а не духовенства.

В 1775 г., когда Россия была разделена на губернии, при губернских управлениях были учреждены Приказы общественного призрения, которые начали открывать психиатрические отделения при больницах и строить специальные дома для умалишенных.

В 1834 г. был издан первый учебник по психиатрии на русском языке автором которого был сын священника Харьковской губернии П. А. Бутковский «Душевные болезни, изложенные сообразно началам нынешнего учения психиатрии в общем и частном, теоретическом и практическом содержании». В теоретической части своего учебника автор формулирует очень важные для первой половины XIX в. концептуальные положения о природе душевной жизни человека: «Органы же души... суть нервы, мозг... Хотя душа и тело составляют два противоположные существа в человеке, но определить верные границы между ними... не в состоянии». При этом, исходя из христианской антропологии, он выделяет в человеке духовную составляющую: «Дух, есть мыслящее и распознающее начало души, с помощью которого мы исследуем и узнаем истину, Вселенную и собственное наше естество». Кроме этого, П. А. Бутковский отмечал, что у больных с относительно нетяжелыми формами психических расстройств «свободная, нравственная воля и молитва могут весьма много споспешествовать исцелению... молитва принадлежит к самым сильнейшим укрепляющим средствам психической жизни».

Конец XIX в. ознаменовался становлением современной психиатрии. В России во всех губерниях строились окружные лечебницы для душевнобольных, которые соответствовали лучшим мировым клиникам того времени. Во всех лечебницах создавались больничные храмы. Служение священников в этих храмах имело свои особенности в сравнении с приходскими храмами и храмами при других больницах. Так, священнику Московской окружной лечебницы для душевнобольных предписывалось вести «духовную беседу с больными лечебницы, на которых ему будет указано врачебным персоналом»<sup>1</sup>. Т. е. для беседы со священником подбирались только больные, подходящие по психическому статусу, при этом некоторым больным подобные беседы были противопоказаны.

В XX в., в период богоборческой власти многие душевнобольные в нашей стране нашли себе приют в монастырских стенах. Во многих монастырях после их закрытия были созданы загородные психиатрические больницы-интернаты для тяжелых хронически больных. В качестве примера можно привести Николаевский Песношский монастырь, монастырь «Отрада и утешение» и Николо-Бирлюковскую пустынь в Подмосковье, монастырь св. Александра Свирского под Санкт-Петербургом, Успенскую Вышинскую пустынь, где подвизался святитель Феофан Затворник, пустынь св. Нила Сорского под Вологдой, Серафимо-

---

<sup>1</sup> Инструкция служащим при Московской окружной лечебнице для душевнобольных. М., 1907. В этой инструкции пп. 190–194 посвящены обязанностям священника. В настоящее время это Московская психиатрическая клиническая больница №5.

Понетаевский Скорбященский монастырь близ Дивеева, один из братских корпусов Свято-Успенской Почаевской Лавры<sup>2</sup>.

В конце XX в. на фоне важных политических событий, произошедших в нашей стране, и в связи с появлением новых возможностей в повышении качества образования будущих священнослужителей, возникла острая потребность в ознакомлении студентов духовных школ с основами психиатрии, точно так же, как с основами психиатрии знакомятся студенты психологических факультетов. Необходимо отметить общую тенденцию, которая существует во всем мире: очень часто в период возникновения или обострения психического расстройства пациенты в первую очередь обращаются за помощью к священнослужителям. При этом от того, как поведет себя священник, во многих случаях зависит не только психическое здоровье человека, но и его жизнь. Не случайно, первое специальное руководство по психиатрии для священнослужителей было написано почти 100 лет назад выдающимся немецким психиатром Куртом Шнайдером (1927).

В православной литературе проблему необходимости четкого разграничения области пастырского душепопечения и сферы психиатрии впервые сформулировал профессор Свято-Сергиевского института в Париже архимандрит Киприан (Керн), автор курса по пастырскому богословию (1957). Отец Киприан считал, что эти две области различны, хотя и являются смежными. Он писал, что «существуют такие душевные состояния, которые не могут быть определяемы категориями нравственного богословия и которые не входят в понятие добра и зла, добродетели и греха. Это все те «глубины души», которые принадлежат к области психопатологической, а не аскетической». Отец Киприан советовал не психиатра приглашать к аналою, а самому священнику изучить психопатологию психических болезней, «...чтобы огулом не осудить в человеке как грех то, что само по себе есть только трагическое искривление душевной жизни, загадка, а не грех, таинственная глубина души, а не нравственная испорченность». В каждом конкретном случае он призывал действовать «с оглядкой», с особой осторожностью и проникнувшись духом сострадания и жалости, внимания и внутреннего такта». Архимандрит Киприан отмечал, что предмет «Пастырской психиатрии» не должен восприниматься как «некая дополнительная часть Требника или Номоканона, так как он не входит в область пастырской аскетики, а является некоей параллельной областью пастырского душепопечения, которая, тем не менее, не должна быть оставлена священником без внимания».

Позднее митрополит Антоний (Блум), имеющий врачебное образование, писал: «Священник не может быть профессиональным психиатром, но он должен... иметь какие-то познания о том, как проявляется душевная болезнь. Когда душевнобольной человек оказывается верующим, его душевное состояние отбрасывает тень на все, в том числе на его жизнь в Церкви. И очень важно, чтобы священник был в состоянии различить, где болезнь, а где подлинный мистический опыт».

Современная концепция курса пастырской психиатрии, сотрудничества врача-психиатра и священника была сформулирована одним из признанных авторитетов отечественной психиатрии, профессором Д. Е. Мелеховым в книге «Психиатрия и вопросы духовной жизни». Д. Е. Мелехов исходил из святоотеческого трихотомического понимания человеческой личности с разделением ее на три сферы: телесную, душевную и духовную. В соответствии с

---

<sup>2</sup> Одним из первых монастырей, «перепрофилированных» под психиатрическое учреждение, был Кирилловский Троицкий мужской монастырь в Киеве после его закрытия в 1786 г. указом Екатерины II. В его зданиях открылись Кирилловские богоугодные заведения, куда вошел и дом для умалишенных на 30 коек.

этим болезнь духовной сферы лечит священник, душевной – врач-психиатр, телесной – врач-соматолог (терапевт, невролог и др.). Все три сферы человеческой личности тесно взаимосвязаны друг с другом, что требует во многих случаях совместного ведения психически больного человека врачом-психиатром и священником. При этом если на этапе острых психотических расстройств ведущая роль принадлежит психиатру, то после купирования острого состояния, на этапе становления ремиссии, когда зачастую отмечается неустойчивость настроения с состояниями отчаяния, а перед больным встает задача поиска личного смысла болезни, возрастает роль священника. Работа Д. Е. Мелехова вошла в «Настольную книгу священнослужителя», а в дальнейшем его концепция о соотношении духовных, психических и соматических болезней легла в основу соответствующего раздела «Основ социальной концепции Русской Православной Церкви» (XI.5.), где постулировано следующее: «Церковь рассматривает психические заболевания как одно из проявлений общей греховной поврежденности человеческой природы. Выделяя в личностной структуре духовный, душевный и телесный уровни ее организации, святые отцы различали болезни, развившиеся «от естества», и недуги, вызванные бесовским воздействием, либо ставшие следствиями поработивших человека страстей. В соответствии с этим различием представляется одинаково неоправданным как сведение всех психических заболеваний к проявлениям одержимости, что влечет за собой необоснованное совершение чина изгнания злых духов, так и попытка лечения любых духовных расстройств исключительно клиническими методами».

Врачу-психиатру в своей практической деятельности нередко приходится сталкиваться с ситуациями, когда больные, в силу особенностей имеющихся у них психических расстройств, не признают наличия у себя заболевания и отказываются от приема лекарств, что приводит к дальнейшему стремительному развитию заболевания. Подобные ситуации бывают крайне сложными, как для врача, так для больного и его семьи. Отсутствие медицинской помощи в некоторых случаях приводит к необратимым последствиям. Если же пациент православный, очень важно, какую позицию займет в этом вопросе священник.

«Будучи больными, – пишет протоиерей Владимир Воробьев<sup>3</sup>, – они хотят чувствовать себя здоровыми и не осознают свою болезнь. Это наиболее трудные случаи. Священник должен объяснить человеку, что болезнь душевная – это не позор. Это вовсе не какое-то вычеркнутое из жизни состояние. Это крест. Такой человек чего-то не может делать так, как делают здоровые люди. Но он может смириться и должен смириться...».

Д. Е. Мелехов предостерегал священников от того, чтобы брать на себя устранение всех случаев психического заболевания исключительно «духовным лечением».

Важным событием в истории современной отечественной психиатрии явилось освящение Святейшим Патриархом Алексием II в 1992 г. больничного храма в честь иконы Божией Матери Целительницы в Научном центре психического здоровья Российской академии медицинских наук. С того момента началось плотное сотрудничество сотрудников этого ведущего научного Центра с духовными школами, синодальными учреждениями, монастырями и приходами Русской Православной Церкви. Этому сотрудничеству насчитывается уже более 30 лет.

---

<sup>3</sup> Воробьев В., прот. Покаяние, исповедь, духовное руководство. М.: Свет Православия, 1997. С. 52.

С середины 90-х годов в Московской духовной академии в рамках курса по Пастырскому богословию началось преподавание основ пастырской психиатрии, которое продолжается до настоящего времени. В дальнейшем преподавание данного курса началось в Православном Свято-Тихоновском университете, Белгородской, Воронежской, Сретенской духовных семинариях. Курс пастырской психиатрии представляет собой междисциплинарный курс об основных проявлениях, закономерностях течения, причинах возникновения психических заболеваний и особенностях пастырского душепопечения страдающих ими лиц. Целью курса является подготовка будущих священников к пастырскому попечению о лицах, страдающих психическими расстройствами. Задачи курса – дать общие представления о симптомах психических болезней, научить распознавать основные признаки психических расстройств, очертить особенности пастырского и врачебного подхода к больным; наметить принципы пастырской тактики при тех или иных конкретных проявлениях психической патологии. Очень важно, чтобы будущие священники знали основные проявления психических заболеваний, знали закономерность течения, имели представления о том, какие лекарства назначаются, чтобы не пойти на поводу у своего духовного чада и не благословить его отменить лекарство или уменьшить дозировку, что, увы, случается нередко.

Следует отметить, что в церковной среде, как и в светском обществе, существует неприятие психиатрической помощи. При этом необходимо четко понимать, что жертвами такого подхода становятся душевнобольные, лишенные возможности получить медицинскую помощь.

Одним из ярких представителей антипсихиатрического (и антимицинского) направления являлся епископ Варнава (Беляев, 1887–1963), одна из самых загадочных фигур в истории Русской Православной Церкви XX в., который в 1922 г. прекратил своё епископское служение и начал «юродствовать». В своей работе «Основы искусства святости»<sup>4</sup> он собрал и систематизировал высказывания святых отцов, однако, в вопросе медицины его мнение своеобразно: «...никакой медицины, в том смысле, в каком она восхваляется у культурных людей, не должно быть. Она не пользу приносит, а только вред; а в тех случаях, когда человек выздоравливает, происходит настоящее чудо, – человеческий организм борется и побеждает не только самую болезнь, но и разрушительные действия прописываемых ему лекарств!.. Подагра, ревматизм, болезни мочевого пузыря, печени и почек, ипохондрия, пресыщение жизнью и многие виды нервных страданий обязаны своим возникновением болезненному состоянию органов пищеварения. Худосочие, неправильности кровообращения и малокровие развиваются вследствие нашей неумеренности и страдания желудка... ряды нервных больных, истериков, ипохондриков, меланхоликов и душевнобольных пополняются исключительно из приверженцев мясной пищи и спиртных напитков, а также табака, чая, кофе и так далее».

Антимицинская позиция епископа Варнавы находится в противоречии с соборным решением Русской Православной Церкви. Так, в одном из разделов (XI.1.) «Основ социальной концепции Русской Православной Церкви» говорится следующее: «Попечение о человеческом здоровье – душевном и телесном – искони является заботой Церкви. Библейское отношение к медицине наиболее полно выражено в книге Иисуса сына Сирахова: «Почитай врача честью по надобности в нем; ибо Господь создал его, и от Вышняго врачевание... И дай место врачу, ибо и его создал Господь, и да не удаляется он от тебя, ибо он нужен.

---

<sup>4</sup> Варнава (Беляев), епископ. Основы искусства святости. Нижний Новгород: Издание братства во имя св. князя Александра Невского, 1998.

В иное время и в их руках бывает успех. Ибо и они молятся Господу, чтобы Он помог им подать больному облегчение и исцеление к продолжению жизни» (Сир. 38: 1–2, 4, 6–10, 12–14)».

В 2021 г. в Межсоборным присутствием Русской Православной Церкви был принят документ, подготовленный Комиссией по церковному просвещению и диаконии, – «Пастырское попечение в Русской Православной Церкви о психически больных», который адресован Учебному комитету и Отделу по церковной благотворительности и социальному служению. В документе сформулировано отношение Церкви к психическим расстройствам; приведена классификация психических заболеваний с позиции современной медицины; сформулированы основные принципы пастырской работы с психически больными и членами их семей; отражено участие душевнобольных в богослужениях, церковных таинствах и обрядах; освещены вопросы подготовки священнослужителей к пастырскому окормлению психически больных и членов их семей; даны практические рекомендации для церковного попечения о психически больных; приведены рекомендации по организации церковного попечения о лицах, страдающих психическими заболеваниями.

В последние годы по благословению Святейшего Патриарха Московского и всея Руси Кирилла вопросы пастырской психиатрии обсуждаются на Рождественских чтениях, в том числе епархиальных, на международных ежегодных конференциях «Попечение Церкви о душевнобольных», которые проводятся с 2018 г. в стенах Данилова монастыря, в которых участвуют представители психиатрического сообщества, православные священники и богословы. К участию в конференциях также приглашаются представители других христианских конфессий.

В 2021 г. было издан учебник бакалавра теологии «Пастырское богословие», в котором говорится, что «...священник должен быть не только духовником, но и немного психиатром: во всяком случае, священнику необходимо освоить хотя бы азы психиатрии». В учебнике имеется специальное приложение «Основы пастырской психиатрии» с изложением основных проявлений и закономерностей течения психических заболеваний. Кроме этого, в том же году издательством Московской Патриархии было издано специальное руководство для священнослужителей «Основы пастырской психиатрии», которое было позитивно принято православной общественностью. В течение нескольких последних лет в ряде епархий в рамках курсов повышения квалификации духовенства проводятся занятия по основам пастырской психиатрии. Лекция по вопросам психиатрии неоднократно читалась также на специальных курсах для недавно хиротонизированных епископов.

В 2021 г. в Российском обществе психиатров была создана секция «Клиническая психиатрия, религиозность и духовность». Целью секции является систематизация современных представлений по вопросам взаимосвязи клинической психиатрии, духовности и религиозности, а также распространение научных и практических знаний для широкого круга лиц, вовлеченных в оказание помощи религиозным пациентам с психической патологией.

Необходимо отметить, что во многих публикациях современных отечественных психиатров отмечается, что врачу-психиатру необходимо иметь представления о религиозных взглядах и особенностях духовной жизни пациентов (Логутиненко Р.М. 2014; Копейко Г.И., 2021), очень важно уделять большое внимание религиозным переживаниям пациентов (Сидоров П.И., 2014), при этом отмечается, что духовной сфера всегда неповторимо индивидуальна, и именно она выражает сущность личности (Кондратьев Ф.В., 2017).

Многие ученые-психиатры подчеркивают важность сотрудничества психиатра и священника при лечении психически больных с религиозным мировоззрением (Полищук Ю.И. 2010; Каледа В. Г. 2012; Сидоров П.И., 2014; Воскресенский Б.А., 2016; Борисова О.А., 2022). При этом отмечается (Савенко Ю.С., 2013), что даже их заочное сотрудничество существенно усиливает эффективность терапии. Религиозный фактор, по мнению исследователей, должен учитываться как потенциальный ресурс, который пациент может использовать, сталкиваясь с болезнью и другими жизненными стрессами.

## **Религия, религиозность, псевдорелигиозность, токсичная вера, ложная религия: очередная попытка договориться о понятиях**

«Не всё то свято, что в книгах вмято» – говорит игумен монастыря в эпилоге фильма Николая Досталя «Монах и бес». Однако наше сознание упорно утверждает о «духовности», «религиозности», «вере», «святости», лишь только появляется в поле его зрения нечто, связанное с Церковью или храмом, Писанием и другими феноменами религиозной жизни. Особую остроту приобретает вопрос дефиниции понятий, как только мы выходим из области «нормы» в «приграничную» зону – между нормой и патологией, где ключевым становится вопрос: «А судьи кто?» Каким образом можно провести даже не чёткую, однозначную границу, между условной «здоровой» и условной «болезненной» верой, а хотя бы пунктирами обозначить определённый диапазон, в котором уже необходимо использовать дополнительные инструменты для определения здоровья или болезни?

Для начала необходимо обозначить поле наших размышлений, точнее, несколько «вводных» понятий, без которых двигаться дальше невозможно.

### **Религия**

Социокультурный феномен, отражающий присущую только человеку потребность в экзистировании как исполнении способа бытия. Сразу отметим, что это не единственный способ «бытийствования»: на этом же поле находятся философия, искусство, служение и спорт. Однако в отличие от них, религия всегда имеет конкретное содержание, определяемое не эстетическим чувством (искусство), не рациональностью (философия), не устремлённостью к исполнению нравственного долга (служение) или достижениям в спорте, а внеположенным по отношению к личности человека авторитетом, который по отношению к каждой из вышеупомянутых сторон (чувство, разум, воля) имеет однозначный и непререкаемый приоритет. Готовность принять доминирование религиозного авторитета является основополагающим атрибутом именно религиозной веры; в отсутствие этой веры в безусловность авторитета любая, даже самая стройная религиозная система, разрушается.

Религия – это производное от глубинного запроса, живущего внутри человека; по мысли Н.Бердяева, – «дырочка, просверленная в бесконечность»<sup>1</sup>: религия придаёт ему цельность, оформленность, завершённость. Любая религия предлагает своему последователю конкретную модель, в рамках которой человек получает структурированные ответы на вопросы: что есмь я в этом мире? Куда я двигаюсь? Почему всё происходит так, а не иначе? Что конкретно я должен делать и почему? И так далее.

Почему религия – феномен именно «социокультурный»? Эта оформленность никогда не бывает полностью самобытной, вырастающей «из себя самой»: она рождается в контексте конкретного времени, культурных традиций, ценностных установок и неизбежно принимает их во внимание – положительным или негативным образом. Об общество и культуру религия «об-ряживается», облекается в видимое и чувственно воспринимаемое, обязательно привнося в свой «наряд» именно религиозную тональность.

---

<sup>1</sup> «Интересность и значительность человека определяется тем, что в нем есть дырочка, просверленная в бесконечность» (Бердяев Н.А. О назначении человека. П. 1931. С. 162).

Религия – это всего лишь пространство, «сцена» – на которой человек может встретиться с Богом с большей степенью вероятности, потому что к этому побуждают все «декорации» сцены. Но может и не встретиться, застряв на созерцании декораций, увлекшись музыкой, доносящейся из оркестровой ямы и т.п. Если продолжить аналогию, то встреча с Богом в религии схожа с переживанием катарсиса в связи с театральным представлением; одно связано с другим, но не является безусловно обязательным и неизбежным.

### **Религиозность**

Способность человека акцептировать религию и претворять её в жизнь. Религиозностью человек «проживает» религию, воплощает её в своих мыслях, ценностных ориентирах, обычаях, ритуалах, во всём, что составляет уклад жизни. Оксфордский словарь определяет религиозность как «религиозную ориентацию и степень вовлечённости или приверженности»<sup>2</sup>, отмечая при этом, что среди учёных нет согласия по вопросу её критериев. Основные аспекты – убеждения (доктрина), практика и духовность, – которые, как правило, могут очень сильно отличаться друг от друга.

Диапазон религиозности достаточно широк и обусловлен средой, воспитанием, особенностями психологической конституции, характером и другими факторами. Статус – от «поверхностно-религиозного», иногда эпизодически «вспоминающего» и актуализирующего свою принадлежность к религии – до «фанатично-религиозного», капитулировавшего перед религией без остатка и позволившего ей войти в любой, даже самый потаённый, уголок души, с готовностью даже лишиться своей жизни во имя религии.

### **Вера**

Глубоко личный отклик человека на «зов религии», обусловленный соположенностью религиозных ориентиров глубинным установкам личности. Вера – всегда отклик, прежде всего, свободный и сознательный: «невольник – не богомольник». К вере невозможно вынудить – но можно подтолкнуть, если для этого уже есть хотя бы небольшой задел.

Диапазон веры также широк – от «маловерия» до «веры,двигающей горами». Пропорционально вере растёт способность выносить неопределённость без разрушения, тревожности, уныния, а также способность брать на себя значимые риски.

Вера, как обусловленная внутренним миром человека, имеет качество подвижности и неустойчивости: для того, чтобы её поддерживать «в тонусе», недостаточно правил благочестия, верности догматам, регулярного участия в богослужениях – всего того, что и составляет «ткань религиозности»: сами по себе все эти инструменты не способны «создать» или «возродить» веру, но скорее выступают вспомогательными средствами при уже совершившемся развороте от меньшей веры (или неверия) к большей.

Вера «дышит кризисами»; она не развивается поступательно и линейно (см. статью «Тёмная ночь души и депрессия: к вопросу о растождествлении понятий»). Динамику веры можно сравнить с изменением фокуса фонаря: когда он узкий, он значительно ярче и сильнее, когда широкий – более расплывчатый: «Маловерный, зачем ты засомневался?» – спрашивает Христос апостола Петра, когда «фокус его веры» расширился до того, что стал замечать окружающую его

---

<sup>2</sup> Holdcroft, Barbara (September 2006). "What is Religiosity?" *Catholic Education: A Journal of Inquiry and Practice*. 10 (1): 89–103.

стихию и ужасаться ей. И при «узком луче», и при «широком» вера всё же есть, но её качество сильно отличается.

Можно провести следующую аналогию на примере отношений между мужчиной и женщиной. Чувство любви между ними – это близко к понятию «вера». Штамп в паспорте со всеми вытекающими последствиями в социальном, моральном, юридическом плане – религия. То, каким образом на практике реализуется супругами их «законное сожитительство», то, насколько их *modus vivendi* способствует поддержанию и развитию любви друг ко другу – религиозность.

### «Псевдо»

Насколько применима категории «истинности» и «ложности» по отношению к религиозности? Очевидно, что эти категории являются оценочными. Но никакая оценка невозможна без чёткой системы координат. Что же мы имеем в случае с религиозностью?

Нет ничего удивительного в том, что именно в среде практикующих психиатров, постоянно сталкивающихся с явной психической патологией, обусловленной или маскирующейся религиозностью, возникла идея описать религиозность психически больного человека как ложную или «псевдорелигиозность». Здесь система координат предельно ясна: есть относительное психическое здоровье и явная патология. Здоровье и болезнь соответственно маркируются по отношению к религиозности как «истинная» и «ложная». Тем самым постулируется, что психически больной человек по определению имеет «псевдорелигиозность», а здоровый – «истинную религиозность». На наш взгляд, здесь кроется одна фундаментальная ошибка.

Если выйти из собственно медицинского пространства и посмотреть на вопрос с точки зрения религиоведения или собственно богословия, атрибут «ложности» не может быть механически применён к религиозности как таковой. Термин «псевдо» применительно к религиозности на корню перечёркивает саму религиозность как таковую, вместо того, чтобы тщательно разобраться в этом хитросплетённом и полифоничном феномене. Если «псевдорелигиозность» по своей сути не религиозность как таковая, тогда что же это за феномен? И при каких условиях из «псевдорелигиозности» может появиться «истинная» религиозность?

Любое «считывание» сознанием религии и/ или духовного (мистического) опыта не может атрибутироваться как «истинное» или «ложное», прежде всего, потому, что оно всегда личностное. Мы не можем говорить об «истинной» или «ложной» личности: при этом, конечно же, в психотерапии можно и нужно говорить о тех или иных травмах, искажениях, неразвитости, привативности, ущербности и т.п., которые при грамотной терапии могут быть благополучно преодолены или компенсированы. Так же, как о личности можно сказать, что она более-менее здоровая или, напротив, очевидно болезненная, то же самое следует применять и по отношению к религиозности – без атрибуции «истинный» – «ложный». Святитель Игнатий Брянчанинов в «Аскетических опытах» хорошо показывает, что «прелесть есть повреждение естества человеческого ложью... состояние всех человеков, без исключения, произведенное падением праотцов наших. Все мы – в прелести»<sup>3</sup>. Если признать позицию святителя верной, то вопрос о «псевдорелигиозности» отпадает автоматически: любой человек псевдорелигиозен, пока не достиг состояния обожения. В истории человечества

---

<sup>3</sup> Полное собрание творений и писем: в 8 т. / святитель Игнатий Брянчанинов / Общ. ред. О.И. Шафранова. – 2-е изд., испр. и доп.: Письма: В 3 т.

был только один период «здоровой», «истинной» религиозности – до грехопадения, когда Бог и человек общались напрямую, «на одной волне», не будучи обусловлены каким бы то ни было посредничеством и неизбежными интерпретациями.

Без всякого сомнения, религиозность, религия, вера и внутренний мир человека взаимообусловлены и находятся в постоянном сообщении друг с другом. Однако едва ли можно утверждать, что именно является первичным в болезненной религиозности: органическое расстройство психики, неизбежно накладывающее свою «призму» на всё восприятие религии, психологическая травматизация, сбрасывающая сознание на давно проторенную колею, или же навязанный образ Бога, оправдывающий болезненную ситуацию и придающий ей статус истинности?

### **Ткань религиозности**

Религиозность складывается из 3 сторон:

1. что думает, в каких образах представляет человек духовные реалии (представления);

2. как он ведёт себя (практика);

3. что и как переживает (мистика, духовность).

В идеале все эти стороны взаимодействуют друг с другом, будучи обращены к Другому – Богу, опосредованно явленному в мире и обществе. В реальности будут наблюдаться определённые перекосы, которые и будут определять специфику религиозности конкретного человека.

Каждая из сторон религиозности уравнивается другой, тем самым создавая определённое напряжение или «натяжение» полотна религиозности: представления соотносятся с практикой и духовным опытом, практика регламентируется представлениями и поддерживается мистикой, духовность верифицируется представлениями и оформляется практикой.

Гипер- или гипотрофия любой из сторон приводит к перекашиванию, существенной деформации «полотна» религиозности. «Провисание», ущербность, недостаточность в области представлений неизбежно приводит к духовной неразборчивости, «падкости» на всё «духовненькое». Недостаточность мистической стороны ведёт к формализму, утрате интереса, безжизненности религиозности как таковой. Ущербность в области практики выхолащивает религиозность до мировоззрения, приправленного смутными и хаотическими мистическими переживаниями, не способными куда-то направить «парус религиозности».

Следует отметить, что вера как таковая (см. определение выше) несводима ни к одному из трех «узлов» религиозности: она присутствует и в представлениях, добавляя атрибут истинности утверждениям, недостаточно артикулированным и обоснованным; вера также обосновывает важность и необходимость практики наличием Божественного Адресата, к Которому и обращена деятельность; кроме того, вера «размыкает» мистические переживания навстречу Божественному Объекту/Субъекту, выступая в качестве своего рода «канала» взаимодействия между человеческим и Божественным, «интерфейсом» Богочеловеческой коммуникации, выводя человека из состояния самодостаточности и замкнутости.

Каким образом можно описать каждую из сторон религиозности, чтобы сделать возможным её измерение, без которого говорить о «норме» и выходе за её пределы невозможно?

## **Представления**

В области представлений для описания качества религиозности наиболее значимыми являются те образы, которые имеют непосредственное отношение к личности. Вопросы отвлечённо-догматического характера, не распознаваемые как «руководства к действию» или «ответы на конкретные жизненные вопросы», при всей декларируемой важности, могут оставаться вытесненными в самые далёкие кладовые сознания и, в общем-то, не оказывать никакого влияния на религиозность.

1. Образ Бога: строгий / милующий, своевольный / предсказуемый, «скоропослушный» / трудноумолимый, великодушный / взыскательный и т.п.

2. Образ мира (обречённый / вдохновлённый, дружелюбный / враждебный, помогающий / препятствующий, тёплый / холодный, внимательный / безразличный, богопротивный / благословенный и т.п.

3. Образ самого человека (замечательный / отвратительный, искренний / лживый, умный / глупый, добрый / злой, благонамеренный / подлый, перспективный / безнадежный, поверхностный / глубокий и т.п.

## **Практика**

Практика, как правило, включает в себя следующие направления:

1. Конгруэнтность (соразмерность, согласованность) религиозной системе: соблюдение постов, праздников, уставных предписаний, регулярное участие в богослужениях и др. виды религиозно-ориентированной деятельности. Диапазон – от полной капитуляции с принесением в жертву религии всех сторон личной жизни вплоть до разрушения семьи – до «замечания краем глаза». Классический пример такого «обрядоверия» – случай, описанный С.И.Фуделем из полицейской хроники начала XX века, когда крестьянин, ограбивший и убивший девочку, не стал есть яйца из её корзинки, потому что день был постный.

2. Перенос религиозных ориентиров в область деятельной жизни; актуализация религиозных установок в обыденной жизни. Диапазон – от эпизодической включённости или разовых «пробоев» внутрь до разрушительной тревожности и всепронизывающего страха сделать что-то не по воле Божией.

3. Деятельное применение Божественного Писания, его актуализация в обычной жизни. Писание как «руководство к действию» и главный «камerton» верности, постоянная «сверка» себя со Словом Божиим – неотъемлемый атрибут религиозности. Диапазон – от эпизодического воспоминания до превращения Писания в «универсальную прихватку». «Препарированный» разумом текст Писания, вырванный из контекста и традиции, становится всего лишь набором цитат, которыми можно оправдать любое поведение – как это прекрасно показано в фильме «Ученик», где главный герой даже самые свои эксцентричные, безнравственные поступки обосновывает словами Библии.

## **Мистика, духовность**

Самая трудноопределимая область религиозности – мистическая или духовная – будет включать в себя следующие стороны:

1. Интериоризация религиозных представлений; «сведение» ума в сердце, понимаемое в самом широком смысле как доведение Божественных истин до эмоционального проживания и глубинного принятия. Диапазон – от эпизодического тёплого сердечного отклика до безостановочной самоиндукции возбуждённости.

2. Обращённость к Богу (молитва, ритуал, таинства и др.) с отслеживанием «обратной связи» со стороны Неба. Диапазон – от редких, ситуативных случаев до тревожной чуткости к любым возможным «знакам», «ответам свыше»,

«неслучайным случайностям», гипертрофированного и неудовлетворимого в принципе запроса «наверх», принудительного «стягивания» Неба на землю.

3. Присутствие таинственного, чудесного, сверхъестественного в жизни. Диапазон – от редких «всполохов» до непрекращающегося чудотворчества.

В вышеприведённом случае с крестьянином-душегубцем налицо избирательность в применении церковных ориентиров: убить из-за чувства голода плохо, но допустимо, а вот съесть постным днём яйца недопустимо ни при каких условиях. Налицо катастрофический перекося обрядовости над интериоризацией главных христианских заповедей и смещение образа наказующего Бога из области духовно-нравственной в обрядовую.

Теперь попробуем рассмотреть вышеуказанные стороны через призму ложности. Могут ли быть ложными представления о Боге? Без сомнения, да. Но здесь скрывается важная и, по сути, неразрешимая проблема: большинство догматических утверждений христианской религии по своей природе антиномичны (см. «Столп и утверждение истины» свящ. П.Флоренского»), то есть требуют веры для «пробрасывания мостика» между кажущимися взаимоисключающими утверждениями. Соответственно, болезненная религиозность будет стремиться к упрощению и однозначности: Бог или благ, или строг.

Одним из возможных признаков болезненной религиозности является фрагментарность, неполнота представлений; выраженное преобладание избирательной однозначности над целостной сложностью и антиномичностью. Вместо того чтобы принять как аксиому собственную ограниченность, непостижимость Божественных Таин, принять всё многообразие и полифоничность Откровения как есть, целиком, болезненная религиозность «выщипывает» из этого «цветника» то, что ей близко и «любо» в чётком соответствии своей ущербной природе. Отсюда же проистекает склонность к радикализации и фанатизму, преобладание буквальности над полифоничностью и символизмом: «Буква убивает, а дух животворит» (2 Кор. 3:6) – именно об этом.

Вторая особенность болезненной религиозности – «символическая нечуткость», стремление редуцировать символ как «подмигивающий», «намекающий» на «необозначаемое» в принципе до «знака», чётко указывающего и растолковывающего содержание, а по сути – подменяющего денотат собственной реальностью, не имеющей к обозначаемому никакого отношения. Например, отношение к святине как к «заражённой» благодатью по типу «духовной радиации» с проистекающими из этого последствиями в плане утилизации пришедшего в негодность. Или подмена почитания Богородицы культом той или иной Её иконы, который де-юре церковным учением отрицается, а де-факто является общераспространённым (подробнее о стадиях формирования симулякра на примере иконы см. Ж.Бодрийар, «Симулякр и симуляции»<sup>4</sup>). Болезненная религиозность, в отличие от здоровой, способна «дистраивать» знаковый ряд и его абсолютизировать: например, упавшая с полки икона может

---

<sup>4</sup> «Таковы последовательные фазы развития образа:

- он отражает фундаментальную реальность;
- он маскирует и искажает фундаментальную реальность;
- он маскирует отсутствие фундаментальной реальности;
- он вообще не имеет отношения к какой бы то ни было реальности, являясь своим собственным симулякром в чистом виде.

В первом случае образ — доброкачественное проявление: репрезентация имеет сакраментальный характер. Во втором — злокачественное: вредоносный характер. В третьем случае он лишь создает вид проявления: характер чародейства. В четвертом речь идет уже не о проявлении чего-либо, а о симуляции» (Бодрийар, Ж. Симулякры и симуляции. — М.: Издательский дом «ПОСТУМ», 2015. С. 12.

стать достаточным основанием для далеко идущих выводов. Или чёткая атрибуция святых конкретным житейским нуждам и так далее.

Третья особенность – этическая и эстетическая «неуклюжесть», связанная с дефицитностью эмпатии и неразвитостью нравственной чуткости. Причина этой «неловкости» – несобранность, невыстроенность ценностных приоритетов вокруг тёплого сердечного переживания Божественного присутствия и как следствие – гиперкомпенсация сердечной дефицитности сверхрациональностью с попыткой «просчитать» и «обосновать» любой свой поступок, опираясь не на «опыт сердца», а на рациональную «матрицу должного и недолжного».

Четвертая особенность – дисфункциональность болезненной религиозности как инструмента для поддержания «горения Духа» в человеческой душе. «Корабль» веры должен «лететь» под действием дыхания Божественного Духа, толкая сопротивляющуюся (!!!) Ему религиозность как натянутый парус. В определённом смысле этот образ помогает понять, почему в самой природе религиозности присутствует определённый антагонизм к Божественному; они «противопоставлены» друг другу: если «парус» не сопротивляется ветру, он не «работает!» Именно из этого глубинного напряжения, временами способного доходить до острейшей экзистенциальной драмы, рождается движение; постоянно преодолевая сопротивление религиозности, прорастает росток веры, отвоёвывая себе всё больше и больше пространства.

Пятая характерная черта – стагнация в развитии веры. Вера из области живого, постоянно обновляющегося опыта опознания Божественного из реалий обыденного застывает в виде «религиозных деклараций», которые, прежде всего, находятся в области представлений и уже не задевают чувственную сферу. О такой вере можно сказать, что она «приватизирована» подобно тому, как «приватизирует» жениха невеста после долгожданного штампа в паспорте, закладывая тем самым в основание брака неизбежность будущего развода.

Но этот же «росток веры» может застрять, не преодолеть «асфальт» религиозности, зачахнуть и умереть; при этом «вспучившийся» асфальт может восприниматься как полноценная, здоровая религиозность. «Застрявшая», остановившаяся, уткнувшаяся в привычные формы религиозность и так и не сумевшая их «пробить», преодолеть обречена на затухание и смерть.

Здоровая религиозность, соответственно, будет иметь следующие минимальные признаки: адаптивность, динамичность, сложность (антиномичность), чуткость, открытость, драматичность и способность к пребыванию в неопределённости как следствие живой, а не формально-декларативной веры.

Проблема болезненной религиозности – это, прежде всего, проблема экзистенциального самоопределения личности, проблема неготовности взять на себя риск веры, которая выражается в стремлении удержать, ухватить, овладеть Божественным – настолько, насколько это возможно. И здесь крайне важно органичное взаимодействие между тремя основными деятелями на поле терапии души – священником, психологом и психиатром: каждый из них, работая в своей области, способен внести свой вклад в гармонизацию религиозности как таковой, «натягиванию» паруса и началу движения лодки веры в верном направлении.

## Религиозные маски психических расстройств

**Аннотация:** Доклад посвящен описанию феномена богооставленности с позиции клинической психиатрии. Дано подробное описание феномена богооставленности, встречающееся в писаниях святых отцов, а также в Священном Писании. В католической литературе, в житиях некоторых святых это явление часто описывается как «темная ночь души», «духовный кризис на пути единения с Богом». Феномен богооставленности у психически больных, являющийся проявлением их патологии, описывается в научной литературе как ощущение потери Бога, утраты последнего якоря в преодолении суицидальных намерений. Часто больные не рассказывают о своих переживаниях ни священнику, ни врачу и, соответственно, не получают ни духовную, ни медицинскую помощь, вследствие чего значительно повышается риск суицидального поведения. Феномен богооставленности требует дальнейшего клиничко-психопатологического изучения, междисциплинарного осмысления для правильного и своевременного оказания психиатрической, психотерапевтической помощи и адекватной тактики пастырского душепопечения.

**Ключевые слова:** феномен богооставленности, духовный кризис, депрессивное состояние, тактика пастырского душепопечения.

Духовный кризис у христианина часто сопровождается ощущением покинутости Богом или богооставленности. Богооставленность (по-гречески *θεϊκή εγκατάλειψη*) – чувство удаленности от Бога и Его благодати, воспринимаемое с отчаянием и душевной болью. Настоящее сообщение посвящено тем особым формам психической патологии, при которых за фасадом религиозных проявлений скрывается психическая патология, мимикрируя под благочестивую религиозность, глубокую набожность и имитируя традиционные формы религиозного поведения. Правильная оценка этих состояний, как с духовной, так и с психиатрической точки зрения чрезвычайно сложна. Распознавание этих расстройств исключительно важно, т.к. от этого зависит то, как сложится жизненный путь такого верующего. Психические расстройства, скрытые под маской религиозности, зачастую недооцениваются как пастырями (священниками), так и врачами, что приводит к потерям времени для проведения лечения и к тому, что болезнь переходит на другой, более тяжелый этап – с одной стороны. С другой стороны, поведение такого человека смущает членов религиозной общины, вызывает недопонимание и, зачастую, эти лица получают неадекватные духовные советы. Нередко священноначалие вынуждено «выталкивать» подобных людей из храмов, монастырей во избежание трагического исхода.

Рассмотрим некоторые наиболее часто встречающиеся состояния.

**Синдром Anorexia mirabilis (святая анорексия)** характеризуется, в первую очередь, бредовым отказом от еды с целью самосовершенствования, искупления прошлых грехов, борьбы со страстью чревоугодия. В тяжелой степени выраженности таких состояний больные нередко умирают от голода. Страдающие подобным расстройством люди игнорируют советы своего религиозного духовного руководителя прекратить пост [1]. Историческими примерами подобных состояний были Мария Уаньийская [Marie of Oignies] (1177–1213), Екатерина Сиенская [Catherine of Siena] (1347–1380), Колумба из Риети [Columba of Rieti] (1467–1501). Описание клинического случая из нашей практики: молодой человек до 14 лет был по характеру веселым,

жизнерадостным, активным, общительным. В 16 лет успешно закончил театральный колледж, увлекался рок-музыкой, организовав свою рок-группу. В 19 лет начал читать рУанелигиозную литературу. Перестал общаться с прежними друзьями. В 20 лет крестился и сразу же принял решение уйти в монастырь, где был паломником, а затем трудником. Через три года пребывания в монастыре неожиданно перестал общаться с родственниками. В связи с отсутствием реакции на телефонные звонки, родители решили навестить его. С их слов, молодой человек выглядел «катастрофически худым». По словам матери, он был похож на «узника Бухенвальда». В связи с подозрением на пневмонию, пациент был госпитализирован в районную клиническую больницу, где выяснилось, что в течение последних месяцев он с целью «духовного совершенствования» запойно читал духовную литературу и стал применять к себе аскетические советы, которые предназначались зрелым, преуспевшим в подвигах инокам. Он придерживался экстремального поста, питаясь раз в сутки водой с хлебом, многие часы уделяя молитвенной практике. Любимым чтением были «Аскетические опыты епископа Игнатия Брянчанинова». Врачами в стационаре был поставлен диагноз «Острый бронхит. Алиментарная дистрофия. Белковоэнергетическая недостаточность. Безбелковые отеки голеней и стоп. Анемия средней тяжести смешанного генеза. Синусовая брадикардия с эпизодами предсердного ритма. Пролапс митрального клапана 2 ст.». В связи с тяжелым соматическим состоянием больной был переведен в реанимационное отделение, где находился в течение недели. Мать заняла твердую и решительную позицию и настояла на необходимости стационарного лечения в психиатрической больнице, что помогло исправить ситуацию и, по сути, спасти жизнь этому молодому человеку. В дальнейшем он проходил лечение в клинике НЦПЗ. Больным себя не считал, свое состояние объяснял духовными причинами, необходимостью строгой аскезы. Он был убежден, что ему предназначена особая миссия, что Господь призвал его к исповеданию веры. Врачам отделения удалось по телефону связаться с братским монастырским духовником, который пытался уговорить больного питаться в соответствии с рекомендациями врачей. Больной категорически отказался выполнять советы бывшего духовника. В отделении он отказывался от приема больничной пищи, мясных и молочных продуктов, съедал в день лишь 1-2 ложки супа. Если персонал за ним не наблюдал, то старался вылить часть супа в раковину. Общения с пациентами избегал, пассивно лежал в постели. Обследовании терапевта выявило: кожные покровы и видимые слизистые были бледными, веки – отечными. Отмечался отек стоп, голеней до средней трети, кожа нижних конечностей была с трофическими изменениями. На ЭКГ выявлялись выраженные трофические нарушения: предсердный ритм, брадикардия 40 ударов в минуту, диффузное снижение реполяризации миокарда левого желудочка, удлинение интервала QT до 550 мсек. Во время проведения обследования, когда надо было подняться по лестнице на третий этаж, пациент упал от слабости, потребовалась помощь медсестер. Пациенту было проведено необходимое лечение, после которого был выписан со значительным улучшением: восстановился нормальный режим питания, появилось критическое отношение к прежнему поведению, в дальнейшем пациент вернулся к обычной жизни и устроился на работу.

Таким образом, в данном случае мы видим, что психическая патология в течение первых 3-4 лет была малозаметна как для родных, так и для священнослужителей. На первый план в состоянии пациента выступали религиозные проблемы, «духовный поиск», маскируя психическую патологию. Родственники долгое время не понимали, что их сын болен, и только при возникновении тяжелых дистрофических явлений, связанных с отказом от еды,

пациенту была оказана необходимая врачебная помощь. Мнение о том, что только духовная поддержка, пребывание в монастыре, участие в богослужебной жизни может разрешить все психические проблемы без врачебной помощи, оказалось неверным.

### **Синдром депрессивного бреда религиозного содержания**

Ведущим проявлением данного состояния на фоне сниженного настроения являются идеи самоуничужения, самообвинения, виновности, греховности различной степени выраженности и достигающих степени бреда, сопровождающиеся суицидальным поведением, формированием специфических религиозных феноменов: конфессиональной амбивалентности, чувства богооставленности, духовной ипохондрии [2-7]. В изученных нами случаях больные винили себя во всевозможных негативных бытовых событиях (болезнях родственников), чувствовали свою виновность по отношению к родным и близким, считали себя «плохими христианами», виноватыми в недостатках воспитания детей, говорили о том, что не могут обеспечить им должного содержания и образования. Отмечалось депрессивное толкование настоящих и предшествующих событий. Депрессивные переживания вытекали из ранее существовавших религиозных идей и мировоззрения больных, соответствовали их культурному уровню. Бытовое содержание греховных переживаний, идеи самоуничужения, самообвинения, несостоятельности трансформировались в тотальное ощущение своей вины, заслуженного «наказания адскими муками» и в дальнейшем перерастали в стойкое бредовое убеждение собственной греховности.

Больные утверждали, что не ощущают благодати от молитвы, не чувствуют отклика в душе от участия в религиозных обрядах, сравнивали свое состояние с «окаменелым нечувствием», говорили об отсутствии чувства «живой веры». Говорили о том, что Бог их оставил, что «не чувствуют присутствия Бога в жизни, не ощущают божественной благодати». Появлялось убеждение, что Бог их «не слышит, отвернулся, оставил», описывали ощущение «полной духовной изоляции от окружающего мира, в особенности от Бога, сравнивая свое состояние с «нахождением в вакууме»; утверждали, что потеряли самое главное в жизни — смысл существования, веру в Бога и надежду на спасение. Такие идеи сопровождалась размышлениями, что «теперь их в жизни ничего не держит», «их место в аду». Больные винили себя в том, что их поведение не соответствует требованиям религиозных правил и предписаний.

В более тяжёлых случаях присоединялись идеи обвинения и осуждения со стороны окружающих. Пациенты замечали в поведении окружающих негативное отношение к себе, отмечали во внешней обстановке знаки, подтверждающие их никчемность, несостоятельность. Бредовые идеи греховности проявлялись в убежденности больных, что они «заслуживают наказания Божия», они совершили «смертный, непрощаемый» грех, «грех против Святого Духа». Пациенты искали способы искупления грехов: непрерывно посещали церковные службы, постоянно исповедовались, фанатично соблюдали религиозные традиции, истязали себя различными изнурительными постами, не соответствующими церковным традициям, вопреки советам духовников, наносили различные самоповреждения. В некоторых случаях такие больные приходили к идее неправильности выбора конфессии. При этом основным внутренним переживанием пациентов являлось чувство вины за ошибку в выборе веры. Больные испытывали мучительные сомнения по поводу зря потраченного времени на следование «неправильной вере», их беспокоил страх, что из-за «неистинности» своей веры они «не смогут спастись». Пациенты не могли находиться в обществе других верующих, считали,

что окружающие «видят» их грехи, осуждают их. Некоторые больные меняли конфессию, считая, что так могут заслужить прощение Бога. Они нигде не могли «найти себе места, духовного покоя». Пациенты были убеждены в «некачественности», «испорченности» своей религиозной веры. Они были убеждены в существовании «изъяна веры», «духовного недуга». По мере усугубления бредовых расстройств появлялось убеждение об «испорченной» вере, которая свидетельствует о предательстве Бога, «подобии Иуде-предателю». Несмотря на то, что пациенты постоянно перепроверяли соответствие своей религиозности и обращались за консультациями к духовникам в различных монастырях, они не обретали успокоения. Свое состояние пациенты трактовали как признак греховности, что приводило к запоздалому обращению к врачу; помимо этого, они нуждались в благословении духовника на обращение за врачебной помощью, которое, как правило, не могло быть получено вовремя, что приводило к быстрому развитию порочного круга и усугублению психического состояния. При усугублении состояния пациенты описывали свое состояние, как «гниение» или «потеря души». Говорили, что их сердце «мертво для веры», что они «духовно повреждены», что они «умерли заживо», «живьем попали в ад», чувствовали, что «разлагаются душевно». Некоторые пациенты считали себя виновниками наступающего апокалипсиса, что связывали с собственной греховностью, были убеждены, что за свои грехи будут страдать вечно. Пациенты не только высказывали идеи самообвинения, но чувствовали осуждение со стороны Бога, который становился «карающим», «наказывающим». На высоте болезненного состояния у таких больных возникали чувства безнадежности, отверженности и отчаяния, сопровождавшиеся мыслями о нежелании жить, развитием суицидальных намерений, а также реализованными суицидальными попытками.

Таким образом, в силу специфического содержания депрессивных состояний, связанных с религиозными переживаниями, эти состояния зачастую не расцениваются как болезненные проявления, требующие помощи врачей. Это приводит к утяжелению состояния и позднему обращению к психиатрам, сопровождается негативными последствиями, в частности суицидальными попытками.

### **Синдром религиозной паранойи**

Для данных состояний типично наличие стойких бредовых идей, которые характеризуются внешней правдоподобностью, психологической понятностью, высокой степенью систематизации, аффективной напряженностью; они полностью овладевают сознанием и жизнью больных. На отдаленных этапах наблюдается присоединение бредовых идей преследования, расширением содержания бреда с вовлечением в него новых лиц, формированием особого образа жизни и мировоззрения [1,8]. Клинический случай: молодой человек, учась в 11 классе, целиком погрузившись в религию, ежедневно посещал церковь. Кроме этого, он уделял по 5-6 часов в сутки молитвенному правилу, ездил только в такие монастыри, в которых богослужение совершалось по полному уставу без сокращений. Если же он не успевал полностью вычитать молитвенное правило, то отказывался от еды. Во время постов резко ограничивал себя в еде, полностью отказывался от чтения светской литературы и просмотра телепередач, называя это «дьявольской культурой». Он был неколебимо убежден в своей правоте и с неадекватным упорством отстаивал свои религиозные взгляды, у него полностью отсутствовала критика к своему состоянию и борьба мотивов. Это сочеталось с холодностью и безразличием к своим родным, близким, которых он называл безбожниками и слугами дьявола. Его поведение постепенно приобретало черты

«домашнего тирана»: он заставлял бабушку обязательно прочитывать молитвенное правило, соблюдать постные дни, выключал вечерами телевизор у деда. Если в среду мать готовила ему что-либо из молочных продуктов, то он мог швырнуть в лицо матери тарелку с едой. Постепенно он перестал слушаться священников, называя их еретиками, часами молился дома, ориентируясь на требования Типикона и, в конце концов, пришел к выводу, что только он один сохраняет истинное Православие и, по сути, изобрел собственную религиозную систему. В дни крупных религиозных праздников он отказывался посещать учебу, посвящая весь день молитве. В дальнейшем у него сформировалась целая бредовая концепция, связывающая воедино уже не только лиц ближайшего окружения, но и значительно более широкий круг незнакомых людей и событий. Наблюдалось усложнение и дальнейшая систематизация бреда, усиление бредовой активности. Бредовые идеи религиозного характера расширились, захватывая все большее число окружающих людей, присоединялись бредовые идеи преследования, переоценки собственной личности. Спустя 7 лет появились галлюцинаторные проявления, которые в последующем приняли характер вербального императивного галлюциноза, под влиянием которого пациент совершил суицидальную попытку, завершившуюся смертью больного.

Важно подчеркнуть, что в этом случае религиозные бредовые идеи находились в резком противоречии с объективно существующими в обществе религиозными традициями. Сверхценные идеи религиозного содержания трансформировались в сложную бредовую систему, все поведение больного определялось религиозным бредом. При этом внешняя псевдорелигиозная форма поведения резко противоречила внутренней добродетели терпения, смирения, уважения к родным и близким. Бредовые идеи обнаруживали высокую степень нескритичности, приводили к нарушению социальных отношений, к тяжелым и опасным актам агрессии по отношению к родственникам и к самоагрессии.

### **Синдром одержимости религиозного содержания**

Специфическим ядром таких состояний является наличие бредового убеждения больного, что им завладела «духовная сущность» путем внедрения в тело или овладения снаружи, что приводит к тотальному контролю над его умом, телом и душой, вплоть до образования со временем в нем новой личности, и причиняет больному большие страдания. Чаще всего это сопровождается наличием галлюцинаторных расстройств и соответствующим бредовым поведением [9-13].

В изученных случаях у больных психические расстройства начинались остро. Больные внезапно ощущали, что в их тело «вошел бес». Они физически чувствовали внутри себя движения чуждого живого существа, которое локализовалось в различных частях тела. Больные описывали проникновение существа в глаза, уши, его перемещение внутри тела. Чувствовали, что бес двигался под ребрами, «присасывался под сердце, пил кровь и отнимал энергию», вызывая всевозможные неприятные ощущения. После появления у больных убежденности в физическом внедрении беса в тело появлялись «чужие мысли», которые «посылались дьяволом». Возникали несвойственные больным оскорбительные фразы в адрес окружающих, навязывались насильственно мысленные диалоги, нецензурная брань. Больные были убеждены, что находящийся внутри них бес запрещал им употреблять еду и воду, по ночам показывал «издевательские сны». В случае нарастания остроты проявлений больные чувствовали, что «энергетическая сущность» полностью их захватывала, и под влиянием беса они сами превращались в иное существо. Некоторые описывали себя как «козла с рогами», чувствовали, что их «скрутило, съежило»,

они не могут пошевелиться, ощущали свои конечности как копыта, а себя — «в бесовской шкуре в звериной одежде». При этом бес «запрещал» двигаться, заставлял молчать, так что больные не могли разговаривать, глотать еду. Некоторые больные слышали бесов внутри головы, которые «вопили и были разными голосами», указывали на грехи больных, нецензурно бранились и тем самым мешали молиться. Пациенты чувствовали, что бес управлял их речью, показывал зрительно сцены непристойного содержания. В некоторых случаях больные сообщали, что бес, находящийся внутри них, оказывал воздействие на окружающих людей, заставляя их зевать, кашлять, нарушать формы приличного поведения. Больные чувствовали, что из них исходила «бесовская энергия», которая передавалась близким, и у последних появлялись «пагубные страсти». Больные пытались бороться со своей бесоодержимостью всеми имеющимися способами: ограничивали себя в еде, чтобы уморить беса, не пили жидкость, вызывали рвоту. Многие такие пациенты посещали сеансы экзорцизма. Читали так называемые акафисты-бесогоны. Совершали магические обряды, а иногда даже совершали тяжелые суицидальные поступки.

Данные пациенты вызывали у окружающих неоднозначные реакции: одни считали их бесноватыми, другие – психически больными, кто-то ставил знак равенства между теми и другими. Таким образом, данные состояния могли быть ошибочно расценены как проявления одержимости демоном в религиозном контексте, что приводило к неадекватным пастырским советам и методам борьбы. Психиатрическая оценка данных случаев позволила установить формирование у таких больных психотического состояния в рамках шизофрении, ключевой особенностью которого являлся феномен тотального синдрома овладения, именуемого в психиатрической литературе синдромом Кандинского-Клерамбо, названного по имени двух известных психиатров – русского и французского. Необходимо подчеркнуть, что главной стратегией в этих состояниях является медикаментозное лечение у специалистов.

**Таким образом,** в описанных клинических примерах речь идет о проявлениях гиперрелигиозности, сопровождающихся маргинальными формами религиозного поведения. Обобщая указанные случаи, можно выделить следующие критерии, которые отличают проявления патологической псевдорелигиозности, возникающие вследствие наличия клинически выраженных психопатологических расстройств, от религиозных переживаний у психически здоровых лиц:

1) клинические критерии

- При осмотре удастся выявить у таких пациентов сопутствующие психопатологические нарушения: расстройства сна, когнитивные расстройства, патологические изменения соматического характера. Пациенты нередко испытывают страдания, тревогу, беспокойство, подавленность в связи со своими религиозными переживаниями и поведением.

- Могут присутствовать нарушения мышления особого типа (эхо-мысли, вкладывание или отнятие мыслей, передача или открытость мыслей, обрывы мыслей и другие проявления идеаторных автоматизмов), транзиторные или стойкие галлюцинаторные расстройства, в некоторых случаях имеют место подозрительность, идеи отношения, преследования, воздействия.

- Религиозные бредовые идеи обнаруживают высокую степень не критичности, ригидности и формируют специфическое бредовое поведение, которое не поддается коррекции с помощью советов родственников или духовника.

- Религиозные переживания зачастую носят доминирующий характер, чуждый прежней личности. Иногда можно отчетливо выявить так называемый

антиномный сдвиг характера, предшествующий возникновению болезненного состояния.

- Религиозные бредовые идеи приводят к нарушению социальных и профессиональных отношений и нередко ставят под угрозу жизнь самого пациента.

- У больных могут иметь место более или менее выраженные черты изменения личности: эмоциональной холодности и равнодушия к родным, отсутствие близких и друзей.

2) Религиозно-психологические критерии:

- Внешняя «псевдорелигиозная» форма поведения резко противоречит дефициту внутренней добродетели (терпения, смирения, жертвенной любви).

- У данных людей отсутствует духовный руководитель или они отказываются следовать советам духовника.

- Психическое расстройство имеет фабулу псевдорелигиозных концепций, которые, как правило, способствуют отчуждению, как от людей, придерживающихся традиционных религиозных ценностей, так и от собственной семьи.

- Религиозный опыт индивидуума противоречит сложившейся культурной или религиозной традиции. При этом пациенты, как правило, не поддерживают контактов с религиозной общиной. Пациенты нередко негативно настроены по отношению к традиционным религиозным институтам, расценивая их как «ложные, продажные».

### **Использованная литература:**

1. Борисова О.А., Копейко Г.И. Патологическая религиозность у больных с психическими заболеваниями. *Психиатрия и религия. Материалы международной конференции*. 2019; 11-23. ISBN 978-5-98620-413-0
2. Копейко ГИ, Гедевани ЕВ, Борисова ОА, Шаньков ФМ, Смирнова БВ, Каледа ВГ. Эндогенные депрессивные состояния с религиозными переживаниями. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски*. 2021;121(5-2):55-60.
3. Борисова ОА, Смирнова ЕВ. Феноменологические особенности депрессии с религиозным содержанием. *Депрессии: задачи психиатра, психолога и священнослужителя. Материалы международной конференции: Сборник докладов*. 2023; 16-20. SBN: 978-5-6042918-6-3. ISBN: 978-5-98620-671-4
4. Смирнова ЕВ, Алексеева АГ, Копейко ГИ, Борисова ОА, Гедевани ЕВ, Владимирова ТВ, Каледа ВГ. Психопатологические и феноменологические особенности депрессивно – бредовых состояний с религиозным контентом. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2023;123(11 вып. 2):80-86.
5. Смирнова Е.В., Алексеева А.Г., Копейко Г.И., Борисова О.А., Гедевани Е.В., Владимирова Т.В., Каледа В.Г. Психопатологические особенности депрессивно-бредовых состояний с религиозным содержанием. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски*. 2023;123(11-2):101-107. <https://doi.org/10.17116/jnevro2023123112101>
6. Алексеева А.Г., Владимирова Т.В., Гедевани Е.В., Копейко Г.И., Борисова О.А. Феномен богооставленности в контексте клинической психиатрии. *ПСИХИАТРИЯ*. 2023;21(6):17-30. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2023-21-6-17-30>
7. Копейко Г.И., Владимирова Т.В., Алексеева А.Г. [Духовный кризис или переживание покинутости богом в состоянии депрессии.](#)
8. *Депрессии: задачи психиатра, психолога и священнослужителя. Материалы международной конференции: Сборник докладов*. Москва, 2023. С. 21-25.
9. Руководство по психиатрии. В 2 томах. Т.1/А.С.Тиганов, А.В.Снежневский, Д.Д.Орловская и др.; Под ред. А.С.Тиганова. М.: Медицина, 1999. 1: 458-464. ISBN 5-225-02676-1

10. Копейко Г.И. Религиозный бред одержимости при шизофрении *Психиатрия и религия. Материалы международной конференции. Ответственные редакторы В.Г. Каледа, Г.И. Копейко.* 2019. С. 24-30.
11. Копейко ГИ, Борисова ОА, Гедевани ЕВ, Самсонов ИС, Каледа ВС. Клинико-психопатологические особенности синдрома овладения религиозного содержания при шизофрении. *Психиатрия.* 2019;17(3):24-29.
12. Самсонов И.С., Копейко Г.И., Борисова О.А., Гедевани Е.В., Каледа В.Г. Клиническая типология и прогноз синдрома овладения религиозного содержания при шизофрении. *ПСИХИАТРИЯ.* 2019;17(4):15-24. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2019-17-4-15-24>
- Копейко Г.И., Борисова О.А., Гедевани Е.В. Особенности психопатологии и феноменологии бреда одержимости религиозного содержания при шизофрении. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова.* 2018;118(4):30-35. <https://doi.org/10.17116/jnevro20181184130-35>
13. Самсонов И.С., Копейко Г.И., Борисова О.А., Гедевани Е.В. Психопатологические особенности синдрома Кандинского-Клерамбо с религиозным содержанием при шизофрении. *Психиатрическая наука в истории и перспективе. Материалы Юбилейной Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвященной 75-летию Научного центра психического здоровья.* 2019. С. 32-34. ISBN 978-5-6042918-1-8.

## **О нормальной и патологической религиозности при депрессивных состояниях в пастырской и психиатрической практике**

**Аннотация:** Обсуждаются особенности патологической религиозности, встречающиеся у части больных, имеющих религиозное мировоззрение и страдающих депрессивными расстройствами, что является актуальным как для клинической психиатрии, так и для пастырского попечения душевнобольных. Описывается клинически выявляемая взаимосвязь содержания религиозных переживаний со структурой депрессий. Приводится мнение священнослужителей, окормляющих людей, страдающих депрессивными расстройствами, о том, что общими внешними проявлениями являются отсутствие критичности по отношению к своему духовному состоянию, неспособность личности к внутреннему развитию, заикленность на негативных мыслях и страхах религиозного характера, ложная убежденность в «непростительности» совершаемых ею грехов, неумение принимать конструктивные советы (и даже понимать их), отсутствие умиротворения и радости от покаяния, уныние, суицидальные мысли. Пастырю следует руководствоваться принципом: простирать руки грешнику и нести тяготы брата своего, поддерживать слабую искру веры, помогать, насколько возможно, этому человеку обрести утешение в его скорби. Помочь в разрешении сомнений о допустимости или недопустимости обращаться в таких случаях ко врачам.

**Ключевые слова:** религиозность, патологическая религиозность, депрессия, депрессивные религиозные феномены, пастырская помощь.

Разграничение нормальной и патологической религиозности при депрессивных состояниях является важной задачей, как в психиатрической практике, так и в деятельности пастыря или психолога. Подобные состояния часто остаются не выявленными в связи с тем, что пациенты неохотно сообщают о своих переживаниях, расценивая их как чисто духовную (религиозную) проблему. Такие состояния характеризуются высоким суицидальным риском [1, 2], поскольку у таких пациентов пропадают базовые смысловые ценности, и вера в таком случае теряет свою протективную функцию [3, 4]. Все это приводит к недооценке тяжести состояния специалистами, невозможности оказать квалифицированную своевременную помощь. Проблема распознавания патологической религиозности при депрессии имеет высокую актуальность в связи с необходимостью предотвращения деструктивного поведения пациентов, порой опасного для них самих или окружающих, а также для оказания помощи на различных уровнях, включая как пастырское консультирование или духовное руководство, так и своевременное обращение за медикаментозным лечением [1, 2].

Герман ван Праг [Herman M. van Praag], голландский психиатр, основатель секции «Религиозность, психиатрия и духовность» при Всемирной ассоциации психиатров (WPA) в рамках своей концепции религиозности выделяет нормативную и анормативную религиозность. Нормативную религиозность он характеризует как среднестатистическую норму, которая заключается в когнитивной норме концептуализации необходимости поиска смысла жизни, однако, без перестройки иерархии мотивов. Структура религиозных потребностей, в рамках которых возникает нормативная и анормативная религиозность, по ван Прагу, включает а) поиск смысла и духовности, б) необходимость во взаимозначимых отношениях, в) необходимость

эмоционального ответа, г) благоговение (благость), д) секуляризацию с сохранением веры. Нормативная религиозность характеризуется автором открытостью к иному (критичность), наличие пространства для сомнения и развития. Религиозность, по ван Прааг, может быть разделена на 3 группы: вариант нормы; аномальный вариант, но без патологии; аномальный вариант с патологией. Все аномативные проявления религиозности автор делит на 2 группы: гипорелигиозность и гиперрелигиозность. К гипорелигиозности ван Прааг относит агностицизм (вариант нормы), атеизм (анормальный вариант без патологии), евагелистический атеизм (анормальный вариант с патологией). К гиперрелигиозности относятся: коагуляция религиозных воззрений (вариант нормы), патологическое развитие коагуляции (анормальный вариант с патологией), религиозная фанатизация и экзальтация (анормальный вариант без патологии), религиозный психоз (анормальный вариант с патологией). Патологическое развитие коагуляции (анормальный вариант с патологией) и религиозный психоз (анормальный вариант с патологией) являются наиболее близкими к выявляемому феномену патологической религиозности в психиатрической практике [5]. В настоящем исследовании под **религиозностью** мы понимаем, при наличии веры в Бога, принятие и усвоение индивидуумом религиозных убеждений, переосмысление своих ценностей и взглядов на жизнь, что находит свое воплощение в поведении и жизни индивидуума. Под патологической **псевдорелигиозностью** в настоящем исследовании понимается принятие и усвоение религиозных убеждений, измененных психическими расстройствами религиозного содержания, что ведет к искаженному этими убеждениями религиозному поведению и образу жизни больных.

В ФГБНУ НЦПЗ, в группе по изучению особых форм психической патологии отдела юношеской психиатрии в период с 2011 по 2023 гг. было обследовано 115 пациентов (41 мужчина, 74 женщины) с религиозным мировоззрением в возрасте от 18 до 55 лет (в среднем  $32 \pm 8,5$  года). Все пациенты находились на лечении в связи с развитием депрессивного состояния с религиозным контентом, формирующегося в рамках эндогенного заболевания. В исследовании были использованы клиничко-психопатологический, клиничко-катамнестический методы. Срок катамнестического наблюдения в среднем составил 9,5 лет. В исследование не включались пациенты с соматическими и неврологическими заболеваниями в стадии декомпенсации; с органическими поражения ЦНС; эпилепсией; больные со злоупотреблением психоактивными веществами. Для диагностики депрессивного состояния использовались критерии диагноза «депрессивный эпизод» согласно МКБ-10. Так, наиболее типичными проявлениями депрессивного состояния являются сниженное настроение, утрата интересов, повышенная утомляемость, снижение активности. К общим симптомам депрессии относят снижение концентрации внимания, заниженная самооценка и чувство неуверенности в себе, идеи вины и самоуничужения, пессимистическое видение прошлого, настоящего и будущего, нарушенный сон и аппетит. Важной особенностью пациентов, включенных в исследование, было наличие религиозного мировоззрения.

Рассматривая аффективную патологию (расстройства настроения) или аффективный регистр психопатологических расстройств, важно отметить, что депрессивные состояния являются достаточно распространенными как среди всего населения, так и среди пациентов с религиозным мировоззрением. Так, согласно данным ВОЗ, на 2023 год во всем мире от депрессии страдает порядка 280 миллионов человек, что составляет 5% взрослого населения мира. Затрагивая когнитивную и поведенческую составляющую психической деятельности, депрессивное состояние накладывает свой отпечаток и на религиозность больных.

В исследовании было выявлено, что проявления патологической религиозности встречаются у более 20% больных, имеющих религиозное мировоззрение и страдающих депрессивными расстройствами. Кроме обычного набора симптомов и проявлений депрессий, указанных выше, в клинической картине депрессии у пациентов с религиозным мировоззрением отмечаются особые религиозные проявления и феномены, которые являются уникальными и наблюдаются в структуре таких состояний только в данной когорте больных.

Исследование показало, что наиболее частым проявлением патологической религиозности при депрессивных состояниях являлись **идеи вины и греховности**. Сниженное настроение сопровождалось переживаниями чувства вины, которое занимало в состоянии больных центральное место. В мыслях пациентов доминировали идеи самоуничтожения, собственной малоценности. Эти идеи сопровождалась чувством тоски (такие депрессии обычно называют меланхолическими). Максимальная степень выраженности тоскливого аффекта ощущалась пациентами физически в прекардиальной области в виде мучительной «тяжести» в душе, в религиозной литературе известные как «душевная туга» (церковнослав. обозначение тяжести, печали). Идеи вины имели характер сверхценных расстройств, возникающих на фоне существующих депрессивных нарушений. Их глубина усиливалась параллельно нарастанию интенсивности депрессивного аффекта. Достигая степени бредовых расстройств, у части больных на высоте депрессии формировались идеи не только виновности перед Богом, но и суждения о собственной греховности. Больные обвиняли себя в поступках, которых не совершали, считали себя виновниками в несчастьях других, называли себя «грешниками», которые должны ожидать справедливого возмездия, заслуженной кары. К самоупрекам и идеям самообвинения присоединялись идеи заслуженного наказания. Такие состояния становились клинически очерченными, изменяли внешнее поведение больных, вызывая явную необходимость обращения за медицинской помощью.

У других больных при углублении депрессии отмечалось изменение религиозных чувств. Больные говорили, что исповедь не приносит облегчения, не избавляет от содеянного греха, заявляли о недоступности покаяния или об отсутствии полноты чувства покаяния. Возникало **чувство богооставленности** [6]. Данный феномен известен как утрата человеком Божественной благодати; кажущееся отступление Бога от человека, проявляющееся в формальном ослабевании Божественной поддержки (Суд. 6:13). Добросовестное соблюдение религиозных предписаний у больных (присутствие при совершении и участие в церковных таинствах, выполнение молитвенного правила, посещение и участие в церковных службах, паломнических поездках) не приносило облегчения. Пациенты утверждали, что не могут вновь обратиться к Богу с помощью молитвы, что потеряли духовный контакт с Ним. Подобное состояние приводило к невозможности поделиться своими переживаниями из-за страха быть непонятыми и влияло на ранее сложившийся образ жизни. Больные переставали посещать религиозные собрания, отказывались от чтения религиозной литературы, не могли читать ежедневные молитвы, «находили» у себя несуществующие грехи. Формировалось чувство безысходности, бесперспективности, отчаяния и достигало максимального проявления в мыслях о потере смысла жизни, ее малоценности, в ощущении «невозможности вернуться к жизни верующего». Формирование феномена богооставленности являлось исключительной особенностью депрессии у верующих. Состояние духовной анестезии, потеря чувства «живой веры», состояние «окамененного нечувствия», отчуждение эмоций распространялось на всю духовную сферу жизни человека. Подобные переживания усиливались идеями самообвинения, самоуничтожения,

вины и виновности перед Богом, возникало мучительное ощущение «молчания Бога». Мысли о собственной виновности, греховности трансформировались в мысли о наказании, ниспосланным Богом, достигая бредового уровня. Речь шла о формировании особого психопатологического феномена – **психотическом векторе вины**, направленным Богом на больного, проявляющемся в виде трансформации идеи самообвинения в идеи заслуженного наказания от Бога, кардинальное изменение образ Бога из милосердного в холодного, молчащего, наказующего Судью. На высоте остроты депрессивных состояний у пациентов с религиозными переживаниями вины и греховности возникали чувства отверженности и проклятия, отчаяния и безнадежности, которые обычно сопровождалась мыслями о никчемности дальнейшего существования, появлением мыслей о нежелании жить и суицидальных намерений. Мысли о самоубийстве трактовались больными как «бесовское нападение», что приводило их к поиску помощи в религиозной среде. Нередко они посещали многочисленные обряды экзорцизма, приводящие скорее к ухудшению психического состояния, нежели к его улучшению. Подобные состояния являлись особенно опасными в плане суицидальных действий, потому что мотивация борьбы, избегание самоубийства как смертного греха нивелировалось на фоне убеждения о греховности, непрощенности, достигающего бредового уровня [7].

Другим часто встречающимся проявлением депрессий является тревога. Идеаторные нарушения при депрессивных состояниях с преобладанием тревоги у больных с религиозным мировоззрением характеризовались неспособностью сосредоточиться, рассеянностью при молитве, непониманием слов Священного Писания, повышенной утомляемостью и быстрым появлением усталости при молитве. Двигательные нарушения при таких депрессиях были заметны внешне в виде повышенной моторной активности, доходящей до степени тревожной ажитации. Особое место у таких больных занимали нарушения в виде так называемых «душевных метаний». Они характеризовались **сверхценными сомнениями в правильности выбора веры** – один из вариантов патологической религиозности у пациентов, пришедших к вере до болезни. Депрессивные пациенты на фоне выраженной тревоги начинали сомневаться в истинности исповедуемой ими православной веры. Данные переживания начинали приобретать доминирующее значение в жизни больных, и в ряде случаев начинали определять их поведение. Основным внутренним переживанием пациентов являлось сомнение в выборе веры. Пациенты были поглощены поисками подтверждения «неправильности» выбранной конфессии. В сознании доминировали мысли о зря потраченном времени на следование ей. Больные переживали, что из-за неистинности этой веры они не смогут спастись. Больные начинали обсуждать необходимость перехода в другую конфессию или даже вероисповедание.

Среди особых феноменов депрессивной патологической религиозности для таких больных было характерно **состояние «духовной ипохондрии»** [2, 8]. Больные были фиксированы на «отсутствии настоящей веры» и винили себя в этом. Навязчивые сомнения в истинности своей веры и убеждения в ее изъяне были основаны исключительно на собственных духовных ощущениях пациентов. В этих случаях навязчивые сомнения являлись причиной своеобразного поведения, с многочисленными проверками у религиозных экспертов, авторитетных духовников, «специалистов». Жалобы на подавленное настроение, апатию, астению, замедленное мышление сопровождалась мучительными сомнениями в правильности своей собственной веры. Пациенты говорили, что находятся в состоянии «духовного голода». По всем направлениям веры (бытие Бога, собственно истинность Православия, а также отдельные его аспекты) словно

наступала слепота. Они называли свое состояние «духовным ослеплением», сравнивая его с физической слепотой, когда больные теряли способность распознавать духовное. Появлялась убежденность в собственной духовной неполноценности, недостаточно глубокой и искренней вере, неправильном чтении молитв. Пациенты испытывали мучительные страдания из-за недостаточности и «некачественности» своей веры, которая раньше была иной, «живой», находя признаки ее «испорченности». Утрированная озабоченность своим духовным состоянием, убежденность в существовании «изъяна веры» приводила фактически к ипохондрически стигматизированному поведению. Любая новая информация, связанная с верой, отражалась на ощущении своего духовного недуга и подтверждении него. Желание постоянных перепроверок соответствия своей религиозности вновь выявленным ее критериям ради возвращения прежней, истинной веры побуждало пациентов обращаться за консультациями к духовникам в монастырях в специально для этого организованных паломнических поездках. На некоторое время после подтверждения уважаемыми духовниками правильности их духовного роста пациенты обретали успокоение. Однако вновь появляющиеся сомнения касались уже оценок религиозности самих духовников и, соответственно, сопровождалось усилением убеждений в собственном нераспознанном духовном изъяне. Через некоторое время больные отправлялись к еще более авторитетным священникам, совершая тяжелые поездки в труднодоступные и уединенные места. Наличие суицидальных мыслей возникало в сознании больных также с позиции рационального осмысления, больные «не чувствовали», а «рассуждали» о бессмысленности жизни.

Таким образом, депрессивные состояния у пациентов с религиозным мировоззрением имели особую картину, которая, безусловно, требует внимания не только со стороны врача-психиатра, но и со стороны священника. **В пастырской практике** люди, страдающие депрессивными расстройствами, встречаются достаточно часто. В качестве общих внешних критериев, отличающих здоровую религиозность от нездоровой, с точки зрения пастыря, можно говорить о наличии следующих основных параметров: наличие или отсутствие критичности по отношению к своему духовному состоянию; способность или неспособность личности к внутреннему развитию (способность человека самостоятельно или с помощью священника выстраивать плодотворную духовную жизнь, анализировать свою систему ценностей, меняться в позитивную сторону; общая способность к развитию во всех смыслах). О нездоровом религиозном фоне говорят разнообразные проявления «застоя в духовной жизни», такие как: заикленность на негативных мыслях и страхах (религиозного характера), неспособность верить в возможность позитивных перемен; неумение принимать конструктивные советы (и даже понимать их), маловерие, отчаяние, нежелание жить, чувство «богоставленности», «одержимость», тревожность, страхи, отсутствие умиротворения и радости от покаяния, различные навязчивые негативные мысли уныние, суицидальные мысли. Все вышеописанные проявления очень часто встречаются именно при депрессивных состояниях у людей, которые ассоциируют свою болезнь с совершенными ими грехами. Со стороны священника важно правильное, с духовной точки зрения, отношение к болящему. В этом помогает толкование фразы из Евангелия от Матфея 12:20 («...трости надломленной не переломит, и льна курящегося не угасит»), которое предлагает прп. Максим Исповедник: «Кто в подражание Господу относится [к людям] с состраданием, тот не допускает, чтобы надломленный грехом [человек] переломился совсем». Или же блж. Иероним Стридонский: «Тот, кто не простирает руки грешнику и не несет тяготы брата своего, – [тот] сокрушает надломленную трость. А тот, кто в малых сих презирает слабую искру веры, –

[тот] угашает курящийся лен». Поддержка и помощь в обретении утешения в такой скорби является значимой задачей священника. Наряду с умением понять и распознать депрессию у пациента, оказать поддержку и утешение в состоянии душевной болезни, к задачам пастыря при взаимодействии с такими больными относится помощь в осознании человеком болезненного характера его состояния, рекомендации или направление к врачу-специалисту, поддержка в случае необходимости лечения [9].

### Использованная литература:

1. Гедевани Е.В., Копейко Г.И., Борисова О.А., Смирнова Б.В., Попович У.О., Каледа В.Г. Суицидальный риск при депрессиях у пациентов с религиозным мировоззрением. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски. 2022; 122(6-2): 49-55. <https://doi.org/10.17116/jnevro202212206249>
2. Копейко Г.И., Гедевани Е.В., Борисова О.А., Шаньков Ф.М., Смирнова Б.В., Каледа В.Г. Эндогенные депрессивные состояния с религиозными переживаниями. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски. 2021;121(5-2):55-60. <https://doi.org/10.17116/jnevro202112105255>
3. Pargament KI. The psychology of religion and coping: Theory, research, practice. New York: Guilford press. 2001; 548. ISBN 9781572306646
4. Шаньков Ф.М. Религиозное и духовное совладание. Обзор западных исследований. Консультативная психология и психотерапия. 2015;23(5):123-152. [doi: 10.17759/cpp.2015230507](https://doi.org/10.17759/cpp.2015230507) ISSN: 2075-3470 / 2311-9446.
5. [Herman M. Van Praag](https://doi.org/10.1002/9780470682203.ch13). God's Champions and Adversaries: About the Borders between Normal and Abnormal Religiosity. In book: Religion and Psychiatry: Beyond Boundaries, 2009. DOI: [10.1002/9780470682203.ch13](https://doi.org/10.1002/9780470682203.ch13)
6. Алексеева А.Г., Владимирова Т.В., Гедевани Е.В., Копейко Г.И., Борисова О.А. Феномен богооставленности в контексте клинической психиатрии. ПСИХИАТРИЯ. 2023; 21(6):17-30. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2023-21-6-17-30>
7. Смирнова Е.В., Алексеева А.Г., Копейко Г.И., Борисова О.А., Гедевани Е.В., Владимирова Т.В., Каледа В.Г. Психопатологические и феноменологические особенности депрессивно-бредовых состояний с религиозным контентом. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2023;123(11(2)):80-86. <https://doi.org/10.17116/jnevro202312311280>
8. Крылова Е.С. «Клинико-психопатологические аспекты юношеских депрессий с картиной «метафизической интоксикации». *Психиатрия*. 2003;6(6): 29-35.
9. Иванин Д.А. Пастырская поддержка в духовном преодолении депрессивных состояний. Депрессии: задачи психиатра, психолога и священнослужителя. Материалы международной конференции: Сборник докладов. Москва, 2023. С. 58-65.

## Содержание и психологическое значение ментальных репрезентаций рая и ада у православных верующих

**Аннотация:** Излагаются результаты эмпирического исследования ментальных репрезентаций концептов *рай* и *ад* у православных верующих. В психологическом плане данные концепты рассматриваются как знаково-символические средства – «психологические орудия». Оперирование ими в реальной жизненной практике опосредствует жизненные отношения Человека с Миром, влияя на психологические механизмы регуляции поведения. В исследовании приняли участие 62 человека в возрасте от 18 до 57 лет православного вероисповедания, жители различных областей Российской Федерации. Было выявлено, что ментальные репрезентации *ада* на ассоциативном уровне в большей степени детализированы по сравнению с репрезентациями *рая*. Поскольку степень детализации образа некоего объекта связана с субъективным переживанием психологической дистанции до него, данный факт может рассматриваться как свидетельство переживания (на неосознаваемом или слабо осознаваемом уровне) большей психологической близости *ада*, чем *рая*. В ментальных репрезентациях *рая* и *ада* у православных верующих отражены не только канонические характеристики данных концептов, но и их культурные шаблоны. Авторы полагают, что психологическое значение ментальных репрезентаций *рая* и *ада* у православных верующих заключается в стимуляции правильного, морально оправданного с христианской точки зрения поведения. Данная стимуляция предположительно осуществляется путем активации вышеназванными концептами индивидуального опыта личности, – преимущественно эмоционального, а также телесного.

**Методы исследования:** шкала центральности религиозности Ш. Хубера и О. Хубера, метод направленных ассоциаций, мини-сочинение.

**Ключевые слова:** ментальные репрезентации; религиозные представления; рай; ад; православие; верующие.

### Введение

Религиозные образы и понятия являются важными средствами овладения человеком собственным и чужим поведением. Они особым образом репрезентируют человеку обыденную действительность, которая, будучи помещена в контекст сверхъестественной реальности, обретает специфические религиозные значения и смыслы. Так, в контексте сверхъестественной реальности нарушение социальной нормы может быть означено как *грех*, толерантное поведение – как *смирение*, благородный мотив – как *водительство Святого Духа*, инсайт (озарение) в процессе решения жизненной задачи – как *Божественное откровение* и т.п. Религиозный образ может служить эталонной моделью поведения для верующего, облегчая принятие поведенческих решений, или выступать компонентом мировоззрения и др.

Общее психологическое значение религиозных образов и понятий можно раскрыть, опираясь на развиваемый в психологии религии культурно-исторический или культурно-инструментальный подход (Двойнин, 2022). В рамках данного подхода, идеи которого основываются на культурно-исторической теории развития высших психических функций Л.С. Выготского (Выготский, 2000а, 2000б), религиозные образы (объективированные и субъективные), религиозные понятия рассматриваются как *знаково-символические*

*средства* – «психологические орудия»<sup>1</sup>. Оперирование ими в реальной жизненной практике опосредствует жизненные отношения Человека с Миром, влияя на психологические механизмы регуляции поведения (Двойнин, 2022). Наряду с религиозными образами и понятиями, такими психологическими орудиями могут выступать религиозные объекты (природные и рукотворные), а также религиозные действия (ритуалы) (Двойнин, 2022).

Психологические исследования показывают, что при активации религиозных понятий у человека снижается уровень толерантности к неопределенности (Sagioglou & Forstmann, 2013). Установлено, что эта тенденция варьируется в зависимости от уровня религиозности верующих: активация религиозных понятий несколько снижает толерантность к неопределенности у высоко религиозных людей и, наоборот, немного повышает у лиц с низкой религиозностью (Улыбина, Климова, 2017).

В известном исследовании J.L. Barrett и F.C. Keil (1996) было выявлено, что ментальные репрезентации Бога у людей с религиозными взглядами дуалистичны. С одной стороны, если эти люди пытаются описать Бога, то Ему приписываются так называемые «теологически корректные» атрибуты: всемогущество, вечность, способность знать сокровенные помыслы человека, пребывать вне пространственных ограничений и т.п. С другой стороны, при анализе конкретных ситуаций, связанных с действиями в них Бога, люди интуитивно обнаруживают антропоморфные («теологически некорректные») репрезентации: указывают, что Бог может находиться в каком-то конкретном месте и отсутствовать в другом, тратить время на совершение Своих деяний, не предвидеть последствия человеческих поступков и т.п. (Barrett & Keil, 1996). Результаты данного исследования, исходно проведенного на американских студентах, согласовываются с более поздними исследованиями, реализованными на выборке индуистов бхагги (Barrett, 1998), а также на верующих православного вероисповедания (Колкунова, Малевич, Кожевников, 2017).

Образы (и понятия) *рая* и *ада* являются значимыми элементами христианского вероучения, воплощая представления о противоположных местах и/или состояниях вечной жизни человека. В Библии *рай* и *ад*, как правило, описываются метафорически, с разной степенью детализации и весьма вариативно<sup>2</sup>.

*Рай* описывается и как *Эдем*, и как *Царствие Небесное/Божие*, в различных материальных характеристиках, и в качестве духовного состояния верующего. Например, первоначально, в Ветхом Завете, *рай* описывался как существовавший на земле Эдем, который находился «на востоке» (Быт. 2:8), из него вытекала река, в нем произрастали деревья, включая древо добра и зла, и он был населен животными; в саду Эдема Бог поселил человека (Быт. 2). В Новом Завете *рай* трактуется уже несколько по-иному. Он описывается как место, где можно «быть со Христом» (Флп. 1:23), как Царствие Божие, которое внутри человека, а не снаружи (Лк. 17: 20-21). Можно привести и слова Апостола Павла: «Царствие Божие не пища и питье, но праведность и мир и радость во Святом Духе» (Рим. 14:17). Наряду с этим в Библии мы встречаем и такое описание *рая*: «Святой город Иерусалим, новый, сходящий от Бога с неба... Среди улицы его, и по ту и по другую сторону реки, древо жизни, двенадцать раз приносящее плоды,

<sup>1</sup> Термин «психологические орудия» использовался Л.С. Выготским по аналогии с *техническими орудиями*, которые в качестве средств труда перестраивают отношения человека с природой, делая более эффективными трудовые процессы. – *Прим. авторов.*

<sup>2</sup> Приведенные ниже примеры описания *рая* и *ада* из Библии носят иллюстративный характер. Мы не ставим перед собой задачу системного анализа содержания данных концептов в христианском вероучении. – *Прим. авторов.*

дающее на каждый месяц плод свой; и листья дерева — для исцеления народов. И ничего уже не будет проклятого; но престол Бога и Агнца будет в нем, и рабы Его будут служить Ему. И узрят лице Его, и имя Его будет на челах их. И ночи не будет там, и не будут иметь нужды ни в светильнике, ни в свете солнечном, ибо Господь Бог освещает их; и будут царствовать во веки веков» (Откр. 21:2; 22:2-5).

*Ад* описывается следующим образом: как «геенна огненная» (Мф. 5:22), «огонь вечный» (Мф. 25:41), «мука вечная» (Мф. 25:46), «озеро огненное» (Откр. 20:14), озеро с горящим «огнем и серою» (Откр. 21:8), где нет покоя ни днем, ни ночью (Откр. 14:11), «где червь их не умирает и огонь не угасает» (Мк. 9:44), где нет ни работы, ни размышления, ни знания, ни мудрости (Еккл. 9:10). В Евангелии от Матфея указывается, что обреченные пребывать в *аду* будут испытывать страх мучения и печаль во «тьме внешней», где слышится «плач и скрежет зубов» (Мф. 25:30).

Представляется, что в жизни православных верующих образы (и понятия) *рая* и *ада* занимают важное положение, служа некими позитивными (в случае *рая*) или негативными (в случае *ада*) стимулами для праведного (морально оправданного, с точки зрения христианского вероучения) поведения. В соответствии с культурно-историческим (культурно-инструментальным) подходом в психологии религии (Двойнин, 2022), они предположительно могут быть рассмотрены как психологические орудия, опосредствующие моральное поведение верующих.

Проведенное нами исследование было нацелено на выявление содержания ментальных репрезентаций *рая* и *ада* у верующих православного вероисповедания.

М.А. Холодная (2023) определяет ментальные репрезентации как основанные на опыте субъективные формы видения реальности. В содержании ментальных репрезентаций можно выделить несколько уровней: ассоциативный, оценочный, образный и вербальный (понятийный) (Прохоров, 2016). В нашем исследовании мы ограничились экспликацией ассоциативного и образно-понятийного уровней репрезентаций *рая* и *ада*.

### **Методика исследования**

К участию в исследовании были приглашены православные верующие – участники различных православных интернет-сообществ и групп. Выборка формировалась стихийным образом. У всех откликнувшихся на приглашение к участию лиц был произведен замер уровня религиозности, после которого нерелигиозные лица были исключены из выборки исследования. Итоговая выборка составила 62 испытуемых, жителей различных областей Российской Федерации: 67,74% женщин и 32,26% мужчин в возрасте от 18 до 57 лет ( $M = 34,32$ ;  $SD = 11,03$ ).

Все испытуемые проходили опрос на платформе Google Forms. В исследовании использовались следующие методики:

1) «Шкала центральности религиозности» Ш. Хубера и О. Хубера (2018), которая использовалась для определения уровня религиозности испытуемых.

2) Метод направленных ассоциаций, при помощи которого эксплицировалось ассоциативное содержание ментальных репрезентаций *рая* и *ада*. Респондентам предлагалось привести первые пришедшие в голову ассоциации отдельно для каждого концепта – *рая* и *ада*. Полученные ассоциации обобщались в смысловые единицы и далее подвергались частотному и сравнительному анализу.

3) Мини-сочинения «Что вы понимаете под термином “Рай”?» и «Что вы понимаете под термином “Ад”?» (предлагавшийся объем – по 3-4 предложения).

Данная методика применялась для выявления образно-понятийного содержания ментальных репрезентаций *рая* и *ада*. Далее проводился контент-анализ полученных текстов с выделением смысловых единиц и последующим частотным и качественным анализом.

Также использовались методы математической обработки данных: критерий Колмогорова-Смирнова, Т-критерий Вилкоксона, *d* Коэна, корреляционный анализ Спирмена, угловое преобразование ( $\phi$ ) Фишера.

### Результаты и обсуждение

Исследование показало, что из всех респондентов 80,6% были идентифицированы как «высоко религиозные» и 19,4% – как «религиозные». При этом по 10-балльной системе средний показатель религиозности  $M = 3,41$  ( $SD = 0,63$ ). Распределение показателей религиозности нормальное.

Общее количество ассоциаций по выборке: 355 – для концепта *рай* и 477 – для концепта *ад*. В среднем испытуемые выдали 5,73 ассоциации с концептом *рай* ( $SD = 3,25$ ) и 7,69 ассоциации с концептом *ад* ( $SD = 3,68$ ). Оба полученных распределения отличаются от нормального. В количестве ассоциаций с концептами *рай* и *ад* обнаружены достоверные различия ( $T = -4,606$ ,  $p \leq 0,001$ ). Таким образом, уровень детализации концепта *ад*, определяемый числом ассоциативных связей, выше, чем концепта *рай*; выявленный размер эффекта выше среднего:  $d$  Коэна = 0,566.

Наиболее часто встречающимися ассоциациями с концептом *рай* стали следующие (в порядке убывания частоты встречаемости): **свет, счастье, любовь, покой, радость, ангелы, Бог, мир, умиротворение, солнце, небо, добро, сад**. Наиболее частотными ассоциациями с концептом *ад* были (в порядке убывания частоты встречаемости): **боль, мучения, страдания, огонь, страх, наказание, темнота, дьявол, грехи, бесы, черти, девять кругов ада, безысходность, демоны**.

Рассматривая ассоциативные связи как проявления глубинных, слабо осознаваемых содержаний психики, можно сказать, что в данном случае отрицательный по своему значению (в контексте христианского вероучения) религиозный концепт *ад*, по-видимому, обладает большей субъективной значимостью в психическом мире – он вызывает большее количество ассоциаций, чем концепт *рай*. Другими словами, осознает это верующий или нет, угроза попадания в *ад* обладает для него бóльшим психологическим смыслом (например, эмоциональным или побуждающим зарядом), чем приятная перспектива попадания в *рай*.

Также, ориентируясь на теорию конструкторов разного уровня (Construal Level Theory) Y. Trope и N. Liberman<sup>3</sup>, большую детализацию ассоциативного содержания ментальных репрезентаций *ада* можно рассматривать как свидетельство переживания (на неосознаваемом или слабо осознаваемом уровне) большей **психологической близости ада**, чем *рая*.

Как показал корреляционный анализ, степень детализации концептов *рай* и *ад* не связана с уровнем религиозности православных верующих. Возможно, степень детализации связана с таким фактором, как разная **культурная нагруженность** данных концептов – именно *ад* широко представлен в

---

<sup>3</sup> Данная теория утверждает, что существует взаимосвязь между субъективным переживанием психологической дистанции в отношении некоего объекта (явления) и уровнем его конструирования в сознании: чем субъективно *дальше* человек воспринимает объект, тем он более *абстрактно* и менее детализировано представлен в сознании. И наоборот, чем субъективно *ближе* этот объект представляется, тем он более детализирован и конкретен в сознании (Кривошеина, Котов, 2016; Медведев, 2022; Trope & Liberman, 2010). – *Прим. авторов.*

произведениях искусства. В ментальных репрезентациях респондентов одной из наиболее часто встречающейся ассоциаций стали *девять кругов ада*, что, несомненно, есть следствие культурного влияния «Божественной комедии» Данте Алигьери на данный религиозный концепт.

После проведения контент-анализа мини-сочинений были эксплицированы характерные признаки образно-понятийного содержания репрезентаций концептов *рай* и *ад*. Эти признаки были обобщены в группы (Рис. 1).

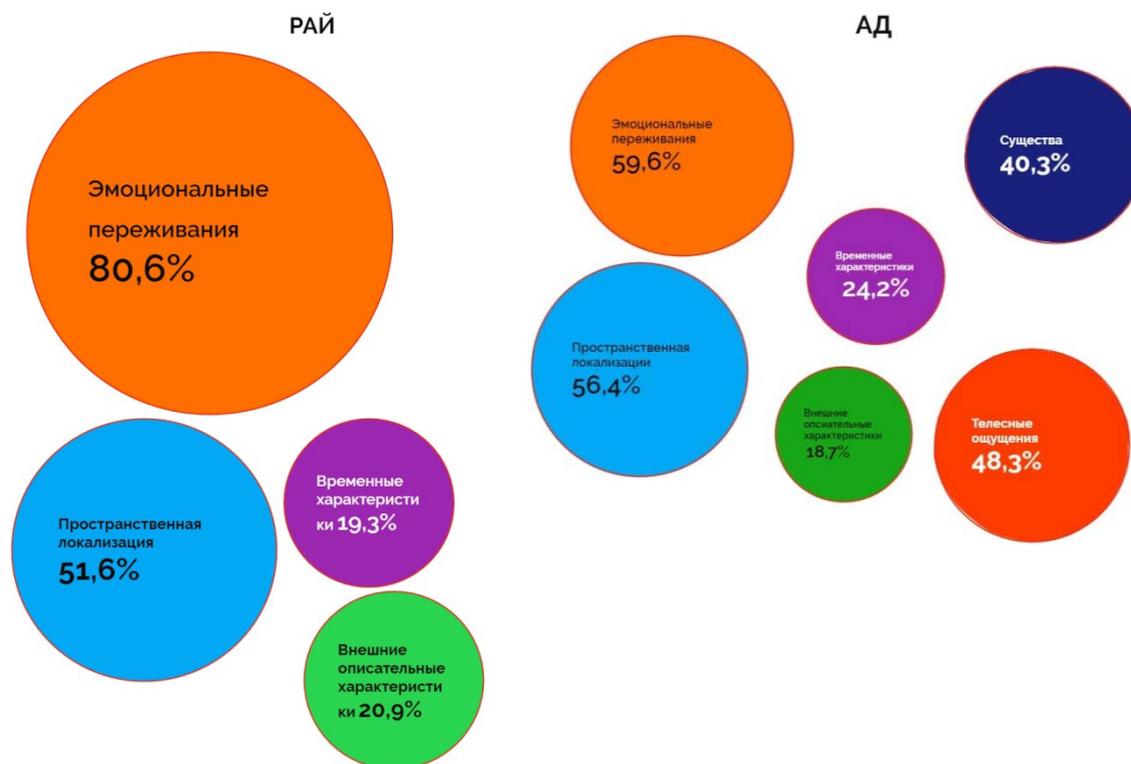


Рис. 1. Образно-понятийное содержание ментальных репрезентаций *рая* и *ада* у верующих православного вероисповедания

Как видим, наиболее выраженной группой признаков как для концепта *рай*, так и для концепта *ад* стали «Эмоциональные переживания» (встречаются в 80,6% и 59,6% мини-сочинениях, различие статистически достоверно:  $\varphi = 3,288$ ,  $p \leq 0,001$ ). Обратим также внимание на схожую частоту встречаемости таких групп признаков, как «Пространственная локализация» (51,6% случаев по *раю* и 56,4% по *аду*;  $\varphi = 0,679$ ,  $p > 0,05$ ), «Временные характеристики» (19,3% случаев по *раю* и 24,2% по *аду*;  $\varphi = 0,841$ ,  $p > 0,05$ ), «Внешние описательные характеристики» (20,9% случаев по *раю* и 18,7% по *аду*;  $\varphi = 0,396$ ,  $p > 0,05$ ). Вместе с тем, следующие группы признаков обнаружены только в содержании ментальных репрезентаций *ада*: «Телесные ощущения и проявления» (48,3% случаев) и «Существа» (40,3% случаев).

В образно-понятийном содержании ментальных репрезентаций *рая* и *ада* образные элементы преобладают над понятийными, что вполне закономерно, так как и в Библии, и в других христианских источниках *рай* и *ад* описываются, в основном, в образной, метафорической форме. Как показал качественный анализ, в образно-понятийном содержании репрезентаций также, как и в ассоциативном, присутствуют культурные (неканонические) шаблоны представлений о *рае* и *аде*: лебеди, девять кругов ада, котел, в котором варят грешников, зомби, архидемон

Бельфагор, Вальхалла – небесный чертог из германской мифологии и др. Большая часть этих шаблонов относится именно к образу *ада*.

Если опираться на культурно-исторический (культурно-инструментальный) подход в психологии религии (Двойнин, 2022), то можно предположить, что ментальные репрезентации *рая*, посредством которых человек овладевает собственной психикой и поведением, «работают» через активацию в определенной жизненной ситуации *эмоционального опыта* личности, связанного с переживаниями любви, счастья, радости, спокойствия, умиротворения и т.п. При этом ментальные репрезентации *ада*, помимо активации эмоционального опыта (переживания страдания, безысходности, одиночества, пустоты и т.п.) для регуляции поведения актуализируют еще и *телесный опыт*, связанный с разнообразием болевых ощущений. При этом переживания и ощущения, связанные с *адам*, будучи более детализированными и подпитанными культурными шаблонами, делают *ад* психологически более близким (в смысле психологической дистанции) к человеку, чем *рай*.

### Заключение

Подводя итог настоящему исследованию, необходимо отметить, что оно носит разведочный характер; полученные данные следует дополнительно проверять и уточнять. Однако вместе с тем изучение содержания ментальных репрезентаций *рая* и *ада* позволило приблизиться к выявлению их психологического значения. Мы полагаем, что это значение заключается в актуализации индивидуального опыта личности, – преимущественно эмоционального, а также телесного, – для того, чтобы стимулировать верующего к правильному, морально оправданному с христианской точки зрения поведению в широком спектре жизненных ситуаций. При этом, по-видимому, репрезентации *ада* обладают бóльшим психологическим значением, чем репрезентации *рая*, в том числе из-за большей детализации и сильной культурной нагруженности концепта *ад* в христианских сообществах.

### Использованная литература:

1. Выготский Л.С. История развития высших психических функций // Он же. Психология. М.: Апрель пресс; ЭКСМО-пресс, 2000а. С. 512–755.
2. Выготский Л.С. Орудие и знак в развитии ребенка // Он же. Психология. М.: Апрель пресс; ЭКСМО-пресс, 2000б. С. 828–891.
3. Двойнин А.М. Природа религиозного сознания в оптике культурно-исторической психологии Л.С. Выготского // Вестник ПСТГУ. Серия I: Богословие. Философия. Религиоведение. 2022. Вып. 104. С. 123–143. DOI:10.15382/sturI2022104.123-143
4. Колкунова К.А., Малевич Т.В., Кожевников Д.Д. Православные репрезентации Бога и имплицитное антропоморфное мышление // Вестник ПСТГУ. Серия I: Богословие. Философия. Религиоведение. 2017. Вып. 74. С. 67–90. DOI:10.15382/sturI201774.67-90
5. Кривошеина И.В., Котов А.А. Теория конструкторов разного уровня Н. Либерман и Я. Тroupa // Социальная психология и общество. 2016. Том 7. № 4. С. 5–18. DOI:10.17759/sps.2016070401
6. Медведев Б.П. Обзор теории конструкторов разного уровня: история формирования, основные положения и исследовательский потенциал // Современная зарубежная психология. 2022. Том 11. № 3. С. 127–139. DOI:10.17759/jmfp.2022110312
7. Прохоров А.О. Ментальные репрезентации психических состояний: феноменологические и экспериментальные характеристики // Экспериментальная психология. 2016. Том. 9. № 2. С. 23–37. DOI:10.17759/exppsy.2016090203

8. Улыбина Е.В., Климова К.К. Влияние актуализации мыслей о Боге и уровня религиозности на отношение к неопределенности // *Артикульт*. 2017. Том. 26. № 2. С. 108–121.
9. Холодная М.А. Психология интеллекта: Парадоксы исследования. М.: Юрайт, 2023. 334 с.
10. Хубер Ш., Хубер О. Шкала центральности религиозности (CRS) / Пер. с англ. Е.В. Пруцковой, К.В. Маркина // *Социология: методология, методы, математическое моделирование (Социология: 4М)*. 2018. Вып. 47. С. 144–171.
11. Barrett J.L. Cognitive constraints on Hindu concepts of the divine // *Journal for the Scientific Study of Religion*. 1998. Vol. 37. № 4. P. 608–619.
12. Barrett J.L., Keil F.C. Conceptualizing a non-natural entity: anthropomorphism in God concepts // *Cognitive Psychology*. 1996. Vol. 31. P. 219–247. DOI:10.1006/cogp.1996.0017
13. Sagioglou C., Forstmann M. Activating Christian religious concepts increases intolerance of ambiguity and judgment certainty // *Journal of Experimental Social Psychology*. 2013. Vol. 49. № 5. P. 933–939.
14. Trope Y., Liberman N. Construal-level theory of psychological distance // *Psychological Review*. 2010. Vol. 117. № 2. P. 440–463. DOI:10.1037/a0018963

## **Основные принципы душепопечительства в свете богословской традиции Армянской Апостольской Церкви**

Традиция душепопечительства в Армянской Апостольской Святой Церкви, как и в восточно-православных (ориентальных), и в православных церквях, основана на Библии и теоретических и эмпирических данных учения Отцов Церкви. В этом смысле армянская церковная традиция душепопечительства имеет весьма близкое сходство с православным церковным мышлением. Сказанное конкретно относится к исключительной роли Церкви и духовенства в духовном врачевании и в последующих процессах.

В рамках своего доклада я представлю три основных явления, которые, на мой взгляд, лучше всего могут отразить важнейшие принципы душепопечительства в традиции Армянской Церкви. И, в соответствии с этим, расскажу, (1) как воспринимается соотношение духовных и телесных болезней; (2) какова роль церковнослужителя как духовного врача и, наконец, (3) какова церковная модель духовного исцеления.

### **Соотношение духовных и телесных болезней**

Болезнь имеет не только физические, но и духовно-умственные корни. В этом смысле Иисус часто отождествляет грешного человека с больным. «Услышав это, Иисус сказал им: «Не здоровым нужен врач, а больным. Я пришёл призвать не праведников, а грешников к покаянию»» (Мк. 2:17). Кроме того, преодоление болезни, с точки зрения Нового Завета, – это поддержание здорового баланса между телом и психическим состоянием. Более четко эту точку зрения выразил апостол Павел: «Ибо по внутреннему человеку нахожу удовольствие в законе Божиим, но в членах моих вижу иной закон, противоборствующий закону ума моего и делающий меня пленником закона греховного, находящегося в членах моих. Бедный я человек! кто избавит меня от сего тела смерти? Благодарю Бога моего Иисусом Христом, Господом нашим» (Рим. 7:22-25).

Для восстановления душевно-умственного здоровья Библия очень часто использует физические, телесные образы, то есть эмоции и мысли, сферы их воздействия помещаются в ту или иную часть тела, которую необходимо исцелить прежде всего. Например, сердце считается важнейшим, психофизическим органом и главным органом духовной глубины, т. е. отношения к божественной бесконечности; «Лукаво сердце человеческое более всего и крайне испорчено; кто узнает его?» (Иер. 17:9). Почки – редкий орган, через который Бог исследует внутренний мир психики и духовности человека. «Я, Господь, проникаю сердце и испытываю внутренности, чтобы воздать каждому по пути его и по плодам дел его» (Иер. 17:10). «Искуси меня, Господи, и испытай меня; расплавь внутренности мои и сердце мое» (Пс. 26:2).

Физическая и духовная целостность тела, по существу, состоит из трёх частей: души, духа и тела. Этот важный принцип союза выступает в Библии как фактор, обеспечивающий здоровье внутреннего мира человека. Бог благословляет целостность человека, его триединство. «Сам же Бог мира да освятит вас во всей полноте, и ваш дух и душа и тело во всей целостности да сохранится без порока в пришествие Господа нашего Иисуса Христа. (1 Фес. 5:23).

В целом, в Библии можно выделить следующие важные принципы взаимодействия умственных и физических составляющих человека:

1. Органическое единство, подчеркивающее целостность человеческого тела, т. е. даже когда указываются отдельные конкретные органы, они выступают выражением этой целостности.

2. Самостоятельная функция органов, когда они, выступая выражением всего человеческого тела, в то же время, играют самостоятельную роль, представляя то или иное проявление умственного и физического миров человека.

3. Синтетическое мышление или модель. Упоминание какого-либо органа человека означает не его физическое, а функциональное воздействующее свойство. Например, в книге Судей фраза «моя рука спасла меня» (7:2) не предполагает ее прочтения в прямом смысле, то есть рука спасла меня в физическом смысле, а под словом «рука» подразумевается мощь, мужество, сила и т. д.

4. Принцип психических свойств, когда под упоминанием телесного органа понимаются умственные свойства, приписываемые этому органу (John Wilkinson, стр. 196–197; Paul Humbert, стр. 11-23).

Психологические и психические проблемы как таковые, с точки зрения христианской духовности, воспринимаются, прежде всего, как нарушение духовной целостности человека. В основе этого утверждения лежит важнейший принцип христианской веры, согласно которому человек создан по образу и подобию Божию (Быт. 1:26-28), и, соответственно, верность образу и подобию Божию, заповедь хранить их целыми и чистыми в духовном внутреннем мире человека есть важнейший залог выздоровления. В этом смысле, прежде чем обратиться к основным принципам душепопечения, необходимо рассмотреть несколько важных антропологических моментов в свете богословия и нравственного учения Армянской Церкви.

1. Образ и подобие Божие имеют разные функции. Божественный образ в человеке – это способность достичь божественного в человеке и уподобиться Богу (обожение, *theosis*), сила, которую человек несет всю свою жизнь. Пока человек — живое, разумное существо, он имеет божественный образ. Цель творения человека, по существу, состоит в том, чтобы уподобиться Богу (ср. Пс. 80:6). Подобие тесно связано со свободной волей и желанием человека, когда человек прилагает все усилия к достижению богоподобия благодатью и силой, данной божественным образом, быть полноправным участником замысла Божия спасения. Иными словами, человек, как носитель образа Божия, обладает всеми заключенными в этом образе добродетелями, которые проявляются в этой жизни через подобие.

2. В духовном и умственном смысле болезнь вошла в человека через грех. С точки зрения христианской духовности, грех воспринимается как результат употребления богоподобия и свободной воли во зло, человек делает свой выбор не для того, чтобы сохранить образ Божий полным и гармоничным, а для удовлетворения своего Я. Причем в этом смысле нарушается не только полное восприятие образа и подобия Божия, но и человека как личности (Metropolitan Hierotheos, стр. 68-75).

3. Это заболевание проявляется сначала на когнитивном уровне, то есть человек теряет способность познания Бога, не способен различать и выбирать правильное и неправильное в духовных и внутренних делах; в результате этого недостатка познания он всегда руководствуется неправильным выбором. Причем эта болезнь проявляется, прежде всего, через разум человека, как важнейший орган, совершающий выбор, а затем через эмоции и чувства. При этом по существу, весь психический внутренний мир оказывается в когнитивном кризисе.

4. В патологическом смысле грех или зло не являются реальным явлением; святоотеческая и душепопечительская традиция церкви ясно фиксирует, что зло

есть просто результат выбора человеческого разума и воли. Другими словами, грех или зло, как заболевание души, – это отсутствие правильного выбора, присутствие псевдо-явления, вызывающее у человека желание продолжать находиться в этом заболевании.

### **Священник как духовный врач**

В богословском мышлении ранней Церкви (I-V вв.) спасительное дело Иисуса Христа описывалось как исцеление (Christoffer H. Grundmann, *Christ as Physician*). Один из первых отцов и богословов Церкви св. Игнатий Антиохийский формулирует эту идею следующим образом: «...Нет иного Целителя, кроме воплотившегося Бога Иисуса Христа...». Церковные мыслители первых пяти веков христианства характеризовали когнитивный кризис, постигший человека вследствие греха, исключительно душепопечительскими образами: Иисус Христос – Врач, способный исцелить душу и глаза сердца. Согласно этому образу, первым Врачом и Целителем является Христос, за которым следуют помазанные служители Церкви, (духовенство). Власть или дар целительства передается почти исключительно через таинства Церкви. В чине священнического рукоположения епископ также дает рукоположенному дар исцеления «всяких болезней и злых недугов» (книга «Большой Маштоц» (Требник), стр. 265).

Это богословское положение занимало и продолжает занимать важное место в традиции Армянской Церкви. В «Книге канонов», обобщающей каноническую мысль Армянской Церкви V-XII вв., содержащей также множество указаний и правил относительно духовного и пастырского попечения, есть правила, определяющие обязанности священнослужителя как духовного врача. Так, в 39-м правиле, озаглавленном «Вторые апостольские правила», епископ определен как «опекун и хранитель душ человеческих»; 11-е правило Двинского собора, созванного в VI в. (554-555 гг.), не только духовенству, но даже и князьям, вменяет в обязанность особенно заботиться о бедных, сиротах, вдовах и скорбящих людях, как духовно, так и материально. 1-е правило Партавского собора (768 г.) обязывает епископа, прежде всего, заботиться о болезнях народа («болях душевных ран»).

Свидетельства об уникальных и частных ситуациях оказания душепопечительской помощи также присутствуют в «Армянской книге канонов». Речь идет именно о восстановлении духовного состояния людей, особенно военнотружущих, до и после войны. Рассмотрим два примера.

На армянский язык переведено особенное пастырское послание известного богослова и отца Церкви IV в. св. Василия Кесарийского (330-379) под названием «Каноническое писание», которое обязывает лиц, проливших кровь и убивших людей во время брани, нести епитимью в течение 3 лет для восстановления собственного духовного здоровья (3-е и 8-е каноны).

В канонах, приписываемых св. Афанасию Александрийскому и, по всей вероятности, переведенных в VI-VII вв., есть интересное правило, которое мы приводим в полном переводе: «Вопрос: - Если в армии, во время войны, некрещеный человек подойдет к священнику и скажет: «Покрести меня», - но у священника нет необходимой ритуальной атрибутики (например, св. Мира) для Крещения, и некрещеный человек настаивает и говорит: «Впереди война и смерть. Если Вы меня не окрестите, я погибну некрещеным, Вы будете в ответе за спасение моей души». В таком случае священник, который не может получить необходимые ритуальные атрибуты из-за приближающейся военной ситуации, что должен делать? Ответ: - Крестить необходимо водой и Святым Духом, даже если нет святого Мира...» (Правило 85). Из приведенных примеров видно, что священнослужитель обязан, прежде всего, заботиться о духовных потребностях

человека. Причем эта обязанность носит не только нравственный, но и канонический характер, то есть в случае невыполнения священнослужитель понесет соответствующее наказание. Поэтому душепопечительство воспринимается как следование Иисусу Христу, Великому Целителю, обязанность, которую духовенство берет на себя вместе со своим духовным призванием. В армянской церковной традиции священник воспринимается как врач души. Какие в этой связи существуют требования?

Духовный отец, врач, духовник необходим для исцеления и заботы о душе, так как человек не может судить себя и различать свои грехи и неправильные решения. Это является одним из важнейших принципов душепопечения в Армянской Церкви. Поэтому духовный врач, священник, чтобы правильно выполнять свою духовную миссию, обязан соблюдать следующие нормы:

- знать Библию и библейские нравственные учения. Это особенно важно, поскольку нравственно-психологический анализ библейских персонажей и их пример приобретают большое значение при организации Исповеди как душепопечительского процесса (Mxit'ar Sasnec'i's Theological Discourses, 10).

- иметь фундаментальные знания о нравственных началах христианской веры, потому что, по мнению св. Григора Татеваци, священник является посредником между Богом и людьми; с помощью Божией он должен уметь различать Его волю, то есть добро и зло, правильные и неправильные нравственные реалии (Книга проповедей, Летний том, стр. 189), иметь определенный пастырско-душепопечительский опыт. Этот последний пункт важен для того, чтобы правильно диагностировать различные грехи и духовные болезни и накладывать на них соответствующую целительную повязку.

Священник, как врач, следующий за Великим Врачом, не имеет права пренебрегать необходимой духовной повязкой и советом тому, кто нуждается в духовном исцелении. В древней христианской книге, переведенной с ассирийского на армянский еще в V в. – сборнике проповедей персидского мудреца и монаха по имени Афраат (280-345), определяются следующие три условия для исцеления души, которые отражают древнейшую душепопечительскую традицию христианского Востока:

А. Если кто покажет священнику раны своей души, тот обязан наложить на них повязку духовного исцеления.

Б. Если кому стыдно открыть перед священником раны своей души и рассказать о беспокоящих его грехах, тогда священник должен ободрить такого человека, чтобы он исповедовался во всем без всяких оговорок.

В. Исповедовав грехи и проблемы человека, священник не имеет права высмеивать их или даже делать неуместные намеки (La version Arménienne des oeuvres d'Aphraate le Syrien, проповедь 7).

### **Церковная модель духовного исцеления**

Душепопечительство в смысле восстановления духовного здоровья не является простым процессом, это часть таинства Покаяния, одного из семи таинств Церкви. Как в случае со всеми другими таинствами, так и здесь существуют определенные богословско-канонические требования.

Во-первых, исполнителем таинства или лицом, ответственным за попечение о душе, является рукоположенный священнослужитель, который имеет право выслушивать грехи человека и все тревожащие его по этому поводу вопросы, давать соответствующее вразумление и исцеление, а затем и отпущение грехов. По существу, этот процесс четко регламентирован в армянской церковной традиции. Важны следующие два этапа: сначала человек, нуждающийся в духовном исцелении, излагает священнику все беспокоящие его вопросы и

проблемы, затем священник их дифференцирует, четко отделяя грехи, ошибки и упущения от остальных психологических проблем и, наконец, посредством обряда и молитвы он заботится о душе: срок для духовного исцеления также определяется самим священником (св. Овнан Мандакуни, Призыв к покаянию, Книга канонов, том II).

Как уже упоминалось, феномен исцеления души или Исповеди имеет два важных особенности: диалог и обряд. Никогда нельзя ограничиваться разовой встречей. Св. Григор Татеваци определил четкие принципы правильной организации душепопечительства. Соответственно, принципы процесса духовного восстановления человека можно представить в следующем порядке:

- Духовный врач должен уметь выслушать исповедь. Отсутствие этой особенности может иметь нежелательные и необратимые последствия. Если перебивать и не слушать человека, нуждающегося в исцелении, это приведет к духовной смерти и бесплодию, потому что без полного представления картины можно выбрать неверный подход и весь процесс исцеления повернуть в неправильном направлении.

- Процесс духовного выздоровления сугубо индивидуален, и, соответственно, духовник должен уметь четко различать духовные способности обратившегося к нему человека. Причем здесь большое значение имеют многие внешние и внутренние факторы. Назначение правильной епитимьи для духовного исцеления во многом определяется сложившимися социальными условиями: мир это или война, возрастом, полом, физическими и умственными способностями человека, социальным положением и т. д. Также важно иметь в виду, как давно человек находится в духовном кризисе.

- При наличии физического заболевания не обязательно сразу обращаться к процессу духовного исцеления. Необходимо сначала изучить и понять влияние телесных и физических болезней на душевное состояние, и только после этого приступать к процессу духовного исцеления.

- Особенно важно различать содержание грехов и душевных проблем: являются ли они простыми или сложными, т. е. имеют ли они одновременно внешние и внутренние причины, или же они связаны только с психическим внутренним миром человека?

-Работу духовного восстановления следует начинать постепенно, ее следует воспринимать как процесс. Соответственно, учитывать готовность человека: если он еще не готов к духовному исцелению, то ему следует сначала довести себя до известной степени самосознания, а затем перейти от рассмотрения малых, незначительных явлений к обсуждению более важных и проблемных вопросов. При этом особенно важно, чтобы человек исповедовался по своей воле и желанию. В этом смысле любая спешка может раз и навсегда прервать диалог между священником и исповедующимся. Большую трудность здесь представляет тот тип людей, которые находятся в отчаянии из-за своих ошибок, грехов или воображаемых необратимых ситуаций. Татеваци дает ясное указание на этот счет. «Если кто-то окаменел по причине греха, то его надо привести в зрелость через Исповедь, то есть смягчить это застывшее состояние надеждой на милость Божию. Следует сказать: «Не бойся, если ты расскажешь все свои грехи, не стыдясь и не боясь, они исчезнут, как искра огненная, брошенная в океан, потому что океан безмерен, а искра умеренна». Так и милость Божия безмерна, а грехи твои умерены...» (Св. Григор Татеваци, Летний том, стр. 189-192).

Этот процесс строго конфиденциален, священник не имеет права нигде и ни при каких обстоятельствах разглашать подробности, полученные во время Исповеди и духовного исцеления.

Даже после Исповеди священник должен регулярно посещать исцелившихся, стараться поддерживать постоянную связь и после исцеления до тех пор, пока не будет уверен, что человек уже находится в стадии полного выздоровления.

#### **Заключительные замечания**

1. Болезнь, будь то физическая, душевная или духовная, согласно христианскому пониманию, имеет подчеркнутую духовно-нравственную причину и механизм исцеления. В Библии, в трудах отцов и учителей Церкви она почти всегда связана с духовным состоянием человека. При нарушении духовного состояния человек заболевает, при восстановлении гармонии – выздоравливает.

2. Однако христианское мышление также четко разделяет психофизические, душевные и чисто духовные болезни, которые соответственно имеют свои особые формы исцеления. При этом, разделяя, оно не разъединяет их, поскольку рассматривает единство человеческого тела, разума и души как выражение одной целостной и единой личности.

3. Именно в этом смысле в наше время может стать возможным применение достижений современной психологии, в частности психотерапии, в рамках христианской психологической традиции. Яркие примеры тому есть в православной и католической церковной традиции.

## **Религиозный радикализм и психопатология**

**Аннотация:** В докладе рассматриваются различные проявления религиозного радикализма и выделяются основные психосоциальные факторы, способствующие его формированию. Приводятся клинические примеры, показывающие, что для лиц с психическими расстройствами религиозный радикализм является фактором, провоцирующим отказ от приема лекарственных препаратов, а также способствующим, в ряде случаев, возникновению суицидального поведения.

**Ключевые слова:** религиозность, религиозный радикализм, суицид, суицидальное поведение, психические расстройства.

Современные исследователи уделяют внимание влиянию религиозного фактора на течение и прогноз психических расстройств. В частности, во многих работах, посвященных различным аспектам развития психической патологии, выясняется религиозная принадлежность пациентов, наличие у них оккультных увлечений, участие их в деятельности деструктивных культов и т. д. (Пашковский В. Э., 2009; Прокопович Г. А., 2015; Попов Ю. В., Пичиков А. А., 2017; Чумаков М. В., Чумакова Д. М., 2020; Kleiman E. M., Liu R. T., 2014; Lawrence R. E., Oquendo M. A., Stanley B., 2015; O'Reilly D., Rosato M., 2015 и др.).

Ряд исследователей указывает на протективную антисуицидальную роль традиционных религиозных верований<sup>1</sup>. Данные о протективном влиянии религиозности в отношении суицидального поведения представлены в обзоре Копейко Г. И. и соавторов. Авторы отмечают, что к настоящему времени имеется достаточно большой объем литературы, свидетельствующей о благоприятном влиянии фактора религиозности. В большинстве исследований отмечается, что религиозность коррелирует с негативным отношением к суициду. Важную роль в снижении суицидальной активности играет смыслообразующая роль религии и поддержка религиозной общины (Копейко Г.И. и соавт., 2020).

В исследовании Чумакова М.В. и соавт., посвященном проблеме взаимосвязи религиозности с различными личностными особенностями, авторы обнаружили, что религиозность личности сочетается с менее выраженными суицидальными намерениями. Кроме того, авторами установлено, что «опосредованные взаимосвязи суицидальных намерений и религиозности осуществляются через оптимистичный взгляд на будущее и способность обращаться к себе в позитивном ключе» (Чумаков М.В., Чумакова Д.М., 2020).

Тем не менее, в практической медицине врачи нередко сталкиваются с ситуацией, когда пациент, исповедующий традиционную религию (в частности, Православие), посещающий богослужения, читающий религиозную литературу, при этом не имеет достаточного критического отношения к наличию у него психического расстройства, отказывается от сотрудничества с врачом и приема препаратов и в ряде случаев объясняет свое поведение религиозными принципами. Достаточно часто не критичность пациента и его некомплаентность связаны с таким распространенным в религиозной среде явлением, как религиозный радикализм.

Понятие «религиозный радикализм» подразумевает слепое следование религиозным принципам, неприятие каких-либо нововведений, даже тех, которые

---

<sup>1</sup> Для современной России традиционными религиозными верованиями являются: православное христианство, суннитский ислам ханафитского мазхаба, ламаистский буддизм и талмудический иудаизм.

не имеют прямого отношения к религии (в частности, получения нового паспорта, ИНН, использование штрих-кодов и т.п.), деление людей на «правильно и неправильно верующих» даже в пределах одной конфессии, нетерпимость к иному мнению. В своих крайних проявлениях, доходящих до экстремистских действий и высказываний, религиозный радикализм близок к религиозному фанатизму.

Религиозный радикализм как явление существует в любой религиозной системе. В частности, для деструктивных культов<sup>2</sup> он практически является «нормой», которая, однако, распространяется преимущественно на рядовых членов организации. Лидеры культа не всегда следуют радикальным идеям, которые они сами транслируют, позволяя себе жизнь, полную удовольствий и излишеств (Дворкин А.Л., 2012). Хотя в ряде случаев радикализм свойственен и лидеру, особенно если он страдает психическим расстройством с бредовой симптоматикой, сверхценными идеями или имеет паранойяльные черты личности.

Одним из определяющих психосоциальных факторов распространения и живучести религиозного радикализма на территории России и ближнего зарубежья является патерналистский способ восприятия информации, в том числе, религиозной. Это связано не только с общей вероучительной малообразованностью населения, но и с постсоветским менталитетом. Большинство людей, считающих себя верующими, принимает мнения своих лидеров или проповедников без должной критики, т.е. без сверки этих мнений со священными книгами и с основополагающими доктринами веры. С этим напрямую связан фактор информационной перегрузки, когда из огромного потока внешней информации современным человеком непреднамеренно вычлняются наиболее простые ресурсы. При этом чаще всего выбираются такие лидеры мнений, которые умеют редуцировать всё многообразие и сложность религиозных процессов к тривиальным схемам (свои всегда правы – чужие всегда заблуждаются, наши неудачи – происки врагов нашей веры и т.п.). В деструктивных культах вообще вся информация для адептов уже намеренно ограничивается и примитивизируется лидером и/или доктриной, а любое альтернативное мнение жестко подавляется.

Также следует отметить повсеместное распространение оккультного мировоззрения (религиозный синкретизм, вера в магию, гадания, приметы и др.), что способствует запутанности религиозных взглядов даже для тех людей, которые идентифицируют себя с тем или иным традиционным религиозным направлением.

Многие исследования посвящены проявлениям религиозного радикализма в исламе. Так, Яхьев М.Я. отмечает, что исламский радикализм характеризуется ценностно-нормативным закреплением «чистого ислама» как по отношению к «неверным», так и к тем, кто внутри ислама не относится к миру «истинной веры». Автор подчеркивает, что исламский радикализм является деформированной и извращенной формой ислама. Целью исламского радикализма является изменение места и роли ислама в современном обществе. Радикально настроенные слои мусульман допускают использование террора и насилия для достижения этой «высшей цели». Для религиозного, в том числе исламского, радикализма свойственно деление на «своих» и «чужих», поиск внутренних врагов, которые наносят, по мнению радикалов, еще больший вред религии, чем открытые враги (Яхьев М.Я., 2010).

---

<sup>2</sup> Под деструктивными культами в религиоведении понимаются такие организации, которые практикуют обман при вовлечении (анонимность и псевдонимность) и контроль сознания своих адептов (контроль информации, поведения, мышления, эмоций).

В настоящее время существует множество радикальных исламистских группировок, признанных в России террористическими организациями. К ним относятся «Движение Талибан», «Исламская группа», «Исламское государство» (ИГИЛ), «Братья-мусульмане», «Аль-джихад», «Аль-Каида», «Партия исламского освобождения», ХАМАС и многие другие. Актуальной проблемой является радикализация мигрантов, прибывающих в Россию из стран СНГ, причины которой активно изучаются современными исследователями-социологами. Так, некоторые авторы выделяют как одну из причин, способствующих радикализации мигрантов, особенности интернет-ресурсов, которые популярны среди граждан Азербайджана, Казахстана, Кыргызстана, Таджикистана и Узбекистана, приехавших на заработки в Россию (Трегубова Н.Д., Иванова А.А., 2020). Одной из таких особенностей является религиозный радикализм. Авторы отмечают, что значительная часть сайтов с радикалистской риторикой связана с Азербайджаном и тематикой ислама. При этом часто «актуализируется» тема несправедливости и угнетения. В качестве примера радикалистской риторики в интернете авторы приводят следующее стихотворение:

*Сколько пролито слез мусульманских,*

*Крым, Кавказ, Газа и Татарстан...*

*Почему своды храмов Исламских*

*Может грабить какой-то иван???* (Трегубова Н.Д., Иванова А.А., 2020).

По мнению авторов, мигранты в России, включая представителей диаспор, оказываются наиболее чувствительными к радикальной критике собственного правительства, региональному сепаратизму и религиозному радикализму, причем «последний представляется наиболее опасным для России, так как первые два ориентированы на страну исхода, а религиозный радикализм имеет универсальное значение» (Трегубова Н.Д., Иванова А.А., 2020).

Однако кроме исламского радикализма для России представляет определенную опасность и радикализация православной религии. Примером такой радикализации в недавнем прошлом можно считать старообрядчество. В истории русского раскола известны многочисленные описания массовых самоубийств старообрядцев, совершаемых ими по религиозным мотивам, которые осуществлялись преимущественно способом самосожжения (так называемые «гари»), хотя другие способы суицида также использовались, особенно в раннем периоде раскола (Карташев А.В., 2007; Лысак И.В., 2019). При этом, как известно, самоубийство в христианстве является смертным грехом. Такой парадокс вызывает интерес многих исследователей, среди которых, как отмечает Лысак И.В., существуют три основных объяснения данного поведения староверов. Первая точка зрения – это восприятие суицидального поведения старообрядцев как социального протеста против гонений. Другая часть исследователей объясняет массовые «гари» особенностями представлений старообрядцев о загробной жизни человека, с их верой в «очищающую силу огня». И, наконец, третья группа ученых связывает массовые суициды старообрядцев с особенностями их обрядовой практики. Кроме того, если в начальном периоде раскола одной из причин суицида староверов были апокалиптические настроения, то в дальнейшем массовые «гари» в значительной мере стали «традицией». По мнению автора, основной причиной массовых самоубийств старообрядцев было существование у них так называемой «народной религиозности», в которой обрядоверие преобладало над догматикой. Кроме того, для «народной религиозности» характерно вплетение в христианскую религию языческих верований и обрядов, в частности, вера в «очищение огнем» (Лысак И.В., 2019).

Апокалиптические настроения свойственны ряду радикальных псевдоправославных групп и в наше время. В 2007 г. в СМИ широко освещались

события, связанные с делом так называемых «закопанцев». Группа, состоящая из 35 православных христиан, под руководством Петра Кузнецова (страдающего хроническим психическим расстройством) ушла жить в выкопанные ими же пещеры в Пензенской области, ожидая скорого конца света, который, по их мнению, должен был произойти в 2012 году в результате падения на землю кометы «Армагеддон»; позже дата конца света была изменена на май 2008 года. Две женщины из группы погибли в пещерах от тяжелых бытовых условий и заболеваний. Предводитель пензенских сектантов Петр Кузнецов 2 апреля 2007 года попытался покончить с собой. Его нашли в сарае на территории собственного дома и отвезли в больницу с черепно-мозговой травмой. Мотивом к суициду могло стать разочарование в том, что не наступил «конец света». К 16 мая 2008 года все затворники, кроме двух умерших в землянке, вышли на поверхность земли. В декабре 2012 года из участников этой группы в Никольском осталась только одна семья, и ещё несколько семей переселились в Белоруссию.

Нередки ситуации, когда суицидальному поведению способствуют неверно понимаемые религиозные идеи, транслируемые лидером радикальной группы. При этом далеко не всегда лидер является психически больным, но, как правило, обладает выраженными личностными особенностями, такими как ригидность, подозрительность, нетерпимость к другому мнению, стремление к неограниченной власти.

В качестве примера можно привести дело Николая Романова (бывшего схиигумена Сергия), который был задержан в декабре 2020 года в связи с призывами к самоубийству монахинь Среднеуральского женского монастыря, где он фактически сместил настоятельницу и призывал своих последователей «умереть за Россию». Кроме того, Романов ввел в монастыре физические наказания детей, проживающих там, и внушал своим последователям веру в свои сверхъестественные способности, в частности, пытался воскресить утонувшего ребенка. Несмотря на столь экстравагантное поведение, Николай Романов был признан вменяемым. Суд вынес обвинительный приговор экс-схиигумену Сергию и его бывшему пресс-секретарю Всеволоду Могучеву по делу о возбуждении ненависти в составе организованной преступной группы (п. "в" ч. 2 ст. 282 УК РФ).

Участие в деятельности подобных религиозных групп нередко вызывает различные психические нарушения, которые сохраняются и после выхода из организации. Особенно это касается детей и лиц молодого возраста, у которых механизмы совладания с психотравмирующими ситуациями еще недостаточно сформированы. В ряде случаев группа влияет на психическое состояние родственников тех, кто в нее вовлечен. Так, мы наблюдали пациента, который пытался повеситься после длительных безнадежных попыток выжить из такой религиозной организации жену и ребенка. Со слов родителей, пациент был православным, но особого интереса к религии не проявлял. Получил среднее специальное образование, работал водителем погрузчика. Вторая жена пациента (первая умерла от лейкоза) и ее мать состояли в религиозной (псевдоправославной) организации в пос. Заянье Псковской области. Данная община возглавлялась игуменом Романом (Загребневым), который впоследствии был запрещен в служении, и отличалась радикальными взглядами. Жена и теща вовлекали детей больного в эту общину. На этой почве были конфликты с женой. Старший сын от первого брака проживал с родителями пациента, вовлечь его в общину не удалось. Младшего (своего родного) сына жена и теща забрали с собой в пос. Заянье. После многочисленных приездов в поселок и попыток уговорить жену оставить общину, пациент совершил попытку суицида (повесился), был снят

с петли, но последствия попытки были тяжелыми – выраженная ретроградная и фиксационная амнезия, проявления постгипоксической энцефалопатии.

Одной из характерных личностных черт, свойственных людям, придерживающимся радикальных религиозных взглядов, является ригидность, негибкость, неспособность адаптироваться к новым условиям, идти на компромисс. В нашем исследовании, посвященном изучению суицидального поведения и постсуицидального периода у пациентов психиатрического стационара, ригидность преобладала среди личностных особенностей у пациентов, совершивших попытки суицида. Так, у пациентов, совершивших суицидальные попытки (81 человек) из особенностей личности преобладали ригидность, замкнутость, возбудимость и сензитивность. В группе пациентов с суицидальными высказываниями (80 человек) – замкнутость, сензитивность, тревожность и возбудимость. При этом, различия между группами достигли достоверного уровня в преобладании у пациентов, совершивших суицидальные попытки, ригидности по сравнению с больными, у которых отмечались суицидальные высказывания (32,1 % и 15,0 %, соответственно,  $p < 0,05$ ). Можно предположить, что схожие особенности личности у сторонников религиозного радикализма и пациентов с суицидальными попытками могут способствовать развитию суицидального поведения у лиц, являющихся членами радикальных религиозных групп. Однако это предположение нуждается в дальнейшем исследовании.

У больных, страдающих хроническими психическими заболеваниями, радикалистские псевдорелигиозные идеи (о необходимости опасаться новых паспортов, ИНН, штрих-кодов и т.п.) нередко сплетаются с психопатологической симптоматикой, бредовыми идеями преследования и воздействия. В качестве иллюстрации приведем клинический пример пациента, страдающего параноидной формой шизофрении.

Больной Д., 30 лет. Уроженец Ростовской области. Наследственность неотягощена. Младший из 3 детей. Раннее развитие без особенностей. Закончил 11 классов средней школы и 1 семестр Донского государственного технического университета. Учебу оставил, так как «было неинтересно». Был призван в армию, однако, практически сразу его комиссовали, проходил лечение в психиатрическом отделении военного госпиталя. Работал на малоквалифицированных должностях, продавцом, расклейщиком рекламы, дворником. В разводе, есть дочь, лишен отцовства. Проживает в отдельной квартире с матерью, отношения напряженные, поставил дома огромные кресты, захламил комнаты. Мать больного, в прошлом инженер, работает при церкви. После армии пациент был поставлен на учет в ПНД, однако, посещал врача только по требованию матери, от поддерживающей терапии отказывался. Со слов матери, последнее время вел себя дома неадекватно, постоянно проводил время на кладбище, «разговаривал» там с умершим дедом. Временами застывал в одной позе, лежал в одежде в сухой ванне. Перед исповедью писал в записке: «Я переспал с кошкой», «переспал с младенцем», «венчался в церкви». Сжег свой паспорт, т.к. священник сказал, что это «бесовский документ». Автостопом на машинах уехал в Санкт-Петербург, чтобы «посетить храм». В Санкт-Петербурге привлек внимание неадекватным поведением: ходил по улице с огромным деревянным крестом. На замечания полиции не реагировал, был госпитализирован в психиатрический стационар. При поступлении выглядел галлюцинирующим, сообщил, что слышит «голос Бога», Бог его направляет. Чувствует на себе воздействие «нечистой силы», деревянный крест помогает ему с ней бороться. Эмоционально неадекватен, с вычурной мимикой. Выявлялись грубые структурные нарушения мышления в виде паралогичности, резонерства, соскальзываний. На фоне нейрорепитической

терапии острая психопродуктивная симптоматика купирована, но критическое отношение к заболеванию не появилось.

Можно предположить, что, если бы этот пациент общался с компетентным духовником, понимающим особенности течения психических расстройств и необходимость поддерживающей терапии при хронических психических заболеваниях, а не со священником, считающим паспорт «бесовским документом», его религиозность могла бы способствовать улучшению его психического состояния.

### **Заключение**

Таким образом, для людей, страдающих психической патологией, религиозный радикализм является фактором, провоцирующим отказ от приема лекарственных препаратов, а также способствующим, в ряде случаев, возникновению суицидального поведения. Для уменьшения влияния идей религиозного радикализма на верующих пациентов необходимо развивать сотрудничество психиатров и священнослужителей<sup>3</sup>, способствовать духовному просвещению больных и медицинских работников, разработке и применению различных методик духовно-ориентированной психотерапии. Для психически здоровых людей снижение подверженности радикальным религиозным идеям может быть достигнуто путем совместной работы священнослужителей и психологов, направленной, в первую очередь, на развитие таких психологических качеств, как умение брать на себя ответственность, противодействовать психологическим манипуляциям и критически оценивать поступающую из различных (в том числе религиозных) источников информацию.

### **Использованная литература:**

1. Дворкин А.Л. Сектоведение. Тоталитарные секты. Опыт систематического исследования. Нижний Новгород: Христианская библиотека, 2012. – 816 с.
2. Карташев А.В. Очерки по истории Русской церкви. – Минск: ООО «Харвест», 2007. В 2 томах. Т.2 – 592 с.
3. Копейко Г.И., Борисова О.А., Гедевани Е.В., Каледа В.Г. Влияние фактора религиозности на депрессивные состояния и суицидальное поведение // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 2020, т. 120, №1. С. 103-110.
4. Лысак И.В. Ритуальные самоубийства старообрядцев в России как проявление народной религиозности / Суицидология. 2019, Т. 10, № 3 (36). С. 102-111.
5. Пашковский В.Э. Особенности бредового поведения у больных с религиозно-архаическим бредовым комплексом // Российский психиатрический журнал. 2009, № 3. С 43-49.
6. Попов Ю.В., Пичиков А.А. Суицидальное поведение у подростков. СПб.: СпецЛит, 2017. 366 с.
7. Прокопович Г.А. Социально-демографические и клинические характеристики лиц, совершивших суицидальные попытки отравления (по данным многопрофильного стационара скорой помощи): дис. ...канд. мед. наук: 14.01.06. СПб., 2015. 251 с.
8. Трегубова Н.Д., Иванова А.А. Радикализация мигрантов и экстремистский потенциал онлайн-ресурсов: Сравнительный анализ сетевых пространств взаимодействий мигрантов из стран СНГ в России / Коммуникации. Медиа. Дизайн, Том 5, № 3, 2020. С. 145-167.
9. Чумаков М.В., Чумакова Д.М. Религиозность личности и суицидальные намерения студентов университета // Педагогическое образование в России. 2020, №4. С. 169-175.
10. Яхъяев М.Я. Причины радикализации ислама в современном мире / Исламоведение, №2, 2010. С 4-14.

---

<sup>3</sup> Например, введением темы «Психические патологии» в предмет «Педагогика и психология» духовных учебных заведений и изданием соответствующих методических указаний для священнослужителей.

11. Kleiman E.M., Liu R.T. Prospective prediction of suicide in a nationally representative sample: religious service attendance as a protective factor // Br. J. Psychiatry. 2014. Vol. 204. P.262-266.
12. Lawrence R.E., Oquendo M.A., Stanley B. Religion and Suicide Risk: A Systematic Review // Arch Suicide Res. 2015. Jul. 20.
13. O'Reilly D., Rosato M. Religion and the risk of suicide: longitudinal study of over 1 million people // Br. J. Psychiatry. 2015. Vol. 206, № 6.P. 466-570.

## **Феномен одержимости при психических расстройствах: клинико-психопатологические особенности**

**Аннотация:** проблема изучения феномена одержимости с религиозным содержанием до настоящего времени является актуальной, так как, с одной стороны, признается практически всеми религиями, с другой, представляет определенный интерес и для научной среды. Отмечается неоднородность взглядов исследователей на данный феномен, что связано как со структурой самого синдрома, так и с психопатологическими и клиническими проявлениями: феномен одержимости рассматривается как в рамках диссоциативных расстройств, так и в рамках бреда одержимости религиозного содержания. Результаты исследования религиозного бреда одержимости при шизофрении показали, что его особенностью является устойчивая бредовая убежденность пациента в одержимости некой враждебной или светлой духовной сущностью, внедрившейся внутрь организма или захватившей его снаружи. Полученные данные представляют значимость для социального прогноза, выбора лечебной тактики этих пациентов, а также пастырского душепопечения.

**Ключевые слова:** феномен одержимости, религиозный бред, шизофрения.

Описания феномена духовной одержимости содержатся еще в текстах донаучного периода (Священного Писания, Предания, патериках, житиях святых и т. д.). С появления психиатрической науки (в XIX в.) исследователи делали попытки объяснить эти состояния с медицинской точки зрения, что, однако, по их представлениям не исключало и религиозную составляющую данного феномена. Так, считалось, что демоны могут причинять многие болезни, в том числе психические, подобные состояния назывались «демоническим помешательством» (В.Гризингер,1867) или «демонией» (J.Esquirol,1838; M.Macario,1843; J.Séglas, 1888).

В XX в., в ходе дальнейшего развития науки происходит более детальное изучение этих состояний. Так, Карл Ясперс впервые говорит о неоднородности данного феномена и выделяет несколько его разновидностей, которые могут относиться к эндогенному и шизофреническому кругу, но могут также определяться наличием диссоциативных расстройств (K.Jaspers,1923). С появлением психоанализа, широко распространившегося по всему миру, наиболее часто феномен одержимости квалифицировался в качестве диссоциативных расстройств, развитие которых связывалось, как правило, с психическими травмами и жестоким обращением в детском возрасте (S.Freud,1923; S.McCormick, D.C.Goff,1992; N. Tosh,2002).

В настоящее время проблема изучения феномена одержимости с религиозным содержанием является актуальной, так как в научной среде отмечается неоднородность взглядов на данный феномен, что связано как со структурой самого синдрома, так и с психопатологическими и клиническими проявлениями (J.A.Madere, 2023; I.J.Pietkiewicz, 2022; de Menezes A., Moreira-Almeida A., 2009). Так, при диссоциативных расстройствах (в МКБ-10 ранее – «диссоциативные (конверсионные) расстройства») нередко наблюдается феномен одержимости. В МКБ 11 этот феномен даже отдельно представлен в виде трансового расстройства с одержимостью (6B63) (G.M.Reed,2019).

Помимо этого, феномен духовной одержимости в его наиболее патологической форме представлен в виде бреда одержимости с религиозным содержанием. Именно последние состояния являются предметом настоящего

исследования, которое проводилось с 2015 по 2023 гг. группой по изучению особых форм психической патологии под руководством академика РАН А. С. Тиганова (до 2019 г.) на базе отдела юношеской психиатрии Федерального государственного бюджетного научного учреждения "Научный центр психического здоровья" (ФГБНУ НЦПЗ).

В исследовании приняли участие 75 пациентов с религиозным бредом одержимости в рамках шизофрении (РБО). Большинство пациентов идентифицировали свое вероисповедание как православие (90,7%), некоторые как ислам (5,3%) или считали себя неверующими на момент манифестации РБО (4%).

Как показало настоящее исследование, бред одержимости религиозного содержания (РБО) является психопатологически сложным и полиморфным образованием. Специфическим ядром религиозного бреда одержимости (РБО) является наличие бредового убеждения пациента о завладении его личности конкретной бесплотной духовной сущностью (враждебной либо благожелательной) путем проникновения внутрь тела или захватом извне. В результате чего, согласно бредовым построениям пациента, происходит тотальное завладение его душой, умом и телом, что, в свою очередь, начинает полностью определять его поступки и мысли, приводит к образованию в нем новой личности или сущности.

Во всех случаях враждебную духовную сущность пациенты называли «бесом», «чёртом», «сатаной». Наряду с «бесовской одержимостью», пациенты говорили об одержимости божественной духовной сущностью – «Святым Духом», «божественным светом», «Богородицей». Бредовые идеи воздействия в этих случаях были связаны с изменениями аффекта (маниакальным).

Клинико-психопатологическое исследование религиозного бреда одержимости позволило выделить определенные его типы с преобладанием галлюцинаторной или бредовой симптоматики:

- **галлюцинаторный (1 тип)** – 39 пациентов (52%),
- **бредовой (2 тип)** – 36 пациентов (48%).

Особенностью галлюцинаторной формы **РБО 1 типа** являлась бредовая убежденность больного в инвазии бесплотной духовной сущности внутрь организма, и через тело оказывающей воздействие на его ум и личность, что приводило к тотальному контролю над соматическим состоянием и душой. Массивные галлюцинации общего чувства, развившиеся первично, по мере развития состояния, сохраняли свое основополагающее значение, в то время как бредовые идеи воздействия являлись вторичными. Формирование **РБО 1 типа** происходило остро, с появлением галлюцинаций общего чувства. Бред часто возникал по механизму «озарения», когда пациенты четко обозначали обстоятельства, конкретный день, а зачастую и час появления ощущения «вхождения беса» в их физическое тело. Бредовая убежденность пациента в одержимости бесом являлась бесспорной очевидностью, не подлежащей никаким логическим обоснованиям или сомнениям. Отмечалось полное отсутствие критики к описанным расстройствам.

Бредовая форма **РБО 2 типа** развивалась в соответствии с закономерностями формирования острого чувственного бреда, при этом источник воздействия, ощущаемого пациентами, имел внешнюю (ментальную) проекцию. Подобные состояния сопровождалось чувством полного духовного поражения, вызванного бесом. Ощущение физического воздействия воспринималось опосредованно, через «духовное» воздействие, то есть «вторично». Характерными особенностями **РБО 2 типа** являлись выраженный полиморфизм и острота представленных в картине заболевания расстройств.

### **Бредовое поведение**

Поведения, согласно православной христианской традиции являющего характерным для бесноватых, среди пациентов с РБО не наблюдалось (негативная реакция на священные предметы и богослужения: Библия, иконы, святая вода, крест, участие в святых таинствах), что также подтверждается экспертами в области экзорцизма (Х.М. Вегас, 2019).

Нарушения в социальной и религиозной жизни пациентов проявлялись непосредственно на этапе развития приступа РБО, и в некоторых случаях по ходу дальнейшего развития заболевания. Находясь в остром психотическом состоянии, пациенты изобретали специфические формы защиты и борьбы с бесами: некоторые совершали чрезмерно частые паломничества по монастырям, церквям, святым местам и источникам, другие читали специальные неканонические религиозные тексты и молитвы-бесогоны. Описанные проявления патологической религиозности (О.А. Борисова, Г.И. Копейко, 2019) были практически неотделимы от конкретных психопатологических расстройств.

### **Религиозное мировоззрение и образ жизни пациентов с РБО**

Клиническое наблюдение выявило определенные особенности религиозного мировоззрения и образа жизни пациентов с РБО. В течение периода наблюдения была проведена качественная оценка динамики религиозности с учетом особенностей формирования веры у этих пациентов. Результаты показали существенные различия между типами.

Религиозность больных **РБО 1-го типа** начала формироваться постепенно, задолго до манифестации заболевания, имела определенную степень зрелости и не теряла связи с традиционными православными канонами (64,1%). По мере развития заболевания внешние проявления религиозности существенно не изменялись или уменьшались незначительно.

В ряде случаев **РБО 2-го типа** религиозное обращение происходило за несколько лет до манифестации РБО и в половине случаев носило упрощенный характер, либо проявлялось в редком, формальном и поверхностном участии в религиозных обрядах. До развития РБО 61,1% больных РБО 2-го типа были нерелигиозны, непосредственное обращение к религии хронологически совпало с развитием состояния РБО. В отличие от того, что наблюдалось у пациентов с РБО 1-го типа, формирования зрелого религиозного мировоззрения не происходило.

### **Заключение**

Данное описание феномена РБО расширяет наши представления о психопатологическом многообразии этих состояний и дает новые представления о диагностической квалификации и дифференциации, что может вызывать разногласия, как в психиатрической практике, так и в религиозных кругах. Полученные данные могут быть важны для социального прогноза, прогноза лечения, а также психофармакологического лечения пациентов с РБО и для пастырского попечения, и также требуют длительного наблюдения для их разрешения.

### **Использованная литература:**

1. Грзингер В. Душевные болезни. Пер. с нем. Изд. 3-е. СПб. 1867.
2. Esquirol J-ED. Des maladies mentales. Considerees sous les rapports. Tome premier. Paris. 1838.
3. Macario M. Etude clinique sur la démonomanie. Article parut dans les Annales médico-psychologiques. T. 1. Paris. 1843.

4. Ségla J. Les hallucinations psychomotorices verbales. *Progress medical*. 1888;2(53):137-139.
5. Jaspers K. *Allgemeine Psychopathologie*. Berlin: Springer-Verlag Heidelberg GMBH; 1923.
6. Freud S. A neurosis of demoniacal possession in the seventeenth century // *Collected papers*. – 1923. – Т. 4. – С. 436-472.
7. Tosh N. Possession, exorcism and psychoanalysis // *Studies in History and Philosophy of Science Part C: Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences*. – 2002. – Т. 33. – №. 4. – С. 583-596.
8. McCormick S., Goff D. C. Possession states: approaches to clinical evaluation and classification // *Behavioural neurology*. – 1992. – Т. 5. – №. 3. – С. 161-167.
9. Madere JA. A Catholic Perspective: Dissociative Identity Disorder and Experiences of Diabolical Possession. *Integratus*. 2023; 1(2):130-147
10. Pietkiewicz IJ, Kłosin'ska U, Tomalski R. Trapped Between Theological and Medical Notions of Possession: A Case of Possession Trance Disorder With a 3-Year Follow-Up. *Frontiers in Psychiatry*. 2022; 13:891859. doi: 10.3389/fpsyt.2022.891859
11. de Menezes A., Moreira-Almeida A. Differential diagnosis between spiritual experiences and mental disorders of religious content. *Revista de psiquiatria clinica*. 2009; 36 (2): 69-76.
12. Reed GM, First MB, Kogan CS, Hyman SE, et al. Innovations and changes in the ICD-11 classification of mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. *World Psychiatry*. 2019;18(1):3-19. doi:10.1002/wps.20611
13. Вегас Х. М. Психические заболевания и одержимость // *Психиатрия и религия*. – 2019. – С. 124-141.
14. Борисова О. А., Копейко Г. И. Патологическая религиозность у больных с психическими заболеваниями // *Психиатрия и религия*. – 2019. – С. 11-23.

## **Дифференциация духовных переживаний от психических расстройств**

В этой статье мы рассмотрим вопрос о дифференциации духовных переживаний и психических расстройств и сосредоточимся на специфических переживаниях, порождаемых духовными силами – в данном случае, бесами. Мы поговорим, в частности, об одном виде бесовского воздействия, которое можно спутать с психическим расстройством – о сверхъестественном бесовском воздействии.

Как вы возможно знаете, бесовское воздействие разделяется на 2 различных категории: обычное бесовское воздействие и сверхъестественное бесовское воздействие (СБВ). Обычное бесовское воздействие – это то, что мы переживаем как искушение; подобным образом бесы воздействуют на каждого из нас ежедневно. А вторая категория подразделяется на одержимость, наваждение, досаждение и заражение.

Люди, страдающие от подобных нападок, зачастую обращаются за помощью к экзорцисту. Многие экзорцисты работают с командой, в которую, по возможности, включаются специалисты по психическим расстройствам.

Как специалисты, занимающиеся психическими расстройствами, так и миряне, не работающие в этой сфере, зачастую считают, что обращающиеся за помощью к экзорцисту люди страдают расстройством психики, и иногда так оно и есть. Можно убедиться, что некоторые люди, утверждающие, что они страдают от нападок бесов, на самом деле психически больны. Однако не все люди с подобными жалобами страдают бредом, эпилепсией или диссоциативным расстройством личности, как многие полагают.

Действительно, нашей команде приходится сталкиваться с людьми с психотическими расстройствами (шизофрения, бредовые расстройства, иногда даже супруги или родственники, одновременно страдающие бредовым расстройством) или с людьми с невротическим типом личности с истерическими, конверсионными, обсессивными или диссоциативными чертами. Другие приходят к нам, поскольку они просто дезинформированные, несведущие, внушаемые или боязливые люди. Но это не значит, что сверхъестественного бесовского воздействия не существует; это означает, что это случается довольно редко, и необходимо отличать одно от другого, иногда прибегая к помощи профессионалов в области психических расстройств.

Если мы находимся в городе и в открытое окно слышим стук лошадиных копыт по мостовой, может ли это быть зебра? Кто знает, может быть. Но гораздо более вероятно, что это обычная лошадь. Значит, мы должны, прежде всего, рассмотреть самый простой, логичный и часто встречающийся ответ на нашу проблему, и лишь при отсутствии естественных объяснений можем рассматривать сверхъестественное явление как вариант.

Существует дельное правило, сформулированное о. Танкереем:

Как экзорцист может отличить бесовское явление от психопатологического? Наблюдая за людьми при встрече или во время молитвы, он обращает особое внимание на те явления, которым нет естественного объяснения:

- «Почему этот человек устраивает настоящий скандал просто из-за того, что его окропили несколькими каплями святой воды? Почему эта вода обжигает его, а другая, не освященная, - нет?»
- «Каким образом человек угадал и разозлился, что у священника во внутреннем кармане пальто – дароносица, внутри которой Святые Дары?»

- «Каким образом эта девочка, которую с трудом удерживают на полу родственники и помощники, с закрытыми глазами точно попадает плевком в лицо экзорцисту, стоящему поодаль на расстоянии и молящемуся за нее?»

- «Каким образом у женщины за несколько минут молитвы живот раздувается как у беременной на восьмом месяце и почему живот двигается и издает звуки во время всего обряда изгнания беса и сдувается и успокаивается, когда молитва заканчивается?»

- «Почему человек, с которым мы только что разговаривали, и у него не было никаких выделений из бронхов, через несколько минут молитвы испускает дурно пахнущую желтовато-белую пену и сильно рыгает с гнилостным запахом, тогда как несколько минут назад он этого не делал, а когда молитва заканчивается, все симптомы исчезают?»

- «Каким образом человек, который даже не подозревал о существовании Международной ассоциации экзорцистов (АЕ), знает, что несколько минут назад президент ассоциации умер, хотя не было никакого сообщения в прессе?»

- «Каким образом малообразованный человек пишет в телефоне сообщение на древнегреческом: «На третий день?» И каким образом женщина, которая вначале выглядела ужасающе, с огромными темными кругами под глазами, на груди которой спонтанно появлялись изображения перевернутого креста, после трех месяцев отчитки пришла с изображением большого не перевернутого красного креста на груди, которое оставалось у нее на груди три дня, после чего она почувствовала себя освобожденной и, когда она снова пришла к нам, она преобразилась в счастливую миловидную женщину?»

- «Почему в некоторых случаях проявления меняются в зависимости от церковного календаря и церковных праздников, выпадающих на тот или иной день?»

- И, прежде всего: «Почему в разных местах и в разное время возникает последовательность одних и тех же симптомов и признаков?»

Ответ на все эти вопросы – сверхъестественное бесовское воздействие, которое иногда может сопутствовать психопатологическому состоянию или личности, и которое надо четко дифференцировать от психического расстройства. Даже если они отмечаются одновременно, их нельзя путать, это совершенно разные вещи. И иногда практически невозможно провести четкое различие между психопатологическим нарушением и проявлениями сверхъестественного бесовского воздействия – по крайней мере, вначале.

### **Суть дифференциальной диагностики**

Для людей заболевание (как в случае с психопатологическими состояниями) – явление естественное. Богословы считают, что все, что нельзя отнести к естественным явлениям, может быть:

- **сверхъестественным:** то, что исходит от Бога, что «выше естественного», то есть относящееся не только к человеческой природе, но и к любой сотворенной или творимой природе. Только Бог, как действенная причина, может совершать такого рода действия, даже если по Его повелению в качестве движущей причины вмешивается Его творение (например, ангел).

- **противоестественным:** то, что «за гранью естественного», где под естественным понимается то, что относится к человеческой природе и всему, что ниже нее. Бесы могут совершать то, что нам кажется невероятным, потому что это за пределами человеческих возможностей, но всегда только в пределах естественных возможностей их ангельской природы. Они всегда творения, а не боги.

«Все, что за рамками возможного для человеческой природы, и все, что ниже нее, если исходит не от Бога, исходит от лукавого. Нет других действенных причин, и нет никаких промежуточных состояний».

Эта концепция очень важна, чтобы провести четкое различие между этими тремя сценариями. Поэтому нам надо избегать использовать слово «паранормальный», поскольку оно отсылает к псевдонауке, парапсихологии, пытающейся объяснить через естественные понятия то, что Церковь относит к сверхъестественному или противоестественному (как будто некоторые люди, вещи или места естественным образом обладают неестественными способностями). В любом случае, с СБВ различие должно основываться на том, чтобы определить, имеем ли мы дело с явлениями естественными или противоестественными.

Если мы сталкиваемся с явлением, которое не является естественным (как те примеры, которые я приводил выше), то, исходя из его контекста, содержания и последствий, нам надо определить, является ли оно сверхъестественным или противоестественным. Во избежание больших недоразумений и серьезных последствий стоит приложить усилия, чтобы четко разграничить эти ситуации.

### **Коморбидность**

Нет ничего странного в том, чтобы обнаружить коморбидность, то есть сосуществование психопатологии с бесовским сверхъестественным воздействием. Наличие бесовских сверхъестественных воздействий не исключает наличия психических расстройств (и наоборот). Психопатологическое состояние и бесовское сверхъестественное воздействие, очевидно, могут сосуществовать, но никогда нельзя считать, что это одно и то же.

### **Опыт одержимости**

Есть ситуация, в которой часто возникает вопрос: «Не одержимость ли это?» Это ситуация, когда человек чувствует, что им управляет некая внешняя сила.

Обычно мы испытываем «ощущение контроля» («чувство свободы воли») – субъективное сознание того, что наши собственные добровольные действия в мире начинаются, выполняются и контролируются нами самими. При некоторых психопатологических состояниях это «чувство контроля» в какой-то момент утрачивается. Человек чувствует, что «нечто», не поддающееся его добровольному контролю, господствует над ним, заставляя его совершать определенные действия, которые он сознательно не выбирал. Этот опыт иногда называют «опытом/ощущением одержимости», и это субъективное, выдуманное эмоциональное переживание, то есть явление психологическое, и его не следует путать с настоящей бесовской одержимостью (которая является реальным, объективным, духовным явлением, производимым внешней духовной бесовской силой). Конечно, при фактической одержимости человек также будет переживать "опыт обладания", но в этом случае от духовной, реальной причины.

Во всех этих случаях может быть поведение, которое человек воспринимает как исходящее от внешней силы, независимой от него самого, и заставляющее его чувствовать себя "одержимым" чем-то. Но в этих случаях речь не идет о бесовской одержимости.

### **Психоз**

Другая ситуация, которую часто путают с одержимостью, – это психоз, который, как вы, должно быть, знаете, является техническим названием безумия. Проще говоря, это неспособность отличить реальность (внешнюю и общую) от

фантазии (внутренней), то есть провал теста на реальность (объективная оценка и суждение о мире вне человека), и создание новой (психотической) реальности. При психозе часто наблюдаются: 1) нарушения восприятия, такие как галлюцинации, и 2) нарушения мышления, такие как бред.

### **Дифференциальная диагностика**

Вот некоторые из психических расстройств, которые можно спутать со сверхъестественным бесовским воздействием:

1. Шизофрения,
2. Бредовые расстройства,
3. Индуцированное бредовое расстройство (“безумие двоих”),
4. Измененные состояния, вызванные расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ (алкоголь, кофеин, каннабис, галлюциногены, ингаляторы, опиаты, седативные средства, стимуляторы),
5. Истерическое расстройство личности,
6. Конверсионное расстройство личности,
7. Диссоциативное расстройство личности (“раздвоение личности”),
8. Гипомания или мания,
9. Большое депрессивное расстройство,
10. Пограничное расстройство личности,
11. Обсессивно-компульсивное расстройство,
12. Синдром Жюль де ла Туретта,
13. Паническое расстройство,
14. Эпилепсия,
15. Симулятивное расстройство.

Я составил «Руководство по дифференциальной диагностике», содержащее сравнительную таблицу для каждого из этих пятнадцати клинических состояний. Цель состояла в том, чтобы создать инструмент, который мог бы помочь в различении.

Цель этой дифференциальной диагностики – сделать так, чтобы никто из страдающих от сверхъестественного бесовского воздействия не был по ошибке отправлен в психиатрическую больницу, и чтобы никто из душевнобольных не подвергся экзорцизму по ошибке. В обоих случаях последствия серьезные.

Если специалист по психическому здоровью хочет помочь экзорцисту в этом анализе, полагаю, ему следует сначала отбросить клинические ситуации, которые представлены в этой таблице.

Руководство по дифференциальной диагностике пытается ответить на следующий вопрос:

«Чем отличаются симптомы психопатологического расстройства от признаков, которые могут свидетельствовать о бесовской одержимости, наваждении, досаждении и заражении?»

Задача специалиста по психическому здоровью – дать компетентную оценку психологического состояния человека. Затем он сообщает экзорцисту, есть ли какое-либо психологическое или психопатологическое объяснение наблюдаемых симптомов и признаков. На основании этой информации экзорцист делает вывод о наличии или отсутствии сверхъестественного бесовского воздействия и необходимости экзорцизма.

Таблицы в данном Руководстве стремятся наглядно продемонстрировать процесс дифференциальной диагностики, который мысленно проходит привлеченный к работе специалист по психическому здоровью, пытаясь ответить на сформулированный выше вопрос.

В качестве примера возьмем одну из таблиц из «Руководства». Давайте посмотрим на различия между диссоциативным расстройством личности и одержимостью.

<p align="center"><b>Диссоциативное расстройство личности</b></p>	<p align="center"><b>Сверхъестественное бесовское воздействие (одержимость)</b></p>
<p>Непроизвольное вмешательство в сознание, изменяющее интеграцию психических функций, приводит к путанице и искажению образа тела. Нарушение личности позволяет в определенные моменты разделять функции разных сторон личности, которые настолько разнообразны, что кажутся чуждыми исходной идентичности.</p>	<p>Одержимость — это не нарушение личности, которое дает временное преобладание другой части собственной личности («другая идентичность»), а <b>временная замена идентичности</b>. Когда человек не в трансе, нет необходимости в путанице или искажении образа тела.</p>
<p>Это происходит с людьми, которые не достигли хорошей интеграции своей идентичности из-за недостатков в воспитании и/или травматических событий в их жизни. Это давнее расстройство.</p>	<p>Это может произойти с любым человеком, даже с <b>хорошей интеграцией идентичности</b>. Может иметься <b>четкая дата начала</b> (например, через контакт с оккультизмом).</p>
<p>А. Нарушение идентичности, характеризующееся двумя или более различными состояниями личности (любого типа), которые в некоторых культурах можно охарактеризовать как опыт одержимости. Нарушение идентичности включает в себя заметный разрыв в ощущении себя и чувства свободы воли, сопровождаемый соответствующими изменениями в аффекте, поведении, сознании, памяти, восприятии, познании и/или сенсомоторном функционировании». [Например: сильные эмоции или импульсы, включая речь или другие действия, которые возникают без чувства личной принадлежности или контроля (даже попытка самоубийства).]</p> <p>«Эти признаки и симптомы могут наблюдаться другими людьми или о них заявляют сами больные».</p>	<p><b>Формирующаяся идентичность носит конкретно злой характер, наполнена ненавистью к святому, гордыней и обидой. Она полностью чужда человеку</b> («Это не моя дочь»). Здесь может быть что угодно: от ярости до немоты. Иногда личность человека борется с демонической сущностью, чтобы вернуть себе контроль над своим телом и связаться с экзорцистом.</p> <p>Это не будет субъективным опытом («опытом одержимости»), а <b>внешним действием нечеловеческого существа, наделенного собственным разумом и волей</b>, которое на мгновение заменяет разум и волю человека, вызывая временное пассивное приостановление интеллектуальной и волевой деятельности, <b>осуществляя деспотический контроль над телом и действиями человека</b>. Бывают случаи поведения, которые необъяснимы для пострадавшего человека. В случаях СБВ достоверные свидетельства полезны и принимаются во внимание.</p>

Б. Периодические провалы в воспоминании повседневных событий, важной личной информации и/или травмирующих событий, которые не являются обычным забыванием.	Иногда бывают провалы в памяти только о том, что произошло во время трансового состояния.
В. Симптомы вызывают клинически значимый дистресс или нарушения в социальной, профессиональной или других важных сферах функционирования.	Вне состояний транса он/она обычно может вести совершенно нормальную жизнь.
Г. Нарушение не является нормальной частью общепринятой культурной или религиозной практики». Кризисы вызываются и усугубляются психосоциальным давлением.	Изменение вызвано духовной сущностью.  Кризисы могут возникать и усугубляться в присутствии святыни.
Улучшение наступает при приеме нескольких психотропных препаратов и психотерапии.	The symptoms are not solved with medication or psychotherapy (they can even aggravate). Симптомы не устраняются медикаментозно или психотерапией (они могут даже усугубляться).
Никаких сверхъестественных явлений не наблюдается.	Наблюдаются сверхъестественные явления.

К нам на консультацию приходит человек (чаще всего – женщина) с рядом эмоциональных и физических проблем. Иногда она кажется другим человеком, и ее поведение отличается от ее обычной личности. Человек может воспринимать это как нечто чуждое, что «вторгается» и «овладевает» им. Кто-то может подумать, что эта женщина одержима. Некоторые психиатры считают, что все пациенты, которые проходят через молитвы экзорцизма, на самом деле страдают от диссоциативного расстройства личности, но, очевидно, это не так.

Более подробно об этом можно прочитать в написанной мною книге «Враг сделал это – Бесовское воздействие глазами специалиста по психическому здоровью» [An enemy has done this -The action of the devil in the eyes of a mental health professional], которая доступна на Amazon на 4 разных языках.

Еще одна книга, которую я настоятельно рекомендую всем, кто работает с людьми, страдающими от сверхъестественных бесовских воздействий, – «Руководство по служению экзорцизма – в свете современного обряда» [Guidelines for the Ministry of Exorcism – In light of the current ritual], изданное Международной ассоциацией экзорцистов. Ее также можно найти на многих языках.

Надеюсь, мой доклад был полезен.

## **Духовная зрелость и психическое здоровье**

Фундаментальное отличие зрелости человека от зрелости животных или растений заключается в свободе – исключительном свойстве духа. Птица взрослеет, руководствуясь инстинктами, которые ею движут. Птица знает, как добывать пищу, как размножаться и какую роль она играет в своем виде и в мире, не обучаясь этому. Низшим же существам, например, фруктам, требуется только солнце и время, чтобы созреть.

В то же время человек взрослеет духовно, для чего ему необходимо учение и помощь других людей. В этом процессе он может свободно открывать для себя какой-либо план действий и следовать ему, воспринимать свою жизнь как миссию и спрашивать себя, в чем ее смысл, а также свободно двигаться вперед или назад. Мы рассмотрим этот процесс взросления с точки зрения психического здоровья.

Мы будем использовать образ лодки посреди моря, которую швыряют волны и ветер. Мы позаимствовали его из Евангелия, в котором рассказывается, что ученики Христа в смятении и вот-вот утонут во время бури. И вот они спрашивают Учителя, который спит на корме лодки: "Неужели Тебе нужды нет, что мы погибаем?" На что Господь отвечает: "Что вы так боязливы? Как у вас нет веры?" Затем Иисус запретил морю и ветру, и они повиновались Ему и мгновенно утихли, и вот новый вопрос апостолов: "Кто же Сей?" (ср. Мк. 4:37-41).

Эти три вопроса послужат общим планом. Давайте вспомним, что море в Библии часто олицетворяет силы, подвластные только Богу, как мы читаем в Псалме 64: «Укромляющий шум морей, шум волн их и мятеж народов».

### **1. Зная, что мы не одиноки**

"Неужели Тебе нужды нет, что мы погибаем?" Это вопрос, который мы все задаем себе, возможно, в другой формулировке, перед лицом трудностей и страданий: "Есть ли кто-нибудь, кому небезразлично, что со мной происходит?" При психических заболеваниях, особенно при депрессии, очень часто возникает автоматическая реакция: "Нет, я никому не нужен".

Психологическое страдание включает в себя этот тип полного одиночества. Вот почему оно усиливается у тех, кому трудно любить, если они сами не были любимы.

Как священник, я много раз наблюдал то же самое в ходе духовного окормления. Люди жалуются, потому что, по их словам, никому нет дела до того, что с ними происходит. Будь то болезнь, переутомление, семейные проблемы или неурядицы в браке. Мысль о том, что мы никому не нужны, идет рука об руку с обособленностью и заикленностью на себе.

И именно эти две опасные черты создают благоприятную почву для психических заболеваний. В основе психических заболеваний лежит эгоцентризм и глобальное отсутствие надежды, которые мешают найти цель и смысл жизни. Поэтому многие расстройства личности характеризуются чувством экзистенциальной пустоты и трудностями в том, чтобы открыться другим.

С другой стороны, осознание того, что мы не одиноки, является той почвой, на которой расцветает счастливая жизнь. На этом убеждении зиждется стойкость, необходимая, чтобы идти по жизни. Как писал Пиаже: "Личность ориентирована в направлении, противоположном эго: если эго от природы

эгоцентрично, то личность — это децентрализованное эго"<sup>1</sup>. У зрелого человека существует гармония между его собственной индивидуальностью и убежденностью жить с другими людьми и для них.

Тот, кто обладает психологической безопасностью, стремится не только к личному равновесию, но и к гармонии с природой, с другими людьми, с Богом<sup>2</sup>. Он стремится придать интенсивности каждому моменту хорошей и добродетельной жизни.

Если мы хотим улучшить психическое здоровье, мы должны научиться улавливать диссонанс. В большинстве случаев не нужно будет слишком глубоко копаться в прошлом или бессознательном, но нужно замечать осознанный поток мыслей. Размышляйте о том, что вы чувствуете и воспринимаете, чтобы дать этому название и предысторию.

Фальшивые нотки могут принимать форму непропорциональных реакций или черт характера, которые отражают преувеличенное желание быть оцененным, хорошо выглядеть. Например, перфекционизм, который коренится в пережитом отвержении и более или менее осознанном желании доказать свою состоятельность, потому что больше никому нет до тебя дела.

Даже наличие психологических травм, полученных в детстве, приобретает новую перспективу, если есть кто-то, кому это не безразлично. Потери, неудачи или жестокое обращение в детстве не всегда портят дальнейшую жизнь.

Чтобы избавиться от этих душевных ран, необходимо обрести уверенность, которая приходит, в частности, от осознания того, что тебя любят и ценят. Молодые люди и взрослые нуждаются в позитивной *обратной связи*, подтверждении своих способностей и правильности своих чувств и целей.

Духовному человеку свойственна открытость: открытость к чужому мнению, к существованию различий, к разным манерам поступать и говорить, к трансцендентности, к таинству...

Из этого проистекает надежда, которая, как сказал св. Иоанн Златоуст, дает безопасность, подобно якорю корабля во время шторма, который не дает кораблю дрейфовать, даже если его швыряет ветер<sup>3</sup>. На что св. Фома добавил: "Человек должен быть привязан к надежде, как якорь привязан к кораблю. Но есть разница между якорем и надеждой, и она заключается в том, что якорь направлен вниз, в то время как надежда направлена вверх, то есть к Богу"<sup>4</sup>.

Со стороны можно нанести ущерб чьей-то психологической защищенности безразличием, презрением или обидными высказываниями; или же наоборот, поддержать примером последовательной жизни и ободрением.

Чтобы улучшить психическое здоровье, важно подтвердить ценность каждого человека, проявляя не только когнитивную эмпатию. То есть не только понять чувства другого человека - радуется ли он, злится, грустит или боится, - но и сопереживать ему. Необходимо разделить чувства других людей, посочувствовать и утешить.

Необходимо быть внимательным к потребностям других людей, чтобы они чувствовали себя принятыми, ценными, любимыми и важными. И выявить возможные корни психических симптомов в искаженных убеждениях типа:

---

<sup>1</sup> J. PIAGET, *Dal bambino all'adolescente. La costruzione del pensiero (passi scelti)*, La Nuova Italia, Perugia 1989 (2nd), 154; corresponds to J. PIAGET, B. INHELDER, *De la logique de l'enfant à la logique de l'adolescent*.

<sup>2</sup> Cf. FRANCIS, Encyclical Letter *Laudato si'*, May 24, 2015; and Apostolic Exhortation *Laudate Deum*, October 4, 2023.

<sup>3</sup> Cf. ST. JOHN CHRYSOSTOM, *In Hebrews* 11.

<sup>4</sup> ST. THOMAS AQUINAS, *Sup. epist. ad Hebreos*, ch. 1, lectio 4: "ita homo debet alligari isti spei, sicut anchora navi alligatur. Est autem differentia inter anchoram et spem, quia anchora in imo figitur; sed spes in summo, scilicet in Deo".

"Никому нет дела до того, что я делаю, какой я есть, что я чувствую, что планирую..."; или же: "Я бесполезен, никто не считается со мной, никто меня не любит".

Мы определили вопрос, который подавляет и нарушает гармонию: "Кого это волнует?". Психическое здоровье частично зависит от ответа на этот вопрос. Правильно ответив на него, мы узнаем, как ответить на другой вопрос: "Зачем я это делаю?", будь то работа, благотворительность, семейные или общественные обязанности, религиозные обряды. То, что мы делаем, требует мотива, и если нами руководит любовь к кому-то вне нас, у нас больше шансов на стабильность.

Как врачи, психологи, священники или просто братья по общей человеческой природе, мы имеем возможность многими способами искренне сказать: "Я верю в тебя, ты не одинок". Таким образом, мы укрепляем психологическую безопасность других людей и закладываем основу для выявления и преодоления страхов, которые мы увидим ниже.

## 2. Называя страхи

"Что вы так боязливы? Как у вас нет веры?". Мы знаем, что вербализация симптомов полезна для психического здоровья. Это требует здорового самоанализа, который направлен на самопознание и предполагает некоторые профилактические установки: например, не злоупотреблять алкоголем, заниматься физическими упражнениями, не закрываться и т.д., а также стремиться следовать медицинским рекомендациям по выздоровлению.

Первое значение слова "ответственность" (*responsibility*), от латинского *respondo* – нести бремя своих решений и поступков. В психиатрии об этом не часто говорят. В DSM-5 содержится предварительное примечание, в котором прямо указывается, что при описании заболеваний у авторов нет намерения вступать в споры об ответственности или вменении в вину.<sup>5</sup>

С другой стороны, пациент должен знать, что не все, что с ним или с ней происходит, является результатом случайности и действия враждебных сил. Когда предпринимались попытки снять с пациента всякую ответственность за его или ее симптомы, клинические результаты были хуже<sup>6</sup>. В конце концов, если все произошло случайно, зачем прилагать усилия, чтобы поправиться, зачем прислушиваться к медицинским работникам?

Знание того, каковы мы сами и каковы другие, устраняет страхи. Не навешивая ярлыков, полезно знать, какие черты характера могут вызывать проблемы, а также выявлять эти черты и называть их своими именами. Некоторые из этих опасных черт хорошо известны, такие как перфекционизм, эмоциональная нестабильность, пессимизм и грусть, неуверенность в себе и угрызения совести, виктимность и идеализм в оценке самих себя или мира.

Как мы знаем, нет четкой границы между "нормальными" дефектами и расстройствами личности, потому что нормальность относительна: мир не делится на черное и белое. Но в случае расстройств, как писал Курт Шнайдер, всё более очевидно: "Это люди, которые страдают и заставляют страдать других"<sup>7</sup>.

Часто пациент не в состоянии дать название этому страданию, он или она не знает, почему он или она испытывает страх или почему он или она опустошены.

---

<sup>5</sup> Cf. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fifth Edition (DSM-5), APA Press, Washington DC 2013.

<sup>6</sup> Cfr. W. VIAL, *Madurez Psicológica*, Palabra, Madrid 2019 (4ª), chapter X: *Libertad y responsabilidad psíquica*.

<sup>7</sup> Cf. K. SCHNEIDER, *Las personalidades psicopáticas*, Morata, Madrid 1980 (8th), 32.

Вторая часть вопроса "Как у вас нет веры?" проливает новый свет. В действительности, у любого человека есть некая вера, потому что он спрашивает себя о смысле своей жизни и того, что он делает. Он может отрицать Бога или верить в него, но он должен найти причину для жизни.

Когда Христос связывает страх с недостатком веры, он учит нас, что человек жаждет сверхъестественного. В некотором смысле он по своей природе сверхъестественен, не имея права ни на это, ни на благодать Божию. Если принять это за обоснованную предпосылку, то исключение любого сверхъестественного элемента из существования будет вредно для психического здоровья.

Это подводит нас ко второму значению слова "ответственность" (*responsibility/respond* – отвечать, откликаться), которое происходит от другого латинского корня – *respondere*. Откликаться на кого-либо, открывать для себя личность или сверхличность, которая возложила на нас миссию, у которой есть план для каждого человека.

Помня об этой сверхличности, становится легче понять смысл боли или дать ей название. "Почему это происходит со мной... и сейчас тоже? Это несправедливо, я не сделал ничего плохого". Так часто мы жалуемся на болезнь или если нужно утешать того, кто ее испытывает, и ищем виновных.

Понять, почему мы страдаем, — это задача, которую нельзя игнорировать. Поскольку все страдают от болезней, поскольку нет жизни без боли, если мы не найдем для нее какой-либо причины, нам придется сделать трагический вывод о том, что существование бессмысленно. В таком случае мы живем только по воле случая или по прихоти враждебных сил.

Трудно найти ответы на вопросы этого мира, особенно на вопросы, связанные с болезнями. Вера в Бога помогает прервать постоянные поиски виновных. С верой страхи уменьшаются, и можно смотреть в лицо жизни со смирением, осознавая, что мы не знаем всего, что мы несовершенные создания Бога, который любит нас как лучший из отцов.

"Ключ, который возвращает нам свободу, принадлежит нам самим" <sup>8</sup> - написала Эдит Эгер, выжившая в концлагере. Мы не можем изменить прошлое, чтобы жить без боли, но мы можем решить смотреть в будущее и перестать быть "самими себе тюремщиками". Таким образом страхи исчезают, а внутренняя свобода духовно зрелого человека растет.

### **3. Смиренное отношение, не отрицающее Бога**

"Кто же Сей, что и ветер, и море повинуются Ему?" Этот последний пункт отражает изумление, с которым апостолы узнали, что Иисус был Богом. Я считаю, что удивление — это очень подходящее отношение к психическому здоровью, хотя я не нашел упоминания о нем в медицинских статьях.

Вселенная устроена по удивительным правилам. Такие явления, как орбиты планет, скорость, с которой вращается Земля, температура, количество CO<sub>2</sub> в атмосфере или таяние льда, взаимосвязаны и отражены в некоторых математических формулах.

Перед лицом мировых законов и природы можно продолжать вести себя так, как будто ничего не происходит, или быть преисполненным удивления и задавать больше вопросов. Из этого удивления может родиться стремление найти разумного создателя, признать его творцом и поблагодарить за мир, который он создал, за "общий дом", как называет его папа Франциск.

---

<sup>8</sup> E. EGER, *The Choice: A true story of hope*, Random House UK, 2018.

Но можно также использовать все эти знания для достижения власти, не беспокоясь о других людях или народах. Можно оставить Бога в стороне или действовать, исходя из признания о Его смерти, как Ницше.

И если у всей Вселенной есть правила, то, по-видимому, они есть и у человеческого разума. В человеке заложен интегрирующий механизм, основанный на согласованности элементов, выравнивании и отсутствии перегрузки. Несогласованность нарушает мыслительные процессы, может вызвать изменения рациональных суждений и психические заболевания.

Согласно Виктору Франклу, *anima naturaliter religiosa* [лат. - душа по своей природе религиозна] - душа по своей природе религиозна <sup>9</sup>. Здоровый человек постоянно ищет смысл своей жизни, задает себе вопросы о боли, смерти и цели того, что он делает. Во втором веке другой автор, Тертуллиан, сказал нечто подобное: "*anima naturaliter cristiana*" [лат. - душа по природе своей христианка]. Душа естественным образом стремится ко Христу.

Христианство, в отличие от любой психотерапии, представляет каждому человеку, здоровому или больному, образец зрелости. Того, кому можно подражать, кто является чем-то большим, чем просто эталонной фигурой. Иисус Христос представляет себя как истинного Бога и истинного человека, "путь, и истину, и жизнь" (Ин. 14:6) <sup>10</sup>. И эта "истина насаждается силой самой же истины, проникающей в умы благодаря своей сладости и вместе с тем — своей силой" <sup>11</sup>.

Из этого вытекает логика категорического утверждения: «Человек познает себя только через Бога; и только если он живет в союзе с Богом, его жизнь будет праведной. Бог, однако, не предстает здесь каким-то неведомым, далеким незнакомцем. Он являет нам Свой лик в Иисусе – Его дела и Его воля научают нас распознавать мысли и волю Самого Бога» <sup>12</sup>.

Христианин находится в привилегированном положении для достижения зрелости и помощи другим, поскольку он получил откровение от Бога, ставшего человеком. Взирая на Иисуса, человек видит цель и получает средства для обогащения духовной сферы в уникальном и неповторимом единстве личности.

Иисус страдал от физической и психологической боли; он пережил истощение, жажду, унижение, мучения и позорную смерть. И он был невиновен. Мы веруем, что чрез страдания Он приобрел для нас великое благо, освободив нас от греха и открыв нам врата небесные. И что Он воскрес.

Если бы Иисус был совершенным человеком, очень умным, очень добрым и щедрым, но не более того, тогда он был бы самозванцем. Человек не воскресает сам по себе, не просит своих последователей взять его крест и следовать за ним, есть его плоть (применительно к Евхаристии), не воскрешает мертвых, не исцеляет всевозможные болезни своим словом и не изгоняет бесов.

Вот почему мы верим, что Иисус был Богом. Бог может сделать все это; Бог может объединить свои планы с тайной, подобной тайне скорби. Он может сказать: "Блаженны плачущие, ибо они утешатся" (Мф. 5:4).

Вопрос "Кто же Сей?" имеет важные последствия. Признание Бога меняет жизнь, и нет ничего ненаучного в том, чтобы признать, что Он может существовать: Вселенная и человеческий разум намекают на его присутствие. Антинаучно отрицать Бога априори. Технический прогресс и то, что происходит в мире, не снимают вопроса, потому что чудо остается. Люди нуждаются в Боге.

<sup>9</sup> See V. Frankl, *Logotherapy and religion*, at <https://www.madurezpsicologica.com/en/logotherapy-and-religion/>.

<sup>10</sup> VATICAN II, *Dignitatis humanae*, n. 1.

<sup>11</sup> On this topic, see: E. COLOM, A. RODRÍGUEZ LUÑO, *Elegidos en Cristo para ser santos. Curso de Teología Moral Fundamental*, Palabra, Madrid 2001, pp. 97-108.

<sup>12</sup> BENEDICT XVI, *Jesus de Nazaret I*, 161.

С психологической точки зрения, представляя себе человека, который любит нас и сопровождает в любых обстоятельствах, в каждом событии прошлого, настоящего или будущего, - Иисуса, мы наполняемся покоем.

Желая развить свою личность и быть счастливыми, мы не можем просто смотреть на себя со стороны или прислушиваться к своей психике: " Наши жизни находятся в глубоком общении между собой, посредством множества взаимодействий связаны друг с другом. Никто не живет сам по себе. Никто не грешит сам по себе. Никто не спасается сам по себе. В мою жизнь постоянно входит жизнь других: в то, что я думаю, говорю, делаю, совершаю. И наоборот – моя жизнь входит в жизнь других: во зло, как и во благо" <sup>13</sup>.

Христианин находится во взаимоотношениях со всем творением и может достичь зрелости в природе и вместе с ней, не растворяясь в ней. Иными словами, он может достичь здорового реализма в видении мира и его исторических ситуаций с убежденностью в том, что "Христос, наш Господь, все еще хочет спасти людей и все творение — этот наш мир, который хорош, ибо таким он вышел из рук Божиих" <sup>14</sup>.

Духовная зрелость заключается также в том, чтобы смотреть на реальность смерти, которая знаменует конец нашей личной истории на земле, с чувством ответственности: "Вера во Христа никогда не смотрела только назад или только ввысь, но также и вперед, в ожидании часа справедливости, многократно возвещенного Господом" <sup>15</sup>.

Внутренняя жизнь, наши личные отношения с Богом и другие сверхъестественные реальности, которые исходят из глубин нашего существа как проявление веры, помогают нам расти. Вера в Бога помогает людям лучше контролировать свои эмоции, более терпимо относиться к разочарованию и принимать страдания. Это источник психического здоровья.

Этот Бог никогда не может служить оправданием для того, чтобы плохо обращаться с другими людьми или смотреть на них свысока, потому, что они, возможно, не веруют, ибо, как писал св. апостол Иоанн, " Кто говорит: «я люблю Бога», а брата своего ненавидит, тот лжец: ибо не любящий брата своего, которого видит, как может любить Бога, Которого не видит?" (1 Ин. 4:20).

Итак, есть две возможности: признать Бога или, по крайней мере, искать Его, либо найти замену. Когда Бог перестает быть главным источником уверенности, сталкиваясь с вопросом "Кто же Сей", мы довольствуемся мыслью, что он всего лишь могущественный человек. Этот путь может привести к тому, что вы поставите себя, другого человека или вещь на место Бога и утонете.

### **Заключение**

Концепция духовности широко распространена в психиатрии и общей медицине как фактор, улучшающий прогноз развития болезни. Ссылки, как правило, прагматичны: речь идет об утешении, которое дает религиозный лидер, о причине продолжать жить, которую дает религия, или о безмятежности веры в новую жизнь после нынешней <sup>16</sup>.

Реже встречается упоминание о реальном существовании Бога, который близок и является Отцом всего сущего. Пастырское богословие и опыт духовного

---

<sup>13</sup> BENEDICT XVI, *Spe salvi*, n. 48.

<sup>14</sup> J. ESCRIVÁ DE BALAGUER, *Christ Is Passing By*, n. 183.

<sup>15</sup> BENEDICT XVI, *Spe salvi*, n. 41.

<sup>16</sup> As an example of a study considering spiritual maturity among factors predicting better mental health: cf. P. W. SANDERS, G. K. ALLEN et al, *Intrinsic religiousness and spirituality as predictors of mental health and positive psychological functioning in Latter-Day Saint adolescents and young adults*, in "Journal of Religion and Health", 2015 Jun ; 54(3): 871-87.

сопровождения показывают, что правильно прожитая вера, которая ставит любовь к Богу на первое место, а любовь к ближним как к самому себе – на второе (ср. Мф. 22:37-39), является профилактическим фактором, улучшающим прогноз.

В любом случае, независимо от того, исповедует человек какую-либо веру или религию или нет, он должен ответить на вопросы, которые мы задали. Те, кто страдает, должны знать, "кому не все равно". От ответа зависит их способность оправиться от своих ран, их стойкость и надежда. Им также нужно дать название своим страхам и сохранить способность удивляться всему миру и окружающим.

Сосредоточение внимания на духовной зрелости приводит к еще одному выводу, который я считаю важным для психического здоровья. Необходимо заново открывать человека, сосредотачиваться на нем или на ней, а не на его личности или образе жизни. Это помогает выявить положительное в каждом человеке.

Это подразумевает выход за пределы самого себя, применяя на практике человеческую способность к само-трансценденции по отношению к Богу и другим людям. Духовная зрелость приводит к открытию того, что, как писал Кьеркегор, "дверь к счастью открывается не внутрь (...), а наружу"<sup>17</sup>.

Давайте вернемся к образу лодки во время бури и увидим в ней человечество. Но давайте не будем представлять себе корабль одиноким и брошенным на произвол судьбы. Давайте послушаем совета св. Августина и преисполнимся надежды и веры, которые преодолевают страхи: "Но спит Христос на корабле твоём. Разбуди же Его, и Он повелит буре, чтобы она умолкла. (...)Что же значит таким образом – разбудить Христа? Значит, пробудить веру, вспомнить то, во что ты уверовал. Итак, помни веру твою, буди Христа. Эта вера твоя повелит волнам, коих ты боишься, и ветру дурных наветников; и тотчас удалятся они, тотчас успокоится все"<sup>18</sup>.

---

<sup>17</sup> S. KIERKEGAARD, *Either/Or (Enten-Eller)*, 1843); French edition: *Ou bien... Ou bien*, Gallimard, 1984, 21.

<sup>18</sup> ST. AUGUSTINE, *Sermons* 361, 7.

## **Чувство вины – нормальное и патологическое – в пастырской практике**

Вина – это сложное нравственное чувство. Кембриджский словарь определяет вину как состояние, при котором человек переживает или ощущает себя несчастным из-за того, что он сделал что-то плохое или причинил вред другому. Оно характеризуется чувством раскаяния, ответственности за проступок и самобичеванием. Чувство вины возникает, когда человек совершает поступок, который воспринимается как неправильный, неэтичный или вредный. Если человек нарушает свои собственные моральные или этические нормы, он может испытывать чувство вины.

Чувство вины может возникать из-за реальных или воображаемых ситуаций. Например, если человек действительно причинил кому-то вред или боль, он может испытывать чувство вины. Чувство вины может быть и естественной реакцией на собственные действия или решения. Это может быть мнимая или предполагаемая вина, если человек совершает ошибку, противоречащую его собственным моральным или этическим нормам. Оно также может возникать, когда у человека не получается соответствовать своим собственным стандартам и ожиданиям. Чувство вины может появиться, когда человек переоценивает собственную роль в ситуации. В различных формах чувство вины проявляется и при различных психических расстройствах.

Типы вины:

- Естественное чувство вины: если кто-то совершил ошибку и сожалеет об этом, переживает из-за этого, это называется естественной виной. Это нормальное и адаптивное состояние. Оно мотивирует человека изменяться к лучшему.
- Вина выжившего: это ощущение развивается в человеке, пережившем ситуацию, представлявшую угрозу для жизни. У вины выжившего два основных компонента: чувство вины за то, что выжил, в то время как другие погибли, и чувство вины, что не сделал больше для спасения других людей.
- Личная вина: ощущение, возникающее когда человек убежден или осознает (верно или ошибочно), что он нарушил свои нормы поведения или общие для всех нравственные устои и должен понести ответственность за это нарушение.
- Католическая вина: обобщенное чрезмерное иррациональное ощущение вины, свойственное католикам, если они не в состоянии строго придерживаться всех религиозных предписаний. Приводит к убеждению, что они все грешники, нуждающиеся в постоянном исправлении или участии в религиозных обрядах для достижения святости.
- Социальная вина: ощущение вины, вызванное социальными нормами и ожиданиями. Эти ожидания гендерно обусловлены и по сути своей дискриминационны (например, роль матери); они варьируются в зависимости от культуры.
- Навязчивое чувство вины: постоянное чрезмерное переживание чувства вины приводит к постоянному чувству вины, при котором человек не может игнорировать преследующие его мысли. Мысли, сопровождающие это ощущение вины, обычно навязчивы и противоречат собственному моральному кодексу человека.

### **Отличительные черты патологического чувства вины**

Патологическое чувство вины может быть психиатрическим расстройством, при этом субъективное переживание вины является чрезмерным и иррациональным, влияет на общее функционирование человека и истощает его. Ситуация может стать непомерно тяжелой и хронической. Чувство вины в таком

случае непропорционально совершенным действиям или принятым решениям. Человек начинает придавать ненужное значение мельчайшим деталям и нагнетать эмоции.

Патологическое чувство вины может быть симптомом горя, ОКР, тяжелой депрессии, ПТСР, тревожных расстройств, пограничного расстройства личности, зависимого расстройства личности, бредового расстройства/психоза и так далее.

### Различия между нормальным и патологическим чувством вины

	<i>Нормальное чувство вины</i>	<i>Патологическое чувство вины</i>
1	Адаптивная эмоция	Деадаптивная эмоция
2	Возникает при нарушении человеком собственных нравственных устоев	Не связано с каким-либо проступком
3	Нормальная/распространенная эмоциональная реакция, с которой можно справиться	Чрезмерное и иррациональное
4	Пропорционально ситуации или последствиям	Не пропорционально ситуации или последствиям
5	Временное, затухает по мере принятия человеком мер по исправлению ситуации или усвоению урока	Вызывается мелкими или мнимыми нарушениями
6		Хроническое, продолжается долгое время
7		Мешает повседневной жизни
8		Является симптомом сопутствующего психического расстройства

### Симптомы чувства вины

У людей, испытывающих чувство вины, оно проявляется в разных формах. Тревога, приступы плача, бессонница, мышечное напряжение, угрызения совести, сожаление, расстройство желудка и беспокойство – вот некоторые симптомы чувства вины. Человек может неоднократно обращаться за поддержкой и предпринимать различные действия, чтобы заглушить чувство вины. Многие люди находят спасение в религиозных/духовных обрядах, в то время как другие оказываются в замкнутом круге чувства вины и других негативных эмоциональных состояний.

### Уровни чувства вины

Чувство вины может быть разной интенсивности, как и в случае с болью. Хотя трудно представить себе количество боли и вины, и то и другое поддается количественной оценке по градуированной шкале. Континуум вины классифицирует ее на три варианта по возрастанию интенсивности: полезное чувство вины, неблагоприятное чувство вины и стыд. Демаркация тонких границ между этими тремя категориями помогает нам контролировать самокритику и отвергать послания стыда.

- Полезное чувство вины – это ощущение дискомфорта из-за того, что мы поступили объективно неправильно. Чувство вины в данном случае вызвано нарушением объективных моральных норм. Оно побуждает искать прощения и

стремиться исправиться. Исцеление приходит, когда человек исправляется. Подобное чувство вины считается позитивным, поскольку оно благоприятно сказывается на дальнейшей жизни, позволяя человеку адаптироваться к последующим жизненным изменениям.

- Неблагоприятное чувство вины: в данном случае ощущение дискомфорта связано с тем, что мы поступили вопреки своим нереально высоким стандартам. Такой уровень чувства вины возникает при нарушении неосуществимо высокого стандарта. Это приводит к самонаказанию и затягиванию в ловушку вины. Исцеление и позитивные изменения в поведении человека не произойдут, пока он не выйдет из этого ментального тупика. Это состояние расценивается как негативное, поскольку оно неблагоприятно сказывается на адаптации человека к жизненным изменениям в дальнейшем.
- Стыд – это острое болезненное ощущение того, что мы в корне неправы, не сопоставимое по масштабу с совершенными поступками или принятыми решениями. Оно возникает из-за врожденного чувства собственной никчемности или ущербности. Уверенность человека в себе разрушается, и он отказывается от попыток что-то изменить. Это приводит к страху отвержения, самоизоляции, углублению проблем с психическим здоровьем и злоупотреблению психоактивными веществами. Человек отстраняется, пытаясь избежать подобных обстоятельств в будущем; такое состояние считается негативным.

### Пути вины и стыда

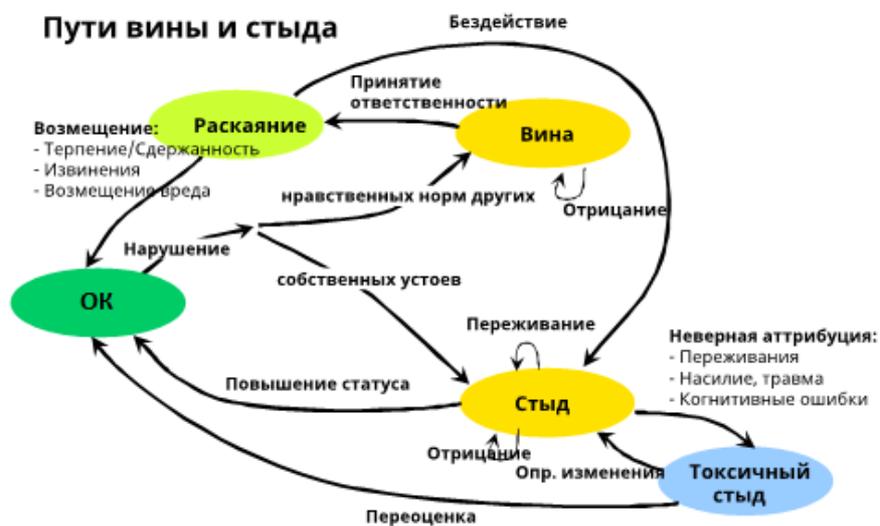


Диаграмма выше объясняет различные фазы при развитии, закреплении или преодолении чувства вины и стыда. Каждый кружок обозначает определенное состояние, а метки обозначают поступки или события.

**ОК:** Это первоначальное или нейтральное состояние человека, свободного от чувства вины.

**Нарушение/проступок:** Неспособность соответствовать собственным нормам поведения; чувство недовольства, вызванное оценкой своих поступков или снижением статуса, порождает стыд. Неспособность соответствовать нравственным стандартам других людей вызывает чувство вины.

**Переживание/Заикливание на чувстве вины:** постоянное обдумывание проступка, самобичевание, постоянное проигрывание в голове совершенных нарушений, сосредотачиваясь на ошибках, при этом можно дойти до крайности.

**Отрицание:** Это поведение, при котором человек отказывается брать на себя ответственность за свои поступки или решения.

**Неверная атрибуция:** при этом типе когнитивной ошибки человек винит себя в событиях, которые он не может контролировать, и расстраивается из-за того, что не в силах изменить.

**Токсичный стыд:** это острая, внутренняя и личная боль, основанная на неправильном, неоправданном или необоснованном обвинении самого себя.

**Переоценка:** в ходе этого процесса человек заново, более четко, рационально и реалистично обдумывает то, в чем он себя обвиняет, и ситуация обретает для него новый смысл.

**Определить изменения:** после переоценки ситуации человек определяет, какие изменения он хочет провести в своей жизни.

#### **Нейропсихология вины и стыда**

При переживании чувства вины нейронная активность наблюдается в лимбической системе и лобных долях – точнее, в префронтальной коре и миндалевидном теле. В момент переживания чувства вины реакция страха, генерируемая мозгом, – это, преимущественно «борьба». Фокус внимания переключается на действия, поскольку субъект ощущает больший контроль над окружающей обстановкой. Гормоны, такие как кортизол, адреналин, окситоцин и ДГЭА, вступают в действие, и человек извлекает пользу из этого опыта.

Стыд – более сложная эмоция, определяемая широким спектром культурных и социальных факторов. При переживании стыда наблюдается высокая нейронная активность в правом полушарии. Поскольку стыд вызывается ощущением своей некомпетентности, в ответ на страх возникает преимущественно реакция покорности/уныния, а не борьбы. Это активирует гормоны стресса, приводящие к непреодолимой тревоге.

Навязчивые деструктивные убеждения (ошибочная вера в то, что я не могу изменить ситуацию) приводят к повторяющемуся деструктивному поведению (например, чрезмерному употреблению алкоголя), чтобы отгородиться от переполняющего чувства стыда, которое, в свою очередь, приводит к повторному возникновению деструктивных убеждений. Этот порочный круг называется циклом стыда.

Чрезмерное хроническое чувство вины и стыда приводит к навязчивому самонаблюдению и самобичеванию, что создает почву для депрессии, тревоги, обиды, гнева и самоубийства.

#### **Пастырское попечение**

Работа с чувством вины в пастырской практике представляет собой сложную задачу, поскольку здоровое и патологическое чувство вины разделяет тонкая грань. Работа с естественным чувством вины требует сравнительно меньших усилий и может осуществляться без применения психотерапевтических методов. Процесс работы с естественным чувством вины может состоять из разных шагов, включая активное слушание, духовное наставление и проведение религиозных обрядов, направленных на уменьшение или устранение чувства вины. Первый шаг должен быть сделан без осуждения, максимально способствуя выражению чувств. В духовном назидании человеку можно помочь исследовать духовные и этические аспекты вины с использованием священных писаний, верований и традиций. На следующем этапе предлагаются религиозные обряды, такие как исповедь, покаяние, причастие, молитва и медитация, чтобы уменьшить

интенсивность чувства вины или устранить его. Кроме этого, объясняется важность прощения. Если чувство вины сохраняется в течение длительного времени, можно направить человека к душепопечителю или психотерапевту.

Патологическое чувство вины может быть устранено в ходе подробных психотерапевтических интервенций, о которых шла речь в докладе.

## **Роль молитвы в поддержке людей с психическими расстройствами**

«Придите ко Мне все труждающиеся и обремененные, и Я успокою вас; возьмите иго Мое на себя и научитесь от Меня, ибо Я кроток и смирен сердцем, и найдете покой душам вашим; ибо иго Мое благо, и бремя Мое легко» (Мф. 11:28-30).

Одной из ключевых концепций в области психического здоровья является «психологическая безопасность». Эта концепция создает у человека хорошее и благостное ощущение жизни, что означает просто спокойствие ума, отсутствие какого-либо страха наказания или унижения. Отсутствие психологической безопасности может привести к потере смысла и цели в жизни и может серьезно навредить психологическому здоровью человека в целом.

Спокойствие и жизнерадостность являются результатом достижения психологической безопасности и чувства уверенности в себе. Как люди верующие, мы знаем из Священного Писания, что достичь этого состояния мы можем, только будучи по-настоящему связаны с Богом, позволяя Ему управлять нашими мыслями и позволяя только Ему судить о наших чувствах, поведении и помыслах. Господь говорит: «Мир оставляю вам, мир Мой даю вам; не так, как мир дает, Я даю вам. Да не смущается сердце ваше и да не устрашается» (Ин. 14:27).

Подсознание – это дом для инстинктов, мотивов, страхов, желаний, табу и негативных мыслей, с которыми люди сталкиваются сознательно или бессознательно. Однако поскольку люди не в состоянии противостоять многим жизненным проблемам, с которыми они сталкиваются, и решать их или реагировать на них, эти мысли сохраняются в их подсознании и в конечном итоге управляют большинством их действий, играя важную роль в формировании личности.

Поэтому, в некотором смысле, глубинная причина поведения и многих поступков человека находится вне его контроля и сознания. Люди снова и снова удивляются своим действиям и поведению в повседневной жизни, и порой они даже не могут оправдать свое поведение. Иногда, чем больше люди пытаются разобраться в своем поведении, тем дальше они уходят от каких-либо конкретных ответов. Часто мы объясняем поведение человека, основываясь на его образовании и жизненном опыте. Однако во многих случаях, оглядываясь назад и проводя самоанализ, мы удивляемся еще больше, поскольку не можем найти причину для какого-то определенного поведения, исходя из образования или жизненного опыта!

Поэтому люди часто кажутся сами себе странными, сложными и совершенно неизвестными. Евангелие просит нас следовать определенным принципам и соблюдать определенную этику. Однако во многих отношениях мы не делаем того, что считаем правильным и чему хотим следовать, и совершаем некоторые поступки, о которых впоследствии сожалеем.

Апостол Павел рассказывает о таком опыте в Послании к Римлянам. Он пишет: «Ибо не понимаю, что делаю: потому что не то делаю, что хочу, а что ненавижу, то делаю» (Рим.7:15). Упомянув об этом, Павел ищет богословское объяснение. Его ответ заключается в его опыте божественного откровения. Его решение этой проблемы также основывается на спасительном деянии Бога в Иисусе Христе.

В своем послании к Фессалоникийцам апостол Павел пишет: «Сам же Бог мира да освятит вас во всей полноте, и ваш дух и душа и тело во всей целостности да

сохранится без порока в пришествие Господа нашего Иисуса Христа» (1 фес. 5:23). Картина, которую Павел представляет в этом стихе, по-разному описывается в Священном Писании. Он упоминает дух, «я» и тело.

Человеческий дух — это основа духовной природы человека, которая также позволяет ему соединяться с Богом. Благодаря этому основанию, через таинство Крещения и в процессе покаяния и духовного возрождения, человеческая душа возрождается заново и устанавливает новую связь с Богом, связь, которая была нарушена из-за греха и грехопадения. Другая часть человека — его тело, отвечает за присутствие в мире и гарантирует физическое измерение. Третья часть — это его «Я» или эго.

Хотя эти три аспекта человеческого существования изучаются отдельно, они влияют друг на друга и образуют единую личность. В результате грехопадения духовная связь между человеком и Богом была разорвана, и это повлияло на все человеческое существование. Тело человека было поражено болезнями, грехом и царствовавшим над ним злом. Но через таинство Святого Крещения, люди вступают в новые отношения с Богом, и господству зла приходит конец. Тогда Святой Дух вселяется в людей, управляя всем их существованием.

Таким образом, можно исследовать болезни и психические проблемы христиан, поскольку их тела и разум могут быть больны. На самом деле, когда человек обращается в христианство во взрослом возрасте, у него уже могут быть проблемы с психикой из детства или более ранних периодов жизни, и он может иметь проблемы с психикой. Если должным образом не решить проблемы таких после их обращения, впоследствии это может привести к еще большим психическим и эмоциональным трудностям.

Несмотря на это, Божественная Благодать неоспоримо является активной частью христианской жизни. Если христианин воспользуется силами, которые Божия Благодать дает ему в его христианской жизни, все его существо может преобразиться, что поможет ему решить его психологические проблемы.

Молитва — это суть христианского пути с Богом. Молитва соединяет нас с Богом. Это также способ наладить связь с другими людьми и полюбить их. В Библии сказано: "Непрестанно молитесь" (1 фес. 5:17). Любая деятельность или мысль, которые мешают нам соединиться с Богом и заставляют нас заикливаться на самих себе вместо того, чтобы обращаться к Нему, греховны и наносят ущерб нашему человеческому существу, поскольку отрицают истинный смысл нашей жизни как духовных существ.

1. Грех Адама и Евы в главе 3 книги Бытия можно рассматривать как недостаток молитвы. Обратите внимание, что молитва — это диалог и взаимоотношения с Богом. Они вкусили от древа познания добра и зла и стыдились говорить с Богом после того, как Он пришел в сад, чтобы найти их. Грех отделил их от Бога, помешав соединиться с Ним, и то, что Адам и Ева не молились (в диалоге и отношениях), было грехом и причиной греха и началом проблем в мире.

Можете ли вы представить себе человека, который утверждает, что он ваш лучший друг, но никогда с вами не разговаривал? Если это так, то это означает, что ваша дружба мрачна и полна напряжения. Точно так же отношения с Богом непрочны и бессмысленны без общения с Ним. Без молитвы не может быть крепких отношений с Богом. Как дети Божии, мы, естественно, склонны к общению с Богом: "Внемли гласу вопля моего, Царь мой и Бог мой! ибо я к Тебе молюсь" (Пс. 5:3). Священное Писание призывает нас молиться, и следование этому порядку даст великое благо. "Близок Господь ко всем призывающим Его, ко всем призывающим Его в истине" (Пс. 144:18).

Христос является примером человека, который постоянно молится. Он часто молился (см. Лк. 3:21, 5:16, 9:18, и 28; и 11:1) и призывал своих последователей молиться (Лк. 11:2-4). Если сам Христос нуждался в молитве, то насколько больше в ней нуждается христианин?

2. Жизнь без молитвы пренебрегает исцеляющей благодатью Святого Духа. Нас просят молиться за братьев и сестер-христиан (Иак. 5:16), а апостол Павел призывал других молиться за него (Еф. 6:19; Кол. 4:3; 1 фес. 5:25). Он также молился за других (Еф. 1:16; Кол. 1:9). Когда в нашей жизни нет молитвы, мы фактически игнорируем Божию заповедь любить других и бросаем ей вызов: «Итак прежде всего прошу совершать молитвы, прошения, моления, благодарения за всех человеков» (1 Тим. 2:1).

Господь говорит: «А Я говорю вам: любите врагов ваших, благословляйте проклинающих вас, благотворите ненавидящим вас и молитесь за обижающих вас и гонящих вас» (Мф. 5:44). Послание Иисуса заключается в том, что мы должны поддерживать всех молитвой и милостью, даже тех, кого нелегко полюбить.

3. Молитва помогает нам услышать Божие наставление. Жизнь без молитвы ослабляет нашу восприимчивость к словам Иисуса Христа. Послание к Евреям (12:2) напоминает нам о том, что Христос является источником нашей веры и Тем, Кто наполняет ее. Без Святого Духа мы можем встать на опасный путь критики и осуждения самих себя, стремясь к мирскому самосовершенствованию. Но когда мы говорим: «Да придет Царствие Твое и да будет воля твоя», им приходится сталкиваться с несовместимостью их понимания исцеления и исцеления, даруемого Богом.

В Евангелии от Матфея (26:41) содержится предостережение: «Бодрствуйте и молитесь, чтобы не впасть в искушение». Уклонение от молитвы делает сердце уязвимым для искушений и ведет людей ко все большему греху. Только когда мы водимы Святым Духом, мы можем поступать мудро. Только благодаря силе Святого Духа, наши молитвы становятся плодотворными и действенными.

«Также и Дух подкрепляет нас в немощах наших; ибо мы не знаем, о чём молиться, как должно, но Сам Дух ходатайствует за нас воздыханиями неизреченными. Испытующий же сердца знает, какая мысль у Духа, потому что Он ходатайствует за святых по воле Божией» (Рим. 8:26-27).

В этом смысле можно видеть, что молитва, как средство общения с Богом и другими людьми, будь то сосед или друг, устанавливает правильные отношения человека с Творцом. Взаимоотношения, которые, по слову св. апостола Павла, мы могли бы назвать «оправданием», позволяют человеку направить все свое существо к Богу. Это, конечно, не излечит психологически больного человека, но, безусловно, окажет на него положительное влияние. Правильно направленный дух помогает телу и уму правильно управлять собой и преодолевать свои болезни.

## **Психиатрия и пастырское душепопечение: анализ сложного случая**

Я решил поделиться с вами одним из самых сложных случаев за всю мою жизнь как священника, который призван давать советы, предоставлять душепопечение и духовное наставление всем, кто бы ни обратился за помощью.

Расскажу вам об истории одной монахини – мне разрешено поделиться этим случаем, поскольку годы спустя я сказал ей: «Мне кажется, Ваш опыт в начале Вашей религиозной жизни был одним из интереснейших случаев, с которыми мне доводилось сталкиваться. Не разрешите ли рассказать о нем на конференциях или в докладах?» Она позволила.

Итак, случай одной монахини. На тот момент это была девушка, получившая университетское образование и построившая в миру хорошую карьеру. Я был ее духовным наставником. У нас складывалось ощущение, что у нее есть духовное призвание – если точнее, призвание к созерцательной жизни в монашеской общине.

Когда она закончила университет, исполнившись желания полностью посвятить себя Христу, исполнившись рвения, она пришла в монашескую обитель, которая была мне хорошо знакома: очень строгих правил, сестры жили полностью закрывшись от мира, в холоде и полной нищете, на очень скудном питании, много времени уделяя молитве. Она присоединилась к этой общине. И с самого начала почувствовала: нет покоя, нет радости, сплошная пустыня, сплошная тьма, Бог молчит. Проходит неделя, другая, четыре недели, шесть... Только пустыня, ни минуты радости. Она меня спросила: «Как думаете, есть у меня призвание к жизни в этом ордене, в этой обители?» Я сказал: «Я бы предпочел, чтобы выводы Вы делали сами. Уделите время молитве, и, думаю, Вы найдете ответ». Через полтора месяца после прихода в этот монастырь она сказала: «Мне кажется, у меня нет призвания быть в этой обители».

Я согласился. Я часто приходил к подобному выводу. Чтобы присоединиться к духовному ордену, нужно чувствовать внутри радость и воодушевление. Невозможно прийти в общину, если внутри постоянно тьма, одиночество, безрадостное состояние. И я сказал ей: «Чем раньше Вы покинете эту общину, тем лучше». Однако она поговорила с настоятельницей (очень хорошей и добродетельной женщиной, большой молитвенницей, очень опытной в силу своего возраста). И настоятельница ей сказала: «Нет, уверяю Вас, у Вас есть призвание. Уверяю, Ваше место – в этой общине».

Послушница вняла ее словам. Время шло. Я настаивал на своем мнении: «Выбор за Вами». Но у нее возникла новая проблема: ощущение грусти и тоски, неделя за неделей. Меня ситуация начала довольно сильно беспокоить: без сомнения, налицо было начало депрессии. Проявлялись все симптомы депрессивного состояния. Я настаивал: «Вам надо покинуть общину. У Вас начинается депрессия. И это не вопрос добродетели или страдания ради Господа. Суть в том, что Вы заболеваете. И Ваше состояние может ухудшиться настолько, что Вам будет не под силу справиться». Она продолжала подчиняться настоятельнице, и депрессия прогрессировала с каждой неделей.

Через два месяца после ее прихода в общину ее состояние вызывало у меня самые серьезные опасения. Это была уже не просто депрессия. Я видел, что если она останется в общине, она столкнется с глубокой, серьезной депрессией. И я сказал: «Может дойти до того, что Вы не сможете встать с постели». Но она продолжала подчиняться советам настоятельницы.

Я настаивал: «Когда Вы уйдете из общины, Вам понадобится профессиональная помощь и лекарства, поскольку у Вас уже депрессия».

Настоятельница сказала этой сестре, чтобы она перестала со мной общаться. И во время одной из наших бесед она мне сказала, что эта наша встреча будет последней. И это была наша последняя пастырская беседа.

Но на этом не закончилось. Настоятельница пообщалась с епископом, и тот мне сказал, что настоятельница к нему обратилась и попросил: «Все, оставьте вопрос призвания этой сестры на усмотрение настоятельницы».

Что мне оставалось делать? Я же не мог силой войти в этот монастырь! Я не общался с этой послушницей примерно год. И однажды она позвонила сама и сказала, что хочет со мной поговорить. И когда мы беседовали, она настаивала: «Я хочу уйти из общины, но только после Пасхи. Давайте я пробуду там весь Великий Пост». Я сказал: «У Вас не хватит сил остаться там до Пасхи. Вам надо уйти сейчас».

Наши беседы прекратились, но потом она мне рассказала: «В первый день Пасхи, в пасхальное воскресенье, моя душа заново расцвела. Я была исполнена радости, духовной радости, меня охватило полное счастье. И это ощущение счастья оставалось со мной, я его испытывала больше года. Это ощущение духовного счастья продолжалось, хотя были моменты тьмы и пустыни».

Я присутствовал в церкви, когда она давала временные обеты. И я видел в ней явную радость, это было совершенно очевидно. В этом было что-то мистическое, чудесное.

В последующие годы мы беседовали примерно раз в год и анализировали произошедшее. Я сказал во время беседы: «Полагаю, я поступал верно, и мое представление о ситуации было верно – Вы страдали от тяжелой формы депрессии. Так что же в итоге произошло?»

Проанализировав собственное поведение, я пришел к выводу, что мое видение ситуации было верным, и что нам надо подчиняться законам психиатрии, потому что есть взаимосвязь между естественным и сверхъестественным. Сверхъестественное не упраздняет естественные законы. Сверхъестественное находится в гармонии с естественным.

Мы, священники, тоже должны подчиняться этим законам. Но в этом конкретном случае я усвоил урок: ты рассудил верно, ты поступал правильно, но Я – Господь, и могу делать то, что пожелаю. В этом случае Я угнетал ее душу не просто до ее естественных пределов, а сверх сил. Ты был ее духовным наставником, но она должна была отречься от всего, даже от твоей помощи. Она должна была полностью опустошить себя, дойти до предельного одиночества, оставшись даже без твоего попечения.

Вот такой был интересный случай.

#### **Вывод.**

Мы, священники, должны признавать взаимосвязь между естественным и сверхъестественным. Представьте, что кто-то вам говорит: «Мне было откровение от Бога. Я могу поститься целый день, целую неделю, целый месяц, и Господь будет подкреплять меня». Если человек мне хорошо знаком, я знаю его духовную жизнь, знаю, что умом он не обижен и ментально здоров, я скажу: «Хорошо, давай попробуем, но если это пойдет во вред здоровью, и появятся какие-то симптомы, я вправе тебе сказать, что пора остановиться, потому что под угрозой твое здоровье».

«Но как же откровение?..» Да, конечно, но и законы природы никто не отменял. Мы попробовали, но настал момент, когда надо вмешаться.

Это верно в отношении тела, и то же можно сказать и о разуме. Да, у нас есть дух. Исполненный света дух, сокровища небесные; однако разум

подчиняется законам природы и работает сообразно им. И нам, священникам, надо понимать, что мы не вправе сказать: «Да, конечно, делай, забудь про законы природы».

Для меня это был очень интересный духовный урок.

Вывод: Бог есть закон, Он может делать, что пожелает. Но при этом мне стало ясно и то, что я был прав, и рассуждения мои были верны.

Я был рад поделиться с вами таким случаем из моей пастырской практики. Надеюсь, кому-то мой опыт может быть полезен при столкновении с подобными непростыми ситуациями.

## Роль Коптской Православной Церкви в содействии психическому здоровью

Я прибыл из Египта, страны истории. Египет уже существовал, когда история только начиналась. Цивилизация фараонов возникла за 5000 лет до Рождества Христова. Именно с тех пор эти люди (наши прадеды – фараоны) открыли для себя психологию. Они верили в вечную жизнь, считали, что человек состоит из трех частей (*Ба, Ка и Кха*): тела, психики и души (*Ка* – это буква в виде человека, воздевшего руки к небу.) Они мумифицировали тело человека; в качестве символа души они выбрали огромную живую птицу (орла), которая улетает и возвращается, чтобы посетить тело; а символом психики они сделали человека, стоящего рядом с телом, подняв обе руки вверх, в ожидании времени последнего испытания – судного дня.

Господь наш Иисус Христос благословил Египет, когда Святое семейство бежало от царя Ирода: “Когда Израиль был юн, Я любил его и из Египта вызвал сына Моего” (Ос. 11:1). Они вернулись домой в Палестину через 3 года и 2 месяца, а позже Египет обратился к Христианству. «Как Бог Духом Святым и силою помазал Иисуса из Назарета, и Он ходил, благовествуя и исцеляя всех, обладаемых диаволом, потому что Бог был с Ним» (Деян. 10:38).

Господь наш Иисус Христос путешествовал, совершая благие дела: “И ходил Иисус по всей Галилее, уча в синагогах их и проповедуя Евангелие Царствия, и исцеляя всякую болезнь и всякую немощь в людях” (Мф. 4:23). “Слепые прозревают и хромые ходят, прокаженные очищаются и глухие слышат, мертвые воскресают и нищие благовествуют” (Мф. 11:5). “Тогда привели к Нему бесноватого слепого и немого; и исцелил его, так что слепой и немой стал и говорить и видеть” (Мф. 12:22). Он заботился о безумных людях (душевнобольных), он освобождал и исцелял тех, кто был зависим от греха.

Во время нашей литургии мы молимся: “Также и наши, Господи, душевные болезни исцели, телесные немощи уврачуй, о Истинный Врач душ и телес наших, начальник всей нашей плоти, посети нас Своим спасением” (Литургия св. Кирилла - богослужение в Коптской Православной Церкви).

В 2022 году Всемирная организация здравоохранения заявила, что:

- \* Каждый восьмой человек в мире страдает психическим расстройством.
- \* Психические расстройства включают существенные нарушения мышления, эмоциональной регуляции или поведения.
- \* Существует множество различных видов психических расстройств.
- \* Существуют эффективные методы профилактики и лечения.
- \* Большинство людей не имеют доступа к эффективному лечению.

Коптская Православная Церковь уделяет большое внимание благополучию каждого человека. Мы рассматриваем Церковь как «терапевтическое сообщество», которое всесторонне заботится о каждом человеке: заботится о теле, психике и душе. Высокопреосвященный Митрополит Серапион до поставления его митрополитом Лос-Анджелесским, возглавлял Епархию общественного, экуменического и социального служения (BLESS) (1988 - 1998). Он инициировал различные программы, которые предоставляли комплексные услуги в области медицинского образования и развития. Среди них была первая программа по борьбе с наркотиками в Египте и на Ближнем Востоке: «Программа по борьбе с наркотиками для лучшей жизни», которая занимается

1. Первичная профилактика, путем повышения осведомленности среди священников, социальных лидеров, семей и целевых групп во всех епархиях, с использованием брошюр, буклетов, лекций, интенсивных обучающих курсов.

2. Вторичная профилактика, это означает раннее выявление и быстрое вмешательство и лечение с помощью различных программ, охватывающих наркоманов и их семьи, подготавливающих наркоманов к прохождению подходящей программы.

3. Третичная профилактика, направленная на предотвращение осложнений и ухудшений состояния путем реабилитации (физической, психологической, духовной, профессиональной и социальной) в первом «терапевтическом сообществе» в Египте.

Поначалу программа “Терапевтического сообщества” в Египте была новаторской, но это была очень хорошая модель, которая была представлена обществу и которая до сих пор помогает многим семьям и их детям.

Сегодня большинство церквей в разных епархиях копируют местные программы, в том числе «дома на полдороги», например, «Благоразумный сын» в Александрии. Коптская Православная Церковь помогает бороться со стигматизацией психических заболеваний, повышая осведомленность об их природе и лечении через различные институты. Сейчас в нашем распоряжении находится множество институтов консультирования - в Маади, в Докки, в прочих районах Египта, у нас также есть Институт пастырского попечения и образования. В этих институтах учатся в основном священники, воскресные служители, общественные лидеры, которые играют важную роль в изменении неправильных представлений о психических заболеваниях. Некоторые из этих учащихся продолжают образование, чтобы научиться помогать и участвовать в процессе управления.

В Церкви созданы специальные места для детей с психическими расстройствами. Примером может служить центр "Эльфолк", где заботятся о детях с такими проблемами, как умственная отсталость, расстройства аутистического спектра. В Церкви есть различные места для людей с расстройствами поведения, правонарушителей, подростков с психологическими проблемами. Коптская Православная Церковь также уделяет внимание парам в период помолвки, молодоженам и родителям, повышая их осведомленность о психических заболеваниях и об их профилактике. В настоящее время в большинстве местных церквей есть места для престарелых (дома престарелых), которые обслуживают пожилых людей с болезнью Альцгеймера и другими видами деменции и психологическими проблемами.

Специальные психиатрические услуги оказываются также заключенным, страдающим какими-либо психическими заболеваниями, посредством регулярных посещений священников и группы служителей, в которую входит психиатр-консультант. “В темнице был, и вы пришли ко Мне” (Мф. 25:36). Коптская Православная Церковь также играет ключевую роль в повышении осведомленности о психических заболеваниях через христианские телевизионные каналы.

Что касается исследовательской работы в академических институтах, то психологические аспекты начали рассматриваться в различных магистерских и кандидатских диссертациях. Непосредственно перед тем, как я приехал в Москву, мы готовили протокол для диссертации в одном из этих институтов, который в будущем начнёт сотрудничество с Русской Православной Церковью, а позже мы расширим его, чтобы работать с другими церквями в контексте психиатрических аспектов и психического здоровья.

Примечательным событием стал визит профессора Ахмеда Окаша, бывшего президента Всемирной психиатрической ассоциации (2002-2005), который также является советником президента Египта по вопросам общественной интеграции, к Его Святейшеству Папе Тавадросу II, входе которого

состоялось обсуждение роли Коптской Церкви в продвижении услуг в области психического здоровья.

В заключение я должен сказать, что все еще требуется много усилий на этом поприще, однако, начало положено и есть готовность продолжать эти труды. Большое спасибо за внимание.

## **Бред виновности и суицидальное поведение при депрессивно-бредовых психозах у пациентов с религиозным мировоззрением**

Вина и греховность – одни из базовых и тесно связанных между собой переживаний верующего человека в христианстве и, прежде всего, в Православии [1-2]. Во многих православных молитвах, псалмах звучит осознание человеком своей греховности и призыв к помилованию. В Иисусовой молитве покаянное обращение к Богу является главным и ключевым ядром молитвы: «Господи Иисусе Христе, Сыне Божий, помилуй мя грешного (грешную)». Похожими словами обращались к Богу святые праведники. Так, праведный Иоанн Кронштадтский обращался к Богу: «Господи, я грешный человек, помилуй меня!».

Чувство вины и греха не являются равными понятиями, но в сознании верующего человека они неразрывно связаны. Как отмечает священник и православный психолог А. Лоргус [2], «три чувства вины преследуют человека в жизни от первых и смутных переживаний своего «Я» до последнего вздоха: чувство реальной вины, иррациональное чувство вины и чувство вины экзистенциальной... Чувство вины отличается от чувства греха по своей внутренней личностной сути. Появление в опыте человека чувства греха приводит к перемене в структуре личности. Формируется особый слой личности — отношение к своей греховности, к своим грехам; отношения со своей совестью, с Богом». «Чувство вины и чувство греха не совпадают, прежде всего, в том, что чувство вины есть отношение к себе самому, к своему поступку и мысли как части себя, а чувство греха есть отношение к иному, чуждому мне. А чувство вины может либо перейти в чувство греха, если это реальное чувство вины, либо остаться, если это иррациональное чувство вины, или если в практике человека нет покаяния» [2].

При развитии депрессии чувство вины, которое является одним из ключевых переживаний, по мере утяжеления состояния трансформируется в бред самообвинения – неколебимое убеждение пациента в том, что он нарушал или нарушает каноны святости, совершил прегрешения, которым невозможно получить прощения. Так, еще в XIX в. религиозная меланхолия, описанная немецким психиатром W.Griesinger [3], и включала в себя состояние душевной подавленности в сочетании с религиозным бредом тяжкого греха, страхом адских наказаний, проклятия Богом. Больной может быть убежден в том, что его действия или бездействия послужили причиной каких-либо негативных событий: болезни родных, детей, смерти родителей, разорения предприятий, распространения эпидемий, войн, приближающейся гибели человечества или всей Вселенной. Последние переживания характерны для так называемых депрессивно-парафренических состояний, при которых бредовые расстройства приобретают мегаломанический характер. У верующих пациентов депрессивные переживания часто сопровождаются и проявляются особыми, качественно иными, чем у здорового человека, переживаниями собственной греховности, чувством богооставленности, сомнениями в правильности своей веры, носящими навязчивый или даже бредовой характер.

В настоящее время в группе по изучению особых форм психической патологии ФГБНУ НЦПЗ проводится изучение депрессивно-бредовых состояний с бредом греховности (85 пациентов). Было выявлено, что религиозный бред греховности встречался как при аффективных расстройствах (26 человек, 30%), так и при шизофрении и шизоаффективных психозах (59 человек, 70 %).

На начальных этапах развития депрессивного состояния у пациентов доминировал тоскливый аффект, идеи самоуничужения, самообвинения бытового характера. Больные чувствовали свою виновность по отношению к родным и близким, виноватыми в недостатках внимания к родным и в воспитании детей, говорили о том, что не могут обеспечить им должного содержания и образования. Идеи самообвинения бытового характера сочетались с религиозными идеями греховности – больные считали себя «плохими христианами», были убеждены в том, что они нарушили заповеди Бога, своими помыслами и действиями, например, осквернили святых тем, что не могли сосредоточиться на молитве во время службы, «не устояли перед соблазнами сатаны», подумав о близком человеке плохо. При этом обращали на себя внимание несоответствие тяжести «проступка» и чувства тотальной греховности, которое не оставляло человека после покаяния, исповеди или беседы со священником и причастия. Сохранялись чувство отчаяния и стойкое убеждение в том, что ему не может быть ни снисхождения, ни прощения со стороны как людей, так и самого Бога.

По мере утяжеления депрессивного состояния идеи греховности перерастали в стойкое бредовое убеждение того, что из-за грехов пациента, могли пострадать близкие, окружающие люди, т.е. идеи греховности начинали расширяться, и связанные с ними суицидальные размышления распространялись на близких. В дальнейшем идеи становились более массивными, мегаломаническими (пациенту грозит заслуженное «наказание адскими муками», из-за прегрешений пациента может пострадать человечество и пр.). При этом возникали бредовые идеи значения с тревожным аффектом: пациент начинал «видеть» вокруг «знаки», указывающие на его «грехи», замечал по поведению окружающих, что те осведомлены о его «грехах», осуждают его за это. Пациенты называли себя «великими грешниками», говорили, что они «заслуживают наказания Божия», и в то же время искали способы искупления грехов: многократно посещали церковные службы, часто, иногда ежедневного, исповедовались, фанатично соблюдали различные церковные правила даже вопреки советам священников. К имеющимся расстройствам могли присоединяться явления депрессивно-бредовой деперсонализации, представленной идеями о необратимых изменениях личности, что затрагивало всю духовную сферу. Пациенты описывали такие переживания как «гниение» или «потеря души». Говорили, что их сердце «мертво для веры», они «духовно повреждены», что они уже «умерли заживо», «живьем попали в ад», чувствовали, будто «разлагаются душевно», и это является следствием их греховности. Таким образом, речь шла о формировании религиозного нигилистического бреда, достигающего до степени бреда Котара. Некоторые больные считали себя виновниками наступающего апокалипсиса, что связывали с собственной греховностью, были убеждены, что за свои грехи будут страдать вечно (бред Агасфера) [5].

На основе анализа переживаний пациентов были сформированы отличительные признаки бреда виновности и греховности от нормального чувства вины и чувства греха у верующего человека, которые заключаются в следующем:

1. Больные ощущают тотальность своих грехов, охватывающих все их существование;
2. Все поступки прошлого переоцениваются в свете тотальной вины и греха;
3. Бредовые идеи вины и греховности могут приобретать мегаломанический характер, распространяясь на все человечество, весь мир (при утяжелении депрессивного состояния);
4. Бред греховности и виновности не поддается разубеждению;

5. Исповедь и другие таинства нередко не улучшают состояния, иногда могут привести к его обострению;
6. Потеря надежды на милосердие Божие является важнейшим показателем болезненного состояния (развития бреда);
7. Бредовые идеи виновности, как правило, сопровождаются другими признаками депрессии, включая соматические, вегетативные, когнитивные и другие нарушения.

Антивитальные размышления, суицидальные мысли, намерения, поступки и самоповреждающие действия отмечались с различной степенью тяжести у 80% пациентов из 85 человек группы с бредом греховности, однако, очень важным является тот факт, что суицидальные попытки и тяжелое самоповреждающее поведение было отмечено только у 7% пациентов (6 человек), что значительно ниже общего показателя суицидов при депрессии, который составляет 15% [6], что подтверждает данные литературы о протективном влиянии фактора религиозности в отношении суицидальных тенденций. У этих 6 пациентов отмечалось тяжелое суицидальное или аутодеструктивное поведение. В качестве наказания за свои грехи больные обливали себя кипятком, вели аскетический образ жизни, наказывая себя особо строгими постами, вплоть до тяжелого истощения, наносили себе физические увечья, удары ножом в область сердца, надеясь так искупить грехи. Так, один пациент «видел себя в аду», чувствовал «запах разложения человеческой плоти» и ощущал, что «место в сердце его занял дьявол», называл себя «великим грешником» и пытался утопиться в реке. Важно отметить, что опасные для жизни самоповреждающие действия носили характер самонаказания и развивались на высоте депрессивно-бредового состояния, нередко на фоне острого чувственного бреда, императивных галлюцинаций, острой бредовой деперсонализации и бреда метаморфозы, иногда с элементами нарушенного сознания по типу онейризов.

Бредовые идеи греховности и самообвинения часто не распознаются своевременно, тем самым утяжеляя проявления болезненного депрессивного состояния, и приводят к увеличению риска суицидальных попыток, что в целом коррелирует с общими данными о том, что наличие бредовых и других психотических расстройств при депрессии увеличивает риск завершеного суицида [7]. Однако описанные случаи аутоагрессивного и суицидального поведения религиозных пациентов отличились особой брутальностью и стойкостью в сравнении с пациентами общей популяции [8].

Современная суицидология рассматривает религиозную веру как защитный фактор против суицидального поведения [9]. Хотя ни одна из традиционных мировых религий прямо не поощряет самоубийства, их позиции не имеют абсолютного совпадения. Так, иудаизм, христианство, ислам, основанные на идее человека, как образа Божия, имеют более выраженную антисуицидальную позицию, чем восточные религии с концепциями о переселении душ или о возрождении [10]. В православной традиции грех самоубийства складывается как из самого факта убийства (себя в данном случае), так и грехов неверия и маловерия, малодушия, грехов отчаяния и уныния, через которые самоубийца отказывается нести свой жизненный крест, усомнившись в спасительном Промысле Божиим о каждом человеке [11].

Важным является отношение церкви и священника к проблеме суицида и суицидальным помыслам верующего человека, с которыми он может столкнуться как в беседе с пациентом, на исповеди, так и в общении с родственниками ушедшего из жизни пациента. В современных условиях священнику чаще всего приходится отпевать совершенно незнакомых людей. Если причиной смерти было самоубийство, у священнослужителя возникают сложности практического

применения 14-го правила Тимофея Александрийского. У родственников умершего есть право предоставить медицинскую документацию о наличии психического расстройства, что позволит священнику провести отпевание.

В процессе диагностики врач-психиатр в обязательном порядке лично беседует с больным, наблюдает за ним и в процессе интервью, и за поведением в лечебном учреждении, обязательно собирает объективный анамнез у родственников, знакомых и соседей больного человека, устанавливает наличие наследственных факторов, при необходимости назначает психодиагностическое обследование, которое помогает при дифференцировке диагноза. Процесс постановки психиатрического диагноза, лечение и дальнейшее психоневрологическое наблюдение жестко регламентированы общепризнанными международными стандартами и законодательством Российской Федерации, а все сведения о течении болезни заносятся в историю болезни пациента, которая хранится в медицинском учреждении. Таким образом, в современных условиях результат медицинского обследования и соответствующий психиатрический диагноз, поставленный врачом-психиатром, соответствуют каноническому определению, что человек находится (или находился перед совершением суицида) в состоянии «вне ума» и «вне себя».

Очевидным является тот факт, что своевременное выявление, лечение и пастырское окормление пациентов с наличием психических заболеваний необходимо для построения адекватных стратегий преодоления депрессивных расстройств с религиозным бредом греховности с учетом особенностей проявления суицидального риска у этих пациентов, с учетом их религиозного мировоззрения и изменений религиозных переживаний в болезненном состоянии. Знание симптомов и синдромов психических заболеваний поможет священнослужителю разобраться в ситуации начинающегося суицидального поведения и предотвратить самоубийство.

### **Использованная литература:**

1. Т.П. Гаврилова. Природа переживания гнева в научно-психологической и свято-отеческой литературе. Консультативная психология и психотерапия. - 2011. - №3. - С. 24-46.
2. Лоргус А.В., Красникова О.М. Консультативная психология и психотерапия 2010. Том 18. №3. С. 165–175  
ISSN: 2075-3470 / 2311-9446
3. Griesinger W. Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten fuer Aerzte und Studierende. Dritte Auflage. Braunschweig: Verlag von Friedrich Wreden; 1871
4. Шкитырь Е.Ю. Суициды у несовершеннолетних: клинические и социальные факторы // Психическое здоровье детей страны - будущее здоровье нации: сборник материалов Всероссийской конференции по детской психиатрии и наркологии. - 2016. - С. 441-442
5. Смирнова Е.В., Алексеева А.Г., Копейко Г.И., Борисова О.А., Гедевани Е.В., Владимировна Т.В., Каледа В.Г. Психопатологические и феноменологические особенности депрессивно-бредовых состояний с религиозным содержанием. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2023;123(11 вып. 2):80–86. <https://doi.org/10.17116/jnevro202312311280>
6. Клинические рекомендации РОП, 2021
7. Gournellis R, Tournikioti K, Touloumi G, Thomadakis C, Michalopoulou PG, Christodoulou C, Papadopoulou A, Douzenis A. Psychotic (delusional) depression and suicidal attempts: a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand.* 2018 Jan;137(1):18-29. doi: 10.1111/acps.12826. Epub 2017 Nov 26. PMID: 29178463.
8. I. Gotlib, Ian H. II. Hammen. *Depression, Mental—Handbooks, manuals, etc.*, 5-12, 2002
9. Пашковский В.Э., Шамрей В.К., Софронов А.Г., Днов К.В., Рутковская Н.С. Суицидальное поведение и религиозность Суицидология. 2015. Т. 6. № 3 (20). С. 30-41.

10. Stompe T, Ritter K. Religion und Selbsttötung - teil 1: die Einstellungen der Religionen zum Suizid [Religion and suicide - part 1: the attitudes of religions towards suicide]. Neuropsychiatr. 2011;25(3):118-26. German. PMID: 21968375.

11. Степаненко М. Самоубийство: отношение Православной Церкви, его духовные причины, участь самоубийц после их страшной смерти // Уфимские епархиальные ведомости. - 2006. - № 2-3. - С. 8-9.

## Взгляды на депрессию в различных христианских конфессиях России

**Аннотация:** Статья посвящена исследованию взглядов на депрессию в различных христианских конфессиях России, таких как Русская Православная Церковь, Римско-Католическая Церковь и протестантские деноминации. Основываясь на анализе официальных документов и данных с официальных сайтов религиозных организаций, удалось выявить общие черты и различия в богословских подходах к пониманию депрессии. В ходе исследования было установлено, что большинство конфессий рассматривают депрессию как сочетание медицинских и духовных аспектов, подчеркивая значимость духовной составляющей в лечении депрессивных состояний. Существуют различия в восприятии депрессии, начиная от ее определения и заканчивая методами помощи, что отражает богословские и пастырские особенности каждой конфессии.

**Ключевые слова:** депрессия, уныние, богословие депрессии, Русская Православная Церковь, Римско-Католическая Церковь, христианство и психиатрия, пастырское душепопечение.

Депрессия, согласно Международной классификации болезней (МКБ-10)<sup>1</sup>, определяется как психическое расстройство, главными характеристиками которого являются сниженное настроение и утрата способности получать удовольствие, которые должны продолжаться не менее двух недель для постановки диагноза. Это состояние часто сопровождается снижением самооценки, потерей интереса к жизни, неадекватным чувством вины и пессимизмом.

По данным последнего исследования Всемирной организации здравоохранения (2017), в России 5,5 % населения страдает депрессивными расстройствами (7,815,714 случаев)<sup>2</sup>.

Однако количество людей с диагнозом «депрессия» на порядок меньше, чем количество людей, испытывающих симптомы депрессии, но не имеющих диагноза или не обращавшихся за помощью к психиатру. По данным мониторинга Института психологии РАН, в мае-августе 2022 г. доля респондентов, отмечающих у себя симптомы клинического уровня депрессии, составила 32-35 %.<sup>3</sup>

В России в 2020 г. респонденты, сообщившие, что они «испытывали такую тревогу или депрессию, что не могли продолжать свою обычную повседневную деятельность в течение двух недель или дольше», отмечали следующие способы улучшить свое самочувствие: 25 % – обращение к профессионалу, 41% – употребление лекарств, 17,5% – религиозные, духовные практики<sup>4</sup>. Таким образом, несмотря на то, что употребление лекарств при депрессии признает

<sup>1</sup> Международная классификация болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) URL: <https://mkb-10.com/> [дата доступа 15.10.2023]

<sup>2</sup> Depression and Other Common Mental Disorders.Global Health Estimates [dataset]. World Health Organization (2017) [original data] URL: <https://www.who.int/publications/i/item/depression-global-health-estimates> [дата доступа 15.10.2023]

<sup>3</sup> Институт народнохозяйственного прогнозирования Российской академии наук (ИНП РАН). Квартальный прогноз ВВП. Выпуск №55. URL: <https://ecfor.ru/publication/kvartalnyj-prognoz-ekonomiki-vypusk-55/> [дата доступа 17.10.2023]

<sup>4</sup> Wellcome Global Monitor (2021) – processed by Our World in Data. [dataset]. Wellcome Global Monitor (2021) [original data]. URL: <https://ourworldindata.org/grapher/dealing-with-anxiety-depression-comparison?tab=table&country=~RUS> [дата доступа 02.11.2023]

более 40 % опрошенных, обращение за помощью к профессионалу допускает лишь четверть. Также данные свидетельствуют, что довольно большой процент людей с депрессивными симптомами считают духовные и религиозные практики способом улучшить свое самочувствие, что свидетельствует о доверии к религиозным институтам при лечении депрессивных расстройств.

В то же время, исследование отношения к психическим заболеваниям среди христиан<sup>5</sup> показало, что даже в странах, где психологическая и психиатрическая помощь более развита и доступна<sup>6</sup>, после общения с официальными представителями Церкви:

- у 31,4% опрошенных сложилось впечатление, что психическое заболевание является результатом личного греха.
- 32,4% опрошенных заявили, что официальные представители Церкви говорили об отсутствии психического заболевания, даже когда специалист по психическому здоровью утверждал обратное.
- 18,4% опрошенных считают, что Церковь не рекомендует употребление психиатрических лекарств, а 2,7% считают, что запрещает.

Контент-анализ 15 христианских бестселлеров по самопомощи, упоминающих депрессию<sup>7</sup>, показал, что 9% текстовых единиц содержит утверждение, что депрессия является результатом демонического влияния, 5% – что депрессия является результатом того, что человек грешит или плохой христианин, и лишь 2% – что депрессия имеет физиологическую основу. В качестве ответа на депрессию, 30% текстовых единиц указывают доверие к Богу, 22% – повышенную религиозную активность, 8% – личную волю или самодисциплину и лишь 1% – обращение к психиатру.

Таким образом, анализ источников знания о депрессии свидетельствует о слабом представлении христианских авторов и служителей Церкви об официальном понимании депрессии в их конфессии, что ставит вопрос об отражении представлений о депрессии в официальных документах и на официальных сайтах.

### **Методология исследования**

Целью данного исследования является анализ официальных представлений о депрессии, отраженных в официальных документах и на официальных сайтах основных христианских конфессий России – Русской Православной Церкви, Римско-Католической Церкви, Российского союза евангельских христиан-баптистов и Российского объединенного Союза христиан веры евангельской (пятидесятников) (последних двух конфессий – как наиболее многочисленных представителей протестантизма в России). Подобный анализ, как нам видится, позволит ответить на вопрос, какое представление об отношении к депрессии в своей конфессии может сформировать рядовой верующий, а также на что следует опираться авторам и служителям при освящении этой темы. Методика исследования базируется на принципах PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses)<sup>8</sup>. Исследование проводилось в октябре-

---

<sup>5</sup> Stanford M. S. Demon or disorder: A survey of attitudes toward mental illness in the Christian church //Mental Health, Religion and Culture. - 2007. - Т. 10. - №. 5. - С. 445-449.

<sup>6</sup> Human resources for mental health [dataset]. World Health Organization (2019) [original data] URL: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/indicator-groups/indicator-group-details/GHO/human-resources> [дата доступа 7.11.2023]

<sup>7</sup> Webb M., Stetz K., Hedden K. Representation of mental illness in Christian self-help bestsellers //Mental Health, Religion and Culture. – 2008. – Т. 11. – №. 7. – С. 697-717.

<sup>8</sup> <https://www.prisma-statement.org/>

ноябре 2023 г., как с помощью инструментов поиска самих сайтов, так и поисковой системы «Яндекс».

Для сбора информации использовались официальные сайты религиозных организаций:

- vatican.va (Римско-Католическая Церковь)
- patriarchia.ru (Русская Православная Церковь)
- cef.ru (Российский объединенный Союз христиан веры евангельской (пятидесятников))
- baptist.org.ru (Российский союз евангельских христиан-баптистов)

Критерии отбора:

1. Типы документов: официальные документы, статьи, проповеди, высказывания официальных лиц, касающиеся депрессии и психического здоровья.
2. Временной интервал: документы, опубликованные после 1991 г.
3. Язык: Русский.
4. Доступность: свободный доступ через указанные официальные сайты.

Процесс поиска:

1. Определение ключевых слов и фраз для поиска: "депрессия", "психическое здоровье", "уныние" и их словоформ.
2. Использование инструментов поиска на официальных сайтах для точного совпадения фраз и релевантности результатов.
3. Фильтрация полученных документов по указанным критериям отбора.

Поиск по слову «уныние» выполнялся для проверки гипотезы об отождествлении понятий «депрессия» и «уныние» и использования присущего христианскому преданию понятия «уныния», сходного по описанию симптомами депрессивных расстройств по МКБ-10. Однако в рамках данной статьи для обобщения и выводов используются только результаты поиска по слову «депрессия».

Статистические результаты исследования:

Слово «депрессия»	Patriarchia.ru	Vatican.va	cef.ru	baptist.org.ru
Всего упоминаний	88	98	21	23
Упоминаний в официальных документах	3	8	2	0

### Обобщенные результаты исследования

#### Римско-Католическая Церковь (сайт vatican.va)

Римско-Католическая Церковь характеризуется наличием единого иерархического центра и единой базы документов, представленных на сайте vatican.va. Всего было найдено 98 упоминаний слова депрессия, в том числе в официальных документах имеющих высший авторитет: апостольских посланиях – 4, энцикликах – 4. Но наибольшее количество представлено в размышлениях, в частности Папы Франциска – 51, Папы Бенедикта XVI – 9, Папы Иоанна Павла II – 28.

Наиболее информативным, на наш взгляд, является Обращение Папы Иоанна Павла II к участникам 18-й международной конференции, организованной Папским Советом по пастырскому попечению о работниках здравоохранения, на

тему "депрессия" (14 ноября 2003 г.)<sup>9</sup>. Приведем наиболее характерные цитаты и сформулируем некоторые обобщения относительно представления о депрессии в Католической Церкви:

1. Понятие депрессии может включать в себя различные состояния: «Ваша работа, уважаемые участники Конгресса, раскрыла различные, сложные аспекты депрессии: от хронического заболевания, более или менее постоянного, до мимолетного состояния, связанного с тяжелыми событиями»<sup>10</sup>.

2. Депрессия имеет сложный, психо-социо-духовный характер: «Распространение депрессивных состояний приобретает тревожный характер. В них проявляются человеческие, психологические и духовные слабости, которые, по крайней мере отчасти, индуцируются обществом»<sup>11</sup>.

3. Депрессия имеет тесную связь с духовным состоянием, духовной составляющей депрессии необходимо уделять пристальное внимание: «Вы подчеркнули, что депрессия – это всегда духовное испытание ... Это заболевание часто сопровождается экзистенциальным и духовным кризисом, приводящим к неспособности воспринять смысл жизни» и духовным методам лечения: «Большую помощь в духовном процессе может оказать чтение и размышление над Псалтирью, в которой священный автор выражает свои радости и тревоги в молитве. Чтение Розария позволяет найти в Марии любящую Мать, которая учит нас, как жить во Христе». «Участие в Евхаристии – источник внутреннего покоя, благодаря действенности Слова и Хлеба Жизни, а также благодаря интеграции в церковную общину. Осознавая, каких усилий стоит депрессивному человеку сделать то, что для других кажется простым и спонтанным, нужно стараться помочь ему терпеливо и чутко, помня замечание святой Терезы Младенца Иисуса: «Малыши делают маленькие шаги»»<sup>12</sup>.

Здесь же он, на наш взгляд, формулирует богословское осмысление депрессии, которое можно назвать позицией Католической Церкви: «В своей безграничной любви Бог всегда близок к тем, кто страдает. Депрессивное заболевание может стать способом открытия других аспектов себя и новых форм встречи с Богом»<sup>13</sup>.

В своей энциклике «*Evangelium Vitae*»<sup>14</sup> Папа Иоанн Павел II также отмечает связь между депрессией и суицидом, а также влияние болезни на степень виновности совершившего этот смертный грех: «Решения, идущие вразрез с жизнью, иногда возникают в результате тяжелых и даже трагических ситуаций, связанных с глубокими страданиями, одиночеством, полным отсутствием экономических перспектив, депрессией и тревогой за будущее. Такие обстоятельства могут даже в значительной степени смягчить субъективную ответственность и вытекающую из нее виновность тех, кто делает этот выбор, который сам по себе является злом»<sup>15</sup>.

---

<sup>9</sup> Обращение Папы Иоанна Павла II к участникам 18-й международной конференции, организованной папским советом по здравоохранению пастырского попечения на тему "депрессия" (14 ноября 2003 г.) URL: [https://www.vatican.va/content/john-paul-ii/en/speeches/2003/november/documents/hf\\_jp-ii\\_spe\\_20031114\\_pc-hlthwork.html](https://www.vatican.va/content/john-paul-ii/en/speeches/2003/november/documents/hf_jp-ii_spe_20031114_pc-hlthwork.html) [дата доступа: 12.11.2023]. Перевод автора.

<sup>10</sup> Там же.

<sup>11</sup> Там же.

<sup>12</sup> Там же.

<sup>13</sup> Там же.

<sup>14</sup> IOANNES PAULUS PP. II EVANGELIUM VITAE URL: [https://www.vatican.va/content/john-paul-ii/en/encyclicals/documents/hf\\_jp-ii\\_enc\\_25031995\\_evangelium-vitae.html](https://www.vatican.va/content/john-paul-ii/en/encyclicals/documents/hf_jp-ii_enc_25031995_evangelium-vitae.html) [дата доступа: 10.11.2023].

Перевод автора.

<sup>15</sup> Там же.

Отчасти, подтверждение позиции Папы Иоанна Павла II мы можем увидеть в Апостольском послании Папы Франциска «Misericordia et Misera»<sup>16</sup>: «В культуре, где часто доминируют технологии, печаль и одиночество, похоже, становятся все более распространенными, причем не в последнюю очередь среди молодежи. Будущее кажется неопределенным, что не способствует стабильности. Это часто порождает депрессию, тоску и скуку, которые постепенно приводят к отчаянию. Нам нужны свидетели надежды и истинной радости, чтобы развеять иллюзии, обещающие быстрое и легкое счастье в искусственных раях. Глубокое чувство пустоты, которое испытывают многие люди, может быть преодолено надеждой, которую мы носим в своем сердце, и радостью, которую она дает»<sup>17</sup>.

В целом можно сказать, что Католическая Церковь рассматривает депрессию и как медицинскую, и как духовную проблему, подчеркивая значимость духовного измерения в понимании и подходе к лечению депрессии. Такая позиция привела к появлению большого количества ассоциаций верующих специалистов и непрофессиональных помощников и активному сотрудничеству с профессионалами охраны психического здоровья.

Анализ понимания депрессии за пределами официальных документов показал, что депрессия богословски осмысливается в двух аспектах: как средство духовного очищения и возрастания, посылаемое Богом, либо как последствие общего грехопадения, обладающее трансформирующим потенциалом.

В первом случае депрессия, хотя и является тяжелым состоянием, в конечном итоге дарована Богом для продвижения в личной святости. Источник депрессии находится вне контроля страдающих от нее людей – в Боге. Поэтому его следует встречать, как и все другие испытания, с молитвой о том, чтобы Бог верно провел через него и использовал на пользу, хоть и через боль, к освобождению от депрессии. Психическое заболевание таким образом не является свидетельством греха или слабости веры человека, но может включать поущение бесам искушать. Это важный этап в приближении к святости и близости к Богу. При этом духовный опыт страданий (например, святого или другого духовного человека) принципиально отличен от психических заболеваний, хотя и имеет некоторые общие проявления, поэтому можно различать духовные виды депрессии (часть пути к единению с Богом, необходимая в определенном периоде духовного развития для любого подвижника) и патологические, которое не способствует духовному росту и, как предполагается, не исходят от Бога.

Во втором случае депрессия рассматривается как естественное последствие общей искаженности природы человека, которое может принести духовную пользу. Может вызываться различными причинами (физическая болезнь, характер, образ жизни, принятие внушений бесов, социальные, культурные или травмирующие факторы). Депрессия по своей сути плоха и нежелательна, но может стать поводом для духовного пробуждения и роста человека, при правильной реакции человека на него. Она приближает к пониманию Страданий Христа на Кресте.

### **Представление о депрессии в российском протестантизме**

Обобщенную позицию всех протестантов России относительно психических заболеваний отражает Социальная позиция протестантских церквей

---

<sup>16</sup> FRANCISCI PP. MISERICORDIA ET MISERA. LITTERAE APOSTOLICAE URL: [https://www.vatican.va/content/francesco/en/apost\\_letters/documents/papa-francesco-lettera-ap\\_20161120\\_misericordia-et-misera.html](https://www.vatican.va/content/francesco/en/apost_letters/documents/papa-francesco-lettera-ap_20161120_misericordia-et-misera.html) [дата доступа: 14.11.2023]. Перевод автора.

<sup>17</sup> Там же.

России<sup>18</sup>, принятая Консультативным советом глав Протестантских Церквей России в 2003 г. В пункте 9.6. «Отношение к психическим заболеваниям и психиатрии» говорится: «Церкви рассматривают психические заболевания как одно из проявлений общей поврежденности человеческой природы, вызванной грехопадением. Некоторые болезни и недуги развиваются либо под бесовским воздействием, либо становятся следствием поработивших человека страстей. В области психотерапии наиболее плодотворно сочетание пасторской и врачебной помощи душевнобольным при надлежащем разграничении сфер компетенции врача и священнослужителя»<sup>19</sup>.

Социальная концепция Российского Союза Евангельских Христиан-Баптистов<sup>20</sup> не содержит слова «депрессия». На официальном сайте baptist.org.ru оно упоминается 23 раза, однако, в документах – 0. Хотя отмечается, что депрессия – «серьезная, требующая многих жертв психическая болезнь, поражающая человечество в наше время»<sup>21</sup>, тут же утверждается, что «депрессия чаще всего возникает в результате дилеммы: страстного желания чего-то и невозможности достичь этого. Как правило, основная проблема — это акт недоверия Богу»<sup>22</sup>.

В разделе «ответы пастора», Ю.К. Сипко, председатель Российского союза евангельских христиан-баптистов (2002-2010), вице-президент Всемирного баптистского альянса (2005-2010) также подчеркивает духовный характер освобождения от депрессии: «И потому депрессия у христиан возможна. Одиночество, к сожалению, также возможно. Самое главное, что для христиан возможно освобождение от таких болезней. Нужно молитвенное осмысление своего духовного состояния перед Богом. Такое осмысление приведёт нас к покаянию, и это станет освобождением духа и души от обид, осуждений, одиночества и депрессии»<sup>23</sup>. Хотя Сергей Владимирович Бабиц, душепопечитель, сотрудник отдела пасторского служения РС ЕХБ, опираясь на Слово Божие, выделяет различные виды депрессии, в том числе «невротическую» (Пс.101:3-11) и «психосоматическую» (Пс. 38:13-14)<sup>24</sup>.

Крупнейшее в России протестантское объединение Российский объединенный Союз христиан веры евангельской (пятидесятников) в официальных документах на сайте <https://www.cef.ru> имеет 2 упоминания слова «депрессия». Однако оба упоминания присутствуют в контексте обсуждения других проблем. Так, Концепция социальной реабилитации людей, страдающих химической зависимостью<sup>25</sup> (утверждена правлением Централизованной религиозной организации Российский объединенный Союз христиан веры евангельской (пятидесятников) 02 апреля 2015 г.) говорит: «Одновременно консультант, используя лучшие наработки и достижения психологии, социологии и медицины, должен помочь подопечному преодолеть психологические проблемы

<sup>18</sup> Социальная позиция протестантских церквей России, Принята Консультативным Советом Глав Протестантских Церквей России. URL:<https://www.cef.ru/documents/docitem/article/1379387> [дата доступа: 16.11.2023].

<sup>19</sup> Там же.

<sup>20</sup> Социальная концепция Российского Союза Евангельских Христиан-Баптистов/ URL: <https://baptist.org.ru/faith/faith-copy> [дата доступа: 16.11.2023].

<sup>21</sup> Скачкова А., Дорогая М. Душепопечительская помощь при депрессии. URL: <https://baptist.org.ru/read/article/97964> [дата доступа: 16.11.2023].

<sup>22</sup> Там же.

<sup>23</sup> Сипко Ю.К.О Депрессии. Ответы пастора. URL:<https://baptist.org.ru/read/article/94123?ysclid=lpbavbcqyl837103835> [дата доступа: 16.11.2023].

<sup>24</sup> Скачкова А., Дорогая М. Душепопечительская помощь при депрессии. URL: <https://baptist.org.ru/read/article/97964> [дата доступа: 16.11.2023].

<sup>25</sup> Концепция социальной реабилитации людей, страдающих химической зависимостью. URL:<https://www.cef.ru/documents/docitem/article/1378310> [дата доступа: 17.11.2023]

(депрессию, уныние, отчаяние, страх, смятение, гнев, одиночество, суицидальные настроения и т.п.), принять осознанные решения, выявить внутренние ресурсы, необходимые для исцеления. Консультант обязан владеть информацией о возможностях получения медицинской помощи и помощи в разрешении семейных, юридических, социальных и прочих вопросов и при необходимости предоставить эту информацию подопечному как при очной, так и при заочных формах консультирования»<sup>26</sup>.

Таким образом, депрессия воспринимается как одна из ключевых психологических проблем, с которой консультант должен помочь справиться подопечному, используя достижения психологии, социологии и медицины. В частности, консультант также должен выявить внутренние ресурсы, необходимые для исцеления, и предоставить информацию о возможностях получения медицинской и социальной помощи.

Всего на официальном сайте <https://www.cef.ru> в статьях, проповедях, ответах пастора депрессия упоминается 21 раз. В целом, в них признается важность комплексного подхода к лечению депрессии, который включает как психологическую помощь, так и духовное сопровождение. Например, Маттс-Ола Исхоел, первый заместитель Начальствующего епископа РОСХВЕ, старший пастор церкви «Слово жизни» Москва, в своем интервью сайту <https://wolrus.org/>, перепечатанном портале <https://www.cef.ru/>, считает, что необоснованно видеть корень всех ментальных проблем в духовных причинах и призывает обращаться с ними к психологам: «Мне кажется, нам важно видеть различия: медицина – это медицина, психология – психология, духовность – духовность. Если человек заболел гриппом, мы не будем говорить, что он одержим демоном: грипп – это бактерия, вирус, не демон. Мы будем молиться за исцеление, но не будем отказываться от лекарств. То же касается и ментальных проблем: если у человека депрессия, это не значит, что он одержим. Это может быть так, конечно, и мы как церковь должны уметь понимать это. Но считать, что все ментальные проблемы имеют под собой духовные причины – необоснованно. У нас могут болеть колени, у нас могут заболеть и эмоции... Депрессия, неприятие себя, постоянная конкуренция – я считаю, что важно обращаться к психологам, которые работают с этими проблемами сегодня»<sup>27</sup>.

В целом, из анализа упоминаний депрессии в неофициальных документах можно сделать вывод, что наиболее распространенным является понимание депрессии как последствия личной греховности христианина (она вызвана грехом – естественным его последствием или наказанием от Бога, недостатком веры или демонами или тем и другим). Люди, страдающие депрессией, считаются лишенными некоторых духовных плодов, которые являются свидетельством подлинной христианской веры. Психологические расстройства и дистрессы не соответствуют христианской жизни – в жизни христианина должна быть радость, а ее отсутствие – признак того, что у вас недостаточно веры, акцент должен быть сделан на силе воли и позитивном мышлении. Предполагается, что верующие могут добиться мгновенных изменений с помощью соответствующих актов веры, покаяния, и духовного вмешательства, например молитв или экзорцизма.

### **Русская Православная Церковь**

Хотя из всех изучаемых нами конфессий именно в богословии Русской Православной Церкви до сих пор активно употребляется термин «страсть уныния», для описания состояний, схожих по симптоматике с депрессивными

<sup>26</sup> Там же.

<sup>27</sup> Маттс-Ола Исхоел. О христианстве, психологии и медитации [интервью]. URL: <https://www.cef.ru/infoblock/publications/newsitem/article/1593254> [дата доступа: 18.11.2023]

расстройствами из МКБ-10 на официальном сайте patriarchia.ru довольно часто употребляется термин «депрессия» – 88 раз, причём 3 из них в официальных документах (всего в документах – 5), и 7 в проповедях, приветствиях и обращениях Патриарха.

Принятые Архиерейским Собором Русской Православной Церкви в 2000 г. Основы социальной концепции Русской Православной Церкви определяют базовые положения учения по вопросам церковно-государственных отношений и по ряду современных общественно значимых проблем. Документ также отражает официальную позицию в сфере взаимоотношений с государством и светским обществом и устанавливает ряд руководящих принципов, применяемых в данной области епископатам, клиром и мирянами.

Основы социальной концепции Русской Православной Церкви провозглашает сочетание пастырской и врачебной помощи душевнобольным при надлежащем разграничении сфер компетенции врача и священника, отмечая, что психические болезни могут проистекать и от «естества»: «X1.5. Церковь рассматривает психические заболевания как одно из проявлений общей греховной поврежденности человеческой природы. Выделяя в личностной структуре духовный, душевный и телесный уровни ее организации, святые отцы различали болезни, развившиеся «от естества», и недуги, вызванные бесовским воздействием либо ставшие следствиями поработивших человека страстей. В области психотерапии оказывается наиболее плодотворным сочетание пастырской и врачебной помощи душевнобольным при надлежащем разграничении сфер компетенции врача и священника»<sup>28</sup>.

В целом, представление о депрессии по официальным документам и высказываниям официальных лиц можно сформулировать следующим образом:

1. Выделяются различные, в том числе психические и социо-культурные причины депрессии: «Отмеченные процессы вызваны, прежде всего, неблагополучием в духовной, нравственной и эмоциональной сферах, и, как следствие, длительной депрессией. Причина последней — отторжение человека от Бога, разрыв преемственности поколений, деградация национальных традиций, разрушение связи с природой, равно как и связей трудовых, семейно-бытовых, духовно-культурных»<sup>29</sup>.

2. Социальная концепция и напрямую упоминает депрессию, подчеркивая ее связь с суицидальными мыслями и снижая ответственность за них у больного: «Просьба больного об ускорении смерти подчас обусловлена состоянием депрессии, лишаящим его возможности правильно оценивать свое положение»<sup>30</sup>.

3. Проводится разделение между депрессией, которую возможно лечить медикаментозно, и унынием, которое воспринимается исключительно духовное состояние: «Иногда уныние путают с депрессией. Внешние проявления и того, и другого достаточно схожи. Но если депрессия есть результат неблагополучия психического, то есть следствие болезни, то уныние таковым не является. Понятие «уныние» вообще можно определить и описать только в системе религиозных координат. Если человек теряет веру в Бога, если он начинает во многом сомневаться, если утрачивает некие жизненные координаты, связанные с его религиозным выбором, то, как следствие, наступает уныние, тяжелейшее

<sup>28</sup> Основы социальной концепции Русской Православной Церкви. URL: <http://www.patriarchia.ru/db/text/419128.html> [дата доступа: 27.10.2023]

<sup>29</sup> Заявление Освященного Архиерейского Собора Русской Православной Церкви о жизни и проблемах коренных малочисленных народов. URL: <http://www.patriarchia.ru/db/text/1401214.html> [дата доступа: 27.10.2023]

<sup>30</sup> Основы социальной концепции Русской Православной Церкви. URL: <http://www.patriarchia.ru/db/text/419128.html> [дата доступа: 27.10.2023]

душевное состояние. Уныние невозможно лечить медикаментозно, из уныния невозможно выйти через внушение извне. Это состояние, которое может преодолеть только сам человек, опираясь на силу Божию»<sup>31</sup>.

4. Выделяются различные причины депрессии и отмечается положительное влияние на нее духовного состояния. «Можно перечислять до бесконечности причины, по которым современный человек, искренне считающий себя сильным, могучим, просто не смог бы жить, впал бы в глубочайшую депрессию. Но преподобная Мария, простая грешная женщина, смогла пройти через все эти испытания»<sup>32</sup>.

Отдельного внимания заслуживает документ Комиссии Межсоборного Присутствия по церковному просвещению и диаконии «Пастырское попечение в Русской Православной Церкви о психически больных» (2020 г.)<sup>33</sup>. В нем определяется важное место священников и приходских социальных работников в выявлении верующих с признаками депрессии, а также необходимость направления таких лиц к врачам-психиатрам. Психическое здоровье провозглашается областью совместной ответственности священников и специалистов охраны психического здоровья (психиатров, психологов и других специалистов):

«7.2. Священники, монашествующие, социальные работники приходских общин при общении с психически нездоровыми людьми должны обращать внимание на следующие признаки психического расстройства, при которых необходимо настойчиво рекомендовать обратиться за консультацией к врачам-психиатрам:

- депрессивные состояния с выраженным чувством тоски, безысходности, отчаянием, утратой жизненной перспективы, с идеями самообвинения и унижения, малоценности, чрезмерной греховности;
- депрессивные состояния с размышлениями о бессмысленности и бесцельности жизни, антивитальными размышлениями, суицидальными мыслями и намерениями;
- депрессивные состояния с чувством богооставленности, утратой смысла в жизни и надежды на милосердие Божие, «окамененное бесчувствие»»<sup>34</sup>.

Появление такого документа, свидетельствует о глубоком и плодотворном сотрудничестве богословов и психиатров в Русской Православной Церкви. Сюда же можно отнести и серию конференций<sup>35</sup>, проводимых под эгидой ФГБНУ "Научный центр психического здоровья" и Отдела внешних церковных связей Московского Патриархата, под председательством руководителя экспертной группы по разработке проблематики «Пастырское попечение о душевнобольных» межсоборной Комиссии по церковному просвещению и диаконии митрополита Воронежского и Лискинского Сергия (Фомина) и при участии ведущих православных ученых психиатров В.Г. Каледы и Г.И. Копейко. Все это

<sup>31</sup> Проповедь Святейшего Патриарха Кирилла после великого повечерия в понедельник первой седмицы Великого поста в Храме Христа Спасителя 11 марта 2019 г.

URL:<http://www.patriarchia.ru/db/text/5387868.html> [дата доступа: 28.10.2023]

<sup>32</sup> Слово Святейшего Патриарха Кирилла в Неделю 5-ю Великого поста после Литургии в храме святого праведного Иоанна Русского в Фили- Давыдовке в Москве 2 апреля 2017

URL:<http://www.patriarchia.ru/db/text/4850010.html> [дата доступа: 28.10.2023]

<sup>33</sup> Пастырское попечение в Русской Православной Церкви о психически больных. Документ Комиссии Межсоборного Присутствия по церковному просвещению и диаконии.

URL:<https://www.diaconia.ru/pastyrskoe-popechenie-o-psikhicheski-bolnykh?ysclid=lpbdwqgez3768802629> [дата доступа: 30.10.2023]

<sup>34</sup> Там же.

<sup>35</sup> Список и материалы конференций можно посмотреть на сайте

URL:<https://psyreligion.ru/archives/event-category/conferences> [дата доступа: 30.10.2023]

свидетельствует об интересе Церкви к проблемам психических заболеваний и стремление изучать как духовные, так и научные их аспекты.

Также стоит отметить, что в Православной Церкви, обладающей в своем богословии наиболее цельной и разработанной антропологией, огромным аскетическим наследием, разработанным учением о страстях, предпринимаются попытки богословского осмысления депрессии через страсти уныния и печали, в частности, у православных богословов Ж.-К.Ларше<sup>36</sup>, арх. Гавриила Бунге<sup>37</sup>, священника Георгия Максимова<sup>38</sup> и православного психиатра Д.А. Авдеева<sup>39</sup>. Это еще раз подчеркивает внимание к определению духовной составляющей феномена, определяемого в психиатрии как депрессия, однако, не свидетельствует об отождествлении депрессии и уныния в официальной риторике Русской Православной Церкви. Депрессия рассматривается скорее как духовное испытание, связанное с утратой смысла жизни и отдалением от Бога. Подчеркивается важность духовной жизни и связи с Богом для ее преодоления, однако, медицинский характер данного заболевания, разнообразие ее причин, в том числе психических и социокультурных, не отрицается.

### **Выводы**

Основные христианские конфессии официально декларируют научные представления о психических расстройствах, однако, богословские модели понимания депрессии четко не закреплены в официальных документах, где наблюдается смешение пониманий и дискурсов.

Эта лакуна приводит к свободе различных толкований и позиций, транслируемых как на уровне приходского священства, так и разнообразной неофициальной литературы и книг по самопомощи.

В большинстве своем современные концепции богословского понимания депрессии наследуют их исторические корни, заложенные в святоотеческом богословии, совмещающем различные модели понимания.

Хотя те или иные модели понимания депрессии более соответствуют акцентам в вероучении различных христианских конфессий, все они бытуют среди членов каждой из них.

Каждая из моделей указывает на то, что депрессия может быть местом откровения и духовного роста, однако, для достижения истинного исцеления необходимо учитывать как духовные, так и медицинские аспекты депрессии. Такое понимание позволит развить программы пастырского душепопечения и наладить взаимодействие со специалистами охраны психического здоровья для более эффективного лечения различных видов депрессии.

---

<sup>36</sup> Ларше, Ж.-К. Терапия духовных болезней: Введение в аскетическую традицию Православной Церкви / Ж.-К. Ларше; пер. с фр. Л. В. Вертоградова. — Сергиев Посад: Свято-Троицкая Сергиева Лавра, 2001. — 480 с.; Ларше, Ж.-К. Человек и его болезнь: Православное понимание больного и духовное сопровождение / Ж.-К. Ларше; пер. с фр. И. М. Лобов. — М.: Академический проект, 2012. — 256 с.; Ларше, Ж.-К. Исцеление психических болезней: аскетическая и патристическая традиция Православной Церкви / Ж.-К. Ларше; пер. с фр. Е. Ю. Мамаева. — Сергиев Посад: Свято-Троицкая Сергиева Лавра, 2006. — 528 с.

<sup>37</sup> Бунге, Г. Тоска, уныние, депрессия / Гавриил Бунге; пер. с нем. В. П. Соколов. — М.: Издательство Сретенского монастыря, 2012. — 208 с.; Иером. Габриэль Бунге. "Акедия: духовное учение Евагрия Понтийского об унынии." пер. с нем. Д. Сизоненко. - Рига : ФиАМ, 2005, 144 с.

<sup>38</sup> Максимов, Г. В. Как победить уныние (по творениям святых отцов) / Георгий Максимов. — Сергиев Посад: Православное миссионерское общество имени прп. Серапиона Кожеозерского, 2011. — 176 с.

<sup>39</sup> Авдеев, Д.А. Уныние и депрессия: сходства, различия, врачевание / Д.А. Авдеев. — М.: Издательство Сретенского монастыря, 2012. — 176 с.

## Использованная литература:

1. Авдеев, Д. А. Уныние и депрессия: сходства, различия, врачевание / Д. А. Авдеев. — М.: Издательство Сретенского монастыря, 2012. — 176 с.
2. Бунге, Г. Тоска, уныние, депрессия / Гавриил Бунге; пер. с нем. В. П. Соколов. — М.: Издательство Сретенского монастыря, 2012. — 208 с.
3. Бунге, Г., иером. Акедия: духовное учение Евагрия Понтийского об унынии. пер. с нем. Д. Сизоненко. — Рига: ФиАМ, 2005. — 144 с.
4. Заявление Освященного Архиерейского Собора Русской Православной Церкви о жизни и проблемах коренных малочисленных народов. URL: <http://www.patriarchia.ru/db/text/1401214.html> [дата доступа: 27.10.2023].
5. Институт народнохозяйственного прогнозирования Российской академии наук (ИНИП РАН). Квартальный прогноз ВВП. Выпуск №55. URL: <https://ecfor.ru/publication/kvartalnyj-prognoz-ekonomiki-vyupusk-55/> [дата доступа: 17.10.2023].
6. Концепция социальной реабилитации людей, страдающих химической зависимостью. URL: <https://www.cef.ru/documents/docitem/article/1378310> [дата доступа: 17.11.2023].
7. Ларше, Ж.-К. Исцеление психических болезней: аскетическая и патристическая традиция Православной Церкви / Ж.-К. Ларше; пер. с фр. Е. Ю. Мамаева. — Сергиев Посад: Свято-Троицкая Сергиева Лавра, 2006. — 528 с.
8. Ларше, Ж.-К. Терапия духовных болезней: Введение в аскетическую традицию Православной Церкви / Ж.-К. Ларше; пер. с фр. Л. В. Вертоградова. — Сергиев Посад: Свято-Троицкая Сергиева Лавра, 2001. — 480 с.
9. Ларше, Ж.-К. Человек и его болезнь: Православное понимание больного и духовное сопровождение / Ж.-К. Ларше; пер. с фр. И. М. Лобов. — М.: Академический проект, 2012. — 256 с.
10. Максимов, Г. В. Как победить уныние (по творениям святых отцов) / Георгий Максимов. — Сергиев Посад: Православное миссионерское общество имени прп. Серапиона Кожеозерского, 2011. — 176 с.
11. Маттс-Ола Искоел. О христианстве, психологии и медитации [интервью]. URL: <https://www.cef.ru/infoblock/publications/newsitem/article/1593254> [дата доступа: 18.11.2023].
12. Международная классификация болезней 10-го пересмотра (МКБ-10). URL: <https://mkb-10.com/> [дата доступа: 15.10.2023].
13. Обращение Папы Иоанна Павла II к участникам 18-й международной конференции, организованной папским советом по здравоохранению пастырского попечения на тему "депрессия" (14 ноября 2003 г.). URL: [https://www.vatican.va/content/john-paul-ii/en/speeches/2003/november/documents/hf\\_jp-ii\\_spe\\_20031114\\_pc-hlthwork.html](https://www.vatican.va/content/john-paul-ii/en/speeches/2003/november/documents/hf_jp-ii_spe_20031114_pc-hlthwork.html) [дата доступа: 12.11.2023]. Перевод автора.
14. Основы социальной концепции Русской Православной Церкви. URL: <http://www.patriarchia.ru/db/text/419128.html> [дата доступа: 27.10.2023].
15. Пастырское попечение в Русской Православной Церкви о психически больных. Документ Комиссии Межсоборного Присутствия по церковному просвещению и диаконии. URL: <https://www.diaconia.ru/pastyrskoe-popechenie-o-psikhicheski-bolnykh?ysclid=lpbdwqgez3768802629> [дата доступа: 30.10.2023].
16. Проповедь Святейшего Патриарха Кирилла после великого повечерия в понедельник первой седмицы Великого поста в Храме Христа Спасителя 11 марта 2019 г. URL: <http://www.patriarchia.ru/db/text/5387868.html> [дата доступа: 28.10.2023].
17. Сипко, Ю. К. О депрессии. Ответы пастора. URL: <https://baptist.org.ru/read/article/94123?ysclid=lpbavbcqyl837103835> [дата доступа: 16.11.2023].
18. Скачкова, А., Дорогая, М. Душепопечительская помощь при депрессии. URL: <https://baptist.org.ru/read/article/97964> [дата доступа: 16.11.2023].
19. Слово Святейшего Патриарха Кирилла в Неделю 5-ю Великого поста после Литургии в храме святого праведного Иоанна Русского в Фили-Давыдково в Москве 2 апреля 2017 г. URL: <http://www.patriarchia.ru/db/text/4850010.html> [дата доступа: 28.10.2023].

20. Социальная концепция Российского Союза Евангельских Христиан-Баптистов. URL: <https://baptist.org.ru/faith/faith-cory> [дата доступа: 16.11.2023].
21. Социальная позиция протестантских церквей России, Принята Консультативным Советом Глав Протестантских Церквей России. URL: <https://www.cef.ru/documents/docitem/article/1379387> [дата доступа: 16.11.2023].
22. Depression and Other Common Mental Disorders. Global Health Estimates [dataset]. World Health Organization (2017). URL: <https://www.who.int/publications/i/item/depression-global-health-estimates> [дата доступа: 15.10.2023].
23. Human resources for mental health [dataset]. World Health Organization (2019). URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272934/9789241514534-eng.pdf> [дата доступа: 15.10.2023].
24. IOANNES PAULUS PP. II EVANGELIUM VITAE. URL: [https://www.vatican.va/content/john-paul-ii/en/encyclicals/documents/hf\\_jp-ii\\_enc\\_25031995\\_evangelium-vitae.html](https://www.vatican.va/content/john-paul-ii/en/encyclicals/documents/hf_jp-ii_enc_25031995_evangelium-vitae.html) [дата доступа: 10.11.2023]. Перевод автора.
25. Stanford, M. S. Demon or disorder: A survey of attitudes toward mental illness in the Christian church // *Mental Health, Religion and Culture*. – 2007. – Т. 10. – № 5. – С. 445-449.
26. Webb, M., Stetz, K., Hedden, K. Representation of mental illness in Christian self-help bestsellers // *Mental Health, Religion and Culture*. – 2008. – Т. 11. – № 7. – С. 697-717.
27. Wellcome Global Monitor (2021) – processed by Our World in Data. [dataset]. Wellcome Global Monitor (2021). URL: <https://ourworldindata.org/grapher/dealing-with-anxiety-depression-comparison?tab=table&country=~RUS> [дата доступа: 02.11.2023].

## Религиозность и психические расстройства – норма и патология. Взгляд клинициста

**Аннотация:** На основе трихотомии (дух-душа-тело), заимствованной из христианской антропологии, выстраивается понятие психического расстройства. Указываются некоторые основные формы его проявления, которые сопоставляются с непатологическими переживаниями, в том числе характерными для опыта религиозной жизни. Норма психического здоровья определяется как апофатическая – отсутствие болезни.

**Ключевые слова:** трихотомия, психическое расстройство, диагностика, апофатика.

Прежде всего, следует разъяснить, что под клиницистом подразумевается врач-психиатр, исследующий, оценивающий, то есть диагностирующий переживания больного.

Необходимость сопоставлений такого рода – религиозности и психических расстройств – порождается кажущимся сходством этих переживаний. В обоих случаях нередко имеет место непривычность, необычность состояний и как следствие – изменение психического облика, что в некоторых случаях вызывает тревожные вопросы о его причинах и последствиях этих преобразований. Эта внешняя (при поверхностном, непрофессиональном взгляде) идентичность и ставит вопросы о понимании нормы и патологии психики, о сущности психиатрической диагностики.

Исходная позиция для размышлений – это самоочевидная как для людей церковных, так и для медицинской аудитории трихотомия: дух-душа-тело. (Уточним, что для второго контингента она в наши дни формулируется как биопсихосоциальная концепция). Она была неоднократно представлена в наших выступлениях и публикациях, поэтому напомним лишь о том, что психические расстройства разворачиваются в «душевном», а вера, образ жизни в целом пребывают в «духовном». Сфера духовного в компетенцию психиатра не входит. Психиатр обучен, он вправе выявлять и оценивать расстройства, болезни, а не нравственно-правовые последствия поступка, поведения в целом. Широко известно соответствующее афористическое высказывание Виктора Франкла: священник спасает душу мирянина, охваченную грехом, а врач лечит болезни (Франкл В.Э., 2000).

Повторим: именно трихотомия позволяет обособить пространство, в котором разворачивается психическое расстройство. Представляется правомерным понимать ее как психиатрическую антропологию (Воскресенский Б.А., 2021). Она по-своему содержательно раскрывает проблему взаимоотношения душевных процессов как с соматической патологией, так и с духовными коллизиями. Она может использоваться также и для решения вопросов о взаимоотношениях творчества и психической патологии, преступности и психических аномалий, инакомыслия и психопатологии.

Психическое расстройство являет себя через психопатологические переживания (приносим извинения за тавтологию), которые, будучи процессами нематериальными, тем не менее, могут быть структурированы, квалифицированы, оценены. Наиболее выразительные, яркие их проявления – это продуктивные симптомы – особые переживания, которые в норме не встречаются. Таковы, например, галлюцинации («голоса», «видения» и т.п.), особые перепады настроения (депрессии – угнетение психического тонуса, мании –

противоположное состояние – подъем), помрачения сознания («пребывание в другом мире» – занимательном или устрашающем), двигательное возбуждение или «оцепенение» и др. Но самое главное состоит в том, что любая болезнь, в том числе и психическая, – это ослабление, распад, исчезновение нормальных психических процессов, присущих человеку – негативная симптоматика. Обозначим этот «дуэт» как первую группу в этих наших рассуждениях.

Однако не всегда психические нарушения столь глубоки, столь значительны. Нередко они ограничиваются лишь количественным преобразованием нормальных психических процессов: ослаблением / усилением, изменением их пропорциональных соотношений. Эта область так называемой малой или пограничной психиатрии – вторая группа.

Итак, сущность психических расстройств – это изменения в сфере душевного. Популярные, официально декларируемые сегодня критерии психической патологии – страдания, затруднения в личностном росте и функционировании, (при)остановка в личностном росте, – малоинформативны, слишком расплывчаты, выходят за рамки «душевного». А ведь устанавливая диагноз, врач-психиатр определяет, по каким закономерностям, в каком направлении (точкой отсчета здесь служат причины заболевания) меняется именно психический-душевный облик больного.

Две вышепредставленные группы являют себя и в пространстве общество-вера-психическое расстройство. Первую здесь мы определяем как группу продуктивно-дефицитарных расстройств. И те, и другие могут в определенной мере походить на, так сказать, здоровые переживания. Но это сопоставление с нормой лишь чисто теоретическое, условное. Таковы пары: состояния подъема, вдохновения и маниакальное возбуждение; чувство несовершенства, греховности и депрессия с идеями самообвинения, злого могущества, мучительного бессмертия; синдром (ансамбль симптомов) психического автоматизма (одержимость как патология) и синергийный опыт; кататонно-гебефренные состояния и юродство; аутистические расстройства и аскеза, послушание, исихия. Религиозным содержанием нередко бывают наполнены патологические фантастически-экстатические состояния, нарушения сознания вследствие употребления психоактивных веществ. К этой же группе могут быть отнесены и переживания, возникающие в ситуации клинической смерти («жизнь после смерти»), а также целенаправленно вызываемые при применении специальных психотехнических («психотерапевтических») приемов.

В ходе диагностического процесса психиатр пытается-пробует-стремится преобразовать эти духовные переживания («опыт») в душевные-болезненные, указанные в первой позиции каждой из вышеприведенных пар-сопоставлений. Если сделать это не удастся, то о психическом расстройстве говорить нельзя, какими бы необычными, непонятными, экзотическими, неприемлемыми, с общепринятой точки зрения, анализируемые переживания-поступки ни были.

По своей патологической («психиатрической») организации и динамике они неспецифичны для контингента верующих, могут встречаться у людей самых разных призваний, служений.

Вторая группа может быть охарактеризована как ситуационно-личностная (психогенно-психопатическая, выражаясь традиционным психиатрическим языком). Присущая ей симптоматика может выражаться как навязчивые непреодолимо тягостные переживания (например, описанная В.М. Бехтеревым (Бехтерев В.М., 1902) боязнь Великого Выхода, хульные мысли), сверхценные и сверхценно-паранойяльные (своеобразно фанатические), индуцированные идеи («психическое заражение», как выражались сто и более лет назад), конверсионно-диссоциативные – своеобразные телесные и психологические «рассогласования»,

близкие к ним своими истерическими механизмами особые формы деперсонализации, кликушество, некоторые («легкие») формы одержимости, «икотка»; по-человечески очень понятная психогенная (постстрессовая) депрессия – она же «реакция горя»; противоположные предыдущим по проявлениям эксплозивные (агрессивно-возбудимые) реакции. Выделявшиеся в последние десятилетия «крик в толпе», «зависимость» (не «химическая», а психологическая) и тому подобные феномены – все это лишь поведенческие акты. Но не всякое аномальное в этико-правовом отношении поведение – признак психического расстройства. Чтобы стать таковым, оно должно определенным образом структурироваться, оформиться в тот или иной болезненный симптомокомплекс. Расстройства этой группы, повторим, имеют в основе механизмы, общие для нормы и патологии, и в случаях заболевания во многом детерминируются характерологическими особенностями больного. Говоря иначе, выявление этих расстройств не свидетельствует ни о каком специфически патогенном для психики воздействии той или иной религиозной практики. Любая агрессия заразительна, подчеркивают психологи. Всякая толпа есть образование антигуманное, тем более крик в ней. Эффект внушения и зависимости успешно демонстрирует себя в самых разных рекламно-агитационных кампаниях. В разные исторические эпохи молодежь уходила не только в секты, но и в революцию, в бизнес, уезжала на целину и на БАМ. Всегда ли условия жизни там были оптимальными?

Итак, эти состояния также не являются атрибутом исключительно людей верующих, они универсальны во всех отношениях: встречаются в любых контингентах больных, возможны, повторим, (при определенных условиях) и у лиц, «не заслуживающих» психиатрического диагноза, расцениваются как эпизодическая реакция. Несколько упрощая и схематизируя, можно считать, что в подавляющем большинстве случаев пациенты этой второй группы осознают, контролируют свое состояние. Социальная значимость такого рода патологии определяется, прежде всего, общегуманистическими и правовыми, то есть духовными, а не медицинскими критериями.

Но и тяжело психически больной человек остается, хотя бы в глубине своей, существом духовным. Болезненные переживания – это одно, а мир его ценностей, верований – это другое. И что касается церковной жизни, то врачебные рекомендации этого плана определяются особенностями симптоматики. Здесь также возможны различные ситуации.

В первом случае (мы имеем ввиду, прежде всего, наиболее значимые и в тоже время наиболее загадочные, трудные для познания, для осмысления расстройства – шизофренический и аффективный спектры) – болезненные переживания имеют религиозное и/или мифологическое, прямо-таки фантастическое содержание. Действительная, каноническая церковная жизнь в этот период отсутствует. Фантастичность, космичность этих сюжетов – не случайность, не финал духовного (ошибочного) пути, а одна из закономерностей культурно-исторического развития человечества. Установлено, что на ранних этапах развития человечества возникали концепции, описывающие формирование планет, континентов, океанов, затем – конкретного региона, ареала, поселения и так далее. А при болезни проделывается обратный путь: как иногда говорят – от кухни (от быта, правдоподобия) к космосу.

В большинстве случаев критика к этим болезненным переживаниям у пациентов отсутствует, все присходившее с ними они «принимают за правду, за опыт восхождения, познания» или же расценивают как «нападение сил зла». Так, один из пациентов с идеями воздействия утверждал, что у него искушение в виде болезни. Врач возражал ему, объясняя, что у него болезнь в виде искушения, но,

будучи в остром состоянии, психотерапию он не воспринимал. Многими психиатрами отмечено, что в подобных ситуациях, особенно в период острых психических расстройств, посещение храма, участие в богослужениях, таинствах не приносит облегчения и даже утрачивается сама эта потребность. Активная церковная жизнь таким больным не показана.

Второй вариант – «смешанный»: собственно религиозные и психопатологические переживания сосуществуют, своеобразно переплетаются. При подобных соотношениях иногда удается проследить, как духовное прямо-таки подчиняется душевному. Так, больная в тоскливо-злобно окрашенном состоянии возбуждения проявляющая агрессию к матери и в тот момент частично осознающая и болезненность, и греховность своего поведения, позднее, по выходе из острого состояния, объясняет: «Я понимаю, что это грех, и от этого хочется ударить еще сильнее». Другое наблюдение: больная – человек верующий, церковный в период очередного приступа высказывает болезненные идеи самообвинения-искупления: она самый грешный человек, она должна взять на себя грехи всех других людей и, «очищаясь от них» (слова больной), бросается переплывать Москву-реку в осенне-зимнее межсезонье. Не следует видеть в этих переживаниях идеалы любви к ближнему, жертвенности, искупления, общегуманистических стремлений. Это патологические состояния. Они ведут не к просветлению, а к утяжелению состояния – разрастанию фантастичности до вселенских масштабов, агрессии по отношению к окружающим или аутоагрессии, суициду. Рекомендации в отношении церковной жизни даются сдержанные, так сказать, ограниченные.

И у больных и у родственников мы иногда встречаем стремление к вере, к Крещению как единственному и гарантированному средству исцеления. Однако служители церкви предостерегают от смешения духовного и душевного. Конкретизируя свою позицию, они указывают, что в наличии внутренней установки на исцеление ничего плохого нет, ее не следует отождествлять с целью и смыслом таинства Крещения. Исцеление возможно лишь при условии четкого разграничения этих акций. Клиническое содержание этой «демаркации» – появление у пациента критического отношения к болезненным переживаниям.

Если же религиозная церковная жизнь и болезненные переживания никак не связаны (например, пациент – человек церковный, а симптоматика – бред ревности, ущерба – обкрадывают соседи) – третий вариант обсуждаемых взаимоотношений веры и болезни – то в медицински обусловленных ограничениях церковной жизни необходимости нет.

При расстройствах ситуационно-личностного регистра (психогенно-психопатического) рекомендации религиозно-психотерапевтического плана формируются в соответствии с религиозными и общечеловеческими критериями.

Хотя формально психическое здоровье к психиатрии отношения не имеет, его определение, его критерии необходимы как точка отсчета при диагностике соответствующих расстройств и как эталон для психогигиенических рекомендаций. Современные критерии разнообразны: эффективная адаптация, личностный рост, удовлетворение от своей деятельности, критичность к себе и т.п. Очевидно, что они очень расплывчаты, и не все из них соответствуют компетенции психиатра. По нашему мнению, психиатрическая норма психического здоровья апофатична, это отсутствие патологии-расстройства-болезни. Если нет никаких душевных переживаний (круг душевных процессов), наличествующих в профессиональном психиатрическом перечне, то субъект, с точки зрения психиатрии, здоров, какими бы непонятными, странными, нетрадиционными, вызывающими не были его высказывания, поступки, образ жизни (круг духовного). Понятия нормы психиатрической, культуральной,

правовой, религиозной не совпадают. Основание-обоснование таких разночтений в трихотомии, которая в данном контексте являет свою гуманистичность (приносим извинение за употребление этого слова в церковной атмосфере), утверждает духовную свободу человека.

Понятие гармонически развитой личности, которое было популярным идеалом несколько десятилетий назад, является не столько психиатрически-гигиеническим, сколько социальным. Гармония личности заключается не в равноценности, рядоположенности всех составляющих, а в овладении многообразием форм человеческой деятельности, интересов, ценностей, служений.<sup>1</sup>

Однако определенное взаимоотношение между духовным и душевным все же может быть сформулировано. Скажем словами философа, популярного ныне в разных отношениях: «Настоящее здоровье есть творческая функция инстинкта самосохранения; в нем сразу проявляется – и воля, и искусство, и непрерывное действие индивидуального «самоврача». (Ильин И.А., 1993).<sup>2</sup> Полагаем, что «самоврач» – это критическое-ответственное отношение к своей жизни и в том числе к здоровью. А «творческая функция» – это функция ценностная, духовная – самая главная в контексте настоящих размышлений.

Размышления о достоверности, об объективности диагноза естественным образом включают в себя вопрос об «инструментах» и «технологии» диагностики. Современные технические средства, многообразие анкет и тестов существенно обогащают наши знания о нервно-психической активности человека, но все же не имеют и не могут иметь решающего значения для постановки психиатрического диагноза. Психическая деятельность осуществляется посредством мозга, она невозможна без нервной системы, но переживания человека по своей сути не материальны, а идеальны. В психиатрии психикой врача познается психика больного. Беседуя с пациентом, наблюдая за его поведением, врач оценивает живость и многообразие его эмоций, стройность мышления, естественность, гармоничность моторики и так далее. Диагностическое мышление психиатра мы определяем как образное: сопоставляется душевный облик пациента на разных этапах жизни и заболевания.

Чтобы это определение – образное – не казалось уж слишком декларативным, впишем его в ряд других «диагностических технологий»; полагаю, врачам эти определения будут понятны без разъяснений: у невролога (по старому – невропатолога) оно – пространственное, у хирурга – инженерно-конструкторское, у акушера – механистическое (но не в бранном смысле, а имея ввиду биомеханику родов), у терапевта – патофизиологическое и так далее.

Прошу прощения за дерзкую попытку дать определение мышлению священнослужителя – оно христианское.

При всех этих различиях есть важнейшая общая основа диагностической деятельности этих специалистов: «Диагноз осуществляется в живом художественно-любовном созерцании страдающего брата», – это цитата из той же работы Ильина И.А. (Ильин И.А., 1993).

Этому христианскому по своей сути определению правомерно придать еще один акцент – культурно-исторический. Авторитетный отечественный психиатр

---

<sup>1</sup> Естественно ожидать замечания об исторической обусловленности понятия и критериев психического расстройства. Но заметим, что в работах по истории психиатрии она так или иначе всегда бывает представлена. Мы же ограничимся тезисом: психические расстройства трансисторичны, но понимание их изменчиво. Смягчить противоречия, выявить некие незыблемые основания позволяет именно трихотомия (Воскресенский Б.А., 2016).

<sup>2</sup> Точности ради отметим, что это (как и фраза, приводимая ниже) – не высказывание самого философа. Автор цитирует письмо своего врача.

профессор Петр Викторович Морозов (выступавший в этом зале 2 или 3 года назад), сравнивая диагностические подходы психиатров разных стран, подчеркивал особое интуитивно-глубинное проникновение врача в переживания больного, характерное для психиатров восточно-славянских стран. (В статье речь шла о проблеме диагностики расстройств шизофренического спектра в связи с упреками в произвольном, точнее говоря, политически ангажированном расширении их границ). Он объяснял эту методику высокой развитостью интуитивно-эмоциональных форм общения, характерной для авторитарно-тиранических режимов. (Морозов П.В., 1991).<sup>3</sup> Таким образом, национальное своеобразие межличностного общения оказывается фактором, обогащающим инструменты нашей профессиональной врачебной деятельности.

В заключение приведем еще одно сопоставление, принадлежащее авторитетному швейцарскому психиатру середины прошлого века Христиану Шарфеттеру. Имея ввиду принципиально присущее всем болезням прогрессирование, утяжеление и особую социальную значимость психических расстройств, Х.Шарфеттер пишет: «...психиатр... уподобляется несущему крест Симону из Кирены – он не может избавить Спасителя от креста, но хотя бы может помочь этот крест нести» (Шарфеттер Х. 2011).<sup>4</sup>

### Использованная литература:

1. Бехтерев В.М. Боязнь Великого Выхода у священников.//Обзор психиатрии, неврологии и экспериментальной психологии.- 1902.- № 10.- С. 733-735.
2. Воскресенский Б.А. Основы психиатрии: Учебник для студентов теологического, религиоведческого и других гуманитарных направлений и специальностей высших учебных заведений. Ч. I. М.: Свято-Филаретовский православно-христианский институт, 2016. 224 с.
3. Воскресенский Б.А. Психиатрическая антропология //V Всероссийская научно-практическая конференция «Современная психиатрия – курс на междисциплинарное сотрудничество» в рамках научно-образовательного проекта «Университетская клиника психиатрии – союз науки и практики» 2 июня 2021 г. П/р д.м.н. А.А. Шмиловича. М.: 2021. С. 11-13.
4. Ильин И.А. Путь к очевидности. М.: Республика, 1993. 431 с.
5. Морозов П.В. Клинико-биологические международные исследования проблемы классификации психических заболеваний. Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. 14.00.18. М.: 1991. 31 с.
6. Франкл В.Э. Основы логотерапии. Психотерапия и религия. –СПб : Речь, 2000 – 286 с.
7. Шарфеттер Х. Шизофренические личности (пер. с нем. Э.Л. Гушанского).- М.: Форум, 2011. 304 с.

---

<sup>3</sup> Предупреждая упреки в националистическом самодовольстве, напомним, что «первичное чувство шизофрении» - понятие, введенное немецкими психиатрами.

<sup>4</sup> Многогочие наше (Б.В.).

## Современная практика экзорцизма в Католической Церкви: различение духов, сверхъестественные проявления, «паранормальные» явления и психопатология

В данном сообщении будет представлен подход к взаимодействию психиатрии и духовного окормления, прежде всего, в связи необходимостью распознавания действия злых духов, требующего проведения экзорцизма.

Современный подход к экзорцизму в Католической Церкви находит свое ясное описание в Руководстве по служению экзорцизма<sup>1</sup>, подготовленном Международной ассоциацией экзорцистов.

Для понимания того, как Католическая Церковь видит отношения между медициной вообще и психиатрией в частности, а также верой, на которую неизменно опирается любая возможная духовная помощь, нам необходимо рассмотреть следующие моменты:

а) богословские и вероучительные основания, по которым Церковь уверена, что в вопросы физического и психического здоровья человека, которыми обычно занимается медицина, возможно вмешательство высших духовных сил, таких как падшие ангелы;

б) предпосылки и условия взаимодействия специалистов-психиатров и специалистов в духовной жизни человека;

в) возможные виды духовных проявлений и необходимость дифференциального диагноза в этих случаях.

(1) Прежде всего, христианская вера утверждает, что Бог, Пресвятая Троица – Отец, Сын и Святой Дух – есть Творец неба и земли, всего видимого и невидимого. Это утверждение означает признание существования не только материального мира, но и духовного. Материальный мир в разнообразных своих проявлениях поддается научному познанию и инструментальному воздействию человека. Мир духовный, состоящий из духовных творений, которых церковное предание называет ангелами, т.е. вестниками, принципиально невозможно исследовать материальными инструментами, но он способен проявлять себя в материальной сфере.

Бог сотворил все из ничего и все сотворил благом. Разумеется, Бог мог сотворить мир в состоянии окончательного совершенства, но в бесконечной Своей премудрости и доброте Бог захотел создать мир «в состоянии становления».<sup>2</sup> Это становление включает в себя возможность не только большего, но и меньшего совершенства, не только создание, но и исчезновение живых существ, а значит и *физическое зло*, до тех пор, пока творение не достигнет совершенства.

Таким же образом из этого становления возникает и *нравственное зло*. Ангелы и люди, разумные и свободные создания, по замыслу Божию, призваны стремиться к своему окончательному совершенству, состоящему в полноте общения и любви Бога, выбирая его свободной волей. В этом свободном становлении и ангелы, и люди могут сбиться с пути. И действительно, они согрешили. Так вошло в мир нравственное зло, несоизмеримо более тяжкое, нежели зло физическое. Бог никоим образом – ни прямо, ни косвенно – не

<sup>1</sup> Associazione Internazionale Esorcisti (a cura) *Linee guida per il ministero dell'esorcismo*, Padova, Edizioni Messagero, 2019 (далее - Linee guida).

<sup>2</sup> Ср. *Катехизис Католической Церкви*, изд. 4-е, Москва, 2001 (далее – ККЦ), pp. 301-304.

является его причиной. Однако Он его позволяет, уважая свободу Своего творения, и таинственным образом умеет извлечь из него добро.<sup>3</sup>

Мы твердо верим, что Бог – Властитель мира и истории. Но нам часто остаются неизвестны пути Его Провидения, потому что на пути становления нашего совершенства мы обладаем только частичным познанием. Только когда мы увидим Бога «лицом к лицу» (1 Кор. 13:12), мы сможем увидеть и понять пути, которыми даже сквозь драмы зла и греха Бог ведет Свое творение к покою и общению того окончательного седьмого дня, ради которого Он сотворил небо и землю. Бог в Своем Провидении печется обо всем: от малейших ничтожных вещей до великих мировых и исторических событий. Откровение настаивает на абсолютном суверенитете Бога в ходе событий: «Бог наш на небесах и на земле творит все, что хочет», – говорит Псалмопевец. Человек, сотворенный одновременно духовным и телесным существом (Бог вдохнул в человека, вылепленного из земли, дыхание жизни), способен взаимодействовать со своим Творцом, а также с материальным и духовным миром. Поэтому Бог не оставляет все становление мира исполнению данных им самих природных законов, но и Сам, и посредством ангелов вступает в духовное взаимодействие с человеком. Так, прежде всего мы получили Священное Писание.<sup>4</sup>

Будучи сотворены благими, некоторые ангелы, сохранив свою природу, по своей воле стали злыми и отделились от Бога – высшего Блага. То есть, и они также были бы добрыми, если бы пребывали такими, какими были сотворены. Но поскольку они злоупотребили своим природным совершенством и не устояли в истине (см. Ин. 8:44), то они отделились от высшего Блага, которому должны были остаться верны. Этих отделившихся ангелов христианское предание называет Сатаной, Дьяволом, а прочих – бесами и демонами.

Эти духовные творения, падшие от своего исходного достоинства, противостоят спасительной воле и действию Божию, совершённом во Христе, стремясь вовлечь человека в свой мятеж против Бога, «демонизировать» человека, сделать его подобным себе, в противоположность обожению, сообразованию человека со Христом.

Таким образом, зло в мире – как говорит церковное Предание, – это не просто некая ущербность, но деятельное, живое и духовное существо, извращенное и извращающее. Всё библейское и церковное учение признаёт существование сатаны и настаивает, что он не имеет начала в самом себе, но является творением Бога. Это не псевдо-реальность и не персонификация неизвестных нам причин наших несчастий.

Основываясь на постоянном церковном Учительстве, Папа Франциск напоминает, что мы не сможем осознать существование дьявола, если будем упорствовать в том, чтобы воспринимать жизнь исключительно с эмпирической точки зрения, вне сверхъестественной перспективы. Именно убежденность в том, что эта злая сила присутствует среди нас, позволяет нам понять, почему зло порой обладает такой разрушительной силой. Дьявол присутствует уже на первых страницах Писания, а заканчивается Писание описанием победы Бога над ним. Иисус, оставляя нам молитву «Отче наш», пожелал, чтобы мы заканчивали ее, прося Отца избавить нас от лукавого – от злого духа. Оно указывает на обладающее личностью существо, строящее против нас козни. Иисус научил нас ежедневно просить об освобождении от этого духа, чтобы его сила не возобладала над нами. Таким образом, нам не следует воспринимать дьявола как некий миф, образ, символ, фигуру речи или идею. Подобное заблуждение ведет к тому, что

---

<sup>3</sup> Там же, пп.310-311

<sup>4</sup> Там же, п.314

мы ослабляем бдительность, становимся беспечней и, в конечном итоге, уязвимее.<sup>5</sup>

Таким образом, Церковь, послушная главному источнику своего учения – Господу Иисусу Христу, – настаивает на том, что и евангельское учение, и живой опыт веры открывают нам существование мира демонов, что это несомненная догматическая реальность. Тем не менее, важно не преувеличивать возможности падших творений Божиих.

Мятежные ангелы навсегда утратили возможность вечного блаженства и все сверхъестественные дары, но они не утратили дары и качества, свойственные их природе как таковой. Так, они полностью сохранили знание естественное. Это знание, которое у демонов может быть врожденным, полученным и сообщаемым, превосходит любое доступное людям знание. Они способны делать выводы о предстоящих событиях из любых естественных причин, уже действующих. Они лучше любого полиграфа способны догадываться о внутренних движениях мысли человека по телесным проявлениям. Но не только демоны, но и благие ангелы по самой своей природе не могут знать тайн Божиих и тайн человеческого сердца. Кроме того, они не могут иметь точного предварительного знания о свободных действиях, но лишь делать предположения, которые могут быть ошибочными.

Несмотря на то, что демоны могут совершать действия, которые кажутся нам сверхъестественными, потому что в тварном мире нет власти, сравнимой с ангельской, ни поодиночке, ни все вместе они не могут совершить подлинных чудес, то есть действовать, приостанавливая законы природы или против законов природы, единственным автором которых является Бог. Демон может симулировать исцеление, приостанавливая действие болезни, но не может дать исцеления, воскрешать умерших, прирастить ампутированную конечность. Демон способен переносить с места на место уже существующие предметы, соединять их причудливым образом, но не создавать новые. Демон также способен провоцировать видения, но только используя уже существующие в памяти человека образы или создавая их неестественные сочетания, но не вдохновляя на новые зрительные образы. Демон имеет знание событий, не зависящих от свободной воли человека или Бога – будущие землетрясения, ураганы, поломки механизмов, также как знает и может создавать впечатление пророчества о результатах действий, которые уже предприняли какие-то люди, о которых ничего не известно другим.<sup>6</sup>

Поэтому чтобы подчеркнуть это неравенство между Божественными силами и силами демоническими, неправильно, в строгом смысле, говорить о «сверхъестественных» (*supernaturalis*) действиях демонов, но только о неестественных (*praeternaturalis*). Сила сатаны не безгранична. Он всего лишь тварь – сильная, поскольку тварь исключительно духовная, но, тем не менее, всего лишь тварь с ограничениями творения, подчиненного воле и господству Бога. И эта подчиненность выражает себя и в неспособности к совершению *сверхъестественных*, т.е. превосходящих возможности творения действий.

Извращенная воля демонов, стремящаяся поработить человека, действует двумя способами: в нравственной, т.е. духовной сфере человека и в психофизической – телесной.

Сатане не нужно нами обладать. Он отравляет нас ненавистью, унынием, завистью и пороками. Так, пока мы ослабляем бдительность, он пользуется этим, чтобы разрушить нашу жизнь, наши семьи и наши общины, потому что он «ходит, как рыкающий лев, ища, кого поглотить» (1 Пет. 5:8). Именно искушение

<sup>5</sup> ср. Франциск *Gaudete et exsultate*, Рим, 2018.

<sup>6</sup> более подробное рассмотрение см. в *Linee guida*.

(соблазн) – это самая большая и смертоносная опасность, потому что оно прямо противостоит спасительному замыслу Божию. Искушение дает сатане возможность действительно поработить человека, потому что, поддавшись соблазну и согрешив, человек своим свободным и личным решением сам отдает себя во власть сатаны. На протяжении своей земной жизни все люди, хотя и в разной степени, подвержены искушениям, поэтому такой род действия сатаны может быть назван *обычным*.

Действия же сатаны в психофизической сфере – такие как одержимость, наваждение, досаждение или заражение – причиняют человеку большие страдания, являются зрелищными, привлекают внимание, но сами по себе не отдаляют его от Бога и не являются столь тяжелыми, как грех. Воздействуя на психофизическое состояние, дьявол, прежде всего, стремится запугать человека, подчинить себе свободную волю и одновременно стремится как-бы подражать Боговоплощению. Такие действия можно назвать *чрезвычайными* не в силу их зрелищности, но в силу редкости. Ответом на чрезвычайные действия сатаны является экзорцизм – молитва Церкви, которой она призывает Христа – Сына Божия – Своей властью освободить человека от сатаны.

**(2)** Мы увидели богословские причины, по которым Церковь не сомневается во вмешательстве духовных сил в жизнь человека. Это и само возникновение Священного Писания, это и многочисленные, достаточно хорошо задокументированные чудеса, это многочисленные чудесные обретения икон и статуй. Христианская вера исходит из того, что Бог постоянно использует сверхъестественные явления, чтобы говорить с человеком. В то же время известны и задокументированы случаи чрезвычайных дьявольских воздействий – неестественные проявления его силы.

Важно отметить, что независимо от того, что современная наука говорит, например, о возможной «генетической склонности» человека к религиозности, сама возможность «естественнонаучного объяснения» склонности не опровергает существования веры как ответа на откровение Бога о сотворении мира. Именно принципиальная невозможность естественнонаучной проверки духовных явлений приводит к тому, что их отрицание постулируется априори. Строго рационально нельзя утверждать, что невозпроизводимые в опыте явления не существуют. Вера, со своей стороны, не отрицает возможности проявления духовных воздействий через генетические, гормональные и другие механизмы человеческой телесности.

При этом случаи чрезвычайных дьявольских воздействий – то, что обычно называется одержимостью, с точки зрения практики экзорцизма, всегда нуждались в консультациях специалистов в медицине. В практике экзорцизма Католической Церкви всегда постулировалась необходимость различать неестественные проявления (т.е. чрезвычайные демонические действия) и возможные психопатологии или неврологические расстройства. Так, уже в 1563 г. поместный Собор в Реймсе напоминает: «Многokrатно те, кто считает себя добычей дьявола более нуждаются во врачах, чем в служении экзорциста». Первый обязательный для всей Католической Церкви чин экзорцизма, опубликованный в Римском ритуале в 1614 г., т.е. задолго до становления психологии и психиатрии как наук, напоминает: «Прежде всего, экзорцист не должен с легкостью верить, что кто-то одержим демонами. Поэтому он должен хорошо разбираться в

симптомах, позволяющих отличить одержимого от тех, кто подвержен какой-либо болезни, особенно душевной”.<sup>7</sup>

Это постоянство в учении Церкви подтверждается и Катехизисом Католической Церкви, который в 1673 г., говоря о важности служения экзорцизма, указывает на необходимость убедиться, прежде чем совершать экзорцизм, что речь идет о присутствии лукавого, а не о болезни.

В практике экзорцизма не вызывает сомнения высокая вероятность того, что человек, обращающийся за помощью к экзорцисту, страдает не от одержимости злым духом, но от бреда одержимости или других психопатологических состояний. Как псевдоодержимость могут проявлять себя различные диссоциативные расстройства, параноидальный бред, обсессивно-компульсивные расстройства, фобии, гистрионическое расстройство личности.

При этом следует учитывать, что и сам экзорцизм, как совокупность молитв и обрядов, если он проводится без учета психиатрической ситуации страждущего, способен спровоцировать подражание типичному при одержимости поведению. Кроме того, у страдающего определенными психопатологиями человека такое проведение экзорцизма способно сформировать фактически зависимость от самого обряда, при которой экзорцизм не воспринимается как начало духовного пути освобождения от власти демона, но должен повторяться просто как определенное воздействие. И это еще одна причина для тщательной дифференциальной диагностики психопатологии и возможного чрезвычайного демонического воздействия. Иными словами, экзорцист, сталкиваясь с конкретной ситуацией возможной одержимости, всегда нуждается в помощи и совете психиатра.

С другой стороны, психиатр, который может в этот момент помочь экзорцисту, должен обладать целостным христианским видением мироустройства. Не достаточно утверждать свою веру в Бога. Вера в Бога включает в себя и уверенность в существовании «невидимых» (по Символу веры) сил, невидимых в том числе для любого научного инструментария, поскольку эти силы нематериальны. И эти силы являются ангельскими или дьявольскими, способными производить, соответственно, сверхъестественные или неестественные воздействия. Без этого признания объективного существования того, что не может, в принципе, быть изучено научными инструментами, любые действия духовных незримых сущностей будут восприниматься только как часть социально-культурного окружения, пробуждающего физические и психические проявления. Часто даже те, кто считает себя верующими, рассматривает религию и религиозный опыт как совокупность психических проявлений, при котором религиозные взгляды и истины веры оказываются только проекциями и объективизацией психического состояния. Такой рационалистический подход отрицает саму возможность наличия духовных, а не душевных или физиологических проблем, поэтому не сможет увидеть вполне ясной симптоматики сверхъестественных или неестественных проявлений.<sup>8</sup>

Интегральное здоровье страдающего человека должно включать, кроме указанных ВОЗ физического, психического и нравственного аспектов, также и духовное измерение. И восстановление такого интегрального здоровья является общей целью и психиатра, и экзорциста. В некоторых случаях становится ясным «смешанный» характер недуга. Так же как внешне сходные симптомы могут свидетельствовать о психическом или неврологическом заболевании, часть симптомов может оказаться проявлением чрезвычайного воздействия лукавого.

<sup>7</sup> См. в Valter Cascioli *Esorcistica e psichiatria a confronto. Modalità di dialogo. Problemi interpretativi e di diagnosi differenziale*; in *Quaderni AIE*, No 1, Roma, Marzo 2015, стр. 129.

<sup>8</sup> См. там же, стр. 135-137.

Так, бред одержимости будет соответствовать обычным психопатологическим признакам: искажение реальности, эгоцентричность, невосприимчивость к рациональным или фактическим доводам. В то же время основные признаки одержимости также объективны: владение языками, которых человек никогда не изучал, знание о фактах, которые знать не может, проявление физической силы, необъяснимой уровнем физического развития, возможная левитация, изрыгание различных предметов.

Голоса и видения, конечно же, могут быть вызваны галлюцинациями, при которых могут возникать акустические или зрительные восприятия; кто-то, склонный к религиозному восприятию, может считать, что видит духов. Психиатрия при этом будет различать особенности таких проявлений.<sup>9</sup>

Однако если голоса и видения, в силу своих характеристик не связаны с психопатологией или неврологией, прежде всего, если они оказываются вполне информативными, то уже психиатр может нуждаться в помощи специалиста духовной жизни для распознавания возможных духовных воздействий. При этом не следует забывать о способности демона в значительной степени влиять на психосоматическое состояние человека, поэтому вполне вероятны и подтверждаются в практике экзорцизма случаи, требующие одновременного лечебного вмешательства и душевного (психиатрического), и духовного (экзорцизм). Демоническое воздействие может не только маскироваться под психопатологию, но может проявлять себя в обострении физического или психического состояния, резко снижая при этом эффективность стандартной терапии; кроме того, сама психопатология может провоцировать проявления демонического воздействия. Поэтому взаимодействие экзорциста и психиатра не всегда сможет завершиться выяснением того, кому из них надлежит действовать дальше в целях восстановления интегрального здоровья, но может потребоваться длительное совместное действие.

**(3)** Необходимость испытания или различения духов является еще одним важным напоминанием. Потому что кроме широкого распространения материалистического рационалистического подхода, отрицающего вообще существование духовного мира и частичную принадлежность к нему человека, одновременно распространяется притягательность всего духовного без разбора. Достаточно посмотреть на полки сувенирных магазинов и экомгазинов с их талисманами, картами Таро и т.д. При таком подходе возможна, наоборот, как легковверная готовность признавать духовные проявления в любой психопатологии, так и неразборчивое следование на поводу (и это буквально – на поводке) у любого духа, считая их всех высшими добрыми сущностями. Целостное христианское восприятие снова должно помочь нам вспомнить, что любые духи – это всегда и только ангелы, сотворенные Богом, а не другие нетварные сущности, души умерших, души деревьев и т.д. При этом некоторые из ангелов являются падшими и злыми, стремящимися погубить человека, отрывая его от Бога. Добрые же ангелы служат Богу и могут передавать человеку послания от Бога.

Папа Бенедикт XIV (Ламбертини) в своем “Трактате о беатификации”<sup>10</sup>, опубликованном в 1750 г., рассматривает мистические проявления в жизни святых и настаивает на необходимости различения при этом естественных,

<sup>9</sup> см. в *Linee guida*, 215-225.

<sup>10</sup> Бенедикт XIV *De servorum Dei beatificatione*, по Bruxelis, 1840

[https://www.miraclehunter.com/marian\\_apparitions/discernment/Benedicti\\_Papae\\_XIV\\_Doctrina\\_de\\_servorum.pdf](https://www.miraclehunter.com/marian_apparitions/discernment/Benedicti_Papae_XIV_Doctrina_de_servorum.pdf), дата обращения 05.03.2024.

сверхъестественных и неестественных проявлений, ясно понимая, что сама по себе святость жизни, скорее, привлекает нападения лукавого, чем отгоняет их.<sup>11</sup> Поэтому Папа Ламбертини предлагает совершать распознавание мистических проявлений, поскольку демон стремится произвести впечатление, совершая псевдочудеса. Святость христианина выявляется не мистическими проявлениями – голосами, видениями, пророчествами, – но нравственной жизнью возрастания в христианских добродетелях.

Демон способен возбуждать фантазию, но все образы будут соответствовать собственным чувствам человека. В отличие от Бога, Который может дать увидеть те самые «новые вещи», для которых не хватает слов, как мы это читаем в описаниях видений Иоанна Богослова и Святого Павла.

Человек определенного склада ума (меланхолик – пишет Папа) способен, принимая во внимание множество вполне естественных причин, предсказывать будущее в естественном развитии событий.

Опыт множества святых показывает, что особая связь с Богом, позволявшая лучшим образом понимать и видеть действие милосердия и любви Божией в этом мире через мистические видения, часто сопровождалась у них и другими видениями, направленными на пробуждение страха и недоверия Богу. Видения, особые послания, в том числе и через голос, который при этом ясно не распознается как голос кого-то из знакомых или умерших родственников, возможны, но только как укрепление личного пути приближения к Богу, возможно, и как пример для других добродетельной и благочестивой жизни, полной любви к ближнему.

Послания демонические, наоборот, могут маскироваться под общение с душами усопших, подсказывать занять положение единственного истинного толкователя божественного откровения и даров Божиих, отвергая авторитет Церкви Божией, подсказывая вещи, противоречащие вере и Писанию.

В этих рассуждения Папы Ламбертини – Бенедикта XIV мы видим уже в середине XVIII в. признание возможности того, что у одного и того же человека, даже и святого, могут одновременно проявляться особенности личной психологии, сверхъестественные откровения Божии, неестественные нападения лукавого, которые необходимо различать. Святость подвижника не определяется такими зрелищными явлениями.

Собственно, в самом Писании, в 18 главе Книги Второзакония (Втор. 18:21-22) уже содержится предостережение о лжепророках, говорящих не от Бога, предсказывающих вещи, которые не совершатся.

В том, что касается *слышания* разных голосов или разговора с усопшими, стоит напомнить, что в случае, если речь не идет о уже указанных вариантах психопатологии, но о реальных чрезвычайных событиях духовной природы, то, прежде всего, Божии вести передаются ангелами, которым нет нужды прятаться за “голоса усопших или духов предков”.

В ситуации же ангельских голосов, передающих некие послания, следует исходить из того, что возможные проявления сверхъестественного божественного вмешательства будут сопровождаться стремлением визионера к незаметности, смирением и скромностью, готовностью только передать послание, но не быть его владельцем.

Наоборот, стремление к славе, к возможной выгоде, стремление заявить своего рода “авторские права” на послание будут сопровождать тот дьявольский

---

<sup>11</sup> Более подробный анализ см. в Francesco Asti *Esperienza mistica e influenza diabolica: criteri di discernimento*, in *Quaderni AIE*, No 8, Roma, Marzo 2017, pp. 46-132.

обман, которого, возможно, сам человек и не осознает, но которым дьявол стремится отвлечь от Бога не только его самого, но и окружающих.

Достаточно часто приходится встречаться с людьми, утверждающими, что они переживают так называемые “паранормальные” явления, представляющиеся хорошими: внутренние или внешние голоса, предвидения, ароматные запахи, послания, получаемые разными способами, способности к распознаванию болезней, к лечению наложением рук. Это те, кого называют медиумами, экстрасенсами и т.д. Можно упомянуть также и тех, кто прямо утверждает, что занимается “белой” или “черной” магией. Говоря о медиумах, необходимо принимать во внимание чрезвычайные возможности лукавого различать посредничество в общении с лукавым и дар сверхъестественных видений<sup>12</sup>. В этой связи стоит отметить, что и сам термин “паранормальный”, достаточно широко распространенный, допустим лишь как один из вариантов перевода латинского “*praeternaturalis*” – находящийся вне пределов (но не выше) природного, внеестественный, неестественный, параприродный. Когда медиум “разговаривает с духами”, то, если это не проявление психопатологии, он оказывается посредником для злого духа, даже если искренне считает, что входит в контакт с духами предков. Возбуждает ли он в себе состояние такого разговора или получает свои видения и послания даже без своего собственного желания, тот, кто действует в этом разговоре, называясь духом мертвых или предков, на самом деле, всегда и только злой дух – дьявол, бес, демон. Что же касается любой магии, то вера и Священное Писание не отрицают самой возможности их существования, но замечают, что любая магия является попыткой управлять творением вопреки Творцу, а значит, относится к демоническим проявлениям.

Паранормальные явления в обычном смысле слова связаны с т.н. экстрасенсорными способностями, но именно утверждение, что эти способности превосходят человеческую природу, означает, что они происходят от высших сил – от Бога или ангелов (добрых или падших). При этом стремление к сенсации, стремление привлекать внимание к своим паранормальным способностям, стремление зарабатывать на этом деньги оказываются признаками, указывающими их неестественное происхождение и дьявольский обман.

Пророчества, откровения Божии, особые дары всегда связаны с молитвой и возникают на долгом пути возрастания в вере.

Частное откровение от Бога, посредником которого может быть ангел – т.е. посланник Божий, проявляет себя в соответствии всех элементов целостной вере. Этими элементами являются: соответствие предполагаемого послания вере и морали Церкви, достоверность визионера, искренность, отсутствие собственного интереса, смирение, подчинение Церковным властям, здравомыслие, трезвый образ жизни, ясность, последовательность и постоянство в изложении фактов или посланий, исполнение пророчеств, исцеления. Но самым важным элементом являются духовные плоды, появление и проверка которых требует многих лет. Смирненная готовность предполагаемого провидца ждать этого времени, доверить свое послание Церкви и больше не возвращаться к нему, становятся дополнительным аргументом в пользу сверхъестественного вмешательства.

Можно отметить еще один важный критерий различения: Бог всегда уважает свободную волю человека, поэтому может предложить передать другим послание или факт, но не управляет человеком, который против своей воли начинает говорить.

---

<sup>12</sup> См . в Renzo Lavatori *L'identità e le azioni degli angeli nella visione cristiana*, in Quaderni AIE, No 18, Roma, Gennaio, 2020, pp. 22-49.

С точки зрения духовного здоровья, важно понимать, что даже искреннее желание помогать другим людям, пользуясь своими особыми способностями, не стараясь понять источник этих способностей, может завести человека в ловушку демона. Это относится к передаче информации от духов и к исцелениям силой духов.

И общий подход Церкви и психиатра в случаях утверждений о любых особых способностях не должен отличаться от подхода при подозрениях человека в своей одержимости. Сначала необходимо исключить психопатологический характер феноменов, а только затем приступать к оценке событий или посланий с точки зрения веры.

Поэтому, подводя итоги, можно утверждать, что в течение последних столетий Католическая Церковь неизменно прибегает к помощи сначала врачей вообще, а затем, по мере развития медицинского дела, к помощи психологов и психиатров для определения того, что те или иные явления в жизни конкретного человека выходят за рамки медицинских и естественнонаучных объяснений. Только после этого Церковь считает себя вправе выносить суждение о божественном или демоническом происхождении оставшихся явлений.

### **Использованная литература:**

1. Франциск. Папа. Апостольское обращение *Gaudete et exsultate*, Рим, 2018, перевод - Москва 2020.
2. Associazione Internazionale Esorcisti (a cura) *Linee guida per il ministero dell'esorcismo*, Padova, Edizioni Messaggero, 2019 (далее - *Linee guida*).
3. Valter Cascioli. *Esorcistica e psichiatria a confronto. Modalita di dialogo. Problemi interpretativi e di diagnosi differenziale*; in *Quaderni AIE*, No 1, Roma, Marzo 2015, pp.127-152.
4. Françoise Marie-Dermine, *OP Gli aspetti pastorali e spirituali dell'esorcosmo*, in *Quaderni AIE*, No 6, Roma, Settembre 2016, pp. 25-45.
5. Francesco Asti *Esperienza mistica e influenza diabolica: criteri di discernimento*, in *Quaderni AIE*, No 8, Roma, Marzo 2017, pp. 46-132.
6. Бенедикт XIV. *De servorum Dei beatificatione*, по Bruxelis, 1840 [https://www.miraclehunter.com/marian\\_apparitions/discernment/Benedicti\\_Papae\\_XIV\\_Doctrina\\_de\\_servorum.pdf](https://www.miraclehunter.com/marian_apparitions/discernment/Benedicti_Papae_XIV_Doctrina_de_servorum.pdf), дата обращения 05.03.2024.
7. Renzo Lavatori. *L'identità e le azioni degli angeli nella visione cristiana*, in *Quaderni AIE*, No 18, Roma, Gennaio, 2020, pp. 22-49.
8. Франциск. Папа. *Gaudete et exsultate*, Рим, 2018.

## Психические расстройства, суицидальное поведение и религиозность

**Актуальность и проблема исследования:** Тема духовного кризиса все более актуальна в эпоху постпандемии covid-19 и последующей за ней глубокой социально-политической нестабильности, поскольку многие люди по всему миру столкнулись с особыми переживаниями пограничного существования (Oakes, 2023). Люди переживают кризис, связанный со множеством факторов, зависящих и от патогенеза заболеваний и от травматических последствий (Lim et al., 2022; Hogg et al., 2023). Вслед за схизисом массового сознания в последние годы наблюдается рост вовлеченности населения в основные религиозные конфессии (согласно данным портала исследований будущего религии<sup>1</sup>) и интерес к вере в условиях переживания неопределенности и критических событий (Kowalczyk, 2020; Shai, 2022).

Кроме того, как показывают зарубежные исследования, растет и сугубо научный интерес к религиозности и духовности. При этом, все больше внимания уделяется негативным сторонам религиозности и духовности, таким как проблемы «духовной борьбы» (Pargament, & Exline, 2023), ситуации «потери религии», религиозной «деидентификации» (McLaughlin et al., 2022; Van Tongeren et al., 2021), «религиозной травмы» и часто связываемому с ней феномену «христианского стыда» (Downie, 2022). Особым образом хочется подчеркнуть, что широкому распространению исследований, фокусирующих свое внимание на вопросах духовности и религиозности, способствует их активное финансирование со стороны фондов и благотворительных организаций (см., например, John Templeton Foundation<sup>2</sup>).

Основная повестка проводимых проектов ярко отражена в одной из статей Американской психологической ассоциации, обобщающей разные исследования по теме религиозности и духовности (Abrams, 2023). В данной публикации освещаются следующие аспекты:

(1) во-первых, в академической среде США активно обсуждается проблема **вреда**, который религия может наносить людям, в особенности различным меньшинствам;

(2) во-вторых, исследователи подчеркивают растущий запрос от клиентов и пациентов на учет их религиозных и духовных взглядов в ходе обсуждения своих проблем с помогающими практиками (психологами, психиатрами, врачами соматического профиля);

(3) в-третьих, авторы позитивно оценивают существующую в академической психологической среде тенденцию разделения понятий религиозности и духовности. При этом под духовностью предлагается понимать «процесс поиска чего-то священного», а термин «религия» использовать применительно к догматике, организованным практикам, конфессиональным убеждениям и др. (там же). Исследователи отмечают недостаточную компетентность психологов и психиатров в этой области, в связи с чем признается важность получения ими специальных «духовных/религиозных компетенций» (spiritual/religious competences).

Вышеизложенные идеи вошли в основание крупного проекта<sup>3</sup>, задачей которого является повышение компетенций в области духовного здоровья, создание инклюзивной среды и расширение возможностей специалистов за счет

<sup>1</sup> см. — Ежегодная таблица мировых религий, 1900-2025: <https://www.wnrf.org/cms/statuswr.shtml>

<sup>2</sup> <https://www.templeton.org/>

обращения к религиозным аспектам жизни клиентов. В этот проект входят не только исследования, но и подготовка специалистов, начиная с высшего образования и заканчивая курсами переподготовки (на данный момент образование можно получить бесплатно, если не брать свидетельство о получении учебных кредитов).

Таким образом, значительное внимание к теме духовного здоровья со стороны спонсирующих организаций и связанное с этим увеличение проектов, посвященных данной проблематике, к настоящему времени создали поле активных академических и практических разработок в области духовности и религиозности. На наш взгляд, обсуждаемая проблематика требует глубоких и методологически выверенных исследовательских стратегий, которые, в свою очередь, могут опираться на осмысление духовного опыта клиентов, пациентов, прихожан, которые жалуются на негативные состояния, связанные с духовной сферой.

Одним из состояний, которое также может быть поставлено в ряду негативных переживаний, считается духовный кризис. Слово «кризис» происходит от древнегреческого слова κρίσις, который фиксирует две ипостаси этого состояния: с одной стороны, «поворотный пункт», с другой стороны, «суд, приговор». В связи с этим можно говорить о том, что во время этого состояния личность переживает дезинтеграцию, и благодаря кризису она получает возможность движения либо к регрессу, распаду и схизису, либо к возрождению, восхождению.

Опираясь на работы У. Джемса, мы предположили, что механизмом разрешения кризиса является смыслообразование (Джемс, 1902; 1993, с. 249). Таким образом, **цель настоящего исследования** заключается в определении роли духовного смысла в структуре переживания духовного кризиса.

## **Методы**

В качестве исследовательской стратегии нами был выбрана **методология качественных исследований** (Бусыгина, 2024), которая, как мы считаем, позволяет получить объемное представление о процессах трансформации переживания и осмысления человеком духовного кризиса в связи с нахождением духовного смысла. В качестве метода анализа данных был выбран **метод обоснованной теории** (grounded theory) (Страусс & Корбин, 2001), который обладает крайне эвристическим потенциалом, т.к. позволяет связывать ранее несвязанные научные положения и создавать новые теории, основанные на данных.

Выборка составила 18 респондентов (4 мужчины и 14 женщин) в возрасте от 21 до 54 лет (M=29,22), переживших духовный кризис.

## **Результаты**

### *Этапы переживания духовного кризиса*

Рассмотрим этапы духовного кризиса в двух измерениях, где событие на оси проецируется в два плана: личностный (или психологический) и религиозный (см. рис 1).

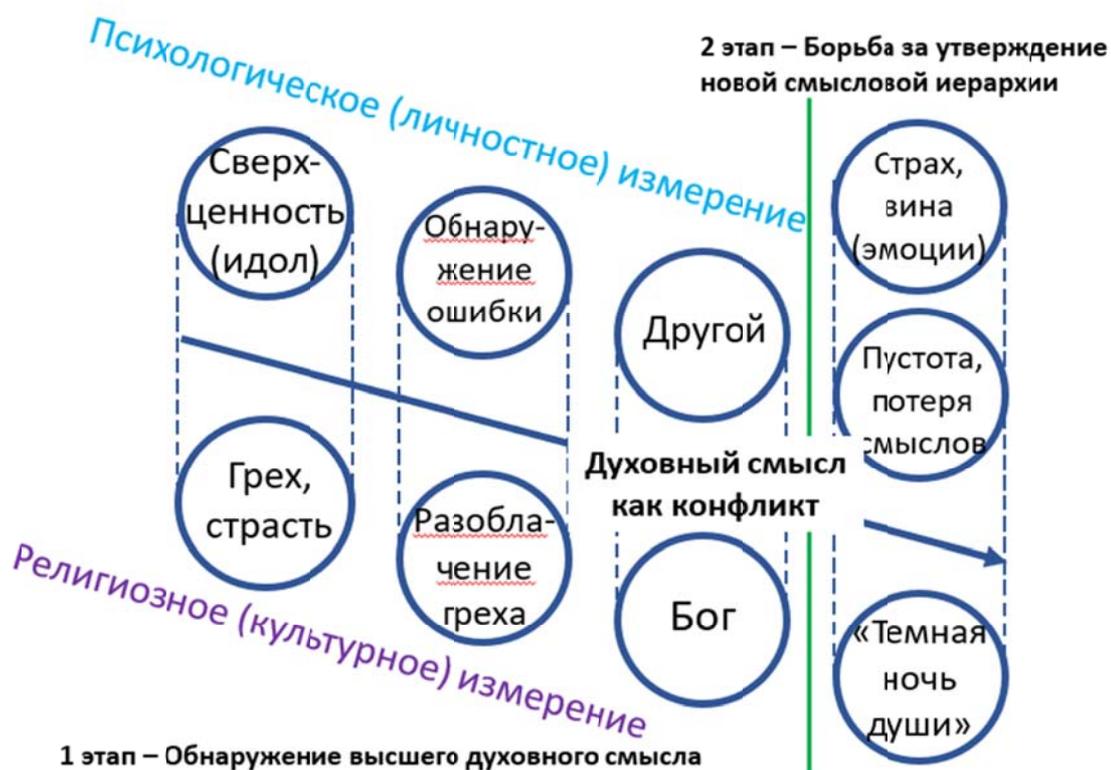


Рисунок 1. Этапы переживания духовного кризиса (1 и 2).

На **первом этапе** респонденты видели причину духовного кризиса в совершении определенного греха. Причем поначалу этот грех не осознавался, или осознавался частично. В следующей фазе само совершение греха не приносило респондентам ощущения удовлетворения. Грех разоблачался как «конфетная обертка» и приносил пустоту и страдание. Затем наступала фаза, когда в мучительном поиске респондентам открывалась грубая суть совершенной ошибки. Так впервые обнаруживался духовный смысл, который возникал сначала как сформулированный **Другим** (знакомым, священником, внутренним голосом и т.д.) и поэтому он содержал в себе конфликт и нежелание примириться.

**Второй этап** переживания духовного кризиса заключался в духовной борьбе. Этот этап был насыщен различными трудными переживаниями: попытка «торговаться» с Богом, обида на Него или невозможность простить себя, страх того, что Бог никогда больше не примет обратно и т.д. Некоторые респонденты отмечали, что безуспешно пытались справиться со страстью своими силами. В этой точке они переживали, как разрушается их прежняя система ценностей, а смыслы утрачиваются.

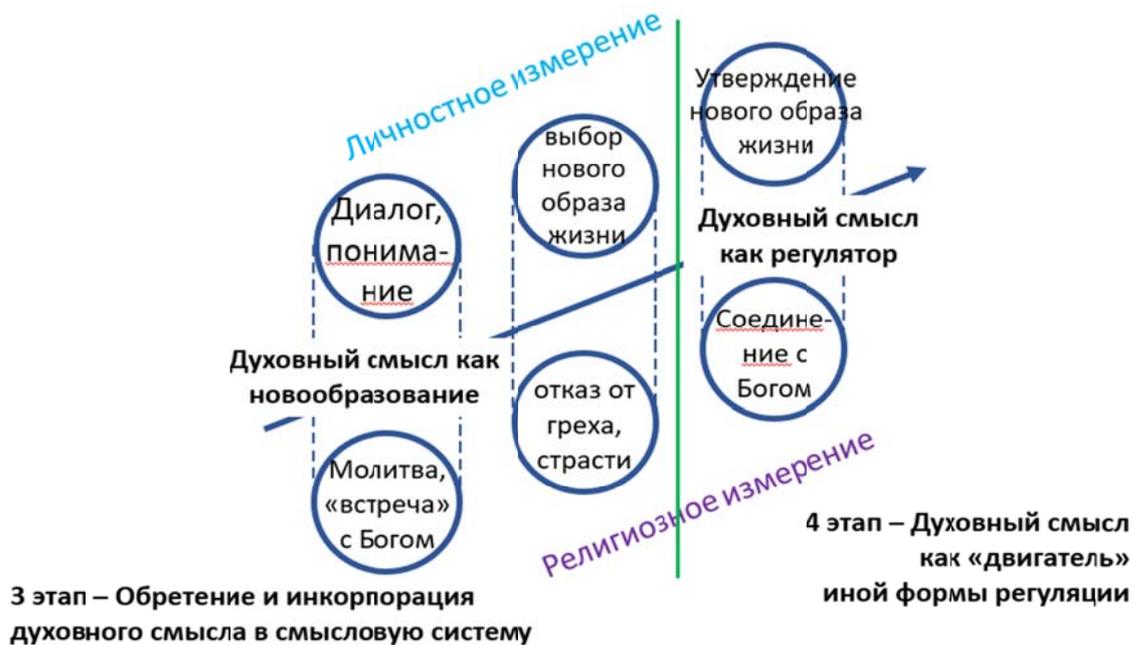


Рисунок 2. Этапы переживания духовного кризиса (3 и 4).

**Третий этап** переживания духовного кризиса выделяется у респондентов, преодолевших духовный кризис. Он характеризуется достижением пиковой точки отчаяния, в которой беспомощность сменяется смирением. Духовный смысл впервые разворачивается во внутреннем плане личности как понимание, всецело принимаемая и озаряющая светом мысль. Параллельно видимой еще бездне отчаяния возникает и радость освобождения от греха.

В дальнейшем респонденты укреплялись в выборе нового образа жизни и понимания мира. Духовный смысл на этом этапе становился «движком» и занимал роль регулятора образа жизни человека: поступки теперь соотносились с новым духовным принципом жизни, полученным личностью в актах преодоления себя и своих страстей.

### Обсуждение результатов

Духовный смысл, таким образом, есть торжество смысла над страданием (Василюк, 2021, с. 11). Перекликающиеся образы можно обнаружить в строках поэмы «Темная ночь души», когда автор описывает погружение в глубины духовной темноты и избавляющий выход ко Христу.

*«В тиши, в самозабвенье  
я над своим Возлюбленным склонилась,  
и все ушло. Мученье,  
которым я томилась,  
среди лилий белоснежных растворилось.»*  
Иоанн Креста «Темная ночь души» (между 1577 и 1579 гг.)

Иллюстративно работу духовного смысла в кризисе описывает митрополит Антоний Сурожский: «[в сердце] царит хаос, но не беспорядочный и бессмысленный хаос, а тот, в центре которого находится слово Божие, способное дать ему направление, значение, форму при условии, что человек откликнется на это слово, при условии, что мы всей волей выберем Логос, выберем значение, смысл сущего и позволим ему действовать в нас как организующей силе — не

подчинением или укрощением, но призывом к жизни — и к жизни с избытком» (Сурожский, 2019, с. 23).

### **Выводы**

Таким образом, духовный кризис предлагается понимать как особую сверхбытийную ситуацию разрушения прежних основ существования, содержащую в себе «смысловый вызов». Обретение духовного смысла ситуации дезинтеграции личности способствует разрешению духовного кризиса. Найденный духовный смысл не привязан к бытию и конкретным областям текущей жизни, его появление перестраивает ценностно-смысловую систему личности порой радикальным образом — вокруг высших ценностей, трансцендентного опыта и опыта богообщения.

### **Использованная литература:**

1. Бусыгина Н. П. Методология качественных исследований в психологии. Учебное пособие. М.: ИНФРА-М, 2024. 304 с.
2. Джемс У. Многообразие религиозного опыта. СПб.: “Андреев и сыновья”, 1993. 315 с.
3. Страусс А., Корбин Дж. Основы качественного исследования: обоснованная теория, процедуры и техники / Пер. с англ. и послесловие Т. С. Васильевой. М.: Эдиториал УРСС, 2001. 256 с.
4. Сурожский А. Хаос. Закон. Свобода. Беседы о смыслах. М.: “Никея”, 368 с.
5. Abrams, Z. Can religion and spirituality have a place in therapy? Experts say yes // *Monitor on Psychology*. 2023. Vol. 54. No. 8 (November 1). P. 67. URL: <https://www.apa.org/monitor/2023/11/incorporating-religion-spirituality-therapy>
6. Hogg B., Gardoki-Souto I., Valiente-Gómez A., Rosa A. R., Fortea L., Radua J., Moreno-Alcázar A. Psychological trauma as a transdiagnostic risk factor for mental disorder: an umbrella meta-analysis // *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. 2023. Vol. 273. No. 2. P. 397–410.
7. Kowalczyk O., Roszkowski, K., Montane X., Pawlitzak W., Tylkowski B., Bajek A. Religion and faith perception in a pandemic of COVID-19 // *Journal of religion and health*. 2020. No. 59. P. 2671–2677.
8. Lim I. C. Z., Tam W. W., Chudzicka-Czupała A., McIntyre R. S., Teopiz K. M., Ho R. C., Ho, C. S. Prevalence of depression, anxiety and post-traumatic stress in war — and conflict-afflicted areas: A meta-analysis // *Frontiers in psychiatry*. 2022. No. 13. P. 978703.
9. McLaughlin A. T., Van Tongeren D. R., Teahan K., Davis D. E., Rice K. G., DeWall C. N. Who are the religious “dones?”: A cross-cultural latent profile analysis of formerly religious individuals // *Psychology of religion and spirituality*. 2022. Vol. 14. No. 4. P. 512–524.
10. Oakes M. B. Ontological insecurity in the post-Covid-19 fallout: Using existentialism as a method to develop a psychosocial understanding to a mental health crisis // *Medicine, Health Care and Philosophy*. 2023. Vol. 26. No. 3. P. 425–432.
11. Pargament K. I., & Exline J. J. Shaken to the core: Understanding and addressing spiritual struggles in psychotherapy / In P. S. Richards, G. E. K. Allen, D. K. Judd (Eds.) // *Handbook of spiritually integrated psychotherapies*. American Psychological Association. 2023. P. 119–133.
12. Shai O. Does armed conflict increase individuals’ religiosity as a means for coping with the adverse psychological effects of wars? // *Social Science & Medicine*. 2022. No. 296. P. 114769.

## Эпидемии психических расстройств с синдромом одержимости: исторические и клинические аспекты

**Аннотация:** В статье представлены данные об эпидемиях психических расстройств, проявляющихся демонопатическими формами, носящими в простонародье такие названия, как бесноватость, одержимость, кликушество, икота. Проанализированы причины их возникновения, клинические формы, модели и этапы развития, терапевтические и профилактические стратегии. Отмечена схожесть психопатологических расстройств, наблюдающихся в их структуре, с состояниями, описанными еще в Евангелии, а также в работах психиатров прошлого в виде эпидемий кликушества, в трудах наших современников в виде эпидемий психических расстройств с синдромом одержимости икотой, встречающихся на севере России. Отмечена сложность и неоднозначность клинической трактовки этих состояний, необходимость духовно-ориентированного подхода к их терапии, реабилитации, медико-профилактических мероприятий с участием не только врача-психиатра, но и священнослужителя.

**Ключевые слова:** психические эпидемии, бесноватость, одержимость, кликушество, икота, внушение, самовнушение, истерия, психогенные заболевания с синдромом одержимости, индуцированные нервно-психические расстройства с симптомом икоты, духовно-ориентированный подход.

### Введение

Евангелистами описаны многочисленные случаи исцелений словом Божиим «всяких болезней и немощей», «лунатиков», «прокаженных», «расслабленных», «страдающих язвами», «кровоточивых», «глухих», «слепых», «немых», «косноязычных», «одержимых припадками» и «духом нечистым». Иллюстрации этому мы видим в следующих отрывках святого Евангелия:

- «Когда же те выходили, то привели к нему человека немного бесноватого. И когда бес был изгнан, немой стал говорить. И народ, удивляясь, говорил: никогда не бывало такого явления в Израиле» (Мф. 9:32-33).
- "Сказал: Господи! Помилуй сына моего; он в новолуния беснуется и тяжело страдает, ибо часто бросается в огонь и часто в воду" (Мф. 17:15).
- "И запретил ему Иисус, и бес вышел из него; и отрок исцелился в тот час" (Мф. 17:18).
- "В синагоге их был человек, одержимый духом нечистым, и вскричал: оставь, что тебе до нас, Иисус Назарянин? Ты пришел погубить нас! Знаю Тебя, кто Ты, святой Божий. Но Иисус запретил ему, говоря: замолчи, выйди из него. Тогда дух нечистый, сотрясши его и вскричав громким голосом, вышел из него" (Мк. 1:23-26).
- "Один из народа сказал в ответ: Учитель! Я привел к Тебе сына моего, одержимого духом немой: Где не схватывает его, повергает его на землю, и он испускает пену, и скрежещет зубами своими, и цепенеет... И привели его к Нему. Как скоро бесноватый увидел Его, дух сотряс его; он упал на землю и валялся, испуская пену. И спросил Иисус отца его: как давно это сделалось с ним? Он сказал: с детства; и многократно дух бросал его и в огонь и в воду, чтобы погубить его... Иисус, видя, что сбегается народ, запретил духу нечистому, сказав ему: дух немой и глухой! Я повелеваю тебе, выйди из него и впредь не входи в него. И, вскрикнув и сильно сотрясши его, вышел; и он

сделался как мертвый, так что многие говорили, что он умер. Но Иисус, взяв его за руку, поднял его; и он встал" (Мк. 9:17-27).

В простонародье такие состояния именуются бесноватостью, порчей, кликушеством, меряченьем, икотой. Их клиническая картина содержит идеи одержимости, колдовства, мессианства, озарения, откровения, пророчества, религиозные видения, нарушения сознания, глоссолалии и часто совпадает с Евангельскими описаниями. В МКБ-10 подобные состояния могут кодироваться в рубрике F44.3 «Диссоциативные психические расстройства».

### **Психические эпидемии кликушества**

Начиная с XVI в., в Европе и России отмечалось возникновение эпидемий психических расстройств. В конце XIX в. психиатры В.М. Бехтерев, Н.В. Краинский исследовали кликушество, которое в России получило эпидемическое распространение. В.М. Бехтерев писал, что в основе кликушества лежит внушение, которое способствует прививанию тех или других психических расстройств от одного лица к другому. Проникая в сознание без активного участия «я» субъекта, внушение остается вне сферы его личного сознания, благодаря чему и все дальнейшие его последствия происходят без соответствующей задержки. Фактором, способствующим внушению, является вера.

Он подчеркивал, что эпидемическое распространение бесоодержимости в средние века носит на себе все следы установившихся в то время народных воззрений на необычайную силу дьявола над человеком. Благодаря самовнушению о возможности вселения дьявола в тело, эта идея нередко являлась источником большой истерии, которая была способна к эпидемическому распространению. Кликушество В.М. Бехтерев расценивал как отражение средневековых демонопатических болезненных форм.

В.М. Бехтерев утверждал, что эпидемии всегда развивались под влиянием верований о возможности порчи и бесоодержимости, в чем немалую роль играло духовенство. Разобщение кликуш друг от друга, их обособление от здоровых лиц с целью предотвращения взаимовнушения является одним из важнейших лечебных мероприятий, к которым следует прибегать при эпидемиях кликушества, порчи и бесноватости [1].

Н.В. Краинский в 1898–1899 гг. наблюдал эпидемию кликушества в Смоленской губернии. Он выдвинул оригинальную концепцию кликушества как социального расстройства, не связанного ни с эпилепсией, ни с истерией, но и не притворного. Припадки кликуш он так же, как и В.М. Бехтерев, объяснял чрезвычайной внушаемостью психики. При этом отрицал сущность кликушества в проявлении истерического невроза, который, благодаря внушаемости больных, передаётся по аналогии с бактериологическими эпидемиями. На основании личных наблюдений он ранжировал кликуш, выделив три круга.

- Первый круг – кликуши, с которых началась эпидемия. Н.В. Краинский считал их «не больными, а хитрыми притворщицами», а все их действия и припадки расценивал как симуляцию, не всегда контролируемую.
- Средний круг – настоящие кликуши, впадающие в неконтролируемые припадки, состоящие из произвольных мышечных сокращений. Амнезия, гипнабельность и резкая смена типа поведения указывали на то, что больные действительно находились в каком-то изменённом состоянии сознания и не управляли собой. При этом они не страдали ни эпилепсией, ни истерией.
- Третий круг – случайные люди, «вообразившие, что испорчены».

В результате проведенного исследования он подтвердил, что кликушество не имеет ничего общего с истерией. Психологический профиль больных был не

«показно-театральный, как это обычно бывало у истеричек», они «искренне страдали от своего состояния, не имея эгоизма, свойственного истеричным». Ведущую роль играла социальная атмосфера и запоминающееся поведение первых кликуш-притворщиц, создающих образец, по которому потом так же начинали вести себя другие [2,4].

### **Психогенные заболевания с синдромом одержимости икотой**

На протяжении многих веков Русский Север являлся областью, где происходило столкновение разных этносов, культур, веры. В результате чего здесь широкое распространение получили истеродемонические заболевания – «шева», «шаманская болезнь», «икота» [3].

В ряде районов Архангельской области и Пермского края до сих пор встречаются архаические формы нервно-психических расстройств с синдромом одержимости икотой – «икотная болезнь». Такие эпидемии были описаны психиатрами М.Д. Урюпиной (1972 г.) и В.В. Медведевой (1980 г.).

Доцент Пермского медицинского университета М.Д. Урюпина наблюдала психическую эпидемию, возникшую в 70-х годах прошлого столетия в Пермском крае. Работа выполнялась на базе Пермской ОПБ, психиатрического отделения Коми-Пермяцкой окружной больницы в 1967-1972 гг. По ее итогам в 1972 г. была защищена кандидатская диссертация «Психогенные заболевания с синдромом одержимости».

В течение 5 лет М.Д. Урюпина изучала 110 больных с идеями одержимости икотой, у 90 отмечались психогенные расстройства, у 20 – психозы и невротические состояния иной этиологии. Преобладали женщины трудоспособного возраста, которые имели семейные и территориальные контакты с подобными больными. Пациенты обладали повышенной избирательной внушаемостью, отличались глубокой суеверностью, верили в возможность порчи, вселения икоты, что и способствовало клиническому оформлению психического расстройства с идеями одержимости.

В генезе заболевания роль играли как острые, так и длительные психотравмирующие ситуации с типичными угрозами в адрес больных о сглазе, порче, колдовстве, подселении икоты, с предсказаниями болезни от ее имени.

После этапа повышенного внимания и самонаблюдения с ипохондрической фиксацией возникали пароксизмальные состояния – «приступы воздействия икоты», сопровождавшиеся говорением от ее имени (психогенный истерический речедвигательный автоматизм) в немой, издающей недифференцированные звуки или говорящей форме, с бредовыми идеями одержимости, воздействия, овладения, «околдования» и сенестопатическими автоматизмами (постоянные или пароксизмальные ощущения в различных частях тела, переживание отчужденности некоторых физиологических функций: дыхания, глотания, мочеиспускания, – которые выполнялись икотой).

М.Д. Урюпина отмечала, что пароксизмы двигательных и сенестопатических автоматизмов возникали на фоне истерически суженного сознания и носили насильственный характер. Поэтому ведущий синдром в структуре заболевания был отнесен ею к истеро-ипохондрическому синдрому одержимости «икотой» или ипохондрическому синдрому «Кандинского-Клерамбо», формирующемуся психогенно.

Были описаны этапы в развитии болезни:

- Первый этап: порча, насылание икоты колдунами, ее вселение в организм;
- Второй этап: психические нарушения вследствие овладения, воздействия икоты, находящейся внутри тела.

По выраженности симптомов все клинические формы были разделены на:

- Психозы, проявлявшиеся значительной аффективной напряженностью, различной выраженностью состояний нарушенного сознания, непоколебимой, бредовой убежденностью в присутствии икоты не только в периоды пароксизмов, но и вне их.
- Невротические реакции с истерическими пароксизмами, не сопровождавшиеся изменениями сознания.
- Развития – с невротическими и бредовыми синдромами.

Отмечалось подострое с выздоровлением и рецидивирующее течение с продолжительностью приступов до 6-8 месяцев и длительностью заболевания от 2 до 40 лет. Описывалась трансформация синдромов, когда, например, истерическая симптоматика переходила в ипохондрическую, или усложнялись речедвигательные автоматизмы, и немая форма икоты сменялась говорящей.

У некоторых пациентов после лечения сохранялась уверенность в том, что икота остается в теле, а лекарства лишь заставляют ее умолкнуть и прекращать передвижение.

В качестве профилактических мероприятий предлагалась систематическая санитарно-просветительная и атеистическая работа среди населения, в том числе с целью искоренения знахарства [8].

#### **Индукцированные нервно-психические расстройства с симптомом икоты**

С 1970 по 1979 гг. доцентом В.В. Медведевой из Северного государственного медицинского университета было обследовано 146 больных с синдромом одержимости икотой в Пинежском районе Архангельской области.

Были выделены три формы болезни: немая, ревущая и говорящая икота и три ее этапа.

В начале приступа описывалась аура – слабость, неприятные ощущения в различных частях тела, онемение, ползание мурашек, ощущение комка в горле, пищеводе, желудке, непреодолимая зевота, слезотечение, покраснение или побледнение кожных покровов, учащение дыхания, пульса, чувство озноба, жара, гипергидроз, тремор рук и век, повышение давления.

Основным радикалом приступа были гиперкинезы, которые проявлялись тиками респираторного, фонационного типа, непроизвольно-навязчивого, навязчиво-насильственного и насильственного характера с невозможностью их произвольного прекращения, продолжительностью от нескольких минут до нескольких суток.

По окончании приступа у больных отмечалась слабость, разбитость, мышечная расслабленность, подавленное настроение, тревожность, иногда чувство стыда и неловкости.

По описанию автора, немая форма проявлялась более простыми, элементарными истерическими расстройствами, ревущая и говорящая - более сложными, со своеобразным изменением сознания (суженное сознание, гипноидное состояние) и усилением патологической подчиняемости и внушаемости.

Причиной приступов икоты В.В. Медведева считала истерические механизмы и механизмы индукции, в соответствии с чем заболевание ею было названо «индуцированные нервно-психические расстройства с симптомом икоты».

Фактором, обуславливающим ситуацию хронической психической травматизации, по ее мнению, являлось архаическое суеверное представление о сущности и происхождении болезни, бытующее среди коренного населения Пинежского района Архангельской области. Оно заключалось в интерпретации,

что икота – существо материальное; она может попадать в организм человека через уши, глаза, нос, кожные покровы; в организме принимает вид волосинки, мухи, таракана, червяка, комка, иных живых существ и может там хозяйничать.

По ее описаниям, у больных возникали объясняющие, интерпретативные, архаические идеи одержимости, овладения, колдовства, порчи на уровне суеверий. Эти представления имели свои историко-этнографические корни, «почву», достаточно прочно удерживались спорадическими случаями икоты и периодическими эпидемическими вспышками среди отдельных групп населения.

В качестве терапевтических мероприятий предлагались лечение хронических соматических заболеваний, психотерапия, медикаментозная терапия транквилизаторами для снятия аффективных и вегетативных расстройств, малыми антидепрессантами и малыми дозами нейролептиков (этаперазин, трифтазин, галоперидол), а для купирования больших приступов – инъекции аминазина с пипольфеном.

Духовно-просветительские мероприятия своей задачей ставили коррекцию морально-психологического климата и борьбу с суевериями. Для предотвращения религиозных эпидемий таких расстройств рекомендовалось «учить население разумно соблюдать религиозные обряды» и «использовать ритуалы молитвы как аутотренинг нервно-психической сферы» [3].

По данным В.В. Медведевой (2014 г.), реализация комплексной программы помощи таким больным позволила добиться улучшения состояния и выздоровления у 82,2% пациентов в течение 5 лет. Эпидемические вспышки икоты в Пинежском районе до 2014 г. не наблюдались [7].

### **Отношение к одержимости в христианской антропологии**

В христианской антропологии личность рассматривается в единстве духовных, душевных и телесных проявлений при условии преобразующего влияния сферы духа. Духовность определяется как высший уровень развития и саморегуляции личности, игнорирование которого приводит к нравственному диссонансу, духовному конфликту и расстройству духовной, психической и телесной сферы.

Из проекта документа «Отношение РПЦ к современным практикам экзорцизма» (2022 г.) следует, что Церковь рассматривает одержимость не как психическое расстройство, а как «особое состояние», которое может быть попущено Богом для исправления и осознания греха. Лечение являются церковные таинства: Покаяние, Причащение, Соборование, а также отчитка. Отмечается, что оставление таких людей без духовной помощи может привести к отчаянию и даже самоубийству. Указывается на необходимость отличать одержимость злыми духами от психического заболевания и нездоровой религиозности. Для этого священнослужителям рекомендуется ознакомление с основами психиатрии.

Признаками такого особого состояния является «боязнь святыни» (креста, святой воды, мощей и др.), болезненная реакция на соприкосновение с ней. Рекомендуются отличать беснование от психического заболевания, психического расстройства и нездоровой религиозности [6].

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 психических расстройств исключительно клиническими методами». Ряд расстройств духовной сферы, пограничных с психическими заболеваниями, нуждаются в пастырском окормлении и применении специальных практик [5].

Так, в настоящее время для организации взаимодействия между РПЦ и Минздравом России заключено соглашение о сотрудничестве (2015 г.), в рамках которого предоставляется помощь со стороны РПЦ в чрезвычайных ситуациях. Разработаны методические рекомендации по установлению порядка посещения священнослужителями пациентов, находящихся в медицинских организациях (2022 г.).

### **Заключение**

Описанные эпидемии психических расстройств с синдромом одержимости обладают схожестью психопатологических проявлений, неизменной на протяжении всего периода их наблюдения и описания, начиная с евангельских времен и до наших дней. Их структура характеризуется идеями одержимости, состояниями нарушенного сознания, разнообразными глоссолалиями. Клиническая трактовка этих состояний сложна и неоднозначна и не всегда соответствует проявлениям истерии. При исследовании психического расстройства у таких пациентов необходимо описание не только психического, но и духовного состояния. При их лечении психиатрам следует уделять внимание выявлению связи психических расстройств с нарушениями в духовной сфере. При наличии такой связи необходимо привлекать к психотерапевтическому и психопрофилактическому сотрудничеству опытных священников.

### **Использованная литература:**

1. Бехтерев В.М. Внушение и его роль в общественной жизни. - СПб.: Изд. К.Л. Риккера, 1903. - 144 с.
2. Краинский Н.В. Порча, кликуши и бесноватые как явления русской народной жизни. - Новгород, 1900. - 243 с.
3. Медведева В.В. Индуцированные нервно-психические расстройства с симптомом икоты: Метод. рек. / Под ред. И.Д. Муратовой. – Архангельск, 1979. – 16 с.
4. Носачёв П.Г. Кликуши или лицемерно беснующиеся: обращаясь к дореволюционному опыту // Богословский вестник. 2023. № 1 (48). - С. 312–332.
5. Основы социальной концепции Русской Православной Церкви. Основы учения Русской Православной Церкви о достоинстве, свободе и правах человека. - М.: Издательство Московской Патриархии Русской Православной Церкви, 2018. - 176 с.
6. Отношение РПЦ к современным практикам экзорцизма (2022 г.). [Электронный ресурс]: <https://msobog.ru/projects>.
7. Сидоров П.И., Медведева В.В., Давыдов А.Н. Ментальная этноэкология истеродемонических расстройств // Экология человека. 2014. №2. - С. 33-44.
8. Урюпина М.Д. Психогенные заболевания с синдромом одержимости: автореф. дис. ... кандидата мед. наук. Москва, 1972. - 24 с.

## **Подходы к преодолению патологической религиозности в комплексной программе помощи психически больным, основанной на религиозном мировоззрении**

**Аннотация:** В статье приводится обзор исследований духовности и религиозности в работах отечественных психиатров. О методах религиозной психотерапии сообщается на опыте работы программы комплексной реабилитации психически больных с религиозным мировоззрением. Исследование включает определение влияния ценностных и религиозных ориентаций, а также религиозного поведения на проявления патологической религиозности на выборке из 42 пациентов, проходивших реабилитацию в терапевтических общинах на церковных приходах и в общественных организациях. Трансформация ценностно-смысловых ориентаций и религиозных представлений в ходе реабилитации сопровождается изменением религиозного поведения, что благоприятно влияет на преодоление патологической религиозности.

**Ключевые слова:** патологическая религиозность, религиозная психотерапия, духовно-ориентированный подход, реабилитация психически больных

### **Обзор отечественных клинических исследований по религиозной психиатрии**

Религиозное мировоззрение психически больных и людей с расстройствами поведения представляет большую значимость в аспекте клинических проявлений и течения заболевания и должно учитываться в лечении и профилактике подобных расстройств, а также разработке комплексных реабилитационных программ.

Отечественные и зарубежные исследования свидетельствуют о том, что принципы организации реабилитационных программ, а также необходимые компоненты их внедрения должны базироваться на общих принципах психосоциальной реабилитации, а также использовать подходы духовно-ориентированной и религиозной терапии (Каледа В. Г., 2020). Изучение опыта работы религиозных психиатров и разработка подходов к духовно-ориентированным программам помощи религиозным больным являются сферой научных интересов рабочей группы особых форм психической патологии ФГБНУ «Научный центр психического здоровья».

В 2021 г. в структуре Российского общества психиатров была создана секция «Клиническая психиатрия, духовность и религиозность», председателем которой стал доктор медицинских наук, профессор, заместитель директора по развитию и инновационной деятельности ФГБНУ Научный центр психического здоровья Василий Глебович Каледа. В составе Международного психиатрического общества (WPA) работает секция религиозной психиатрии, занимающаяся изучением влияния духовности и религиозности на психическое здоровье у психически больных. Ежегодно в Москве проводятся международные конференции по различным вопросам религиозности и психического здоровья, на которых выступают отечественные и зарубежные специалисты в этой области.

Сотрудниками ФГБНУ НЦПЗ были проанализированы обзоры мировых исследований в области религиозной психиатрии, а также проведены ряд клинических исследований. Г.И. Копейко и И.С. Самсоновым изучены вопросы дифференциации нормальной религиозной веры и религиозной психопатологии

(Копейко Г. И., Самсонов И. С., 2020). На основе анализа историй болезни 304 пациентов с шизофренией осуществлено исследование феномена религиозного бреда. Авторами описана динамика психопатологической картины с расширением круга бредовых идей от идей отношения до сверхценных бредовых идей со сложной бредовой системой, а в качестве наиболее распространенной формы религиозного бреда описан синдром овладения религиозного содержания. Также приведены критерии отличия нормальной религиозной веры от религиозного бреда.

Патологическая религиозность занимает важное место в осмыслении проблем религиозности и психического здоровья. Группой исследователей под руководством В.Г. Каледы был проведен анализ отечественных и зарубежных источников по ключевым словам «нормальная религиозность», «патологическая религиозность», «религиозный бред», «религиозно-мистические состояния», «религиозный копинг» в базах MEDLINE/PubMed, Scopus, eLIBRARY, Google scholar, Cyberleninka (Попович У.О., Романенко Н.В., Каледа В.Г., 2020). Анализ результатов исследований, проведенных в период с 1990 по 2020 гг., предоставил обширный материал для понимания явления «патологической религиозности». Авторами отмечается благоприятное влияние религиозности на психическое здоровье, значение религиозного копинга в реабилитации больных шизофренией и расстройств шизофренического спектра. В то же время работы, посвященные изучению влияния предшествующей психотическим состояниям религиозности на формирование религиозного бреда и оценке его прогностического значения, демонстрируют противоречивые результаты, иногда вследствие предвзятого отношения к религиозности пациентов. Ученые подчеркивают важность сотрудничества психиатра и священника с целью более качественной и эффективной помощи религиозным пациентам, страдающим психическими расстройствами.

На основе анализа психических расстройств с религиозной фабулой Г.И. Копейко и О.А. Борисовой были описаны виды патологической религиозности, соответствующие различным регистрам глубины психических нарушений по Э. Крепелину (Борисова О.А., Копейко Г.И., 2019). По мнению авторов, патологическая религиозность может быть охарактеризована на основании ряда критериев, к которым относятся личностные паттерны, особенности социального функционирования, отсутствие либо наличие продуктивной психотической симптоматики, механизм формирования, возможные асоциальные проявления. В зависимости от выраженности расстройств помощь может включать как пастырское консультирование (духовное руководство), так и психофармакологическое лечение, а в случае необходимости — наблюдение и уход за тяжелыми инвалидами.

В обзоре трудов отечественных и зарубежных ученых Г.И. Копейко и П.В. Ореховой проведено исследование феноменов религиозного фанатизма и религиозного бреда (Копейко Г.И., Орехова П.В., 2021). Было отмечено различие в механизмах формирования и клинических проявлений подобных состояний. Для людей с религиозным фанатизмом характерна антисоциальная направленность их поведения, нарушение общественных норм и тенденция к саморазрушению. Авторы отмечают, что «для фанатика слепое следование религиозным правилам, приверженность той или иной догме ценнее другого человека; иными словами, для таких людей «суббота важнее человека». В случае религиозного бреда охваченный им пациент чаще всего утрачивает контакт с религиозной общиной, в ряде случаев отмечается конфронтация с духовником. Религиозный бред имеет худший прогноз по сравнению с бредовыми расстройствами, имеющими иную, нерелигиозную фабулу. Диссертационное исследование психопатологии и

клиники бреда конца света религиозного содержания при шизофрении было выполнено в ФГБНУ НЦПЗ в 2023 г. (Орехова П.В., 2023).

В другом исследовании проблема разграничения истинных религиозных видений и особого вида болезненного переживания (онейроидно-кататонического состояния) рассматривалась на основании текстов Священного Писания и Священного Предания, а также опыта отцов христианской церкви (Гедевани Е. В., Алексеева А. Г., 2020). Описание онейроидно-кататонических состояний было выполнено в рамках ранее проведенного диссертационного исследования (Алексеева А.Г., 2016). Были сделаны выводы о том, что истинные религиозные видения всегда способствуют духовному покаянию и смирению, изменению состояния человека, его совести, в то же время крайне подозрительным является поведение человека, который, «не имея глубокого духовного опыта, являясь неофитом, начинает вещать миру о своих откровениях, которые были ему якобы от ангелов».

Можно выделить ряд исследований, посвященных изучению религиозного бреда у больных шизофренией. В одном из исследований приводится подробное описание религиозного бреда на основе анализа литературных источников (Копейко Г.И., 2019). А уже на основании обследования 36 пациентов, страдающих шизофренией, были описаны клинико-психопатологические особенности синдрома овладения религиозного содержания, которые развиваются по закономерностям параноидного синдрома и сопровождаются развитием массивных психических автоматизмов (Самсонов И.С. и др., 2020). Итоги многолетнего исследования клиники и психопатологии синдрома овладения религиозного содержания при шизофрении представлены в диссертационной работе, выполненной в ФГБНУ НЦПЗ в 2021 г. (Самсонов И.С., 2021). Е.В. Гедевани и Е.В. Смирновой подробно исследованы психопатологические особенности религиозного бреда греховности у больных депрессией. Авторы высказали предположение, что такие состояния нередко не распознаются как психическое расстройство, требующее врачебной помощи, и зачастую приводит к утяжелению состояния и позднему обращению за помощью, что в ряде случаев может привести к суицидальным попыткам (Гедевани Е.В., Смирнова Е.В., 2021).

Детальное изучение влияния фактора религиозности на депрессивное состояние и суицидальное поведение выявило протективную роль религиозности при депрессивных состояниях, проявляющуюся более низкой вероятностью возникновения депрессивных расстройств, уменьшением тяжести депрессии, укорочением депрессивных фаз и большей скоростью наступления ремиссии. Также установлено, что для пожилых пациентов и лиц подростково-юношеского возраста религиозная поддержка особенно значима (Копейко Г.И. и др., 2020). Авторы считают, что религиозность способствует формированию негативного отношения к самоубийству и снижению уровня суицидальной активности.

В рамках изучения клинических характеристик, прогноза и помощи при феномене богооставленности была обследована группа из 35 пациентов с депрессивным состоянием. Группу сравнения составили 5 монахов, не имевших клинических проявлений заболевания. Установлено, что ядром состояния выступают специфические расстройства, которые можно определить как состояние духовной анестезии, своеобразный религиозный эквивалент *anaesthesia psychica dolorosa* [болезненное психическое бесчувствие], а также выделено три разновидности состояний, включающие состояния духовного кризиса, депрессии с анестетическими и деперсонализационными расстройствами, а также бредовые идеи в рамках острых полиморфных или депрессивно-бредовых психозов (Алексеева А. Г. и др., 2024).

## **О религиозной поддержке психически больных в обзоре отечественных исследований**

Значительное место в научных исследованиях занимают вопросы помощи больным с религиозным мировоззрением и психическими расстройствами.

Исследование ценностно-смысловых ориентаций личности представляет значимость как для теории, так и для практики, позволяет приблизиться к оценке эффективности методов религиозной психотерапии. Изучение ценностно-смысловых образований и описание их структуры у психически больных с религиозным мировоззрением проводилось на 4 группах, среди которых выделялись «православные больные», «неверующие больные», «православные здоровые» и «неверующие здоровые» (Борисова О.А. и др., 2019). Авторами приводятся убедительные выводы о том, что у психически больных неверующих наблюдается существенное нарушение ценностно-смысловых образований под влиянием болезни, в то же время у психически больных с религиозным мировоззрением они более сохранены. Авторы считают, что несмотря на болезнь, пациенты могут реализовывать смысл жизни через устремленность к Богу. Для них характерно соответствующее религиозному мировоззрению особое отношение к заболеванию.

Опыт специалистов ФГБНУ НЦПЗ свидетельствует, что для лечения и реабилитации психически больных с религиозным мировоззрением должны использоваться комплексные методы, включающие терапию психофармакологическими препаратами, которая позволяет уменьшить негативные проявления шизофренического процесса, но также и методы психокоррекционного и психотерапевтического воздействия, психообразовательные мероприятия, среди которых важное место занимают методы духовно-ориентированной и религиозной психотерапии.

Исследование религиозных копинг-стратегий показало важность религиозного фактора в реабилитационной работе и эффективность различных видов религиозных копинг-стратегий для больных шизофренией. В исследовании на выборке из 68 пациентов, перенесших острые психотическое приступы с галлюцинаторно-параноидной, аффективно-бредовой, онейроидно-кататонической и аффективной симптоматикой, имевших религиозное мировоззрение (принадлежали к христианским деноминациям – православные, католики, протестанты), на первом этапе были изучены ценностно-смысловые образования у больных, а также в контрольных группах неверующих больных, верующих и неверующих здоровых людей. Сравнительный анализ показал значительно большую стабильность, устойчивость ценностно-смысловой структуры у больных с религиозным мировоззрением, а духовно-ориентированный подход в реабилитации должен реализовываться не только с учетом особенностей ценностно-смысловых ориентаций, но и опираться на сохраненные духовные ценности пациентов. Во второй части исследования была проведена оценка возможности использования религиозных копинг-стратегий в реабилитационной работе с больными приступообразной шизофренией и религиозным мировоззрением. На основании классификации копинг-стратегий (К. Pargament, Н. Koenig, L. Perez, 2000), были использованы «религиозные методы сохранения базовых ценностей жизни — консервация традиционных ценностей и смыслов, стратегии социальной поддержки через религиозную общину, методы религиозного трансформационного копинга — религиозное переосмысление ситуации, переосмысление собственной личности и так называемый объединенный религиозный копинг, религиозная копинг-стратегия обретения эмоционально-комфортного состояния, которое дает религиозная вера (утешение, успокоение, прощение, примирение)». К результатам исследования

авторы относят следующие наблюдения: пациентам удалось реализовать смену поведенческих стереотипов и приобрести навыки самостоятельной жизни. На личностном уровне у пациентов наблюдались глубокая ценностно-смысловая переориентация с актуализацией духовного компонента и гармонизацией личности, что оказало влияние на изменение всего образа жизни пациентов (Копейко Г.И., Борисова О.А., Казьмина О.Ю., 2016).

В комплексной помощи депрессивным больным также могут быть использованы эффективные религиозные копинг-стратегии (Копейко Г.И. и др., 2020). Значительное место отводится личному участию верующих пациентов в религиозных обрядах. Отношение специалистов к пациентам с религиозными убеждениями должно основываться на персонифицированном подходе, а клиницисту необходимо оценить значимость религиозных взглядов и практик в жизни пациента. Религиозное мировоззрение позволяет больному сохранить базовые ценности жизни, осуществить религиозное переосмысление ситуации болезни и собственной личности, обрести с помощью религиозной веры успокоение, утешение, прощение, примирение и воспользоваться различными видами социальной поддержки через религиозную общину.

У больных с расстройствами поведения в результате болезней зависимостей успешным оказывается опыт взаимодействия мультидисциплинарной команды специалистов, использование социальной терапии на принципах терапевтического сообщества. Такое сообщество создается в семейных клубах трезвости на базе общественной организации и церковных приходов, где также используются принципы семейной терапии, проводятся мероприятия антинаркотической направленности. Религиозная психотерапия включает в себя духовно-ориентированный диалог Т.А. Флоренской и религиозные копинг-стратегии, а обращение к духовному «Я» пациента способствует конструктивному переживанию трудных жизненных ситуаций, ценностно-смысловой переориентации в традиции религиозного мировоззрения, происходит освоение новых совладающих форм поведения (Бабурин А.Н. и др., 2016). Контроль за деятельностью терапевтических групп проводится специалистами психиатрической и наркологической службы, а необходимая медицинская коррекция осуществляется на базе лечебных учреждений службы охраны психического здоровья. В исследовании, в котором приняли участие 53 пациента с алкогольной зависимостью, показана высокая эффективность комплексной терапии, содержащей духовно-ориентированный компонент (Магай А.И., Казьмина Е.А., 2015). Также в системе комплексной помощи отмечается высокая значимость психообразовательных и просветительских мероприятий, в которые включается религиозное содержание (Копейко Г.И. и др., 2020).

У религиозных больных с коморбидной патологией в случае эндогенных психических расстройств и болезней зависимостей оптимальными формами реабилитации является создание терапевтических групп на базе конфессиональных приходов, действующих в системе общественных организаций в области охраны психического здоровья, под патронажем ведущих научно-практических и исследовательских центров. При такой организации терапевтический компонент программы осуществляется на базе амбулаторной службы лечебного учреждения, где проводится врачебная курация больного, а реабилитационный компонент реализуется в рамках внеинституциональной духовно-ориентированной группы и различных форм духовной поддержки (Магай А. И. и др., 2019). В исследовании 26 больных с коморбидной психической патологией и алкоголизмом в ходе реабилитации с использованием методов религиозной психотерапии наблюдалось улучшение качества жизни,

повышение общей осмысленности и формирование адекватной самооценки, гармонизация внутренней и внешней форм религиозности, освоение новых форм религиозного совладающего поведения (Копейко Г. И. и др., 2019).

Важное место в системе мероприятий, направленных на помощь психически больным, занимает интеграция психически больных в жизнь религиозной общины. Реализация биопсихосоциодуховного подхода обуславливает единство светских и религиозных методов в лечении и психотерапии, а также проявлений естественной религиозности больного, что наиболее полно может происходить в церковной среде. В духовно-ориентированных моделях помощи религиозная вера и практика религиозной жизни наполняют содержанием религиозные способы совладания, а религиозное учение может быть использовано для обсуждения иррациональных верований и для оспаривания негативных знаний (Магай А. И., Солохина Т. А., 2021). Принципами программы помощи для больных на религиозном приходе являются 1) индивидуальный подход и работа мультидисциплинарной команды специалистов; 2) помощь в восстановлении социального статуса; 3) добровольное участие пациента и членов семьи в жизни религиозной общины; 4) актуализация семейного типа общения и социальной поддержки; 5) широкий набор социотерапевтических мероприятий, в том числе духовной направленности.

### **Комплексная программа помощи психически больным, основанная на религиозном мировоззрении**

Приведенный анализ литературных источников позволяет сформулировать основные положения комплексной программы помощи психически больным, основанной на религиозном мировоззрении:

1. Программа должна основываться на биопсихосоциодуховной концепции терапии психических заболеваний, включающей интеграцию медико-биологических, психосоциальных, социотерапевтических и духовно-ориентированных подходов в помощи психически больным.
2. Терапевтический модуль программы должен осуществляться специалистами и организациями службы охраны психического здоровья с использованием современных научно-обоснованных технологий и методов психофармакологического, психокоррекционного и мультимодальной индивидуальной и групповой психотерапии.
3. Реабилитационный модуль программы осуществляется на базе амбулаторных служб в структуре институциональных организаций в области охраны психического здоровья и внеинституционального звена, связанного с работой общественных и конфессиональных организаций. Принципами реабилитации являются создание терапевтического сообщества, где реализуются духовно-ориентированные формы поддержки в содружестве с различными формами психосоциальной и социотерапевтической помощи, семейной терапии.
4. В рамках духовно-ориентированного подхода в программе оказывается благотворное влияние на ценностно-смысловые ориентации в традиции религиозного мировоззрения и происходит овладение адаптивными стилями религиозного поведения, что благоприятно отражается на совладании с явлениями патологической религиозности.

Разбор некоторых положений программы ранее был представлен в научных публикациях (Магай А.И., 2023, 2022), в настоящем исследовании хотелось бы подробнее остановиться на описании духовно-ориентированного компонента программы.

Структура духовно-ориентированных мероприятий может быть разнообразна и определяется возможностями специалистов и практиков,

реализованных в конкретной ситуации. Общий принцип этого этапа помощи в своей предельной направленности может быть сформулирован как коррекция проявлений патологической религиозности. Возвращение к нормальной (истинной) религиозности, а в ряде случаев восполнение дефицитарной религиозности, достигается в результате событий реабилитационной программы и естественной религиозной жизни больного по вере. Преодоление духовной дефицитарности имеет положительное влияние на психическое здоровье больного (Кириллюк М.И., Немцев А.В., 2023).

По мнению священника Павла Великанова, воздействие на проявления патологической религиозности может осуществляться на двух основных уровнях:

- 1) Убеждения и доктрины, основанные на искаженных ценностных (религиозных) представлениях;
- 2) Практика религиозной жизни, в которой реализуются неадаптивные стили религиозного поведения.

На основании предложенной модели в программе помощи больным, основанной на религиозном мировоззрении, можно выделить две основные мишени духовно-ориентированной терапии: духовные ценности и смыслы, а также религиозное поведение.

*Первая мишень* – ценностно-смысловые ориентации, болезненные убеждения и искаженные религиозные суждения. Ранее в рамках изучения патологической религиозности были описаны случаи, когда особые ценностные ориентации и болезненные суждения становятся причиной конфликтов больного с собственной личностью, окружающими людьми, в том числе духовником, представителями религиозной общины. Также может формироваться негативное отношение больного к Богу (Bussema K.E., Bussema E.F., 2000).

В практике религиозной психотерапии описаны подходы, используемые в разных религиозных конфессиях. В христианской традиции специалистами делается акцент на стратегиях прощения (REACH – модель) (Worthington Jr E.L., Lin Y., Ho M.Y., 2012). В российских исследованиях доказана эффективность духовно-ориентированного диалога по методу Т.А. Флоренской (Магай А. И., Рязанова Т. Б., 2023), а также методы религиозной когнитивной психотерапии (Утробина В.Г., Стерлигова О.П., 2022). Попытки осмысления религиозных подходов предприняты в исламской традиции (Яхин Ф.Ф., 2018). В зарубежных исследованиях описан опыт успешного применения методов когнитивной религиозной психотерапии в рамках духовно-ориентированного подхода в совладании с тревогой и депрессией в различных конфессиях (Anderson N. et al., 2015). К основным механизмам, которые могут быть использованы в достижении терапевтических задач этого этапа, необходимо отнести трансформационный религиозный копинг и религиозное переосмысление ситуации, а также переосмысление собственной личности.

*Второй мишенью* являются неадаптивные стили религиозного поведения, а также поведенческие проявления болезненных религиозных установок. Благодаря участию в религиозной жизни, происходит естественная коррекция негативных поведенческих проявлений (Полищук Ю.И., 2006). В то же время стойкое проявление неадаптивных религиозных стилей поведения является необходимым условием для создания терапевтической среды, в которой поведенческие проявления патологической религиозности в рамках особой структурированной деятельности заменяются новыми адаптивными религиозными стилями поведения (Бабурин А.Н. 2017). Среди большого набора техник, методов и инструментов описаны и в практической деятельности успешно применяются паломничества, арт-терапия, кинолектории, культурные и массовые мероприятия духовно-нравственного содержания, спортивная деятельность в религиозной

общине, реабилитационные лагеря, психообразовательные и психопросветительские мероприятия духовно-нравственного содержания (Борисова О.А. и др., 2010, Копейко Г.И., 2020). Анализ религиозных копинг-стратегий позволяет выделить основные механизмы такой терапии: социальная поддержка через религиозную общину, религиозный способ совладения через обретение эмоционально-комфортного состояния, освоение новых социальных функций благодаря участию в религиозной жизни.

Стоит обратить внимание, что такие проявления религиозной жизни, как участие в богослужениях, таинствах Исповеди и Причастия, соблюдение религиозного поста в рамках реабилитационной программы рассматриваются как естественное проявление религиозного чувства и не являются мишенью психотерапевтической работы, однако, могут рассматриваться в аспектах осмысления «духовной истории» больного.

### **Исследование**

**Цель исследования:** Определение влияния комплексной программы реабилитации, основанной на религиозном мировоззрении, на ценностно-смысловые ориентации и способы религиозного совладания у больных с психическими расстройствами и расстройствами поведения.

**Гипотезы:** В процессе реабилитации у пациентов с религиозным мировоззрением наблюдаются качественные изменения в духовной сфере и ценностно-смысловых ориентациях, происходит освоение адаптивных навыков религиозного совладающего поведения, что благоприятно влияет на проявления патологической религиозности.

**Материалы:** было проведено исследование выборки из 42 больных, 22 мужчин и 20 женщин в возрасте от 25 до 60 лет с диагнозами эндогенного психического заболевания (установленные диагнозы по МКБ-10 – F20.x, F25.x, F21.3-21.4, F 33.4, F31.7, F32.2) и расстройствами поведения (по МКБ-10 – F10.x).

В рамках терапевтического модуля пациенты проходили амбулаторное наблюдение в психиатрических клиниках г. Москвы, а мероприятия реабилитационного модуля программы осуществлялись в духовно-ориентированных терапевтических сообществах на базе общественных организаций (МОД СКТ, РБОО «Семья и психическое здоровье») и московских храмов (храм Всех Святых на Соколе, храм преподобной Евфросинии Великой княгини Московской, храм Всемилостивого Спаса (Скорбященский монастырь)).

Использовались методы социальной терапии в условиях терапевтического сообщества, духовно-ориентированного диалога по методу Т.А. Флоренской, когнитивной религиозной психотерапии и другие мультимодальные психо- и социотерапевтические подходы (арт-терапия, кинотерапия, активизирующая досуговая деятельность).

**Методы исследования:** В качестве методов исследования применялись клинические и статистические методы, психометрические шкалы и опросники: шкала самооценки Ч.Д. Спилбергера и Ю.Л. Ханина (State-Trait Anxiety Inventory, STAI), опросник качества жизни SF-36, тест смысложизненных ориентаций (СЖО) Д. А. Леонтьева (адаптированная версия «Purpose-in-Life Test», PIL), опросник ценностных ориентаций Ш.Шварца, шкала религиозности (адаптированная версия О.Ю. Казьмина), краткий опросник религиозного совладания В-RCOPE (адаптированная версия Ф. М. Шаньков, А. А. Золотарева), самоопросник.

**Результаты:** В реабилитационной программе приняли участие 42 пациента с диагнозами психических расстройств. 13 прекратили реабилитацию досрочно, из 29 человек 10 посещали события программы регулярно, а 19 –

периодически. В группе реабилитантов было отмечено повышение уровня качества и осмысленности жизни, трансформация ценностных ориентаций с доминированием ценностей «безопасности», «доброты» и «традиции», увеличение связанности ценностей из групп нормативных идеалов и индивидуальных приоритетов (по Ш.Шварцу). Наблюдалась гармонизация структуры религиозности с усилением значений внутренней религиозной ориентации, изменение религиозного поведения пациентов, сопровождавшееся ощущением полноты религиозных переживаний и качества религиозной жизни. По результатам анализа самоопросника и метода клинического наблюдения пациенты заявляли о значимости религиозной психотерапии в совладании с психическими расстройствами. Специалистами программы отмечено, что больные демонстрировали более адаптивные способы религиозного совладающего поведения, свидетельствующие о позитивных изменениях в коррекции патологической религиозности. Изменение ценностно-смысловой сферы и религиозного поведения сопровождалось преобразованием всего жизненного уклада больных, установлением конструктивных отношений с ближайшим окружением, в религиозной общине.

**Выводы:** подтверждена гипотеза о том, что в условиях реабилитационной программы у религиозных больных на фоне изменения жизненного уклада наблюдается трансформация религиозных ориентаций с уменьшением проявлений патологической и преобладанием нормативной религиозности. Использование форм религиозной поддержки сопровождалось улучшением психического состояния и психологического благополучия. При этом методы религиозной психотерапии не стали альтернативой естественной религиозной жизни, а дополнили ее с учетом имеющихся расстройств.

Эффективность реабилитационной программы, основанной на религиозном мировоззрении, на наш взгляд, определяется тем, что:

1. Участие в событиях религиозной программы реабилитации способствует созданию условий, в которых происходит естественный процесс духовно-нравственного развития и коррекции психопатологических проявлений.
2. Благоприятные изменения также возникают в результате приобретения новых знаний и навыков в ходе психообразовательных и психопросветительских мероприятий, использования религиозных копинг-стратегий.
3. Реализация духовно-ориентированного компонента не является альтернативой религиозной жизни, а дополняет ее с учетом имеющихся расстройств. Необходимо помнить о том, что воцерковление – не метод психотерапевтической помощи, а результат личной встречи человека со Христом.
4. Религиозная реабилитационная программа не фиксирует жизненные проявления пациентов на своих событиях, а помогает ему в обретении смыслов и навыков религиозной жизни в аспекте своего психического заболевания.
5. Мероприятия религиозной реабилитационной программы позволяют пациентам адаптивно реализовывать свои потребности, в том числе духовные, для чего используются различные профессиональные психотерапевтические технологии и методы, в том числе религиозной направленности: семейное консультирование, духовно-ориентированный диалог Т.А. Флоренской, различные формы психотерапевтической и социотерапевтической поддержки.

#### **Использованная литература:**

1. Алексеева А. Г. и др. Феномен богооставленности в контексте клинической психиатрии // Психиатрия. – 2024. – Т. 21. – №. 6. – С. 17-30.

2. Алексеева А. Г. Психопатология и клиника онейроидно-кататонических состояний при эндогенных заболеваниях: дис. – Научный центр психического здоровья, 2016.
3. Бабурин А. Н. и др. Семейные клубы трезвости как подход в реабилитации лиц, зависимых от употребления алкоголя и их созависимых родственников //Вопросы наркологии. – 2016. – №. 11-12. – С. 101-103.
4. Бабурин А. Н. Семейный подход в реабилитации пациентов, зависимых от употребления алкоголя, на примере работы амбулаторной программы "Приходские семейные клубы трезвости" //Теологический вестник Смоленской Православной Духовной Семинарии. – 2017. – №. 3-2 (3). – С. 87-94.
5. Борисова О.А., Гусев В.В., Дробашенко Т.Г., Пятницкая Л.Н., Слоневский Ю.А., Комиссарова С.А. Опыт конфессионально-ориентированной реабилитационной работы с психическими больными, основанной на анализе их религиозного мировоззрения //Консультативная психология и психотерапия. – 2010. – Т. 18. – №. 3. – С. 176-187.
6. Борисова О.А., Гусев В.В., Двойнин А.М., Копейко Г.И. Структура и содержание ценностно-смысловой сферы психически больных с религиозным мировоззрением //Культурно-историческая психология. – 2019. – Т. 15. – №. 4. – С. 56-67.
7. Борисова О.А., Копейко Г.И. Патологическая религиозность у больных с психическими заболеваниями // Психиатрия и религия. 2019. С. 11–23.
8. Гедевани Е. В., Алексеева А. Г. Истинные религиозные видения и онейроидные состояния // Психическое здоровье и религиозный мистический опыт. – 2020. – С. 57-68.
9. Гедевани Е. В., Смирнова Е. В. Психопатологические особенности религиозного бреда греховности у больных депрессией //П86 Психическое здоровье и религиозность. Материалы. – 2021. – Т. 26. – С. 168.
10. Каледа В. Г. Религиозный опыт и психическое здоровье в работах российских психиатров // Психическое здоровье и религиозный мистический опыт. – 2020. – С. 101-122.
11. Кирилук М.И., Немцев А.В., Дефицитарная духовность как фактор, способствующий депрессивной симптоматике //Москва. – 2023. – Т. 16. – С. 221-224).
12. Копейко Г.И. и др. Влияние фактора религиозности на депрессивные состояния и суицидальное поведение //Журнал неврологии и психиатрии им. СС Корсакова. – 2020. – Т. 120. – №. 1. – С. 103.
13. Копейко Г. И. и др. Влияние фактора религиозности на депрессивные состояния и суицидальное поведение //Журнал неврологии и психиатрии им. СС Корсакова. – 2020. – Т. 120. – №. 1. – С. 103.
14. Копейко Г. И. и др. Опыт конфессионально-ориентированной реабилитации эндогенных психических больных с алкогольной зависимостью //Психиатрическая наука в истории и перспективе. – 2019. – С. 308.
15. Копейко Г. И. и др. Семейные клубы трезвости: современные технологии психосоциальной реабилитации людей с религиозным мировоззрением. – 2020.
16. Копейко Г.И. и др. Семейные клубы трезвости: современные технологии психосоциальной реабилитации людей с религиозным мировоззрением. – 2020.
17. Копейко Г.И. Религиозный бред одержимости при шизофрении //Психиатрия и религия. – 2019. – С. 24-30).
18. Копейко Г.И., Борисова О. А., Казьмина О. Ю. Религиозные копинг-стратегии в реабилитации психически больных //Психиатрия. – 2016. – №. 2. – С. 40-49.
19. Копейко Г.И., Орехова П.В. Религиозный фанатизм и религиозный бред //П86 Психическое здоровье и религиозность. Материалы. – 2021. – Т. 26. – С. 145.
20. Копейко Г.И., Самсонов И.С. Религиозная вера и религиозный бред //Психическое здоровье и религиозный мистический опыт. – 2020. – С. 123-132.
21. Магай А.И. и др. Опыт внебольничной амбулаторной реабилитационной программы для больных с коморбидной патологией на базе светских организаций и церковных приходов //Смоленский медицинский альманах. – 2019. – №. 4. – С. 110-113.
22. Магай А.И., Казьмина Е.А. Подход к религиозным копинг-стратегиям реабилитации больных, зависимых от употребления алкоголя //Психиатрия. – 2015. – №. 4. – С. 65а-67.
23. Магай А.И., Рязанова Т.Б. Диалогический подход в понимании проблем психического здоровья //Гуманитарное пространство. – 2023. – Т. 12. – №. 3. – С. 367-384.

24. Магай А.И., Солохина Т.А. Интеграция психически больных в церковную жизнь: пастырское и медицинское сопровождение //П86 Психическое здоровье и религиозность. Материалы. – 2021. – Т. 26. – С. 258.
25. Орехова П.В. Психопатология и клиника бреда конца света религиозного содержания при шизофрении: дис. – Научный центр психического здоровья, 2023.
26. Полищук Ю.И. Значение религиозной веры в преодолении реакций горя в позднем возрасте // Психиатрия и религия на стыке тысячелетий. Харьков, 2006. С. 95-96.
27. Попович У.О., Романенко Н.В., Каледа В.Г. К вопросу о патологической религиозности в контексте клинической психиатрии //Психиатрия. – 2020. – Т. 18. – №. 4. – С. 114-126.
28. Самсонов И.С. и др. Клиническая типология и прогноз синдрома овладения религиозного содержания при шизофрении //Психиатрия. – 2020. – Т. 17. – №. 4. – С. 15-24.
29. Самсонов И.С. Психопатология и клиника синдрома овладения религиозного содержания при шизофрении: дис. – Научный центр психического здоровья, 2021.
30. Утробина В.Г., Стерлигова О.П. Особенности и методы христианской психотерапии и консультирования //Интеграция психологической науки и практики: основные проблемы и новые перспективы развития. – 2022. – С. 25-28.
31. Яхин Ф.Ф. Теоретические основы оказания религиозно ориентированной психологической помощи: российский исламский дискурс //Minbar. Islamic Studies. – 2018. – Т. 11. – №. 3. – С. 667-678.
32. Anderson N. et al. Faith-adapted psychological therapies for depression and anxiety: Systematic review and meta-analysis //Journal of Affective Disorders. – 2015. – Т. 176. – С. 183-196.
33. Bussema K.E., Bussema E.F. Is there a balm in Gilead? The implications of faith in coping with a psychiatric disability //Psychiatric Rehabilitation Journal. – 2000. – Т. 24. – №. 2. – С. 117.
34. Pargament K.I., Koenig H.G., Perez L.M. The many methods of religious coping: Development and initial validation of the RCOPE //Journal of clinical psychology. – 2000. – Т. 56. – №. 4. – С. 519-543.
35. Worthington Jr E.L., Lin Y., Ho M.Y. Adapting an evidence-based intervention to REACH Forgiveness for different religions and spiritualities //Asian journal of psychiatry. – 2012. – Т. 5. – №. 2. – С. 183-185.

## Особенности духовной жизни у психически больных

**Аннотация:** Многолетний опыт работы с психически больными людьми в рамках стационара показывает, что среди них есть верующие в Бога люди. В них жив «сокровенный сердца человек» (1 Пет. 3:4). Они несут тяжёлый груз своего греха, и никакие лекарства не в состоянии утолить их духовный голод, заглушить душевную боль и заставить замолчать голос совести. В лечении верующих душевнобольных одних медицинских методов, как и проводимых психологом комплексов реабилитационных мероприятий, недостаточно им необходима и духовная помощь: Исповедь и Причастие. Они откликаются на животворящее слово Божие. Особенно остро это проявляется на отделениях принудительного лечения. Для оказания полноценной помощи душевнобольным очень важно, чтобы священники имели не только духовное образование, но знания в области психиатрии. К счастью, в настоящее время священники получают знания по психиатрии, а врачи-психиатры с уважением относятся к религиозным чувствам пациентов, некоторые из них воцерковляются. Мы развернулись лицом друг к другу, и есть реальная надежда на взаимопонимание и сотрудничество в оказании помощи душевнобольным верующим людям. Свидетельствую, что у больных, которые начинали посещать церковь и участвовать в таинствах, течение болезни приобретало более благоприятный характер: они гораздо реже попадали в больницу, им достаточно было амбулаторной помощи в рамках психоневрологического диспансера. Наша с вами общая задача: сделать всё возможное, чтобы облегчить страдания душевнобольным людям, чтобы они с Божией помощью могли нести свой крест.

**Ключевые слова:** психически больные, душа, психология, психические процессы, психиатрия, симптомы и синдромы, лекарственная помощь, реабилитация, психокоррекция, душевнобольные, христианская группа, духовная помощь, слово Божие, Покаяние, Причастие.

Своё сообщение я хочу построить, опираясь не на теоретические рассуждения, а на многолетний опыт работы (более 40 лет) медицинским психологом в психиатрических больницах Ленинграда, Санкт-Петербурга; последние 4 года – в Государственной психиатрической больнице им. И. И. Скворцова-Степанова. Вывод, к которому я пришла, может будет звучать для вас парадоксально, но это плод моих наблюдений и размышлений: среди психически больных, есть ДУХОВНО здоровые – это верующие в Бога люди! В них жив «сокровенный сердца человек» (1Пет. 3:4). Их «дух бодр, плоть же немощна» (Мф. 26:41). Они нуждаются в духовной помощи. Их душа откликается на врачующее слово Божие.

Наше поколение жило, воспитывалось и училось в советское время в стране, где упразднили Бога. Атеизм не оставил места душе. Но в разговорной речи сохранились и продолжали жить следующие выражения: «душа не на месте», «душа ушла в пятки», о людях говорили: «душевный» или «бездушный» человек, «добрая душа», «чистая душа», «душа-девица». О душе мы читали у классиков: «Духовной жаждою томим...» или «Нет, весь я не умру. Душа в заветной лире меня переживёт и тленья убежит» (А.С. Пушкин), слышали в старинных романах и русских народных песнях, в мифе об Амуре и Психее... И поскольку психология – наука о душе, я пошла учиться на факультет психологии.

На факультете психологии Ленинградского государственного университета мы получили прекрасное базовое образование. Но нас учили смотреть на человека

с материалистических позиций. Научная психология рассматривала человека, как объект познания, исследования, диагностики, она расчленила душу на психические процессы. В 1970-ые годы ведущий в нашей стране Психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева начал сотрудничать с факультетом психологии с целью подготовки специалистов для работы в психиатрии. Психиатры лечат болезнь с её симптомами и синдромами. Оказалось, что одних медицинских методов в лечении психических заболеваний недостаточно. Мы, студенты специализации «медицинская психология», получили возможность на протяжении 3 лет пройти подготовку по малой, большой, детской, подростковой и взрослой психиатрии, нейропсихологии, реабилитации и психокоррекции. Нам передавали все новейшие теоретические и практические разработки. Учиться было интересно.

Во время обучения на базе института мы посещали клинические разборы. Там я слышала, как некоторые больные на вопрос: «Что вас беспокоит?», – отвечали: «Болят душа». Это были не ПСИХИЧЕСКИ, а ДУШЕВНО больные люди. После окончания университета в психиатрических больницах нашего города ставок «медицинский психолог» ещё не было. Работать было негде. В 1981 г. в 4-ой психиатрической больнице такая ставка появилась. С полученным багажом знаний я пришла в больницу, чтобы заниматься психодиагностикой и реабилитацией. Если прежде в лечении психических болезней преимущество отдавалось лекарственной терапии, то теперь, после купирования острого состояния, пациента переводили в общую палату, начинали включать в жизнь отделения: трудотерапия, чтение, настольные игры, просмотр телепередач, групповая и индивидуальная работа с психологом. При личном общении больные часто делились сокровенным: рассказывали о себе, своей жизни, о чем болит у них душа, что делали не по совести, что мешает им спокойно спать. Порой это была настоящая исповедь. Они благодарили за то, что их слушают и понимают. У меня был живой интерес к каждому из них, желание понять и, по возможности, помочь. Мне нравилось внедрять и проводить реабилитационные мероприятия, участвовать в процессе возвращения больных к полноценной жизни. При этом я остро чувствовала, что этого недостаточно. Чего ещё не хватало нашим больным? Ответ на свой вопрос я получила летом 1986 г. в Зеленогорске. На стенде возле храма в честь Казанской иконы Божией Матери были размещены листовки с рассказом о храме, как лечебнице, и о таинстве Исповеди.

В то время в Ленинграде было всего 4 действующих храма. В воскресенье я пошла на службу в Спасо-Преображенский собор. В дальнейшем я продолжала ходить в храм, но пока нерегулярно. Участие в таинствах питало мою душу. Ответ найден. Теперь, при необходимости, я могла рассказать верующим больным о возможности получения духовной помощи в Православной Церкви. И я не ошиблась. Для примера я вам расскажу случай с больной, которая впервые поступила к нам в больницу в остром состоянии. Она заболела после института. Её родители пытались скрыть от всех, что дочь психически больна. Они многие годы просто запирали дочь дома и уходили на работу. Но всё тайное становится явным. Болезнь прогрессировала. Больная начала открывать окна, кричать, выбрасывать вещи. Соседи вызвали скорую помощь. В больнице она лечилась несколько месяцев, острое состояние сняли, но налицо и на лице был дефект. Мне нужно было посмотреть больную перед тем, как отпустить её на выходные в пробный отпуск. Во время разговора она начала с сожалением и болью рассказывать про свою жизнь и что она «натворила». Это была настоящая исповедь. «Ты сожалеешь о сделанном?» – спросила я больную. «Да» – ответила она. «Ты веришь в Бога?» «Верю» – ответила она. Оказалось, больная была тайно крещена бабушкой, поскольку её родители были партийными и занимали высокие

посты в нашем городе. Именно поэтому они не обращались к психиатрам. Тогда я рассказала больной о возможности сходить в храм на Исповедь, чтобы попросить прощения у Бога за согрешения и причаститься. После выходных больная вернулась в отделение. Я пригласила её в кабинет, и вот что она мне рассказала. В воскресенье она в сопровождении матери пошла в храм на службу. Мать осталась на улице. Больная вошла в храм и спросила, где можно исповедоваться, подошла к священнику. И дальше цитирую её слова: «Я пришла и всё рассказала. Потом священник что-то на меня накинул. А когда снял, мне впервые за многие годы стало так хорошо и легко, как будто тяжёлый груз с плеч сняли». Я смотрела на больную и видела на её лице уже не маску, а благодарную улыбку. Теперь у меня не было сомнений, что нашим верующим больным необходима и духовная помощь: Исповедь и Причастие. В дальнейшем я неоднократно в этом убеждалась. Свидетельствую, что у больных, которые начинали посещать церковь и участвовать в таинствах, течение болезни приобретало более благоприятный характер: они гораздо реже попадали в больницу, им достаточно было амбулаторной помощи в рамках психдиспансера. Позже, когда появилась возможность, я приглашала в больницу священников. А до этого иногда водила иногородних больных в храм, который был рядом с больницей. Врачи больницы тоже заметили благодатное воздействие таинств на больных и даже интересовались, как скоро придут священники. В начале двухтысячных в кабинете психологов была оборудована часовня. Там проходили Исповедь, Причастие и единичные крещения больных. После выписки некоторые из наших больных уезжали потрудиться в монастыри, а иногда там оставались, если принимали поддерживающую терапию. Это было возможно, если настоятель понимал и учитывал в окормлении больного его диагноз, и благословлял болящего верующего принимать лекарства. К сожалению, иногда священники отменяли лекарства, и тогда больные очень скоро возвращались в больницу. Священники имели духовное образование, но им не хватало знаний и понимания в области психиатрии. В связи с этим в начале двухтысячных годов ректор Санкт-Петербургской духовной академии архиепископ Константин благословил проводить факультатив по психиатрии для студентов всех курсов семинарии и академии. К счастью, в настоящее время врачи воцерковляются, а священники получают знания по психиатрии. Мы развернулись лицом друг к другу, и есть реальная надежда на взаимопонимание и сотрудничество в оказании помощи душевнобольным верующим людям. Об этом явно свидетельствует и наша конференция.

В связи с вышесказанным и для наглядной иллюстрации реального запроса со стороны психически больных на оказание духовной помощи, я хочу подробнее остановиться на опыте работы в отделении принудительного лечения в Психиатрической больнице им. И.И. Скворцова-Степанова. В конце 2017 г. администрация больницы мобилизовала психологическую службу для проведения активной групповой работы на этом отделении. Кроме того, поступил отдельный запрос на создание христианской группы, чтобы использовать веру пациентов в качестве ресурса в лечебно-реабилитационном процессе. Все групповые занятия (когнитивный тренинг, арт-терапия, психообразование и др.) больные должны были посещать по назначению врача и в обязательном порядке. В христианскую группу они записывались самостоятельно и приходили по желанию. На первой встрече мы познакомились. Каждый рассказал, что привело его в группу, что знает о своей вере и каковы его пожелания. В группу пришли крещёные, но не просвещённые люди. Они хотели побольше узнать о Боге, читать и понимать Священное Писание, научиться жить по-христиански. Это была духовная жажда. Как обычно, после занятия я пришла в ординаторскую к врачам, чтобы узнать о

моих подопечных и познакомиться с их историями болезни. Из разговора с врачами я узнала, что большинство из членов группы – это «безнадёжно больные с выраженным дефектом», которые совершили тяжёлые преступления: жестокие убийства и насилие. Что многие из них находятся на принудительном лечении более 10-20 лет. Их истории болезни были такие толстые, что напоминали древние фолианты. Я попыталась начать читать те из них, которые чуть потоньше, и поняла, что лучше мне не знать все подробности их деяний. Пусть для меня они будут ОБЫЧНЫМИ психически больными людьми. Если они добровольно пришли в христианскую группу, значит душа у них ещё живая, значит в ней сохранился огонёк веры. Многие годы они несут тяжёлый груз своего греха, и никакие лекарства так и не смогли утолить их душевную боль и заглушить голос совести. Поэтому им особенно показана духовная терапия. Моя задача – сделать для них всё возможное, чтобы облегчить их страдания.

Наша христианская группа была разнородна по возрасту, диагнозу, интеллектуальному и образовательному уровню, социальному статусу; это были люди с высшим образованием и без образования, в возрасте от 18 до 70 лет, с разными формами шизофрении, шизотипическими, личностными и органическими расстройствами, с лёгкой степенью умственной отсталости и с лёгкой степенью деменции. Группа была открытая. Когда к нам приходил новенький, мы просили его сказать о себе несколько слов. Правила работы в христианской группе не отличались от правил в других группах. Каждое занятие мы начинали с молитвы. В конце по традиции предлагалось каждому по кругу сказать, что полезного для души он получил, в каком настроении уходит в отделение. Как правило, у всех настроение становилось лучше, больные искренне благодарили за занятие, просили приходить снова, уточняли, когда будет следующая встреча. Некоторые больные уходили в таком же подавленном состоянии, в каком и пришли на группу, но говорили, что не сожалеют, что были с нами. Важно отметить, что в силу дефицита свободных помещений, нам по остаточному принципу выделили на занятие время дневного сна. В то время, когда все больные после обеда принимали лекарства и шли в палаты спать, верующие пациенты шли на группу. Работа в группе требовала от них огромной внутренней сосредоточенности и напряжения, несмотря на это, большинство больных продолжали ходить на занятия. Это особенно касается тех больных, которые находились на лечении десятилетия (9 человек) – именно они составляли ядро христианской группы и посещали её регулярно. Но не всё было так гладко, как может показаться на первый взгляд. Некоторые пациенты были вынуждены пропускать занятия. Одни, потому что не могли преодолеть сонливость и участвовать в групповой работе. Другие, потому что у них ухудшалось психическое состояние, и тогда врачи не разрешали им идти на группу. На занятиях мы молились за всех, кто не смог прийти. Иногда больной сам переставал приходить, потому что считал, что ему «достаточно», а спустя несколько месяцев мог вернуться. К нам в группу заходили и пациенты с религиозным бредом. После лекарственной терапии их психическое состояние улучшалось, одновременно у них пропадал интерес к духовным вопросам. Они покидали нашу группу навсегда. К счастью, несколько позже, время наших встреч изменили: мы начали встречаться в 12 часов.

На протяжении 4 лет мы занимались по 1 часу 2 раза в неделю. На занятия приходило от 10 до 15, иногда и более человек. У каждого больного на занятии была Библия или Новый Завет. Чем мы занимались на христианской группе? В буквальном смысле «Библиотерапией». Сначала мы знакомились с заповедями Божиими, и только потом читали по кругу по одной главе из Евангелия. После этого больные могли задать вопросы. Далее я предлагала вспомнить содержание

главы: какие в ней описаны события, кто в них участвовал, какие были в ней полезные для души поучения. Для меня было важно, чтобы каждый больной постарался почувствовать, что Господь Иисус Христос любит его, что слово Божие обращено лично к нему, а нам важно постараться Его услышать и, по возможности, понять. Обсуждение в группе всегда было содержательным, глубоким, серьёзным: больные общались между собой не как пациенты психиатрической больницы, а как братья во Христе. Мы говорили о живой вере, о возможности подружиться с Богом, выстроить с Ним личные отношения, и что для этого нужно сделать. Теперь у наших больных появилась возможность увидеть свою жизнь в свете Христовой истины и любви, сравнить её с тем, чему учит нас Господь наш и Спаситель, Иисус Христос. Их душа отозвалась на призыв Господа: «Покайтесь!» Постепенно больные пришли к осознанному желанию исповедать Богу свои грехи, попросить у Него прощения. Им нужна была духовная помощь. На территории больницы есть храм вмч. и целителя Пантелеимона. С разрешения заведующей отделением я договорилась с настоятелем храма о. Алексием о посещении больных в отделении. Мы вместе готовились к этому событию. Больные боялись, просили рассказать о таинствах Исповеди и Причастия. И, наконец, пришел священник, мы вместе молились. А после Исповеди больные причастились Святых Христовых Таин. Для наших больных это была первая в жизни Исповедь и первое Причастие. В дальнейшем священник регулярно приходил к нам в отделение. Больные начали более осознанно готовиться и участвовать в таинствах, чтобы испросить у милосердного Господа прощение, примириться с Ним в своём сердце. Вслед за нашими больными потянулись на Исповедь и другие пациенты отделения.

Посещение христианской группы стало насущной потребностью больных. Это очевидно проявилось, когда я ушла в отпуск. Несмотря на моё отсутствие, в назначенный день и час больные самостоятельно собирались вместе. Персонал был удивлён и пошёл им навстречу, потому что обычно персоналу приходится собирать больных на группы. Группа продолжала работать. Для персонала отделения это было свидетельством целительной силы веры. Исчезло ироничное отношение к нашей группе. Врачи стали с уважением относиться к верующим больным. Для них оставалось загадкой, что даёт силы больным с выраженным эмоционально-волевым и интеллектуальным дефектом самостоятельно вставать и идти работать в группу. Они делились со мной своим недоумением, интересовались, чем мы занимаемся. Я им рассказывала. Многие из врачей были крещёные, номинально православные, сочувствующие. У них появилось желание прочитать Новый Завет. Некоторые из врачей, глядя на наших больных, надели нательный крестик. В отделении появились иконы.

В своей работе я, прежде всего, уповала на помощь Божию и применяла весь накопленный профессиональный опыт и знания, а также опыт оказания помощи верующим больным, в том числе тем, которые прежде никогда не посещали церковь. Также я старалась учитывать запросы больных и их состояние, календарные церковные праздники, именины участников группы. В сложной ситуации больные могли обратиться за поддержкой и за молитвенной помощью. Например, в начале встречи каждый человек по кругу называл своё имя, говорил в каком пришёл настроении, что его волнует. Когда больной был подавленный и унылый, мы все за него молились. Или, например, когда был возмущён или зол на медперсонал, мы уточняли, что с ним случилось, совместно пытались посмотреть на ситуацию с христианской позиции, как учит Господь Иисус Христос, и отнестись к ней по-божески. Особенно остро больные волновались в ожидании комиссии по снятию принудительного лечения, просили молиться за них. После комиссии, если им продлевали лечение, у них был вопрос: «Почему?» Надо было

помочь больному принять решение комиссии, как волю Божию. Сделать это было тяжело, но больные понимали, за что несут наказание, и учились смиряться. В этом им помогала листовка «От Меня это было» (духовное завещание преподобного Серафима Вырицкого). Временами мы её читали всей группой. У некоторых больных был свой экземпляр в отделении.

На групповых занятиях мы не только читали, пересказывали, обсуждали Библию, но и слушали духовные песнопения, пели молитвы перед началом и в конце групповой работы, рисовали, смотрели художественные и документальные фильмы и обсуждали их. Среди них: «Паломничество в Вечный город», «По стопам Христа», «Прощёное воскресение», «Бен Гур» и другие. Также, по желанию больных, мы подробно говорили о грехах и о христианских добродетелях, читали на эту тему духовную литературу. В результате такой работы больные оформили плакат и назвали его «Дерево познания добра и зла» и, с разрешения администрации, повесили его в отделении.

У каждого больного в палате был Новый завет, короткие молитвы и иконки. Они брали у меня духовную литературу для самостоятельного чтения. Всё это способствовало формированию у больных христианского мировоззрения и понимания, как жили и живут по-настоящему верующие люди. Они начали молиться друг за друга. На Пасху и Рождество нам разрешали устраивать праздничное чаепитие. К этим праздникам больные готовились заранее, делали своими руками открытки и поздравляли своих родных и персонал. К Рождеству желающие учили стихи.

Со стороны может показаться, что здесь нет ничего удивительного. Это так, если не учитывать, что всё вышеизложенное происходило с глубоко дефектными больными, совершившими тяжёлые преступления. Теперь они не отбывали свой срок, а осознанно и терпеливо с Божией помощью старались нести свой крест. Находясь многие годы «за решёткой», они получили шанс обрести внутреннюю свободу, свободу во Христе.

**Заключение:** Таким образом, психически больным особенно показана духовная терапия. Их душа откликается на врачующее слово Божие. Пришло время вернуться к дореволюционной практике, когда душевнобольные получали как медицинскую, так и духовную помощь, могли посещать храм, прибегать к таинствам Исповеди и Причастия. Опыт показывает, что такой подход в лечении психических заболеваний, благоприятно сказывается на течении болезни. Задача психиатра, психолога и священника сделать всё возможное, чтобы облегчить их страдания, чтобы душевнобольные могли с Божией помощью нести свой крест. В дальнейшем, после выписки из стационара, больные смогут по возможности посещать храм и жить благодатной жизнью в Церкви.

### **Использованная литература:**

1. Беседа преподобного Серафима Саровского с Н.А. Мотовиловым о цели христианской жизни. СПб: Общество памяти игумении Таисии. 2022 г. – 100 с.
2. Митрополит Антоний Сурожский. Учитесь молиться. М: Терирем, 2023. – 208 с.
3. Митрополит Иерофей Вламос. Православная психотерапия. Свято-Троицкая Сергиева Лавра, 2005. – 370 с.
4. Невярович В.К. Исцеление словом: Болен ли кто из вас, пусть призовет.... "Каинова" медицина семь тысяч лет спустя. М: Русский хронограф, 2000. - 125, [2] с.
5. Преподобного отца нашего аввы Дорофея душеполезные поучения и послания. С присовокуплением вопросов его и ответов на оные Варсануфия Великого и Иоанна Пророка. М: Благовест. 2010. – 416 с.
6. Преподобный Серафим Вырицкий. От Меня это было. М: Терирем, 2015. – 64 с.

7. Протоиерей Григорий Дьяченко. Накануне исповеди. М: Издательство им. свт. Игнатия Ставропольского, 2003. – 351 с.
8. Протоиерей Серафим Слободской. Закон Божий. М: Благовест, 2021. – 672 с.
9. Святитель Лука (Войно-Ясенецкий). Дух, душа и тело. М: Благовест, 2018. – 120 с.
10. Святой праведный Иоанн Кронштадский. Моя жизнь во Христе. М: Благовест. 2020. – 784 с.
11. Флоренская Т.А. Мир дома твоего. Человек в решении жизненных проблем. М: Русский хронограф, 2006. – 480 с.

## **Психологические ресурсы душепастырской помощи в работе с патологическим и с истинным чувством вины**

**Аннотация:** Душепастырь соприкасается с чувством вины при проживании человеком греховного стыда вследствие осознания индивидуальной греховности. Стыд – это эмоциональная реакция души на осознание своей греховности как личной духовно-нравственной «плохости». Виновность – это эмоционально-конструктивная трансформация чувства стыда в личную ответственность за содеянное и принятие справедливости воздаяния, необходимости искупления и исправления. Виновность – это реакция на содеянный грех, как проступок, которая конвертируется в принятие траектории исправления. Чувство вины всегда направлено на личность человека. В этом важная разница виновности и чувства вины.

Душепастырю следует дифференцировать чувство вины и истинную виновность в свете Божиих заповедей и, считывая чувство вины, работать, прежде всего, с виновностью. Психолог или психотерапевт работает с чувством вины, и, в случае определения духовно-нравственных причин этого чувства, делегирует клиента душепастырю. Душепастырю важно понимать, что опекаемый может переживать чувство вины без греховной виновности, как форму невротической или религиозно-рационализированной самооценки. Истинное чувство вины – это всегда реакция на стыд в результате осознания личной греховности, которое актуализируется в свете ясных, духовно-нравственных ценностей и Божиих заповедей, экспертом в которых, по определению, является душепастырь.

**Ключевые слова:** истинное чувство вины, виновность, патологическое чувство вины, ресурсы душепастырской помощи.

### **Вина и виновность**

Три чувства вины преследуют человека в жизни:

- чувство реальной вины,
- иррациональное чувство вины (мнимой),
- и чувство вины экзистенциальной.

Священник чаще соприкасается с человеком, обремененным чувством вины в результате переживания греха. Реальная вина заставляет человека обращаться к представителю Церкви, как к наставнику Божию. Психологу чаще всего приходится работать с иррациональным чувством вины. Христианский психолог и психиатр в своей практике имеют дело и с чувством вины, и с чувством греха.

**Виновность и истинное чувство вины** возникают в результате осознания внутриличностного конфликта своего нравственного начала с Божественными правилами жизни. Часто осознается как конфликт или несоответствие с внутренним нравственным законом совести, общества, веры. Священнослужителю важно дифференцированно подходить к состоянию виновности и чувству вины.

Вина – это провинность, проступок, преступление, прегрешение, грех (в знач. проступка).

Священнослужитель – это эксперт в понимании состояний греховности, вины и прощения.

Чувство вины – это психоэмоциональная реакция как на истинное, так и патологическое чувство вины.

С чувством вины работают как священники, так и психологи, и в случае патологии – психиатры.

**Чувство вины и чувство стыда взаимосвязаны.** Стыд – это первая реакция согрешившей души на грех, осознание «плохости». Пример – изгнание из рая Адама и Евы: «И были оба наги,... и не стыдились» (Быт. 2:25). И скрылись. Убоялись. Вина – это принятие необходимости воздаяния.

Стыд есть осознание своей «греховности» или духовно-нравственной несостоятельности, вызывающее моральное сожаление. В отличие от чувства виновности, стыд не ищет воздаяния или искупления, в стыде человеческая душа проживает свою духовную недостаточность и нравственную неполноценность.

Чувство вины, в отличие от стыда, ищет воздаяния как форму искупления, принимая наказание «во исправление».

**Истинность чувства вины,** прежде всего, определяется реакцией на воздействие истины в формах Божия Слова, Божественных церковных практик.

Истинная виновность проживается в чувстве вины и под воздействием благодатных ресурсов церкви, преобразует состояние и чувство вины в ресурсы и состояния прощения и духовно-нравственного восстановления.

Молитва покаяния, таинства, священнодействия, ритуалы церковных практик, предназначены для восстановления души из виновности в прощение и освящение души.

Чувство вины – это психоэмоциональная рефлексия виновности человека.

Виновность направлена на греховное состояние, проступок и признает справедливость исправления или воздаяния.

Чувство вины – эмоциональная форма внутренней самооценки человека.

Истинное чувство вины указывает на конкретные состояния.

**Патологическое чувство вины** проявляется как устойчивая эмоциональная самооценка, которая не конвертируется в благодатные состояния под воздействием церковных таинств и благодатных практик и требует постоянной коррекции внешней оценкой социально и психологически значимого человека: священника, духовника. Патологическое чувство вины провоцирует формирование созависимых отношений.

Если таких отношений нет, то патологическое чувство вины и сопутствующее ему чувство стыда прорывается в форме аутоагрессии, как психологической, так и физической, и часто проецируется на ближних в форме устойчивого осуждения и рационализированной агрессии.

Священнослужителю не обязательно проводить диагностику на истинность и патологичность чувства вины. Священнослужитель владеет смыслами Божественного закона жизни и умеет помогать ресурсами священнодействий и церковных таинств, податливость или сопротивление которым укажет на наличие или отсутствие патологии в проживании вины или стыда. Под влиянием вразумляющего слова пастыря и священнодействий церкви, человек проживает внутреннюю трансформацию чувства вины в чувство «прощенности», «освященности» и умиротворения.

Поэтому, прежде всего, в душепастырской практике важно взаимодействовать с душой пасомого с позиции священнослужителя, как эксперта, способного пояснить соответствие Божественным законам жизни и помочь определить опекаемой душе степень виновности перед Богом и своей совестью.

Это своего рода духовная рационализация, которая позволяет опекаемому отделить свою виновность перед Богом и понять свое чувство вины, как личную рефлексию или как иррациональную, порой невротически обусловленную самооценку.

В практической душепастырской работе это можно сделать в личной, душепастырской беседе, в которой душепастырь, задавая вопрос к чувствам опекаемого, переводит его внутренний взор к смыслам, подпитывающим это чувство. От иррационально переживаемого к рационально осмысленному.

#### **Вопросы к чувству вины и стыда:**

Что Вы чувствуете? На что это похоже в Вашем случае? Когда Вы это чувствовали раньше? Как бы Вы хотели себя чувствовать? Было ли это в Вашей жизни?

#### **Вопросы к смыслам:**

Почему Вы так чувствуете? С чем, с кем это связано? В чем, по-Вашему, причины такого внутреннего состояния?

Истинное чувство вины, стыда и греховности нейтрализуется и конвертируется под воздействием Божественных смыслов Св. Писания, таинств и священнодействий.

Патологическое чувство вины сопротивляется и выключает невротические защиты.

В этом случае у душепастыря есть возможность попробовать в себе «психолога» и, если эти попытки утруждают душепастыря или не увенчаются духовно-терапевтическим эффектом, подключить христианского психолога или психиатра, который разделяет духовные смыслы Церкви и христианкой жизни и владеет техниками конвертации невротических комплексов в терапевтически-ресурсные состояния.

Что может предпринять душепастырь, прежде чем направить человека к христианскому специалисту?

Проанализировать случай с позиции гипотезы о патологическом чувстве вины и стыда, проверив гипотезу о фиксации, переносе и проекции.

#### **Эмоциональный перенос чувства вины**

*Перенос чувства вины, пережитого с родителем, на пастыря, отца-настоятеля, Бога Отца* происходит в результате переноса хронического чувства вины, сформированного под влиянием родительской фигуры в детстве, на священнослужителя, Бога, служителя Церкви в настоящем. Человек чувствует себя виноватым, как перед своим отцом или матерью в своем детстве. Это происходит в случае, если родители проявляли авторитарную стратегию воспитания и манипулировали чувством вины ребенка.

#### **Стратегии переноса:**

1. Позитивный перенос истинного проживания вины, искупления, прощения.

Формируется в результате воспитательной стратегии, в рамках которой родители объясняли ребенку на понятном ему языке:

- критерии виновности,
- определяли понятные рамки правильного и неправильного,
- чувство вины возникало как эмоциональная реакция на понимание родительских ценностей жизни и поведения,
- чувство вины переживалось ребенком в процессе разъяснения,
- ребенок принимал справедливость искупительных и корректирующих действий,
- после чего наступало прощение родителями, которое подкреплялось вербально, тактильно, эмоционально.

2. Перенос патологического проживания вины, стыда и наказания.

Формируется в результате воспитательной стратегии, в рамках которой родители:

- не объясняли критерии виновности, а просто наказывали,
- рамки правильного и неправильного ситуативно менялись в зависимости от эмоционального состояния родителей,
- чувство вины у ребенка возникало как эмоциональная реакция на наказание,
- ребенок возвращал благорасположение родителей в результате искупительных действий,
- прощение родителями не всегда или совсем не подкреплялось вербально, тактильно, эмоционально,
- родители срывали напряжение на ребенке, назначая его виновным,
- чувство вины переживалось ребенком, как угроза неизбежного наказания и поэтому рационализировалось и вытеснялось, формируя невротические стратегии минимизации или избегания угрозы, приводя впоследствии к проекции своей вины на ближних.

### **Душепастырские ресурсы**

Душепастырь в сознании опекаемого может ассоциироваться со значимой фигурой, на которую осуществляется эмоциональный перенос уважения или страха, унаследованного от родителей. Если пастырь чувствует подобное отношение к себе, то можно принять этот эмоциональный трансфер и отработать в контакте с опекаемым конструктивный родительский сценарий, взяв на себя краткосрочную воспитательную функцию духовного отца, матери, наставника, и помочь опекаемому прожить конструктивный сценарий истинной виновности, вины, стыда и прощения, в рамках которого духовный наставник:

- объясняет критерии виновности,
- определяет понятные рамки праведного и греховного,
- чувство вины возникает как эмоциональная реакция на понимание духовно и социально значимых ценностей жизни и поведения,
- чувство вины переживается в процессе разъяснения,
- опекаемый принимает справедливость искупительных и корректирующих действий,
- после чего в контакте с духовно-значимой фигурой душепастыря проживается прощение, которое позитивно подкрепляется вербальной и эмоциональной обратной связью.

### **Использованная литература:**

1. Лоргус А., Красникова О.М. Вина и грех. // Консультативная психология и психотерапия. 2010. Том 18. № 3. С. 165–175. В. Франкл. Человек в поисках смысла: Сборник: Пер. с англ. и нем. / Общ. ред. Л. Я. Гозмана и Д. А. Леонтьева; вст. ст. Д. А. Леонтьева. – М.: Прогресс, 1990. – 368с: ил. – (Б-ка зарубежной психологии).
2. Г.Коллинз. Пособие по христианскому душепопечению. Библейская кафедра, Издательство «Мирт», Санкт-Петербург, 2003.
3. Евмений, игумен. Пастырская помощь душевнобольным. – Ивановская обл.: Макариев-Решем. обитель, «СВЕТ ПРАВОСЛАВИЯ», выпуск 48, 1999.
4. Киприан (Керн), архимандрит. Православное пастырское служение. – Клин: Фонд «Христианская жизнь», 2002;
5. Р.А. Александрова, Е.А.Бакланова, Е.Г.Баранов, А.Н.Веракса и соавт. Энциклопедический психологический словарь-справочник. 1000 понятий, определений, терминов. Минск. Харвест. 2021.

Электронные источники:

1. С.Алпатов «Инструменты пастырского душепопечения по Священному Писанию и творениям святых отцов»; Сайт Московской сретенской духовной академии <https://sdamp.ru/news/n6888/>

2. Документ Комиссии Межсоборного присутствия, 2020 г. «Пастырское попечение в Русской Православной Церкви о психически больных. Официальный сайт Отдела по церковной благотворительности и социальному служению Русской Православной Церкви. <https://www.diaconia.ru/pastyrskoe-porechenie-o-psikhicheski-bolnykh>

## **Роль психиатра в помощи больным с хроническими психическими расстройствами реализовать возможности участия в церковно-приходской жизни**

**Аннотация:** Сообщение посвящено одному из аспектов проблемы адаптации в социуме больных с хроническими психическими расстройствами. Отмечена важная роль полноценного включения таких людей в евхаристическую и церковно-приходскую жизнь. Определены задачи, решаемые психиатром в отношении прихожан с психическими расстройствами и обычного контингента пациентов, имеющие как общие черты, так и определенные отличия. Важность воцерковления в случаях невозможности проводить фармакотерапию в связи с соматической отягощенностью. Предложены конкретные варианты адаптационных мероприятий в условиях церковно-приходской жизни для лиц, страдающих эндогенными психическими расстройствами, невротической патологией, когнитивным дефицитом. На представленном материале подтвержден тезис о необходимости содружественных усилий врача-психиатра, психолога и священника для решения указанной проблемы.

**Ключевые слова:** хронические психические расстройства, адаптация, евхаристическая жизнь, психофармакотерапия, психокоррекция.

Проблема адаптации в социуме больных с хроническими психическими расстройствами не утрачивает своей актуальности, поскольку должна решаться в отношении каждого такого человека. При этом те, кто соотносит свое мировосприятие с той или иной религиозной конфессией, имеют преимущество «сознательного допуска» Творца в устроение своей жизни. По мнению русского ученого-богослова, выдающегося церковного и общественного деятеля А.В. Карташева (цит. по изд. 1996), «у Церкви должны быть принципиальные ответы на все решительно вопросы жизни»; он также обращает внимание на то, что «наше пастырство [должно] как институт, как сословие быть подготовлено в их богословской школе к тому, чтобы давать мирянам духовные советы не только по вопросам спасения души,... но и по вопросам социальным». Выдающийся русский психиатр С.С. Корсаков, обращая особое внимание на лечение психически больных, где «все должно быть стройно, все должно быть выполнено пунктуально, аккуратно по времени и по качеству, но в то же время должно быть сознательно», подчеркивал, что «живая душа должна быть видна во всем и прежде всего в индивидуализации каждого больного». По его мнению, психиатрия своей близостью к психологии и философским наукам чрезвычайно способствует повышению общего мирозерцания врача, дает более правильное понимание важнейших проявлений индивидуальной и общественной жизни, повышает просветительское влияние врача на окружающую среду (цит. по изд. 2003). Известный наш старец архимандрит Иоанн (Крестьянкин), и не только он, неоднократно напоминал болящим, особенно страдающим психическими расстройствами, о необходимости Исповеди, Соборования и частого причащения Святых Христовых Тайн (2004). Поэтому крайне важно всемерное включение таких людей, наших братьев и сестер, в полноценную Евхаристическую и церковно-приходскую жизнь, что еще раз подтверждает тезис о необходимости содружественных усилий врача-психиатра, психолога и священника. Безусловно, «идеальный» вариант куратора в данной ситуации – священник с медицинским образованием и подготовкой по пастырской психиатрии и психологии. Но, поскольку такие случаи единичны, каждый специалист помогает в соответствии

со своей компетенцией. При этом предполагается, что и психиатр, и психолог, как члены Церкви, имеют свой личный опыт евхаристической жизни (либо опыт духовной жизни в соответствии со своей конфессиональной принадлежностью). Большой интерес представляет практический опыт о. Киприана (Буркова), инока и православного психолога, предлагающего своим подопечным с психическими расстройствами освоение навыка постоянной молитвы при минимальном использовании психофармакотерапевтических средств.

Задачи, решаемые психиатром в отношении прихожан с психическими расстройствами и обычного контингента пациентов, имеют как общие черты, так и определенные отличия. Все больные нуждаются: а) в необходимой и достаточной психофармакотерапии и метаболической коррекции; б) в своевременном, по достижении стабильности психического состояния, включении психотерапевтической и психокоррекционной помощи (что рекомендуется психиатром при оценке психического состояния в динамике); в) в адекватных рекомендациях по повседневному режиму и трудовой занятости (профессиональной и / или бытовой) в зависимости от особенностей психического расстройства и прогнозируемых адаптационных возможностей.

При курации пациентов с психическими расстройствами в условиях приходской общины следует учитывать их индивидуальный религиозный опыт, в том числе навык постоянного молитвенного делания у некоторых, способность оценивать свое состояние с точки зрения «различия духов». Обращаясь к тезису профессора Ф.В. Кондратьева о «снятии защиты» по неведомым нам причинам, когда больные начинают ощущать «невидимый мир», следует отметить, что ряд пациентов опытным путем пришли к аналогичному выводу и пытаются молитвенно этому противостоять. Он также указывает, что возможность душевнобольных противостоять тенденциям к нелепым, опасным поступкам в результате нахлынувшего на них «психотического хаоса» неоднократно отмечалась в специальной литературе (Breiz A., Strauss T.S., 1983). По его мнению, отсутствие при большинстве психопатологических синдромов тотальной потери связей с внешним миром оставляет возможность для более или менее адекватного отражения внешних реальностей и использования преморбидного личностного опыта, что может проявляться во вполне психологически понятных поступках (1987). В некоторых случаях пациентам с соматической отягощенностью практически невозможно проводить не только адекватную, но и минимальную фармакотерапию, что определяет необходимость воцерковления «по жизненным показаниям». Поэтому врач-психиатр, помимо вышеуказанного, имеет возможность: а) активно содействовать в устройении пастырского регулирования индивидуальной евхаристической жизни; б) помогать священнику в определении аскетических трудов (посты, молитвенное правило и пр.); в) рекомендовать в деликатной форме священноначалию и ответственным лицам общины включение в доступную занятость на приходе (посещение занятий по изучению Священного Писания, освоение народного хорового пения, дежурство по храму, патронажная помощь и пр.).

В целях наиболее полного представления роли психиатра в помощи больным психическими расстройствами на приходе целесообразно обозначить основные нозологические формы и связанные с ними проблемы и потенциальные возможности. Так, при взаимодействии с больными с психическими расстройствами шизофренического спектра и иной эндогенной патологией следует учитывать, прежде всего, склонность к искаженному восприятию информации и ее субъективной трактовке вследствие идеаторных расстройств, аффективную нестабильность, даже при наличии терапевтической ремиссии. Такие лица при достаточной интеллектуальной сохранности по своему

психическому состоянию способны к клиросному послушанию, например, чтению Псалтири, которая, по слову святителя Василия Великого, «тишина душ, раздаятель мира;... убежище от демонов, вступление под защиту Ангелов, оружие в ночных страхованиях, упокоение от дневных трудов...». Динамичное взаимодействие с окружающими, организационные поручения (паломнические поездки и т.п.), что связано с повышенным общим психическим напряжением, могут обусловить ухудшение самочувствия. В то же время, конкретные задания по поиску необходимой информации для проведения занятий в воскресной школе, о месте паломничества и пр. вполне адекватны и обычно не являются причиной истощения индивидуальных ресурсов.

Когнитивный дефицит различного уровня и торпидность психических процессов (при органических психических расстройствах, умственной отсталости, генетической патологии) определяют, в основном, возможности «прикладного» участия, в том числе «по подражанию», в церковно-приходской жизни – уборка и украшение храма при подготовке к службе, дежурство у подсвечников, приготовление запивки после Причастия и т.д. Определенные сложности возникают в случаях сочетания когнитивных нарушений с поведенческими. Последние, как правило, контролируются терапией в целом, однако, склонны к спонтанному возобновлению, хотя и краткому, при бытовой рутинной «провокации». В связи с этим, сотрудникам прихода и прихожанам, непосредственно взаимодействующим с такими лицами, необходим «краткий курс обучения» для избегания подобных обострений.

Расстройства невротического уровня, нередко имеющие затяжное течение, могут причинять особое беспокойство в связи со сложностями реализации имеющегося у таких людей потенциала. В данных случаях нередко возникают сложности подбора адекватной терапии вследствие органически неполноценной почвы (последствия ранней патологии, инфекций и интоксикаций), разнообразной соматической патологии. Для подобных пациентов, личностно и интеллектуально сохранных, большое значение имеет психотерапевтическая работа, как врача, так и психолога, направленная на выработку навыка переключения с собственного неблагополучия на помощь в решении проблем других людей (патронажная помощь, занятия с прихожанами с использованием профессиональных знаний, консультирование по профилю).

### **Заключение**

Таким образом, деятельность врача-психиатра при взаимодействии с психологом и священником может во многом улучшить адаптацию как в повседневной, так и в церковно-приходской жизни больных с различными формами психопатологии. Она также дает возможность деятельно проявить свое христианское отношение к страждущим другим членам приходской общины.

### **Использованная литература:**

1. Карташев А.В. Церковь как фактор социального оздоровления России. Церковь. История. Россия. Статьи и выступления. М.: «Пробел», 1996. - С. 241-250.
2. Кондратьев Ф.В. Общественно опасные деяния психически больных (анализ формирования опасных тенденций и причин их реализации). Первый съезд психиатров социалистических стран. – М., 1987.- С. 351-357.
3. Корсаков С.С. Общая психопатология. М.: БИНОМ. Лаборатория знаний. – 2003.-480с.
4. Письма архимандрита Иоанна (Крестьянкина). – Свято-Успенский Псково-Печерский монастырь. – 2004.- 495с.
5. Святитель Василий Великий, архиепископ Кесарии Каппадокийской. Творения в 2 т. Беседы на псалмы. М.: Сибирская Благовонница, 2008-2009. Т.2. С.461-610.
6. Breier A., Strauss J.S. Selfcontrol in psychotic disorders // Arch. gener. Psychiatr. – 1983. – Vol. 40, № 10. – P. 1141-1145.

## Исследования непатологической этиологии галлюцинаторного опыта в свете интенциональности религиозного сознания

В христианской традиции религиозный опыт часто принимает форму диалога человека с Богом. И хотя христианство достаточно подозрительно относится к необычному, затрагивающему мистику опыту, такому как экстаз, глоссолалии и т.п., оно в меньшей степени сопротивляется духовным видениям и голосам, если те исходят от Бога. Однако вне теологического осмысления понимание этих явлений за последние несколько веков претерпело существенное изменение.

Вплоть до XIX в., в целом, видения и голоса понимались как духовные переживания. Но уже к началу XX в., как отмечает Э. Андерхилл, формируется устойчивое противоборство двух крайних позиций в их трактовке, каждая из которых приписывала своим толкованиям статус единственно убедительных [Underhill, 1912, 319–356]. На одной стороне баррикад выступали психологи и психиатры, говорящие о психопатологической нозологии обоих явлений, обозначаемой как *melancholia religiosa*, *paranoia religiosa*, *mania religiosa* и т. д. В рамках патографического направления укреплялась уверенность в том, что можно ставить и обосновывать психопатологические диагнозы ярчайшим фигурам в истории и, в частности, истории религии. Уверенность, которая со временем была оспорена, но все же сохранилась и по сей день [Murray, Cunningham, Price, 2012, 410–426]. Противоположную позицию занимали сторонники «сверхъестественного», утверждавшие, что многие психические феномены представляют собой чудесное вмешательство в «законы природы». Несмотря на то, что изменения в науке и культуре за последние пятьдесят лет снизили накал этого противостояния, данная диспозиция остается во многом актуальна и до сих пор, возможно, благодаря тому, что религия и психиатрия представляют собой две самодостаточные системы, не нуждающиеся зачастую во взаимном объяснении субъективного религиозного опыта.

Однако во избежание односторонности суждений для религиоведческого исследования переживаний, неустанно возникавших в жизни мистиков, таких как Антоний Падуанский, Маргарита Мария Алакок, Генрих Сузо, Тереза Авильская, Екатерина Сиенская, Игнатий Лойола и других, крайне важна возможность междисциплинарного анализа, привлекающего и психологические, и клиничко-психопатологические, и философские концепции. Подобный подход при рассмотрении общих для этих дисциплин вопросов неизбежно приводит к их трансформации. Так, вопрос этиологии патогенеза психического расстройства, принятого в психиатрии, трансформируется в рамках философии в вопрос экзистенциального контекста переживаемого и его онтологического статуса. Это позволяет сместить акцент исследовательского интереса с психопатологического маркирования в сторону объяснения механизмов мышления, лежащих в основе переживаний.

Точкой отсчета в вопросе об этиологии духовных голосов и видений могут являться исследования слуховых вербальных галлюцинаций (далее – СВГ) последних 35 лет. Однако можно ли говорить о той же психологической основе и в отношении переживаемых мистиками видений, выражающих себя в ином спектре восприятия? В то же время существенным вопросом является корректность определения обоих видов опыта в строгом смысле как галлюцинаций.

История активного исследования явления СВГ берет свое начало в работах Э. Крепелина [Kraepelin, 1913] и Э. Блейлера [Bleuler, 1911] по психопатологии, в которых оба подчеркивали почти неограниченное разнообразие этого симптома при шизофрении. После публикации немецким психиатром и психопатологом К.Шнайдером книги «Вклад в психиатрию» [Schneider, 1946] СВГ прочно закрепились в поле исследовательского внимания как один из ключевых диагностических элементов. В VI главе этой работы («Циклотимия и шизофрения») К. Шнайдер характеризует СВГ как «симптомы первого ранга» [Schneider, 1950]. Данная классификация требовалась отнюдь не потому, что он считал их основными симптомами этого психоза, но поскольку они имеют особое значение для диагностики. Несмотря на это уточнение, как показали эксперименты Д.Л. Розенхана [Rosenhan, 1973], уже к 1970-м гг. факт переживания СВГ часто определял психопатологический диагноз. Окончательно «симптомы первого ранга» стали пониматься именно как диагностические критерии утвердительного диагноза шизофрении в третьей классификации психических расстройств, принятой в 1980 г. Американской Психиатрической Ассоциацией, после того, как Всемирная Психиатрическая Ассоциация на VI конгрессе в Гонолулу в 1977 г. порекомендовала национальным обществам применять классификации, совместимые с международной классификацией болезней ВОЗ 9-го пересмотра. По определению, указанному в последней на данный момент, отредактированной пятой версии классификатора «Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам»: «Слуховые галлюцинации обычно переживаются как голоса, знакомые или незнакомые, которые воспринимаются как отличные от собственных мыслей человека» [American Psychiatric Association, 2022, p. 102].

Однако накопленный материал исследований показывает, что СВГ могут проявляться как на фоне патологических случаев: шизофрении, болезни Альцгеймера, деменции, депрессии и др. [Woodsetal., 2015], так и у здоровых людей [McCarthy-Jones, 2012; Alderson-Day et al., 2017]. В то же время изменения в психиатрии, психологии и нейробиологии способствовали переосмыслению патогенеза СВГ. Во-первых, переход к некрепелиновскому, основанному на симптомах подходу к психопатологии шизофрении [Bentall, 2003] привел к фокусированию на СВГ как самостоятельном феномене в рамках нормального опыта, размыв его устойчивую маркировку частного симптома психопатологии [Feelgood, Rantzen, 1994; Johns, van Os J., 2001; de Leede-Smith, Barkus, 2013]. Во-вторых, развитие междисциплинарного анализа на стыке психологии, нейрофизиологии и нейровизуализации привело к тому, что за последние 30 лет было предложено несколько моделей понимания феномена СВГ.

Одной из первых работ, обозначивших ряд ключевых вопросов и предлагающих на них возможный ответ, стало исследование Р. Хоффмана [Hoffman, 1986]. Отталкиваясь от предположения о СВГ как примерах слуховых образов, фонетически организованных как слова, Хоффман предположил, что основным материалом СВГ является *внутренняя речь*. Это предположение было принято многими психологами [Bentall, 2003; McCarthy-Jones, 2012] и нашло подтверждение в эмпирических исследованиях [McGuire et al., 1995; Shergill et al., 2000; Langdon et al., 2009]. Опираясь на работы Л.С. Выготского [Выготский, 1982 (1<sup>е</sup> издание – 1934 г.); Vygotsky, 1978], А.Р. Лурии [Лурия, 1958], А.Н. Соколова [Соколов, 1968], Г. Зивина [Zivin, 1979] и других о том, что словесные образы являются нормальным компонентом сознания, парадокс «чуждости» собственной внутренней речи объяснялся им через ее непреднамеренность. Р. Хоффман предположил, что нарушение обычных процессов рассуждения субъекта может приводить к восприятию человеком некоторых внутренних речевых

высказываний как непреднамеренных, в результате чего они приписываются внешнему источнику. Несмотря на критику [Akins, Dennett, 1986; Stephens, Graham, 2000], работа Хоффмана указала путь к возможному пониманию сути СВГ. Потребовалось более 15 лет исследований, чтобы сформировать модель СВГ, содержащую как экспериментальное подтверждение, так и феноменологическое объяснение, удовлетворяющее указанной критике.

В 2004 г. группой исследователей под руководством М. Сиала была опубликована работа, критически оценивающая имеющиеся данные о специфических нейрокогнитивных нарушениях, связанных с явлением СВГ при шизофрении. В ней была предложена новая многомерная модель процесса формирования СВГ [Seal, Aleman, McGuire, 2004]. В ее основу легла разработанная К. Фритом и соавт. [Frith, Blakemore, Wolpert, 2000] модель переживаний пассивности, обнаруженных при шизофрении. Благодаря моделированию механизма прогнозируемости последствий совершаемых действий, работа Фрита и его коллег объясняла, почему совершаемое человеком действие может быть активно воспринято как выполненное самим собой или же пассивно пережито как выполненное *Другим*. Дальнейшие исследования Сары-Джейн Блэкмор показали, что если предсказанная сенсорная обратная связь не соответствует фактической обратной связи и не отменяет ее, это приводит к увеличению активности в теменной коре, из-за чего движение ощущается «контролируемым извне» [Blakemore, 2003, p. 651]. В модели Фрита также указывалось [Frith, 2002, p. 481–487] на то, что ощущение авторства зависит от исполнения механизма «явной психической причины» Д. Вегнера [Wegner, 2002, p. 64]: благодаря временной близости (около 50–100 мс) мысли о том, что должно произойти, и фактического действия, формируется чувство личного авторства совершенного действия [Wegner, Wheatley, 1999].

Используя эту модель, М. Сиал и его коллеги оттолкнулись от утверждения, что любая нейрокогнитивная модель СВГ должна учитывать следующее: собственная мысль, ошибочно истолкованная как речь, воспринимается непреднамеренной. Сиал и соавт. предположили, что «когда какое-то *триггерное событие* вызывает генерацию СВГ, выдается и производится *внутренняя речь*» [Seal, Aleman, McGuire, 2004, p. 65], – следовательно, внутренняя речь может быть концептуализирована в качестве действия, благодаря чему применение модели Фрита к ней справедливо. Однако подобное применение модели Фрита к внутренней речи имело существенный недостаток. Вопреки утверждениям Сиала и его коллег, модель Фрита не указывает, что искажение предсказанного состояния вызывает опыт непреднамеренности, который затем переходит в чувство собственного или чужого авторства посредством предсознательных атрибуций. Вместо этого анализ модели Фрита показал, что имеет место двухчастный механизм, в котором ощущения авторства действия определяются механизмами Д. Вегнера и С.-Дж. Блэкмор. Исходя из этого была предложена альтернативная концепция, разработанная С.Р. Джонсом и Ч. Фернихоу: проблема восприятия слышимого как «чужого» проистекает из-за *сбоя в идентификации* внутренней речи [Jones, Fernyhough, 2007].

С.Р. Джонс и Ч. Фернихоу указывают на то, что если механизм «явной психической причины» Д. Вегнера не срабатывает, то человек не чувствует эмоции авторства, хотя действие инициировано им самим. Вместо этого выявленный Блэкмор механизм отказа от предсказанной и фактической обратной связи, который приводит к увеличению активности в теменной коре и, следовательно, к появлению чувства внешнего контроля, будет действовать, что приведет к связи события с внешней причиной. Этот подход давал разрешение

парадокса, в котором СВГ воспринимаются как чуждые и одновременно признаются как свои [Ferryhough, 2004].

Схожая точка зрения была высказана Д. Стангеллини и Д. Каттингом, указывавшими, что причина СВГ находится в расстройстве самоопределения, приводящего к нарушению осознания внутреннего диалога [Stanghellini, Cutting, 2003].

Разработка данных моделей легла в основу переосмысления как патогенеза СВГ, так и понимания сути феномена. Объединяя полученные данные, можно сказать следующее.

1. В ряде случаев, СВГ могут являться феноменом нормального опыта и лишь в совокупности с иными клиническими диагностическими данными становятся проявлениями психопатологии.

2. СВГ могут являться собственной внутренней речью человека, переживаемой им как речь *Другого*.

3. Причина СВГ может быть в сбое в процессе самоопределения собственной внутренней речи, нейрофизиологическим коррелятом которого являются механизмы Вегнера и Блэкмор.

4. Данный сбой может быть запущен переживанием «триггерного» события.

Дальнейшие исследования СВГ показали, что «триггерным» событием могут выступать переживания горя, духовного прозрения или добровольно диссоциированные состояния: медитация, травматические события, нарушения процесса памяти, продолжительный стресс, сенсорная депривация и др. [Waugh, 2015, e54–e55]. Анализ специфики данных триггерных и фоновых факторов показал, что их можно классифицировать в трех областях: биологической; психологической; социальной [de LeedeSmith, Barkus, 2013, 1–25]. Эти взаимодействующие факторы могут быть механизмами или триггерами, первый из которых способствует поддержанию, а второй инициирует начало. Однако отношения между этими переменными не являются дискретными, а создают сложную картину, поскольку многогранны и не взаимоисключают друг друга.

Что же касается контекста именно опыта духовных голосов, при которых СВГ обретают в сознании четкую религиозную коннотацию, исследования в этой области позволили внести в пятую версию классификатора «Диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам» указание, что СВГ переживаются не только как голоса, воспринимаемые как отличные от собственных мыслей человека, но «могут быть *нормальной (обычной) частью религиозного опыта* в определенных культурных контекстах» [American Psychiatric Association, 2022, 102].

Иначе говоря, при анализе СВГ можно выделить ряд контекстов, когда явление подобного опыта скорее является переживанием, индуцированным религиозной практикой. В этом смысле, маркером могут являться исходные данные о предпосылках переживания подобного религиозного опыта.

А. Дейкман, исследовавший психологические особенности религиозного опыта, предложил дифференциацию подобного опыта на три типа: «неподготовленно-чувственный», «подготовленно-чувственный» и «подготовленно-трансцендентный» [Deikman, 1966, 324–338]. Свойством первого из них является возможность испытания опыта без внутреннего стремления к нему, когда он спонтанен и неожидан для человека. К категории «подготовленного-чувственного» опыта относят опыт людей, которые сознательно ищут «благодать», «просветление» или же «единение» посредством длительных практик концентрации и отречения. Однако когда активная фаза концентрации созерцания, при которой человека захватывает и поглощает процесс, переходит в стадию самопроизвольного и не требующего усилий

внутреннего процесса, происходит переход к опыту «подготовленно-трансцендентальному». Для него необходима пассивность и самоотречение, открытая восприимчивость, происходящая из очищения от наполняющих человека мыслей и чувств, а также отречение от целей и желаний, направленных на мир. И переживание опыта духовных голосов по первому типу может разительно отличаться от индуцированных по третьему типу. Картина триггерных факторов в этом случае будет разительно отличаться.

Поэтому с точки зрения упомянутой в самом начале диспозиции мнений переживание духовных голосов (как СВГ) не определяет психопатологический статус. Религиозность и психопатологическая симптоматика как нередко переплетаются и сосуществуют одновременно, так и могут быть самостоятельными явлениями. История психиатрии XX – начала XXI вв. показывает постепенный переход от тотального определения религиозно-мистического опыта как психопатологии к сомнениям в очевидности и бесповоротности такой маркировки, поскольку сам по себе мистический опыт не является признаком психоза [Dein, Loewenthal, 1999, 101–104]. И внутриспихиатрическая история исследований галлюцинаций и, в частности, слуховых-вербальных, это подтверждает.

И все-таки возможность данного различия реализуема лишь в работе с конкретным опытом конкретной личности, в перспективе личной истории, культурного бэкграунда и иных факторов влияния. Иными словами, необходим герменевтический и феноменологический анализ жизненного мира человека. Прилагаемые к конкретной ситуации, они способны пролить свет на реконструкцию генезиса конкретного опыта, выступая факторами влияния на фактическую работу психологических механизмов мышления [Мухелишвили, Базлев, 2018, 128–139].

Неверным будет утверждать, что эта концепция является единственной. Однако не связанные с внутренней речью гипотезы СВГ [Кариг, 2003, 13–23; Behrendt, Young, 2004, 771–787], дающие утвердительные результаты при анализе картин острых психозов и шизофрении, не рассматривают зачастую тот массив данных, что собирается среди лиц, не обладающих психопатологическим диагнозом – среди тех, у кого не обнаруживается никаких иных оснований для маркирования психопатологии, кроме факта переживания СВГ. Также ряд исследователей указывает на «слабое место» концепции внутренней речи как основы опыта СВГ, а именно, данные о невербальных галлюцинациях, таких как музыка, крики животных, шум воды, слышимый в голове, и др. Подобные содержания переживаемого опыта, по их мнению, никак не выводятся из внутренней речи [Баклушев, Иваницкий, Иваницкий, 40]. И это замечание обозначает три важных направления исследуемой проблемы – вопрос о коммуникативной структуре внутренней речи, ее коде и функциональном значении.

Феномен внутренней речи был объектом интереса еще в ранний период истории философии, начиная с Платона и Аристотеля [Duncombe, 2016, 105–125]. Мы можем встретить размышления о нем в работах Марка Аврелия, Августина и многих других. Однако неверно будет утверждать, что внутренняя речь в этих работах становилась самостоятельным объектом изучения. Скорее речь идет о вплетении ее в суждения о мышлении и душе человека, как представление о разговоре души с самой собой. Семиотический анализ подобного диалога показывает, что хотя субъект, воспринимая свою внутреннюю речь, не узнает о мире того, чего бы он не знал заранее, из этого не вытекает, что в процессе внутренней речи не происходит коммуникации [Лотман, 1973, 227–243]. Так, исходя из двух возможных направлений передачи сообщения, в культуре

выделяют две модели коммуникации, используемые для двух разных каналов передачи информации.

Первая из моделей – это канал «Другой – Я», в котором «Другой» – это адресант (автор сообщения), а «Я» – адресат (получатель). В ней адресат оказывается принципиально отделен от адресанта, направляющего ему сообщение [Мухелишвили, Шрейдер, 1997, 3].

Вторая модель – это канал «Я – Я'», при котором подразумевается нераздельность адресанта с адресатом, что образует автокоммуникацию. В ней восприятие сообщения от внешнего источника состоит в его ассимиляции как внутренней речи, при которой внешний источник, иницирующий автокоммуникацию, «выступает не как сообщение», но «как стимулятор развития мысли» [Лотман, 1973, 231]. Благодаря этому в автокоммуникации не происходит приращения информации, вместо этого происходит изменение личностного горизонта, в котором осмысливается и присваивается уже наличная информация, а в конечном счете изменяется сама личность.

В XX в., благодаря стремительному развитию смежного дискурса философии, психологии и семиотики, внутренняя речь становится объектом пристального внимания исследователей. Ее систематическое изучение, начиная с конца XIX в., показало ее неоднородность. Так, код внутренней речи использует те же языки, что доступны и внешней речи, такие как акустические, графические, коды телодвижений, интонации. Но он также включает в себя знаки из других кодовых систем: это и образы – зрительные, слуховые, обонятельные; представления, понятия, схемы и пр., что пропорционально сочетаются между собой в зависимости от степени «углубленности» внутренней речи [Львов, 2000, 42–45]. Весь этот комплекс называют кодом мышления или мысленным кодом.

Формирование этого кода было описано в первой половине XX в. Л.С. Выготским. Исходя из его теории каждая психическая функция появляется дважды в развитии: во-первых, на интерпсихологическом плане (как функция, распределенная между несколькими отдельными лицами) и, во-вторых, на интрапсихологической плоскости (как интернализированный вариант этой прежде внешней функции). Интернализация, таким образом, является большим, чем просто копированием внешней речи на интрапсихологический план. Скорее, межличностный диалог, выстраиваемый изначально во внешней речи, в процессе интернализации претерпевает ряд важных преобразований, формируя внутреннюю речь.



Развивая эту идею, Ч. Фернихоу [Ferryhough, 2004, 49–68] схематично изобразил процесс интернализации в виде ступенчатой четырехуровневой модели, в которой уровень 1 обозначает внешний диалог, уровень 2 – частную речь, уровень 3 – расширенную внутреннюю речь, уровень 4 – сжатую внутреннюю речь. На уровне 1 и дети, и взрослые участвуют в явном вербальном диалоге. На уровне 2 они ведут эти диалоги уже в своей собственной явной (позднее и субвокализованной) частной речи. На уровне 3 частная речь полностью интернализирована и сокрыта, но характер нормального разговора все еще проявляется внутри как процесс бесшумного общения с самим собой. На уровне 4 синтаксические и семантические преобразования при интернализации приводят к тому, что внутренняя речь уже не имеет поверхностного сходства с внешним диалогом, из которого она была получена. По Выготскому, главная особенность внутренней речи заключена в ее отрывочности, фрагментарности и сокращенности в сравнении с внешней. Она «исключительно предикативна», «полна идиоматизмов», «максимально свернута» [Выготский, 1982, 239–240]. Теряя большую часть акустических и структурных качеств внешней речи, значительно сокращаясь и обрастая личными полями значений, внутренняя речь является в значительной мере мышлением чистыми смыслами [Выготский, 1982, 353], при котором без отнесения к конкретной ситуации она оказывается непонятна.

В сложных когнитивных условиях, примером которых выступает СВГ, как отмечает Фернихоу [Ferryhough, 2004, 55–56], может произойти переход от внутренней речи уровня 4 (полностью сжатой) к внутренней речи уровня 3 (расширенной) и даже возврат к уровню 2 (диалогическая личная речь). В то же время, согласно концепции Выготского о социальном происхождении мысли, внутренняя речь сохраняет свое диалогическое качество рассуждения, поэтому мышление естественно пронизано другими голосами, через которые человек в рамках внешнего диалога впитывает суждения о мире. Таким образом, голоса во внутреннем диалоге являются семантическими выражениями взглядов на реальность – так же, как голоса во внешнем диалоге представляют разные взгляды на мир. Зрелая же внутренняя речь – это постоянный диалог между этими внутренними, одновременно удерживаемыми взглядами. Благодаря этому внутренняя речь изначально включает в себя координацию нескольких голосов, что дает нам понимание проблемы «чужого, но своего» голоса при СВГ.

Однако подход западных исследователей СВГ не до конца учитывает, что внутренняя речь, благодаря своей автокоммуникативной структуре, в некотором смысле тождественна самому процессу мышления. Взаимодействие внутреннего (субъективного) языка и языка натурального (объективного) образует процесс мышления, в котором, цитируя Выготского, «внешняя речь есть процесс превращения мысли в слова, ее материализация. Внутренняя – обратный по направлению процесс, идущий извне внутрь, процесс превращения речи в мысль» [Выготский, 1982, 316].

Как отмечает Ф.В. Бассин: «...можно привести ряд доводов, теоретических и экспериментальных, в пользу того, что возможности, легкость и широта увязывания «чистых смыслов» не только не уступают аналогичным возможностям оречевленных знаний, но даже, по-видимому, значительно превосходят их» [Бассин, 1978, 739–740].

Это подтверждается тем, что код внутренней речи свободен от избыточности, свойственной всем натуральным языкам. Связи элементов в нем предметны, т.е. содержательны, а не формальны, и конвенциональное правило составляется специально для этого случая, лишь на время, необходимое для

данной мыслительной операции [Жинкин, 1964, 36]. Проведенные Н.И. Жинкиным экспериментальные исследования показали, что в динамике процесса мышления код внутренней речи непроизносим. Зарождение мысли осуществляется в предметно-изобразительном коде: представление так же, как и вещь, которую оно представляет, может стать предметом бесконечного числа высказываний, обеспечивающих безграничные возможности постоянно возрождающегося во внутренней речи натурального языка. Это затрудняет речь, но побуждает к высказыванию, в результате чего механизм человеческого мышления реализуется в двух противостоящих динамических звеньях: предметно-изобразительном коде (внутренняя речь) и речедвигательном коде (экспрессивная речь). В первом звене мысль задается, во втором она передается и снова задается для первого звена. В этом смысле, процесс понимания в мышлении является переводом с натурального языка на внутренний, в то время как обратный перевод образует процесс высказывания.

Благодаря этому кодовому переходу, как показывает М.Ш. Бонфельд, справедливо говорить о полиморфности человеческого мышления, в которой невербальные формы мышления тесно соседствуют с вербальными, и наоборот [Бонфельд, 2006]. Такими типами невербального мышления выступают «визуальное мышление» (Р. Арнхейм), «наглядное» (С.Л. Рубинштейн), «практическое» (Выготский), «математическое» (Ж. Адамар), «музыкальное» (Бонфельд) и т.д., основой которых является внутренняя речь, что «как бы сбрасывает с себя выполнение своей первичной функции, ее породившей: она перестает непосредственно служить средством общения для того, чтобы стать прежде всего формой внутренней работы мысли» [Рубинштейн, 1946, 414–415].

Таким образом, не учитываемый ранее критерий полиморфности мышления указывает на возможность основания и невербальных галлюцинаций на внутренней речи. В контексте нашего вопроса это показывает, что данное основание может быть справедливо и по отношению к переживаемым мистиками видениям – понимаемыми в таком случае в качестве невербальной формы мышления. Иначе говоря, оба вида опыта могут быть осмыслены в рамках единого механизма мышления, выражающего себя в различных формах в зависимости от ситуации. И действительно, в христианской мистической традиции опыт духовных голосов и видений зачастую сопровождают друг друга, давая мистика объяснение явленного внутреннему взору или слуху человека. Они так же могут давать ответ на глубинные вопросы о жизни, или же удовлетворять бессознательные духовные стремления; вызывать чувство глубочайшего наслаждения или, напротив, сожаления о таких переживаниях как грех и страдание [van Merrelo, 1993].

Особенностью религиозного восприятия мистиками подобного опыта является их интеграция в культурный контекст, которая позволяет человеку достигать целостности внутренней жизни [Vaugh, 2015, e54–e55]. Справедливо будет и то, что в каждой культуре в разные исторические периоды опыт переживания подобного опыта обретал значение связи с областью горнего мира, выражаемого в языке конкретной культуры по-своему. Примером работы, рассматривающей историю религии в данном свете, может служить работа К. Кука «Слышание голоса демонического и божественного: научные и богословские размышления» [Cook, 2018], в которой автор подвергает анализу библейские, исторические и научные отчеты об опыте духовных голосов в христианской традиции с позиции исследований СВГ последних 35 лет.

И все же исследования СВГ в целом не учитывают отличия феноменологических черт истинных галлюцинаций от тех, что характерны описаниям духовных голосов и видений в христианской традиции:

1) во-первых, духовные видения и голоса не имеют присущего истинным галлюцинациям характера объективной действительности, но, напротив, прямо сознаются как нечто относящееся к иному, духовному пространству;

2) во-вторых, они воспринимаются мистиками как род откровения, ниспосланного ему Богом в знак особого благоволения к нему. Иначе говоря, имеют характер пассивного восприятия опыта как «дара»;

3) в-третьих, источник голосов и видений зачастую находится во внутреннем существе самих мистиков, описывающих их восприятие не телесными органами восприятия, а «внутренним взором», «внутренним слухом», «слышание или видение духом», и т.д.;

4) в-четвертых, они обладают четкой интенциональной связью с личностью дающего. Иначе говоря, для мистика очевидно, кто является *Другим*, дарующим этот опыт. Им может быть Бог, ангел, демон, посредники в лице Девы Марии или святых.

Данные феноменологические характеристики указывают на то, что в случае духовных видений и голосов корректнее говорить о псевдогаллюцинациях, чем об истинных. Этот термин был впервые введен Ф.В. Гагеном в 1868 г. в его работе «О теории галлюцинаций» [Hagen, 1868] и был в дальнейшем разработан В.Х. Кандинским в труде «О псевдогаллюцинациях» [Кандинский, 1890]. В отличие от Э. Крепелина и Э. Блейлера, Кандинский указал, что подобный опыт бывает не только в случае психопатологии, где имеет весьма большое значение, но также и у людей психически здоровых, что подтверждается современным положением вопроса. Опираясь на работу Кандинского, К. Ясперс в начале XX в. ввел это различие в общемировую практику клинической диагностики [Jaspers, 1913]. Однако за несколько десятилетий терминологическая путаница и перегруженность понятия привела к тому, что уже к концу XX в. возможность четкой дифференциации псевдогаллюцинаций от истинных в клинической практике была оспорена [Slade, Bentall, 1988]. Это привело к постепенному отказу от использования термина «псевдогаллюцинация», особенно в англоязычной литературе.

И все же, хотя термин «псевдогаллюцинация» вводит в заблуждение, это явление, по всей видимости, связано с процессом мышления, а не с расстройством восприятия, под которым оно классифицировалось, что и приводило к путанице. В то же время, все больше и больше данных говорит о том, что существует ряд промежуточных явлений, находящихся между полюсами «нормы» и «патологии», «нарушениями мышления» и «нарушениями восприятия», исходя из чего бинарное деление многообразия переживаемого опыта некорректно. В результате рядом исследователей были предложены понятия «непсихотических галлюцинаций», «частичных» и «переходных» [van der Zwaard, Polak, 2001]. Феноменологическими же характеристиками для диагностики выделялись: модальность галлюцинаций (визуальные, слуховые, тактильные, обонятельные, вкусовые), сложность, локализация (внешняя или внутренняя), степень сенсорной яркости, степень проверки реальности, степень контролируемости, непрерывность, триггерные факторы и т.д. Исходя из соответствия по данным характеристикам, опыт духовных голосов и видений христианских мистиков наиболее близок определению именно непсихотических галлюцинаций.

Дифференциация непсихотических галлюцинаций от истинных указывает на то, что требуется более пристальное внимание в вопросе критики основы духовных голосов и видений на внутренней речи. Феноменологический анализ показывает, что подобный опыт в непатологических случаях требует объяснения, не связанного с нарушением психофизиологических процессов. Их спонтанность, кратковременность, интенциональная направленность указывает на характер сбоя,

вызванного рядом триггерных факторов. При этом концепция полиморфности мышления показывает, что код внутренней речи включает в себя как вербальные, так и невербальные составляющие, дающие объяснения единого механизма мышления как в случае «голосов», так и «видений». Интернализация этого кода из жизненного опыта человека, дающего контекст для формирования значений, поясняет разницу в содержании опыта у различных людей. Метафоричность же этого кода показывает, что это содержание интерпретируется человеком на основании тех интенциональных установок, которые характерны для конкретной личности.

Резюмируя, можно сказать, что данные замечания к вопросу об этиологии галлюцинаторного опыта не позволяют выделить единую общеприменимую теорию о причинах возникновения данных видов опыта и процесса их переживания, вне анализа конкретного личностного опыта. Множество параллельно существующих и влияющих факторов формируют каждый раз индивидуальную картину. И при анализе необходимо учитывать возможность актуальности в конкретном случае основания такого опыта как автокоммуникативного диалога во внутренней речи в ситуации сбоя в идентификации собственного «Я», так и варианта патологических психофизиологических изменений в работе организма человека. Подобная осторожность позволяет преодолеть исходно заданные позиции предопределения онтологического статуса переживаний, принятые в психиатрии и теологии.

#### **Использованная литература:**

1. Баклушев М.Е., Иваницкий Г.А., Иваницкий А.М. Нарушение оценки значимости информации при шизофрении // Успехи физиологических наук. 2016. N. 1. С. 34–47.
2. Бассин Ф.В. У пределов распознанного: к проблеме предречевой формы мышления // Бессознательное: природа, функции, методы исследования / Под ред. А.С. Прангишвили, А.Е. Шерозия, Ф.В. Бассина. Тбилиси: Мецниереба, 1978.
3. Бонфельд М.Ш. Музыка: Язык. Речь. Мышление: Опыт системного исследования музыкального искусства. СПб.: Композитор, 2006. 648 с.
4. Выготский, Л.С. Мышление и речь / Л.С. Выготский // Собрание сочинений. М.: Педагогика, 1982. Т. 2: Проблемы общей психологии. 504 с.
5. Жинкин Н.И. О кодовых переходах во внутренней речи // Вопросы языкознания. 1964. N. 6. С. 26–38.
6. Кандинский, В.Х. О псевдогаллюцинациях. Критико-клинический этюд. СПб.: Издание Е.К. Кандинской, 1890. 164 с.
7. Лотман Ю.М. О двух моделях коммуникации в системе культуры // Труды по знаковым системам. 1973. N. 6. С. 227–243.
8. Лурия А.Р. Роль речи в регуляции нормального и аномального поведения // Проблемы высшей нервной деятельности нормального и аномального ребенка. М.: Изд-во АПН РСФСР. 1958. Т. 2. С. 5–46.
9. Львов М.Р. Основы теории речи. М.: Издательский центр «Академия», 2000. 248 с.
10. Мухелишвили Н.Л., Базлев М.М. Внутренняя речь и дар говора (loq̄ela) // Вопросы психологии. 2019. N. 2. С. 59–68.
11. Мухелишвили Н.Л., Шрейдер Ю.А. Автокоммуникация как необходимый компонент коммуникации // Научно-техническая информация. Сер. 2. Информационные процессы и системы. 1997. N. 5. С. 1–10.
12. Мухелишвили Н.Л., Шрейдер Ю.А. Семиотика молитвы // Философская и социологическая мысль. 1992. N. 5. С. 50–69.
13. Соколов А.Н. Внутренняя речь и мышление. М.: Просвещение, 1968.
14. Akins K.A., Dennett D.C. Who may I say is calling? // Behav. Brain Sci. 1986. V. 9. Pp. 517–518.

15. Alderson-Day B., Lima C.F., Evans S., Krishnan S., Shanmugalingam P., Fernyhough C., Scott S.K. Distinct processing of ambiguous speech in people with non-clinical auditory verbal hallucinations // *Brain*. 2017. V. 140. N. 9. Pp. 2475–2489.
16. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision. Washington, DC, American Psychiatric Association, 2022.
17. Behrendt R.P., Young C. Hallucinations in schizophrenia, sensory impairment, and brain disease: a unifying model // *Behav. Brain Sci.* 2004. V. 27 (6). Pp. 771–787.
18. Bentall R.P. *Madness explained: Psychosis and human nature*. L.: Penguin, 2003.
19. Blakemore S.-J. Deluding the motor system // *Conscious. Cogn.* 2003. V. 12. N. 4. Pp. 647–655.
20. Bleuler E. *Dementia Praecox oder Gruppe der Schizophrenien*. – Leipzig; Wien: Deuticke, 1911.
21. Cook C. *Hearing voices, demonic and divine: scientific and theological reflections*. London: Routledge, 2018. 258 p.
22. de Leede-Smith S., Barkus E. A comprehensive review of auditory verbal hallucinations: Lifetime prevalence, correlates and mechanisms in healthy and clinical individuals // *Front. Hum. Neurosci.* 2013. V. 7. Art. 367. P. 62–86.
23. Deikman A.J. De-automatization and the Mystic Experience // *Psychiatry*. 1966. V. 29 (4). Pp. 324–338.
24. Dein S., Loewenthal K.M. Editorial // *Mental Health, Religion & Culture*. – 1999. – V.2 (2). – P. 101–104.
25. Duncombe M. Thought as Internal Speech in Plato and Aristotle // *Logical Analysis and History of Philosophy*. 2016. N. 19. Pp. 105–125.
26. Feelgood S.R., Rantzen A.J. Auditory and visual hallucinations in university students // *Pers. and Individ. Diff.* 1994. V. 17. P. 293–296.
27. Fernyhough C. Alien voices and inner dialogue: Towards a developmental account of auditory verbal hallucinations // *New Ideas in Psychology*. 2004. V. 22. N 1. Pp. 49–68.
28. Frith C.D. Attention to action and awareness of other minds // *Conscious. Cogn.* 2002. V. 11. N 4. P. 481–487.
29. Frith C.D., Blakemore S.-J., Wolpert D.M. Explaining the symptoms of schizophrenia: Abnormalities in the awareness of action // *Brain Research Reviews*. 2000. V. 31. N 2–3. P. 357–363.
30. Hagen F.W. Zur theorie de hallucination // *Allg. Z. Psychiatr.* 1868. N. 25. P. 1–107.
31. Hoffman R.E. Verbal hallucinations and language production processes in schizophrenia // *Behav. Brain Sci.* 1986. V. 9. P. 503–517.
32. Jardri R., Pouchet A., Pins D., Thomas P. Cortical activations during auditory verbal hallucinations in schizophrenia: a coordinate-based meta-analysis // *Am. J. Psychiatry*. 2011. V. 168 (1). Pp. 73–81.
33. Jaspers K. *Allgemeine Psychopathologie*. Berlin: Springer, 1913.
34. Johns L.C., van Os J. The continuity of psychotic experiences in the general population // *Clinical Psychol. Rev.* 2001. V. 21. P. 1125–1141.
35. Jones S.R., Fernyhough C. Thought as action: Inner speech, self-monitoring, and auditory verbal hallucinations // *Conscious. Cogn.* 2007. V. 16. P. 391–399.
36. Kapur, S. Psychosis as a state of aberrant salience: a framework linking biology, phenomenology, and pharmacology in schizophrenia // *Am. J. Psychiatry*. 2003. V. 160 (1). Pp. 13–23.
37. Kraepelin E. *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte*. Leipzig: Johann Ambrosius Barth, 1913.
38. Langdon R., Jones S.R., Connaughton E., Fernyhough C. The phenomenology of inner speech: comparison of schizophrenia patients with auditory verbal hallucinations and healthy controls // *Psychol. Med.* 2009. V. 39. P. 655–663.
39. McCarthy-Jones S. *Hearing voices: the histories, causes, and meanings of auditory verbal hallucinations*. Cambridge: Cambridge Univ. Press, 2012.
40. McGuire P.K., Silbersweig D.A., Wright I., Murray R.M., David A.S., Frackowiak R.S., Frith C.D. Abnormal monitoring of inner speech: A physiological basis for auditory hallucinations // *Lancet*. 1995. V. 346. P. 596–600.

41. Murray E.D., Cunningham M.G., Price B.H. The role of psychotic disorders in religious history considered // *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*. 2012. V. 24 (4). P. 410–426.
42. Rosenhan D.L. On being sane in insane places // *Science*. 1973. V. 179. P. 250–258.
43. Schneider K. *Beiträge zur Psychiatrie*. Wiesbaden: George Thieme, 1946.
44. Schneider K. *Klinische Psychopathologie*. Stuttgart: Thieme Verlag, 1950.
45. Seal M.L., Aleman A., McGuire P.K. Compelling imagery, unanticipated speech and deceptive memory: Neurocognitive models of auditory verbal hallucinations in schizophrenia // *Cogn. Neuropsychiatry*. 2004. V. 9. P. 43–72.
46. Shergill S.S., Bullmore E., Simmons A., Murray R., McGuire P.K. Functional anatomy of auditory verbal imagery in schizophrenic patients with auditory hallucinations // *Am. J. Psychiatry*. 2000. V. 157. P. 1691–1693.
47. Slade, P.D. *Sensory Deception: A Scientific Analysis of Hallucination* / P.D. Slade, R.P. Bentall. – London: Croom Helm, 1988.
48. Stanghellini G., Cutting J. Auditory verbal hallucinations – breaking the silence of inner dialogue // *Psychopathology*. 2003. V. 36. N 3. P. 120–128.
49. Stephens G.L., Graham G. *When self-consciousness breaks: alien voices and inserted thoughts*. Cambridge, MA: MIT Press, 2000.
50. Underhill, E. *Mysticism: A Study of the Nature and Development of Man's Spiritual Consciousness* / E. Underhill, 4rd ed. London: Methuen, 1912. 600 p.
51. van der Zwaard R.A., Polak M. Pseudohallucinations: A pseudo-concept? A review of the validity of the concept, related to associate symptomatology // *Comprehensive Psychiatry*. 2001. V. 42 (1). P. 42–50.
52. van Merrelo A. *Religion and Mysticism* / A. van Merrelo, T. van der Stap // *Accepting Voices*. London: Mind Publications, 1993.
53. Vygotsky L.S. *Mind in society: The development of higher psychological processes*. Cambridge, MA: Harvard Univ. Press, 1978.
54. Waugh, P. The novelist as voice hearer // *The Lancet*. 2015. V. 386. (10010). Pp. e54–e55.
55. Wegner D.M. *The illusion of conscious will*. Cambridge, MA: MIT Press, 2002.
56. Wegner D.M., Wheatley T. Apparent mental causation – sources of the experience of will // *Am. Psychol*. 1999. V. 54. P. 480–492.
57. Woods A., Jones N., Alderson-Day B., Callard F., Fernyhough C. Experiences of hearing voices: analysis of a novel phenomenological survey // *Lancet Psychiatry*. 2015. V. 2. P. 323–331.
58. Zivin G. *The development of self-regulation through private speech*. N.Y.: John Wiley and Sons, 1979.

## **Феномены, ассоциированные с религиозным опытом, в структуре аффективных расстройств**

**Аннотация:** Обсуждается проблема эмоциональных заболеваний в соматической практике и участие феноменов, ассоциированных с религиозным опытом, в формировании клинической картины этих расстройств. Представлены результаты клинического исследования, которое показывает, что оценка феноменов религиозного опыта способствует разграничению клинико-психопатологических симптомов и проявлений духовных недугов. Такой междисциплинарный подход на основе био-психо-социо-духовной модели позволяет повысить эффективность лечения аффективных расстройств невротического уровня у пациентов соматического профиля.

**Ключевые слова:** религиозный опыт, феномены религиозного опыта, аффективная патология.

Связь религиозного опыта и психопатологии является сегодня предметом научных исследований. Наряду с протективной ролью религиозности в отношении психического здоровья отмечается также индуцирующее, маскирующее влияние, утяжеляющее течение заболевания и затрудняющее диагностику. В исследованиях ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» выделено пять разновидностей эндогенных депрессивных состояний и подробно описано содержание религиозных переживаний, характерных для каждого варианта (Копейко Г.И., 2021). Представлены основные категории, концептуальные модели и результаты эмпирических исследований духовного и религиозного копинга (Василук Ф.Е., 2014, Шаньков Ф.М., 2015.). Малоизученной остается проблема аффективных расстройств в соматической практике и участие феноменов, ассоциированных с религиозным опытом в формировании клинической картины этих расстройств.

**Цель исследования:** выявление феноменов, ассоциированных с религиозным опытом, в структуре аффективной патологии у пациентов многопрофильной клиники.

Исследование проводилось на базе университетской клиники. Особенности консультативной деятельности врача-психиатра в соматической клинике, использующей высокотехнологические методы лечения: непродолжительный период пребывания пациента в стационаре; организация консультирования, в большинстве случаев, по запросу лечащего врача; ограниченное время для принятия диагностических решений; настороженность пациентов в отношении психиатрической помощи; отсутствие динамического наблюдения после выписки из стационара. В поле зрения врача-консультанта попадает много первичных пациентов, не имеющих предшествующего опыта лечения у психиатра. В общей структуре выявленной психопатологии подавляющее большинство нозологических форм представлено расстройствами невротического уровня. Значительную долю в содержании деятельности консультирующего психиатра составляет мотивационная деятельность и проблемное информирование.

Были изучены материалы амбулаторных карт, истории болезни (заключения и дневниковые записи), протоколы клинико-диагностического интервью пациентов стационарного и амбулаторного звена многопрофильной университетской клиники за период с ноября 2022 по ноябрь 2023 гг.

В исследование были включены случаи (N=111) с установленными психиатрическими диагнозами, соответствующие критериям расстройств: F06.3

Органические аффективные расстройства; F06.4 Органическое тревожное расстройство; F31 Биполярное аффективное расстройство; F32 Депрессивный эпизод; F33 Рекуррентное депрессивное расстройство; F34.0 Циклотимия; F34.1 Дистимия; F41.0 Паническое расстройство; F41.23 Смешанное тревожно-депрессивное расстройство; F43.2 Расстройство приспособительных реакций; F45.3 Соматоформная дисфункция ВНС (Таблица 1).

Не включались в исследование случаи пациентов с психотическими расстройствами, деменцией и тяжелыми соматическими заболеваниями в стадии декомпенсации.

### Структура выявленных эмоциональных нарушений

Таблица 1

Диагноз	Стационар	Амбулаторное звено
F06.3 Органические аффективные расстройства	7	3
F06.4 Органическое тревожное расстройство	18	2
F31 Биполярное аффективное расстройство	2	3
F32 Депрессивный эпизод	4	5
F33 Рекуррентное депрессивное расстройство	3	3
F34.0 Циклотимия	4	3
F34.1 Дистимия	2	0
F41.0 Паническое расстройство	4	0
F41.23 Смешанное тревожно-депрессивное расстройство	5	4
F43.2 Расстройство приспособительных реакций	15	5
F45.3 Соматоформная дисфункция ВНС	16	1
Всего:	82	29

При анализе фиксировали клинико-психопатологическую структуру психического заболевания, высказывания религиозного содержания, связанные с непосредственным религиозным опытом, оценкой религиозного опыта самого пациента или членов его семьи.

Относительно определения понятия «религиозный опыт» существуют различные точки зрения, по-разному понимается его сущность, природа, значение для личности. Наиболее распространенным является широкое определение, основанное на философском понимании. Такое понимание охватывает широкий спектр явлений и переживаний: от мистических ритуалов до изменённых состояний сознания (Челнокова Е. В., 2013).

Протоиерей Александр Мень: «Религиозный опыт можно определить как переживание, связанное с чувством реального присутствия в нашей жизни некоего Высшего Начала, которое направляет и делает осмысленным наше существование» (Александр Мень, 2012).

Под религиозным опытом мы понимали и опыт участия в религиозной жизни церкви, семьи. В большинстве случаев это были пациенты и семьи пациентов православного вероисповедания, в нескольких случаях пациенты исповедовали ислам.

Исследование религиозного опыта осуществлялось в процессе клинико-диагностического интервью с дополнительным использованием следующих вопросов: «Ваше отношение к вере в Бога?», «Какой у Вас есть опыт участия в религиозной жизни?», «Как вера в Бога влияет на Вашу жизнь?», «В Вашей семье есть (были) верующие люди?», «Какое влияние на Вас оказывает (оказывал) религиозный опыт членов семьи?». Ответы на эти открытые вопросы содержали не только фактическую информацию, но и размышления, оценки, анализ, субъективное отношение к обсуждаемой теме. Ответы фиксировались в протоколе интервью, частично (если отражали психопатологические феномены) в описании анамнеза и психического статуса текста заключения психиатра.

В формировании выборочной совокупности текстовых сообщений использованы материалы 26 случаев (23,4 %) пациентов с эмоциональными нарушениями, содержащие религиозные переживания или анализ религиозного опыта. Среди рассмотренных случаев было 10 мужчин и 16 женщин в возрасте от 18 до 72 лет.

В изучении текстовых единиц применен контент-анализ с использованием следующих категорий: религиозный копинг, доверие и единение с Богом, преобразования жизни в процессе религиозного опыта (позитивная религиозность); идеи греховности, нарушенная идентичность и потеря смысла, сопротивление насаждению веры, религиозные сомнения, недоверие Богу и неверие в собственные силы, богоборчество (негативная религиозность).

У большинства пациентов с тревожными проявлениями до момента обращения за психиатрической помощью при возникновении таких симптомов как тревога, нарушения сна, раздражительность, обидчивость, приводящая к конфликтам в семье и на работе, навязчивые мысли ипохондрического содержания, фобические переживания (страх заболеть онкологическим заболеванием), чувство вины были поводом «обращения за Божией помощью», что мы расценивали как проявления религиозного копинга. Пациенты с легкими невротическими симптомами отмечали положительное влияние религиозного опыта. Так, усиленное чтение молитвы упорядочивает поток неприятных мыслей у пациентов с навязчивостями, способствует нервно-мышечному расслаблению, успокоению при тревожных симптомах, осознается возможность «разделения ответственности за свою жизнь с Богом», что позволяет «уповать на Бога», «получать Божию благодать», а не «работать с собой».

Феномены, отражающие «единение с Богом», формулируются как осознание того, что человек чувствует себя «под защитой», ощущает «любимым», «приходит смирение».

Положительные преобразования в жизни описывались в таких формулировках: религия «помогала выправить свою жизнь», все происходит «правильно», «как должно быть». Такое положительное влияние религиозного опыта в целом, на наш взгляд, способствует облегчению клинических проявлений.

Посещение храма, участие в богослужениях, регулярное чтение утреннего и вечернего правила, чтение Псалтири требуют определенного психического ресурса, при легких аффективных проявлениях этих ресурсов достаточно для религиозной деятельности, которая, в свою очередь, укрепляет этот ресурс и способствует улучшению состояния. Вместе с тем, трудности концентрации внимания, психическая и физическая истощаемость, снижение памяти, тревога, астения, нарушения сна и другие когнитивные и церебральные проявления (сосудистые, постковидные) могут затруднять выполнение ритуалов, укреплять в мыслях о своей слабости, греховности, богооставленности, отсутствии «помощи Бога». На наш взгляд, необходимо учитывать посильность соблюдения

религиозных ритуалов. Аналогичные переживания фиксируются в высказываниях пациентов с расстройствами адаптации в ситуациях повышенных нагрузок (созависимые, матери и жены участников СВО), которые порой «не оценивают реально свои возможности», «хватаются за много дел», не понимают фактора «посильности» ввиду ориентации на одобрение, успех, желание «спасать». За этим кроется желание угодить Богу, чтобы помочь или спасти близкого человека. Длительное пребывание в таких ситуациях порождает недоверие к Богу, потерю веры в себя, собственные силы. Ритуализация веры приводит скорее к опустошению, нежели к смирению.

Чрезмерная фиксация на собственной греховности, заслуженности страдания может способствовать утяжелению депрессивной симптоматики с риском присоединения психотических симптомов (бред греховности, ипохондрический бред). Содержание депрессивных переживаний включает в себя отчаяние, нарушение идентичности, апатию, потерю смысла, в высказываниях отражается страх «предать Бога» и не «распознать «Божественный промысел», «несоответствие себя реальному идеальному образу святых». Пациент, отказавшийся от употребления наркотиков, называет свой опыт трезвости «чудом», при этом он испытывает страх срыва, потому что «это не просто срыв – это Бога предать», что «гораздо страшнее».

Среди проявлений негативной религиозности особое место занимают сомнения, противоречия, борьба. Пациенты описывают «сложные отношения с Богом», «невозможность довериться». Пациенты молодого возраста свои сомнения, недоверие и богоборчество связывают с негативным опытом в собственных родительских семьях. По примерной схеме: «Мать не любила – не могу ощутить любовь Бога», «Отец обижал, был груб, обманывал – не могу ему доверять и Богу не доверяю». Борьба используется как средство отстоять свою самостоятельность, свободу, если в семье насаждалась вера, ребенка заставляли участвовать в религиозной жизни. Самостоятельные духовные поиски в молодом возрасте могут приводить к деструктивному поведению: «Когда читал духовную литературу, складывалось противоречие: быть с Богом или без Бога, искал Абсолют, научную истину, замену Богу! ... «продал крест», ... начал употреблять наркотики». Пациент с обсессивно-компульсивными проявлениями в структуре биполярного аффективного расстройства так описывает свои переживания: «Поставил цель: как можно меньше грешить. Искал у себя грехи и с помощью Божией исправлял их... Перестал грешить, нечего было в себе побеждать, испытывал скуку... Решил продолжить грешить, чтобы вместе с Богом работать над этим, появилось чувство вины, ощущение необыкновенной тяжести поступка. Причинял себе боль, наказывал себя».

Опыт консультирования людей воцерковленных и священнослужителей показывает более осознанное отношение к своим переживаниям, что способствует осознанию болезненности психопатологических симптомов, отличию от духовных недугов, когда «молитвой уже не поможешь» и необходимо обращение к врачу.

### **Выводы**

Аффективные расстройства невротического уровня у пациентов соматического профиля:

- целесообразно рассматривать с позиции био-психо-социо-духовного подхода;
- исследование религиозного опыта способствует разграничению клинико-психопатологических симптомов и проявлений духовных недугов;

- диалог с врачом помогает пациенту в формировании целостных представлений о механизмах психической патологии, способствует рефлексии опыта и более внимательному отношению к собственной духовной жизни.

#### **Использованная литература:**

1. Василюк Ф.Е. Типы духовного совладания // Консультативная психология и психотерапия. 2014. Том 22. № 5. С. 139–152. DOI: 10.17759/cpp.2014220507.
2. Копейко Г.И., Гедевани Е.В., Борисова О.А., Шаньков Ф.М., Смирнова Б.В., Каледа В.Г. Эндогенные депрессивные состояния с религиозными переживаниями. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски. 2021;121(5-2):55-60.
3. Митрополит Антоний Сурожский. Человек перед Богом. Митрополит Антоний Сурожский, 345 с. М. Фонд «Духовное наследие митрополита Антония Сурожского» 2012.
4. Челнокова Е. В. Понимание феномена религиозного опыта в философской и богословской традициях //Религия в системе общественных ценностей. – 2013. – С. 121-136.
5. Шаньков Ф.М. Религиозное и духовное совладание. Обзор западных исследований // Консультативная психология и психотерапия. 2015. Том 23. № 5. С. 123–152. DOI: 10.17759/cpp.2015230507.

## СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Алексеева Анна Григорьевна – к.м.н., ст. науч. сотр. группы по изучению особых форм психической патологии ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» (НЦПЗ)<sup>1</sup> (Москва).

Азизян Али Коми Даявош, священник – Святая Апостольская Соборная Ассирийская Церковь Востока, епархия Ирана, Армении и Грузии (Иран).

Базлев Михаил Максимович – старший преподаватель кафедры истории Института фундаментальных проблем социо-гуманитарных наук НИЯУ МИФИ; преподаватель кафедры истории религии Учебно-научного центра изучения религии РГГУ (Москва).

Борисова Ольга Александровна – к.м.н., ведущий науч. сотр. группы по изучению особых форм психической патологии НЦПЗ (Москва).

Великанов Павел, протоиерей – доцент кафедры богословия Московской духовной академии (Москва).

Виал Мена Венсеслао Доминго – д.м.н., д.ф.н., профессор Папского университета Святого Креста, Рим (Италия).

Витко Юлия Станиславовна – стажер-исследователь Международной лаборатории позитивной психологии личности и мотивации, Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики» (Москва).

Владимирова Татьяна Витальевна – к.м.н., ст. науч. сотр. отдела юношеской психиатрии НЦПЗ (Москва).

Воскресенский Борис Аркадьевич – к.м.н., доцент кафедры психиатрии и медицинской психологии РНИМУ им. Н. И. Пирогова (Москва).

Гедевани Екатерина Владимировна – к.м.н., ст. науч. сотр. НЦПЗ (Москва).

Двойнин Алексей Михайлович – к.псх.н., доцент департамента психологии, факультета социальных наук, Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики» (Москва).

Джорж Эдвард, священник – директор больницы Сантула Траст, Маланкарская Православная Сирийская Церковь (Индия).

Иванин Дмитрий Алексеевич – аспирант Сретенской духовной академии (Москва).

Иванова Анна Сергеевна – бакалавр психологии, независимый исследователь (Москва).

---

<sup>1</sup> ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» – далее в этом разделе – НЦПЗ.

Иоффе Георгий, протоиерей – клирик храма во имя иконы Божией Матери Утоли моя печали в клинике психиатрии ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова» (Санкт-Петербург).

Каледа Василий Глебович – д.м.н., заместитель директора НЦПЗ, гл. науч. сотр. отдела по изучению эндогенных психозов и аффективных состояний, профессор кафедры практического богословия Православного Свято-Тихоновского гуманитарного университета (Москва).

Копейко Григорий Иванович – к.м.н., заместитель директора по научной работе НЦПЗ (Москва).

Кукурулл Хосе Антонио Фортеа, священник – богослов, капеллан Университетской клиники им. Принца Астурийского, Алкала де Энарес (Испания).

Курасов Евгений Сергеевич – д.м.н., профессор кафедры психиатрии ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» Минобороны России (Санкт-Петербург).

Лазько Наталья Викторовна – к.м.н., психиатр, сотрудница ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России (Москва).

Лебедева Анна Александровна – к.псх.н., доцент Департамента психологии, факультет социальных наук, ст. науч. сотр. Международной лаборатории позитивной психологии личности и мотивации, Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики» (Москва).

Любегина Галина Витальевна – медицинский психолог, практик высшей категории, штатный психолог социального отдела Гатчинской епархии, старший психолог службы психологической поддержки проекта «Святоград» (Санкт-Петербург).

Магай Андрей Игоревич – мл. науч. сотр. группы по изучению особых форм психической патологии НЦПЗ (Москва).

Мартинкевич Николай, протоиерей – клирик храма во имя свв. мцц. Флора и Лавра в селе Ям (Москва).

Машкова Ирина Юрьевна – к.м.н, доцент кафедры психиатрии и наркологии Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова Минздрава России (Москва).

Надюк Руслан Иванович – к.псх.н., декан факультета дополнительного образования служителей, начальник отделения душепопечительства Семинарии Евангельских Христиан (Москва).

Наср Виктор Сами Майкл Гад – проф., бывший заведующий кафедрой психоневрологии Университета Бенха, заведующий отделом психологического консультирования Института пастырского попечения и образования Коптской Православной Церкви (Бенха, Египет).

Осипова Наталья Николаевна – к.м.н, доцент кафедры психиатрии и наркологии Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова Минздрава России (Москва).

Пищикова Любовь Евгеньевна – д.м.н., руководитель отделения геронтопсихиатрии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, (Москва).

Рутковская Наталья Сергеевна – преподаватель кафедры психиатрии ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» (Санкт-Петербург).

Сергий, Митрополит Воронежский и Лискинский.

Смирнова Евгения Вадимовна – аспирант группы по изучению особых форм психической патологии НЦПЗ (Москва).

Тимашов Сергей, священник – лицензиат богословия, ректор Католической высшей духовной семинарии «Мария – Царица Апостолов» (Санкт-Петербург).

Ткаченко Артем Андреевич – магистрант ФГБОУ ВО Московский государственный психолого-педагогический университет (Москва).

Шаге Ананян, протоархимандрит – ректор Духовной академии Первопрестольного Святого Эчмиадзина, Армянская Апостольская Церковь (Вагаршапат, Армения).

Шамрей Владислав Казимирович – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой психиатрии ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» (Санкт-Петербург).

Эскура, Гектор де – врач-психиатр, психотерапевт, университет Буэнос-Айреса (Аргентина).