

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:  
концепции психических заболеваний и  
стратегии помощи в диалоге  
духовенства и психиатров**

**Материалы  
международной конференции**

**28-29 ноября 2025 года**

**Москва, 2026**

**Попечение Церкви о душевнобольных: концепции психических заболеваний и стратегии помощи в диалоге духовенства и психиатров.** Материалы международной конференции,

28-29 ноября 2025 года: Сборник докладов. – М., 2026. – 203 с.

Настоящий сборник включает в себя материалы VII международной конференции «Попечение Церкви о душевнобольных: концепции психических заболеваний и стратегии помощи в диалоге духовенства и психиатров». В нем собраны доклады представителей древних восточных, восточных православных и католических религиозных организаций – богословов, психиатров, священнослужителей, преподавателей духовных школ, сотрудников государственных медицинских учреждений из России, Беларуси, Египта, Индии, Ирака, Испании, Италии, Швейцарии, Эфиопии и Армении.

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 благотворительного фонда «Помощь Церкви в нужде».

# СОДЕРЖАНИЕ

## ДОКЛАДЫ

Митрополит Сергей (Фомин) Попечение о страждущей душе: путь синергии Церкви и психиатрии .....	5
Каледа В. Г. Современные концепции психических заболеваний и проблемы подготовки священнослужителей в области пастырской психиатрии.....	10
Священник Венсеслао Доминго Виал Мена Сила в надежде: психологическая устойчивость и христианская духовность .....	15
Протоиерей Павел Великанов Психологизация границ личности как вызов человечности.....	30
Куриан Манош Жизнь по Никейскому Символу веры: значение для психического здоровья, исцеления и попечения о больных .....	38
Борисова О.А. Роль религиозности в транскультуральных исследованиях в психиатрии.....	42
Алексеева А.Г. Транскультуральные аспекты религиозного бреда .....	49
Пищикова Л.Е. Этические и духовные аспекты деменций .....	56
Гедевани Е.В. Объяснительные модели болезни, исцеления и здоровья в различных культурах и религиозных традициях.....	63
Армия Ремонда Эшая Религиозные убеждения и их связь с психическим здоровьем.....	68
Копейко Г.И., Владимирова Т.В., Алексеева А.Г. Стигматизация при психических заболеваниях (транскультуральный и религиозный аспекты).....	84
Андрианова Л.В. Типология жизненных миров как ключ к пониманию психопатологии различного уровня. Парадоксы универсальности .....	93
Иерей Иоанн Бакушкин Взаимосвязь духовного благополучия и деструктивных черт личности.....	98
Немцев А.В. Личностная религиозность как психологическое явление.....	102
Иерей Вячеслав Войнов Богословское осмысление концепции фармакологического улучшения нравственности.....	106
Бекназарян Д.Ю. Пределы компетенции духовенства и психиатров.....	116

Священник Рафаэль Тауфик Захер Роль священника, терапевта и психиатра в служении человеку – интеграция психологической и духовной помощи .....	121
Хуанола Жоан Д'Авила Гуманизация психологии: интеграция христианской антропологии в образование будущих психологов .....	125
Пальчиков М.А. Точки соприкосновения между религией и психотерапией: исповедь, психотерапевтический процесс, семейная терапия.....	132
Иерей Николай Устинов Взаимодействие священнослужителя и врачей-психиатров: богословско-антропологическое осмысление болезни в мультидисциплинарном подходе....	136
Воскресенский Б. А., Бегматов Р.И. Некоторые аспекты преподавания психиатрии в духовном учебном заведении.....	143
Альварес Сегура Мар Возможна ли психодуховная целостность без религиозных отсылок?.....	150
Пуннус Эшли Мариам Повышение ответственности и самосознания христианских вдов среднего возраста из Кералы, Индия: психологический аспект .....	153
Громова Н.В., протоиерей Павел Сердюк Опыт Белорусской Православной Церкви в пастырском сопровождении семьи, где ребёнок совершил самоубийство. Причины суицидального поведения несовершеннолетних.....	167
Рутковская Н.С., протоиерей Георгий Иоффе Особенности религиозности пациентов с психическими расстройствами – участников специальной военной операции.....	175
Лазько Н.В. Влияние мошеннических действий и периодов общей социальной напряжённости на психическое здоровье (введение в проблему).....	180
Магай А.И. О консультировании семей с психическими расстройствами на основе духовно-ориентированного подхода .....	184
Игумен Иона (Займовский) Является ли зависимость смертельным заболеванием? Взгляд христианского аддиктолога.....	189
Шамрей В.К., Курасов Е.С., Колчев А.И. Основные принципы проведения духовно-ориентированной терапии комбатантам.....	197
СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ.....	201

## ДОКЛАДЫ

*Митрополит Сергей (Фомин)*

### **Спасти образ Божий: пастырский взгляд на современные учения о душе**

Досточтимые отцы, уважаемые доктора, братья и сестры!

Сердечно приветствую всех вас на нашей секции, призванной обсудить одну из самых сложных и скорбных проблем современного человечества: психические расстройства. Мы призваны говорить о страждущей человеческой душе в эпоху, которую, по слову апостола, можно назвать временем «отступления» (2Фес. 2:3). За долгие годы служения, в том числе в инославных пределах, мне не раз доводилось воочию видеть, как общество, отпавшее от святоотеческого предания и духовных корней, само становилось рассадником душевных недугов. Правда, мы знаем также и то, с какой жадностью люди возвращаются к духовному и интеллектуальному наследию Христовой Церкви после десятилетий атеизма.

С точки зрения православного Предания, истинное душевное здоровье — это не просто отсутствие скорбного списка диагнозов. Это живое, благодатное состояние личности, устремлённой к соединению со Христом как Источником жизни и Спасителем нашим. Здравие души – это, прежде всего, способность к Богообщению. Способность к любви, к творению добрых дел, к спасительному покаянию, к несокрушимой надежде, к отвержению своеволия. Всё это — плоды благодатной связи с Жизнодавцем.

Недуг же есть, напротив, разрывание, повреждение этой связи. Психическое расстройство — это тяжкое страдание падшей человеческой природы, которое затмевает и искажает это спасительное общение с Богом и другими людьми. Болящая душа может терять ощущение реальности, рассудительности, погружаться в пучину уныния, малодушия или тщетной ярости.

Но есть повреждение куда более глубокое и пагубное, нежели страдание души. Это бесподобие, особое состояние человека, заключающееся в добровольном уподоблении человеческой воли воле падших духов. Оно проявляется стремлением ко греховному растрению: растрению себя через страсть, растрению отношений с ближними через эгоизм, растрению самой связи с Богом через гордыню. Это состояние добровольного душевного сиротства, духовного своеволия, которое в сущности своей есть смерть души. Наблюдая устройство современного общества, мы с горечью видим, как возводятся в ранг новой нормы кумир абсолютной «свободы» от всяких нравственных уз и культ самоутверждения. Эти формы социальной жизни порождают невиданную ранее эпидемию одиночества, тоски, душевной пустоты и агрессивности, которые сами становятся источником психических заболеваний и расстройств поведения. Созданный Творцом мир, поврежденный произволом человеческой души, становится теперь главным источником её недугов.

Перед нами открывается главная прелесть и трагедия нашего времени. Оказавшись в духовной пустыне, мир устремился не к православному Преданию как к источнику воды живой, а к созиданию своих собственных лжеучений о человеке. Многие влиятельные течения психологии и психиатрии, часто того не ведая, стали пользоваться древними заблуждениями, суетными подменами веры, которые закрывают путь пациента к Богу и ко спасению. Вместо исцеления они часто предлагают интеллектуальный яд, красиво упакованный в современную научную терминологию.

Один из таких соблазнов — это представление о душе как о механизме. Деятельность человеческого сознания часто рассматривается лишь как взаимодействие «сети нейронов» и «комплекс реакций», где нет места свободе воли, совести, ответственности пред Творцом. Это представление фактически отвергает существование разумной души, сводя ее к функционированию тела. Оно порождает ложное впечатление, что человеку можно «настроить поведение», как программу у робота. Ни о каком Богообщении тут не может быть и речи. Как не находится у последователей этих воззрений и места для диалога с Церковью врача-психиатра и психолога.

Частным случаем такого «психологического материализма» является низведение всей высоты человеческого духа, творчества, веры и любви к сублимации животных инстинктов. «Срамословие» в духе фрейдизма является поруганием святости человеческого духа, что затворяет путь к уразумению подлинной, жертвенной любви Христовой и роли Церкви в сохранении психического здоровья людей.

Другой сегодняшний психологический кумир — это учение о «самоактуализации». Высшая цель жизни объявляется в том, чтобы «стать собою», раскрыть «свой потенциал». Это звучит лестно для падшего естества. Но когда человеческое «Я» становится мерой всех вещей, а Бог — лишь «психологической проекцией», мы имеем дело с превозношением человеческой природы, которая будто бы сама, без помощи Бога способна решить, что является добром и злом. А это и есть прямой путь к духовной слепоте и тяжким страстям, корень которых — бесовская гордыня.

Еще одним коварным заблуждением является представление о том, что психически и физически здоровым является тот, кто «эффективно функционирует» в современном обществе. При этом не принимается во внимание, что это общество само может быть духовно больным. В этом случае врачеватель души вместе со своим пациентом рискует стать слугою греха, помогая человеку войти в царство бесов и заглушить голос совести, вызывающей против этого царства. Человеку предлагается быть «успешным» в делах тьмы, вместо того, чтобы указать путь к свету Христову.

Неподобные взгляды «лжеименного разума» не исцеляют душу, но усугубляют болезнь, нанося душевнобольному двойную язву: они отнимают у страдания его высокий, спасительный смысл, ввергая человека в отчаяние, и одновременно укрепляют в нём эгоизм, который сам по себе часто является причиной душевного неблагополучия.

В поисках правильного ответа на эти ложные учения о душе многие верующие и даже пастыри пытаются найти универсальный ключ к решению всех сложностей в святоотеческом учении, различающем в человеческой природе дух, душу и тело. Однако в современных рассуждениях о трихотомии сокрыто тонкое, но опасное искушение — подменить целостность человеческой личности очередной схемой и представить человека состоящим из трех «частей», — отдельных и почти материально осязаемых.

Важно помнить и понимать, что святые отцы, говоря о составе человека, прибегали к языку своей эпохи как к миссионерскому и педагогическому

инструменту. Они брали термины, уже существующие в античной мысли, чтобы наполнить их новыми смыслами Евангелия. Их целью было не описать «устройство» человека, а указать на целостное человеческое существо, духом устремленное к Богу, душою живущее и чувствующее, а телом действующее в мире.

Термин «душа» – богословский и философский по своему происхождению – сегодня зачастую не различается от научного термина «психика». Душа у святых отцов – это средоточие находящегося в Богообщении ума, чувств, воли и арена духовной брани. Психика же в современной психиатрии и психологии – это совокупность процессов, доступных изучению научными методами. Психиатр работает не с «душой» в святоотеческом понимании этого слова, а с конкретными нарушениями функций нервной системы.

Схожим образом «дух» – это не просто некий «объект для воздействий священника». Дух – это место соприкосновения человека с Божественной благодатью. Духом можно вступать в личные отношения, направляться к добору через покаяние и молитву. При этом священник – это свидетель, пастырь и совершитель таинств. Его не нужно упрощенно рассматривать как специалиста, профессией которого является «управление духом».

Из Святого Евангелия мы знаем, что Сам Господь наш Иисус Христос исцелял не абстрактную «душу» или «дух», а людей целиком: слепых, хромых, бесноватых. Он возвращал им целостность. Точно так же и духовенство помогает человеку свободно выстроить правильные отношения с Богом, бороться со страстями, заботиться о целостной личности, ищущей спасения, а не о некой обособленной «духовной составляющей» человека. В таинстве Елеосвящения священник не восстанавливает некую отдельную субстанцию под названием «дух», но молится об исцелении и души, и тела больного. Практика духовничества также всегда учитывала единство природы человека: пост, поклоны, телесные труды – всё это средства исцеления всего человека.

Христианская антропология, включая ее трихотомическую терминологию, существует не ради удовлетворения нашего любопытства о строении человека. Христианская антропология – это педагогический инструмент для устремления человека к обожению. Преподобный Максим Исповедник писал, что цель человеческой жизни – восстановление изначальной целостности через соединение с Богом во Христе. Углубляясь в антропологические схемы как в самоцель, мы рискуем впасть в интеллектуальное идолопоклонство, остановившись на созерцании инструмента, забыв о цели. Апостол Павел призывает нас: «Достигайте любви; ревнуйте о дарах духовных» (1Кор. 14:1). Любовь и единство с Богом – вот мерило подлинно православного понимания человека, а не точность описания человека через схемы, заимствованные у святых отцов без должного размышления и молитвы.

Психиатр лечит всего человека, страдающего расстройством психических функций, пользуясь достижениями научных методов и представлений. Духовенство окормляет целостную личность на пути спасения, следуя Благодати и церковному Преданию. Их сотрудничество — это не воздействие на разные «части» пациента, а совместная помощь одной, единой и неделимой личности. Исходя из этого целостного видения, наш ответ на современные вызовы общества должен быть многомерным.

Отмечу в этой связи три основных направления нашего совместного противостояния вызовам современности, относящимся к сфере психического здоровья.

Первое направление – это противодействие страданию человеческой природы, то есть противостояние самим проявлениям психического недуга. Здесь наш святой долг – всемерно укреплять соработничество пастыря и врача-

психиатра. Лекарство и психотерапия – это суть Богом данные средства для врачевания повреждённого естества. Духовенство должно разъяснять, что подобает нам употреблять их с рассуждением, без суеверий и предрассудков, дабы облегчить бремя страдания, очистить храм души, в котором личность вновь обретет способность слышать тихий глас Божий и обретет силы для духовного подвига.

Второе направление – это противодействие влияниям мира, лежащего во зле. Как сохранить здоровье души в обществе, систематически растлевающем её? Во многом это вопрос личного аскетического делания. Нам нужно научиться самим и научить чад наших, особенно юных, «гигиене души»:

- информационному воздержанию, то есть сознательному ограничению потока яда и смрада мира сего;
- укоренённости в евхаристической жизни и церковной общине, где человек является не частью безликого социально-экономического механизма, но живым членом Тела Христова;
- воспитанию внутреннего безмолвия через молитву, которая есть дыхание души в отравленной грехом атмосфере повседневности;
- стяжанию дара рассуждения, дабы различать, где глас Божий, а где – дух мира сего, предлагающий для греха красивые упаковки;
- наконец, научить любви. Потому что сегодня принято вступать в социальные отношения с целью заработать деньги, а не для того, чтобы реализовать и усовершенствовать свою любовь к ближнему.

Третье направление нашей совместной работы – по словам апостола, «брань не против плоти и крови» (Еф. 6:12). И здесь хочу обратить еще раз внимание на таинственный и тяжкий феномен бесоодержимости. Со скорбию сердечной должен свидетельствовать, что многие современные специалисты в сфере психического здоровья, в благом стремлении избежать мракобесия, впали в иную крайность – в неверие опыту Церкви. Они наглухо затворили двери перед принятием христианского представления о том, что в некоторых, самых тяжких случаях, устойчивых ко всем способам лечения, мы имеем дело не только с проявлениями психической болезни, но и с порабощением человека силами тьмы.

Пренебречь влиянием бесов на душу, ослабленную психическим недугом, также было бы непростительным легкомыслием. Повсеместно наблюдаемое сегодня внутреннее устремление человека ко злу созидает духовный вакуум, в «отверстые двери» которого может войти демоническая сила, окончательно порабощающая волю. Смешение понятий беспободия и бесоодержимости, то есть не различение внутреннего нравственного произволения с внешним порабощением бесам, ведёт либо к жестокосердному осуждению болящего либо к пагубному бездействию пред лицом духов злобы. Лечить такие состояния на основе ошибочных представлений о душе или одними лишь медикаментами – это всё равно, что пытаться потушить пожар, подливая в него то, что легко воспламеняется.

Здесь требуется наша соборность и высокий уровень доверия Церкви со стороны врачей. Мы еще раз говорим о необходимости трехстороннего сотрудничества: опытного духовника (для различения духов), верующего и открытого к диалогу с Церковью психиатра (для врачевания недуга природы) и клинического психолога (для уразумения особенностей устройства личности). Только совокупными усилиями мы можем поставить рассудительный диагноз и подать ту помощь, в которой нуждается страждущий человек.

Мы живём во времена лукавые и жестокие, однако, не новые для Церкви Христовой. Вызовы, предстоящие нам, требуют не только человеческого милосердия, но священной ревности, мужества духа и благодатного рассуждения на основании церковного опыта.

Истинное просвещение, которое провозглашает тема Рождественских Чтений этого года, — есть свет Христов, открывающий нам человека во всей его высоте и падении: и в высочайшем достоинстве образа Божия, и в страшной глубине его нравственного растреления, и в реальности тёмных сил, которые ищут его конечного порабощения и гибели.

Подлинная нравственность — это нравственность, созданная не на основе ошибочных представлений о душе, а нравственность, укорененная в любви Спасителя. Следуя ориентирам Евангелия, врач-психиатр и психолог могут различать: где страдание природы, требующее лекарства; где грех бесподобия, требующий вразумления и исправления; а где тьма одержимости, требующая молитвенного подвига и власти церковной, данной нам от Самого Господа Спаса нашего Иисуса Христа.

Наша общая задача — вооружиться на эту брань за человеческую душу святоотеческим разумением человека. Дать и пастырям, и врачам ясное понимание сути этой совместной борьбы. Дабы каждый на своём месте — во врачебном кабинете, в больничной палате или в священном пространстве храма — мог стать не просто исполнителем профессиональных обязанностей, но воином Христовым, способным распознать природу зла и подать ту единственно истинную помощь, которая ведёт страждущего человека к Единому Источнику жизни и здоровья — к животворящему, спасительному Богообщению.

Молитвенно желаю всем вам помощи Божией на этом спасительном поприще, столь необходимом для исцеления современного общества. Да благословит нас всех Господь и укрепит для плодотворной работы на нашей секции!

## **Современные концепции психических заболеваний и проблемы подготовки священнослужителей в области пастырской психиатрии**

**Аннотация:** Доклад посвящён современным представлениям о психических расстройствах и роли пастырской психиатрии в междисциплинарной помощи человеку. Обосновывается необходимость целостного подхода к пациенту, учитывающего биологические, психологические, социальные и духовные факторы психического страдания, а также недопустимость сведения психопатологии исключительно к медицинскому диагнозу или духовным причинам. Рассматривается разграничение психических расстройств, духовных кризисов, нездоровых форм религиозности и феноменов, традиционно относимых к сфере церковного попечения. Особое внимание уделяется биопсихосоциальной и биопсихосоциодуховной моделям психического здоровья, а также шизофрении как полифакторному заболеванию, формирующемуся под влиянием генетических, нейробиологических, психологических и средовых факторов. Подчёркивается, что религиозность может выступать ресурсом стрессоустойчивости, смыслообразования и поддержки, однако, не заменяет профессиональной диагностики и лечения. Обосновывается необходимость подготовки священнослужителей в области пастырской психиатрии, поскольку они нередко становятся первыми лицами, к которым обращаются люди с психическим страданием. Делается вывод о том, что психическое здоровье является сферой совместной ответственности специалистов, священнослужителей, семьи и церковной общины.

**Ключевые слова:** психическое расстройство, духовный кризис, пастырское попечение, биопсихосоциальная модель, биопсихосоциодуховная модель, полифакторный заболевание, социальная включённость, междисциплинарная подготовка, семейная дисфункция.

### **Целостный подход к человеку в психиатрии и пастырском попечении**

Современное понимание психического расстройства требует целостного взгляда на человека, учитывающего биологические, психологические, социальные и духовные измерения его существования. Одностороннее рассмотрение пациента исключительно как носителя диагноза оказывается методологически недостаточным. В равной степени ограниченным является и подход, при котором психическое страдание интерпретируется исключительно в категориях греха, духовного падения или демонического воздействия. В обоих случаях происходит редукция личности к одному измерению её состояния, что препятствует адекватной помощи.

Задача медицинского и пастырского сопровождения заключается не в противопоставлении психиатрического и духовного подходов, а в их корректном разграничении и ответственном взаимодействии. Психическое заболевание не умаляет достоинства человека и не отменяет его духовного статуса. С точки зрения христианской антропологии, душевнобольной человек остаётся носителем образа Божия и нуждается не только в лечении, но и в сострадании, поддержке и уважительном отношении.

В церковной традиции сохраняется представление о духовной природе человека, включающей телесный, душевный и духовный уровни. При этом современное пастырское попечение должно учитывать различие между психическим заболеванием, нездоровыми формами религиозности, духовным кризисом и редкими случаями состояний, которые в церковной традиции могут интерпретироваться как бесовское воздействие. Ошибочное смешение этих

уровней способно приводить к задержке обращения за психиатрической помощью, усилению страдания и росту риска тяжёлых исходов, включая суицидальное поведение.

### **Разграничение психопатологии и духовных феноменов**

В пастырской и клинической практике особенно важно различать религиозное содержание переживаний и их психопатологическую структуру. Пациент может говорить о воздействии демонов, о своей исключительной миссии, о божественном избранничестве или о принадлежности к сакральным фигурам. Однако само по себе религиозное содержание высказываний ещё не является достаточным основанием для духовной интерпретации состояния. В ряде случаев подобные утверждения могут быть частью бредовой симптоматики, галлюцинаторно-бредового синдрома или иных психотических расстройств.

В связи с этим пастырская осторожность предполагает признание границ компетенции священнослужителя. Экзорцизм и иные формы духовного воздействия не могут рассматриваться как универсальный ответ на психическое страдание. Напротив, необходима дифференциация между психическим расстройством, духовным кризисом, патологическими формами религиозности и собственно церковно понимаемыми состояниями одержимости. В современной церковной и медицинской практике такое различие приобретает принципиальное значение, поскольку предотвращает как медикализацию духовной жизни, так и спиритуализацию психопатологии.

### **Основные группы психических расстройств**

Психические расстройства неоднородны по происхождению, клинической картине и механизмам развития. Условно можно выделить несколько крупных групп, каждая из которых требует особого диагностического и терапевтического подхода.

Во-первых, к числу таких состояний относятся расстройства психического развития, включая интеллектуальную недостаточность и другие формы нарушенного онтогенеза. Их возникновение связано преимущественно с врождёнными, генетическими, перинатальными и ранними биологическими факторами.

Во-вторых, значимую группу составляют аддиктивные расстройства. К ним относятся не только химические зависимости, такие как алкоголизм и наркомания, но и нехимические формы зависимости, включая игровую, интернет- и гаджет-зависимость. Распространение этих состояний в современном обществе существенно расширяет поле ответственности психиатрии, психотерапии, семьи, школы и религиозной общины.

В-третьих, существуют органические психические расстройства, связанные с поражением или дисфункцией головного мозга. К ним могут относиться деменции, эпилепсия, последствия черепно-мозговых травм, интоксикаций и иных органических процессов. В этих случаях биологический субстрат заболевания часто может быть подтверждён объективными методами исследования.

В-четвёртых, особое место занимают расстройства личности и пограничные состояния. Их формирование обусловлено сложным взаимодействием наследственных факторов, особенностей темперамента, семейного воспитания, раннего опыта и социальной среды.

В-пятых, значительную группу составляют реактивные состояния, включая тревожные, депрессивные и стресс-ассоциированные расстройства. Их возникновение связано не только с интенсивностью внешнего стрессора, но и с

личностными особенностями человека, его способностью к совладанию, мировоззрением, системой ценностей и наличием социальной поддержки.

### **Религиозность, стрессоустойчивость и смысловая регуляция**

Религиозная традиция может выступать важным ресурсом психологической устойчивости. Для верующего человека страдание, стресс и жизненный кризис нередко включаются в более широкий смысловой контекст. Религиозное мировоззрение позволяет воспринимать трудные обстоятельства не только как случайное неблагополучие, но и как ситуацию духовного испытания, нравственного выбора, покаяния, внутреннего роста или приближения к Богу.

Это не означает, что религиозные люди не испытывают тревоги, депрессии, горя или психического напряжения. Однако религиозная система смыслов может изменять способ переживания стресса, способствовать внутренней мобилизации и поддерживать надежду. В этом отношении религиозность может выполнять протективную функцию, особенно при наличии зрелой духовной жизни, включённости в поддерживающую общину и сохранении реалистичного отношения к болезни.

Вместе с тем религиозность не должна рассматриваться как абсолютная защита от психических расстройств. Эндогенные заболевания, включая шизофрению, имеют выраженную биологическую основу, и духовная жизнь не отменяет необходимости медицинской диагностики и лечения. Корректная позиция заключается в признании как духовных ресурсов личности, так и объективной реальности психопатологических процессов.

### **Биопсихосоциальная и биопсихосоциодуховная модели**

В психиатрии второй половины XX века существенное значение приобрела биопсихосоциальная модель, предложенная как альтернатива редуccionистскому биомедицинскому подходу. В соответствии с данной моделью психическое заболевание формируется под влиянием биологических факторов, психологических особенностей личности и социального контекста. К биологическим факторам относятся генетическая предрасположенность, соматическое состояние, инфекции, интоксикации, нейрохимические и нейроанатомические изменения. Психологические факторы включают особенности темперамента, характера, раннего опыта, эмоциональной регуляции и личностной структуры. Социальные факторы представлены семейной средой, условиями воспитания, стрессовыми событиями, социальной поддержкой, изоляцией, бедностью и культурными ожиданиями.

В дальнейшем в ряде направлений психиатрии, психотерапии и пастырского попечения получила развитие биопсихосоциодуховная модель. Она подчёркивает, что восстановление психического здоровья требует учёта не только биологических, психологических и социальных причин, но и духовно-ценностной сферы личности. К духовным факторам относятся система смыслов, нравственные ориентиры, религиозная идентичность, отношение к страданию, переживание вины, надежды, прощения, ответственности и призвания.

Данная модель особенно значима в контексте пастырской психиатрии, поскольку позволяет избежать как биологического редуccionизма, так и односторонней духовной интерпретации заболевания. В различных клинических ситуациях вклад каждого фактора неодинаков: при одних расстройствах ведущим оказывается биологический механизм, при других — стрессовая ситуация, травматический опыт, семейная дисфункция или ценностный кризис. Поэтому помощь должна строиться индивидуально и междисциплинарно.

### **Шизофрения как полифакторное расстройство**

Шизофрения представляет собой одно из наиболее сложных психических расстройств, поскольку её развитие связано с многоуровневым взаимодействием биологических, генетических, нейроразвитийных, психологических и средовых факторов. В основе заболевания лежит не один изолированный механизм, а сложная совокупность предрасположенностей и провоцирующих условий.

Генетический компонент имеет существенное значение, однако, генетическая предрасположенность не является фатальным детерминантом заболевания. Даже при высокой наследственной отягощённости манифестация расстройства зависит от дополнительных факторов, включая особенности пренатального и перинатального периода, раннее развитие, психотравмирующие воздействия, употребление психоактивных веществ, урбанизированную среду, стрессовые события и нарушения социальной адаптации.

Данные о конкордантности шизофрении у монозиготных близнецов показывают, что даже при идентичном генетическом материале заболевание развивается не во всех случаях. Это указывает на существенную роль эпигенетических, средовых и психологических механизмов. Следовательно, шизофрения должна рассматриваться как полигенное и полифакторное заболевание, в развитии которого биологическая предрасположенность реализуется только при определённых условиях.

Современные нейробиологические исследования демонстрируют наличие структурных и функциональных изменений головного мозга при шизофрении, включая изменения серого вещества и нарушения нейромедиаторных систем. При этом биологический субстрат заболевания не исключает значения психологических и социальных факторов. Детская травма, хронический стресс, неблагоприятная семейная ситуация, дефицит поддержки и употребление наркотических веществ могут способствовать манифестации психоза у лиц с предрасположенностью.

В профилактическом отношении особое значение имеют протективные факторы: стабильная и эмоционально благоприятная семейная среда, снижение уровня хронического стресса, полноценное питание, режим труда и отдыха, отказ от психоактивных веществ, своевременное обращение за медицинской помощью и поддерживающая духовная жизнь. Эти условия не гарантируют полного предотвращения заболевания, однако могут снижать риск манифестации и способствовать более благоприятному течению.

### **Пастырская психиатрия как область междисциплинарной подготовки**

Пастырская психиатрия необходима не для того, чтобы священнослужитель самостоятельно устанавливал психиатрический диагноз или заменял врача. Её задача состоит в формировании способности распознавать ситуации, в которых духовная проблема может сочетаться с психическим расстройством, а также своевременно направлять человека к специалисту. Священнослужитель должен уметь отличать духовный кризис от депрессии, психоза, суицидального риска, зависимости, органического поражения или расстройства личности.

Опыт церковной и клинической практики показывает, что многие люди в состоянии душевного страдания первоначально обращаются не к психиатру, а к священнику. Это связано с доверием к Церкви, страхом стигматизации, недостаточной информированностью о психиатрической помощи и стремлением осмыслить страдание в духовных категориях. В таких условиях пастырь может сыграть важную роль в раннем выявлении неблагополучия и мотивации человека к лечению.

Развитие курсов пастырской психиатрии в духовных учебных заведениях является важным направлением подготовки будущих священнослужителей. Такие курсы должны включать основы общей психопатологии, представления о депрессии, суицидальном поведении, зависимостях, психозах, расстройствах личности, деменциях, а также вопросы духовной поддержки пациентов и их семей. Особое внимание должно уделяться границам пастырской компетенции, взаимодействию с врачами и предотвращению вредных форм духовной интерпретации психического заболевания.

### **Церковная община как ресурс поддержки**

Церковь и приходская община могут быть значимым ресурсом для людей с тяжёлыми психическими заболеваниями и членов их семей. Приход способен предоставлять не только духовное окормление, но и человеческое принятие, социальную включённость, снижение изоляции и поддержку в условиях хронического страдания. Особенно важно, чтобы психически больной человек не воспринимался как чужой, опасный или духовно неполноценный.

Семьи пациентов также нуждаются в сопровождении. Заболевание близкого человека часто становится тяжёлым психологическим и духовным испытанием, сопровождающимся чувством вины, тревогой, стыдом, растерянностью и социальной изоляцией. В этой ситуации приходская община может способствовать сохранению достоинства семьи, укреплению надежды и преодолению стигматизации.

Таким образом, психическое здоровье следует рассматривать как сферу совместной ответственности специалистов в области психического здоровья, священнослужителей, семьи и религиозной общины. Эффективная помощь возможна при условии уважения к профессиональным границам, признания достоинства пациента, готовности к междисциплинарному взаимодействию и отказа от упрощённых объяснительных схем. Современная пастырская психиатрия должна быть направлена на формирование именно такого целостного, ответственного и научно обоснованного подхода.

## Сила в надежде: психологическая устойчивость и христианская духовность

**Аннотация:** Устойчивость, или способность восстанавливаться после психологических травм, связана с добродетелью мужества. Ее связь с надеждой, направляющей нас к будущему воздаянию или награде, также очевидна и подтверждена. Христианская надежда, стремящаяся к вечной жизни и основанная на истине, остается малоизученной в психологии. Эта добродетель, поддерживаемая верой и вдохновляемая милосердием, является фундаментом устойчивости. Мы рассмотрим эволюцию концепции устойчивости и ее классические формы. Затем обратимся к преобразующей устойчивости и обсудим, как ее можно укрепить в других людях.

**Ключевые слова:** устойчивость, преобразующая устойчивость, христианская надежда, сила, психология и духовность, психологические травмы.

### Введение

Устойчивость представляет собой способность человека успешно преодолевать жизненные трудности и справляться с психологическими травмами. Сегодня эта тема особенно важна в связи с увеличением числа психологических травм и снижения терпимости к страданиям. Такие факторы, как семейные конфликты, дефицит родительского присутствия и беспокойная социальная обстановка препятствуют сбалансированному развитию. Более того, многие проблемы психического здоровья у взрослых имеют корни в негативном детском опыте, включая травлю, жестокое обращение, пренебрежение и невнимание<sup>1</sup>. Депрессия у взрослых в 50 % и более случаев связана с психологическими травмами, полученными в детстве<sup>2</sup>.

В психологии и медицине активно изучается феномен устойчивости<sup>3</sup>. Было установлено, что практически все сильные стороны характера взрослого человека способствуют развитию устойчивости, в следующем порядке по значимости: надежда, жизнерадостность, креативность, доброта, чувство юмора,

---

<sup>1</sup> Маккей М. Т., Кэннон М. и др., «Детская травма и психические расстройства у взрослых: систематический обзор и метаанализ лонгитюдных кагорных исследований», *Acta Psychiatrica Scandinavica*, март 2021 г.; 143(3):189-205. doi: 10.1111/acps.13268. Опубликовано 18 января 2021 г. PMID: 33315268.

<sup>2</sup> Лану, М., Гребер, Д., де Эрнандес, Б. У. и др., «Прямое и косвенное влияние неблагоприятных факторов в детстве на развитие депрессии во взрослом возрасте», *Community Mental Health Journal*, 2012, апрель; 48(2): 187–192. doi: 10.1007/s10597-010-9369-2. Опубликовано 3 декабря 2010 г. PMID: 21127974. Неблагоприятные переживания в детстве могут вызывать функциональные и структурные изменения, наблюдаемые в головном мозге взрослых пациентов с тяжелыми депрессивными эпизодами или хронической болью, которые не обнаруживаются у тех, кто не перенес подобных травм в детстве: Антониу, Г., Ламбур, Э., Стил, Дж.Д., Колвин, Л.А., «Влияние неблагоприятного детского опыта на хроническую боль и глубокую депрессию во взрослом возрасте: систематический обзор и мета-анализ», *British Journal of Anaesthesia*, июнь 2023 г.;130(6):729-746. doi: 10.1016/j.bja.2023.03.008. Опубликовано 21 апреля 2023 г. PMID: 37087334; PMCID: PMC10251130.

<sup>3</sup> Поиск по запросу «устойчивость и надежда» в *PubMed* дал 36 результатов в 2014 г. и 297 — в 2024 г. Наиболее широко используемая шкала оценки устойчивости включает 25 различных пунктов и известна как *шкала устойчивости Коннора — Дэвидсона (CD-RISC-25)*. Она не оценивает напрямую надежду, которая может быть включена в категории оптимизма, уверенности в будущем и целеустремленности.

любопытность и смелость<sup>4</sup>. Среди этих качеств особое место занимает надежда, которая относится к трансцендентным характеристикам и играет ключевую роль в формировании устойчивости.

С нравственной точки зрения, устойчивость ассоциируется с силой, позволяющей справляться с трудностями и с Божией помощью выходить за пределы человеческих возможностей<sup>5</sup>.

Устойчивость в контексте позитивной психологии представляет собой динамический процесс трансформации, на который влияют как личные, так и социальные и духовные факторы. Надежда играет роль защитного механизма в этом процессе<sup>6</sup>. Обычно надежда воспринимается как естественное явление, характерное даже для животных. Она аналогична тому, что Фома Аквинский называл естественной страстью, усиливающей желание и побуждающей к преодолению трудностей<sup>7</sup>. Однако надежду также можно рассматривать как христианскую добродетель, являющуюся даром и ведущую нас к труднодостижимому, но желанному благу<sup>8</sup>.

Устойчивость — это комплексное понятие, охватывающее тело, разум и дух. Она не ограничивается лишь противостоянием трудностям, но также предполагает способность адаптироваться, совершенствоваться и изменяться. Со временем ее значение эволюционировало в сторону более трансцендентного видения. Устойчивость воспринимается как процесс, основанный на взаимоотношениях: нам нужна поддержка и вера в будущее. Одной лишь человеческой силы недостаточно; милость Божия, христианские добродетели и помощь других людей являются опорой для восстановления жизни после несчастья и преодоления повседневных трудностей.

После травмы первоначальная устойчивость становится хрупкой, как молодой росток: для того, чтобы стать сильнее, ей необходимы забота и благоприятная среда. В книге «Гадкие утята» Борис Цирюльник показывает, что

---

<sup>4</sup> Большинство сильных сторон характера положительно коррелируют с устойчивостью у взрослых (20 из 23; нет корреляции со смирением, благоразумием и желанием учиться): Лапьер С., Шоветт С., Болдук Л. и др., «Сильные стороны характера и устойчивость у пожилых людей во время пандемии COVID-19», *Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement*, 2023;42(3):455-465. doi:10.1017/S0714980823000089

<sup>5</sup> Ср. Рошжак, П., «Не только копинг: устойчивость и ее источники с точки зрения томизма», *Journal of Religion and Health*, 2023, август; 62(4):2734-2745. doi: 10.1007/s10943-022-01711-5. Опубликовано 1 декабря 2022 г. PMID: 36454332; PMCID: PMC10366280.

<sup>6</sup> Ср. Сун Яджинг, Ю Хайбо и др., «Чувство надежды влияет на психическое здоровье учащихся средних школ: модель опосредованного влияния», *Frontiers in Psychology*, 2023, том 14, <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1097894>. В этом и других психологических исследованиях часто используется "Шкала диспозиционной надежды" (ADHS), разработанная Снайдером и его коллегами, которая определяет надежду как когнитивную конструкцию, состоящую из двух основных измерений: "Сила воли", или внутренняя мотивация для инициирования и поддержания действий, направленных на достижение целей; и "Пути", или предполагаемая способность разрабатывать планы и альтернативы, которые позволяют достичь этих целей, даже при возникновении препятствий: Шнайдер, К. Р., Харрис, К. и др., (1991), «Воля и пути: разработка и подтверждение меры надежды с учетом индивидуальных различий», *Журнал личностной и социальной психологии*, 60 (4), 570-585. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.60.4.570>.

<sup>7</sup> Надежда – это раздражительная страсть, присущая также животным, Фома Аквинский, *Сумма теологии.*, I-II, вопрос 40.

<sup>8</sup> Ср. Фома Аквинский, *Сумма теологии.* II-II, вопрос 17 - 22. Добродетель надежды коренится в воле, обращена в будущее и имеет своей целью вечное блаженство на небесах — благо, которого трудно достичь. Ей предшествует вера, а за ней следует милосердие.

преодоление боли не стирает воспоминаний о прошлом<sup>9</sup>. Лебедёнок, огорченный тем, что считает себя слабее и уродливее своих предполагаемых братьев и сестер-утят, рад найти свою настоящую лебединую семью. Однако это не решает всех его проблем. Воспоминания и образы унижения и оставленности остаются. У него есть два пути: либо горевать и мстить, либо научиться жить по-новому, как лебеди.

Ключевой момент — переосмыслить своё отношение к травме, принять её последствия и научиться жить по-новому. Если до происшествия человек ощущал себя в безопасности, а после травмы получил поддержку, то его память трансформируется, и воспоминания будут перестраиваться<sup>10</sup>.

Устойчивость — это способность видеть свет и радость даже в самых трудных ситуациях, подобно тому, как цветы пробиваются сквозь пески пустыни. Это не происходит мгновенно, это процесс длиною в жизнь. В данной статье мы рассмотрим, как развивалась эта концепция, формы устойчивости, твердой надежды и как ее укреплять.

### 1. Эволюция концепции

В начале XXI века после нескольких трагических случаев самоубийств среди студентов Нью-Йоркского университета был инициирован профилактический курс под названием «Путь к устойчивости»<sup>11</sup>. Результаты оказались положительными, и курс по-прежнему проводится. Концепция устойчивости, как и реальность, которую она представляет, постоянно эволюционирует.

Многие авторы говорят об устойчивости, не до конца соглашаясь с тем, что они под этим подразумевают. Французский невролог и психиатр Борис Цирюльник, родившийся в 1937 году и специализирующийся на теории привязанности Джона Боулби, является главным сторонником этой идеи. Его жизненный опыт, связанный с потерей родителей в годы нацистской оккупации Франции, стал основой для его понимания устойчивости. В детстве Цирюльника спасла медсестра, которая спрятала его под матрасом умирающей женщины в машине скорой помощи. Этот случай он описывает так: «Посмотрите, что со мной произошло. Я знаю, кто я, потому что знаю, на что я способен перед лицом невзгод»<sup>12</sup>.

Термин «устойчивость» (*resilience* – упругость) пришел из физики. Имеется в виду сопротивление материалов, которое позволяет им возвращаться к своей первоначальной форме после значительного напряжения, вызвавшего их деформацию. Само слово «*resilience*» происходит от латинского «*resilire*», образованного от *re* (назад) и *salire* (прыгать). «*Resiliens*» можно перевести как «тот, кто прыгает назад, отступает или отскакивает».

В 1960-х годах этот термин проник в психологию, где его значение трансформировалось. Первоначально он был связан с физикой и понимался как врожденная сила, аналогичная той, что присуща материалам. Впоследствии к

---

<sup>9</sup> Ср. Цирюльник Б., *Los patitos feos. La resiliencia. Una infancia infeliz no determina la vida*, Барселона: Debolsillo, 2013 (15 издание, 2024). Названо в честь известной сказки Ганса Христиана Андерсена «Гадкий утёнок», написанной в 1843 году.

<sup>10</sup> См. Цирюльник Б., *Sálvate, la vida te espera*, Барселона: Debolsillo, 2022, 55-57.

<sup>11</sup> См. Шаткин Дж. П., Даймонд У. и др. (2016). «Влияние курса "Риск и устойчивость" на уровень стресса, навыки преодоления трудностей и когнитивные стратегии студентов колледжа», *Teaching of Psychology*, 43(3), 204–210. <https://doi.org/10.1177/0098628316649457> (Сила устойчивости).

<sup>12</sup> Цирюльник, Б., *Sálvate, la vida te espera*, 40.

нему добавились аспекты семьи, общества и культуры, необходимые для восстановления после травмы.

Всё больше людей интересуются здоровым образом жизни, заботятся о теле, правильном питании, стремятся к единению с природой, их занимают и более глубокие вопросы, как, например, смысл жизни и религиозность. Одни отмечают, что устойчивость имеет относительно стабильный, последовательный и измеримый характер. Другие представляют ее как динамичный процесс, который может изменяться в зависимости от контекста и развиваться в течение всей жизни<sup>13</sup>.

Два аспиранта, Джек (1924–2010) и Джин Х. Блок (1923–1981), разработали концепцию, которая предшествовала современному понятию устойчивости. Они назвали её *эго-устойчивостью*, подразумевая под этим способность человека адаптироваться и гибко реагировать на изменения в окружающей среде. В своих трудах они также провели параллель с *эго-контролем* – способностью управлять своими поведенческими и когнитивными реакциями<sup>14</sup>.

Позднее Норман Гармези (1918–2009) провёл исследования, посвящённые уязвимым детям и их способности адаптироваться в обществе без развития психопатологий<sup>15</sup>. В то же время Эмми Вернер (1929–2017) из Калифорнийского университета осуществила проспективное исследование с участием 698 детей, родившихся в 1955 году на гавайском острове Кауаи. Это исследование продолжалось 40 лет и позднее получило название *Кауайское лонгитюдное исследование*<sup>16</sup>.

Это была социально незащищенная группа населения со множеством биологических факторов риска, включая проблемы во время беременности и родов, проживавшая в условиях бедности, нестабильных семейных отношений, психических заболеваний родителей и злоупотребления психоактивными веществами. Исследователи предполагали, что у детей из этой группы будут проблемы с обучением, поведением и психическим здоровьем. Однако они обнаружили, что у трети детей таких проблем не было, и состояние их здоровья и социальная интеграция оказались хорошими. Именно поэтому их назвали «устойчивыми».

Были обнаружены разнообразные факторы, способствующие устойчивости, что позволило сформулировать концепцию, акцентирующую внимание на влиянии окружающей среды, а не только на индивидуальных характеристиках человека. Помимо темперамента, устойчивость зависит от способностей, ценностей, уровня образования, поддержки со стороны семьи, веры и молитвы. Майкл Раттер (1933–2021)<sup>17</sup> внес значительный вклад в изучение защитных механизмов устойчивости. Он выявил факторы, которые уменьшают

---

<sup>13</sup> Ср. Кабаньеш Труффино, Х., «Resiliencia: una aproximación al concepto», *Revista de psiquiatría y salud mental*, Т. 3, № 4, 145-151; DOI: 10.1016/j.rpsm.2010.09.003

<sup>14</sup> Первые работы Блоков относятся к 1950-м годам. Более подробный обзор этих концепций представлен в статье Джека Блока и Джин Х. Блок «30-летнее лонгитюдное исследование» в журнале *American Psychologist*, май–июнь 2006 г., том 61, № 4, стр. 315–327, DOI: 10.1037/0003-066X.61.4.315. Джин Блок уже не было в живых.

<sup>15</sup> Ср. Гармези Н., «Компетентность и адаптация у взрослых пациентов с шизофренией и детей из группы риска», в книге Дина С. Р. (ред.), *«Шизофрения. Первые десять лекций, удостоенных премии Дина»*, Нью-Йорк: Ardent Media, 1973, стр. 163–204.

<sup>16</sup> Ср. Вернер Э. Э., «Уязвимые, но непобедимые: дети из группы риска с рождения и до зрелого возраста», *Acta Paediatrica*, 1997-07, том 86 (S422), стр. 103–105.

<sup>17</sup> Ср. Раттер М., «Психосоциальная устойчивость и защитные механизмы», *American journal of orthopsychiatry*, 1987-07, том 57 (3), стр. 316–331.

влияние начальных неблагоприятных событий и снижают вероятность негативных последствий, а также факторы, способствующие укреплению самооценки и уверенности в себе, развитию надежных межличностных отношений и открытости новым возможностям.

Устойчивость утратила статус просто черты характера<sup>18</sup> и трансформировалась в динамичный процесс приспособления, на который воздействуют как личные, так и социальные факторы. Духовный компонент приобрёл большее значение, и было обнаружено, что для преодоления препятствий необходимо найти смысл в страданиях, определить цель своего бытия и получить поддержку.

## 2. Формы устойчивости

Устойчивость можно рассматривать как индивидуальную черту или как внешний защитный механизм. Ее можно сравнить с сетью, которая становится крепче со временем под воздействием окружающей среды. Она оказывает влияние на все сферы жизни человека:

- Физическая устойчивость: отличное здоровье и способность к быстрому восстановлению, что достигается благодаря полезным привычкам.
- Когнитивная устойчивость: возможность сохранять концентрацию, понимать себя и окружающий мир, что помогает принимать верные решения даже в стрессовых условиях.
- Эмоциональная устойчивость: умение распознавать и контролировать эмоции, поддерживать позитивные чувства и эффективно справляться с негативными, такими как страх. Когда разум и воля управляют эмоциональным состоянием, эмоции не подавляются, и тревожные чувства не остаются "похороненными заживо"<sup>19</sup>.
- Духовная стойкость: включает в себя четкое понимание смысла жизни и предназначения, построение крепких межличностных отношений с достаточной степенью близости, открытость к другим людям и самотрансцендентность, способность выходить за пределы собственного «я» и следовать высоким идеалам.

Для развития любой формы устойчивости к жизненным трудностям необходимо учитывать несколько ключевых аспектов. Во-первых, важно найти значимого для вас человека, благодаря которому вы можете знать и чувствовать себя любимым.

Во-вторых, необходимо восстановить социальные связи и отношения в общине, которые часто нарушаются после тяжелых психологических потрясений. В современном обществе, где социальные сети играют значительную роль, много одиноких людей, которые чувствуют себя обезличенными и замыкаются в себе, всё больше погружаясь в нарциссизм. Растет количество контактов и уменьшается объем общения; контакт заменяет собой настоящие отношения<sup>20</sup>.

Третье, что необходимо, — это два ключевых аспекта, которых часто не хватает в современном мире: внимание и умение молчать. Только остановившись,

---

<sup>18</sup> Статьи различных авторов можно найти в книге Лутар С.С. (ред.), «Устойчивость и уязвимость: адаптация в контексте детских травм», Cambridge University Press: 2003, <https://doi.org/10.1017/CBO9780511615788>

<sup>19</sup> Ср. Терруве А., Баарс К., *Amare e curare i nevrotici. Terapia delle nevrosi per carenza affettiva*, [Психическая целостность и исцеление; исцеление непризнанного] Asis: Cittadella, 1984, 51.

<sup>20</sup> Ср. Хан, Б.-Ч., *El espíritu de la Esperanza (The Spirit of Hope)* (Оригинальное название: *Der Geist der Hoffnung*), Барселона: Herder, 2024, 28-29.

задумавшись и поразмыслив, можно мобилизовать умственные ресурсы и найти смысл в трудностях.

Четвёртый важный элемент — это хорошее чувство юмора, которое не сводится к издевательскому смеху, иронии, отрицанию агрессии или превращению боли в удовольствие. Это способность дистанцироваться от нас самих, от своих страданий, дать им название, придать им смысл и превратить их в историю. Историю, представленную по-новому.

Пережитые травмы можно переосмыслить, но для этого всегда необходим кто-то, кто сможет помочь нам: зритель, которому наша история интересна. Таким образом, «прошлое обретает завершенность благодаря нашей забывчивости и эмоциональному переосмыслению». Мы стремимся «понять, что случилось, разобраться в путанице и взять ситуацию под контроль». Трагическое событие становится частью нашей собственной истории, придавая ей смысл и открывая путь к новой жизни<sup>21</sup>.

Конечно, бывают моменты, когда юмор становится неуместным, например, в случае, когда ребёнок видел, как его родителей подвергали пыткам или унижению<sup>22</sup>. Более того, даже доброжелательный юмор может стать жестоким или превратиться в маску, препятствующую подлинному сближению с окружающими.

Однако даже когда кажется, что выхода нет и путь закрыт, существует один возможный подход: изменить свое восприятие ситуации<sup>23</sup>. С практической точки зрения, мы предлагаем четыре метода для позитивного изменения отношения, что может укрепить психологическую устойчивость.

Первый вариант: необходимо тренировать внимание, оберегая врата в свой разум от зараженных негативом мыслей. Это значит быть полностью в настоящем моменте и в том месте, где вы должны находиться. Здоровое, положительное и благорасположенное внимание характеризуется следующими чертами: оно направлено преимущественно на внешний мир, а не на внутренние переживания; оно сосредоточено на новых впечатлениях, а не на страхе или неуверенности в будущем; оно не спешит выносить суждение о других людях, и эти суждения обычно бывают позитивными. Это также способность удивляться повседневным вещам.

Второй способ изменить своё отношение к жизни — развивать эмоциональную устойчивость. Это включает в себя умение лучше понимать и контролировать свои эмоции. Важно развивать позитивные чувства: благодарность, сострадание, принятие и прощение. Также необходимо наполнять своё сердце милосердием, помня, что «если страдания делают нас озлобленными или жестокими, это происходит потому, что наши сердца пусты: в них нет веры, надежды и любви»<sup>24</sup>.

Благодарность помогает нам замечать хорошее, даже когда мы переживаем боль или сталкиваемся со злом. Мы признательны тем, кто нас любит, и Богу, который заботится о нас и оберегает наше существование. Сострадание позволяет нам понять других и почувствовать их боль. Оно даёт нам возможность осознать,

---

<sup>21</sup> Цирюльник Б. *Sálvate, la vida te espera*, 77.

<sup>22</sup> Ср. Цирюльник Б. *Los patitos feos*, 112-117; 241-244.

<sup>23</sup> Ср. Франкл, В., *Воля к смыслу, Избранные лекции по логотерапии*, Барселона: Herder, 1991 (2), 36-37.

<sup>24</sup> Филипп, Дж., *La libertad interior. La fuerza de la fe, de la esperanza y del amor* [оригинальное название: Внутренняя свобода], Мадрид: Rialp, 2005 (7), 85.

что когда кто-то не проявляет любви, возможно, он нуждается в нашей поддержке.

Кроме того, осознание своих ограничений и пережитых трудностей может стимулировать творческий рост. Признание собственных недостатков, недостатков других людей и ситуаций тесно связано с надеждой.

Наконец, прощение, которое дается легче, когда мы понимаем, что человек, причинивший нам боль, мог действовать по незнанию или из-за непонимания. Даже те, кто причиняет вред, могут быть несчастны, потому что несут бремя своих поступков.

Прощение не приходит в одно мгновение, но решение прощать<sup>25</sup> приходит само собой: когда мы решаем простить, негативные эмоции, такие как гнев и враждебность, отступают, и появляется надежда. Этот выбор можно сделать до того, как другой человек попросит прощения, и даже если он этого никогда не сделает.

В дополнение к поддержанию эмоциональной стабильности важно уделять внимание физическому и духовному здоровью. Это может включать чтение, прослушивание музыки, занятие творчеством, физические упражнения и размышления о смысле жизни. Необходимо избегать излишней активности, не спешить и создавать спокойную обстановку в семье, снижая повышенные требования в школе.

Здоровые привычки также повышают жизнестойкость: следите за своим весом, бросайте курить, избегайте малоподвижного образа жизни и учитесь расслабляться с помощью занятий, которые позволяют вам наслаждаться красотой.

Еще один важный момент — применение механизмов психологической защиты. Пострадавшим необходимо отстраниться от пережитого, однако, эти механизмы могут быть как полезными, так и разрушительными. Чем более осознанными и адаптированными они являются, тем лучше. Цирюльник приводит несколько примеров, связывая их с особенностями мышления человека<sup>26</sup>.

- Отрицание – самый распространённый защитный механизм, проявляющийся в фразах типа «не думай, что я страдал». На определённых этапах это может быть полезно и даже необходимо для того, чтобы не возвращаться к тому, что было пережито.
- Изоляция часто сопровождается утверждением: «Я вспоминаю событие, которое не вызывает никаких эмоций».
- Движение вперед предполагает постоянную бдительность: «Я постоянно настороже, чтобы не допустить повторения своих страданий».
- Интеллектуализация: «Чем больше я пытаюсь понять, тем легче мне справиться с невыносимыми эмоциями».
- Творчество, по мнению Цирюльника, имеет особое значение: «Я выражаю невыразимое посредством искусства»<sup>27</sup>.

Существуют также неэффективные методы повышения стрессоустойчивости:

---

<sup>25</sup> Ср. Энрайт Р., «Прощение — это выбор: поэтапный процесс избавления от гнева и обретения надежды», Вашингтон: Ara Life Tools, 2019.

<sup>26</sup> Ср. Цирюльник Б., *Los patitos feos*, 32-35. Как известно, защитные механизмы эго в целом были систематизированы Анной Фрейд.

<sup>27</sup> Там же, стр. 33.

- Забвение и безразличие: человек пытается отодвинуть болезненные события на второй план, не придавая им значения и не осмысливая их. В результате травма остается незаживающей, а иногда и усугубляется.
- Мсть: исключает прощение и сосредоточена на временном ощущении благополучия, которое даёт наличие миссии — мести — и цели, призванной, как кажется, выжечь рану. Она не приносит истинного благополучия, но, напротив, делает человека заложником своего прошлого: он испытывает горечь обиды и иллюзию того, что мсть каким-то образом исцелит его рану. Поначалу ненависть может оказывать защитное действие, отдаляя агрессора; но впоследствии она подавляет эмпатию и в конечном итоге может превратить жертву в агрессора.
- Жертвенность: такой подход придает ложный смысл произошедшему. Люди, склонные к жертвенности, борются за признание и чрезмерно сосредоточены на себе. Постоянно считать себя жертвой вредно, это снижает самооценку, мешает любить и уважать себя, а также справляться с болью, что препятствует личностному росту. Такое состояние может быть обусловлено внешними обстоятельствами, иногда неизбежными, например, необходимостью прибегать к юридическим средствам защиты<sup>28</sup>.
- Компенсация: попытка заполнить внутреннюю пустоту и заглушить ложные и вредные чувства вины с помощью зависимостей и других деструктивных моделей поведения. В подростковом возрасте молодые люди, пережившие травму, часто склонны к неуместному и рискованному поведению, включая злоупотребление наркотиками или алкоголем, беспорядочные половые связи, прогулы в школе, безрассудство и опасные поступки, травлю, насилие и правонарушения<sup>29</sup>.
- Смирение: это означает «просто стиснуть зубы» без каких-либо попыток понять, простить или найти смысл.

### 3. Преобразующая устойчивость в надежде

Каждая заживающая психологическая рана преобразуется, но самая глубокая трансформация происходит по милости Божией. Вера в это превращает боль в сокровище и возносит человеческую природу на новый уровень — сверхъестественной жизни. Библейскую историю можно рассматривать как историю стойкости: после первородного греха Бог ведёт человечество, пока не посылает Своего Сына. Через Свои страдания, смерть и воскресение Христос возвышает людей, а Его воскресение является символом нашего собственного преобразования.

---

<sup>28</sup> Ср. Бермехо, Х. К., Руис-Арагонесес, Р., Перес-Мигель, Э., (2024). «El crecimiento posttraumático y la resiliencia en las víctimas de abuso sexual infantil», *Anuario de Psicología Educativa Aplicada*, 1, Article e1. <https://doi.org/10.5093/apea2024a1>.

<sup>29</sup> Это подтверждается многочисленными исследованиями неблагоприятных детских переживаний, посвященных последствиям травмирующих событий в возрасте до 18 лет. Первое исследование было проведено в 1998 году: Фелитти В. Дж., Анда Р. Ф. и др., «Связь жестокого обращения в детстве и неблагоприятной обстановки в семье со многими основными причинами смертности среди взрослых: исследование неблагоприятных детских переживаний (ACE)», *American Journal of Preventive Medicine*, 14 (1998), 245-258, [http://dx.doi.org/10.1016/S0749-3797\(98\)00017-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8). См. также: Санчес-Васкес А. Р., «Experiencias adversas en la infancia (EAI): ¿la base del iceberg del sufrimiento emocional de la población infantil y adolescente?», *Anales de Pediatría*, 2024, Vol. 101. No. 5. 299-302. DOI: 10.1016/j.anpedi.2024.10.001.

В Ветхом Завете содержится множество упоминаний о преодолении невзгод благодаря божественному вмешательству, которое несет надежду перед лицом испытаний. В Псалме 29, например, говорится: «Ибо на мгновение гнев Его, на всю жизнь благоволение Его: вечером водворяется плач, а наутро радость» (Пс. 29:6).

Эта идея также была близка многим пророкам. Исаия, например, говорит: «Утомляются и юноши, и ослабевают, и молодые люди падают, а надеющиеся на Господа обновятся в силе: поднимут крылья, как орлы, потекут — и не устанут, пойдут — и не утомятся» (Ис. 40:30-31). Это величайшая уверенность, называемая надеждой, которая преодолевает усталость и трудности.

- И другие пророки, например, Михей также говорили о том, как важно иметь надежду, чтобы подняться после падения: «А я буду взирать на Господа, уповать на Бога спасения моего: Бог мой услышит меня. Не радуйся ради меня, неприятельница моя! хотя я упал, но встану; хотя я во мраке, но Господь — свет для меня» (Мих. 7:7-8).
- В 587 году до н. э., когда Иерусалим был разрушен, Иеремия предсказал грядущие бедствия для избранного народа. Он смотрел в будущее с реалистичностью и верой в то, что его слова идут от Бога. Его миссия заключалась в том, чтобы говорить правду, и в начале своего служения он получил обнадеживающее подтверждение. Он сокрушался, что слишком молод и неопытен, но Господь укрепил его, сказав: «Не бойся их; ибо Я с тобою, чтобы избавлять тебя, сказал Господь» (Иер. 1:8).
- Иерусалим пал, и израильтяне были изгнаны в Вавилон. Потомки 12 самых известных колен мира, получившие обетования Господни, лишились свободы, храма, алтаря, возможности поклонения, лишились всего. В этой ситуации страданий и опустошения на помощь приходят учительные (мудрые) книги<sup>30</sup> и Книга Иова, которая является примером стойкости.
- В этой истории праведный Иов теряет все свое имущество, семью, честь и здоровье, а также вынужден терпеть насмешки и упреки со стороны друзей и жены. Он достойно принимает произошедшее и стремится найти в этом смысл<sup>31</sup>. Постепенно в его душе пробуждается надежда, хотя все его усилия оказываются тщетными. В финале своего последнего диалога с Богом Иов осознает, что его попытки объяснить происходящее не увенчались успехом. Он отказывается от дальнейших попыток понимания и обращается к Богу со словами: «Я слышал о Тебе слухом уха; теперь же мои глаза видят Тебя» (Иов 42:5). Это величайшая преобразующая сила, позволяющая обрести устойчивость: узреть Бога.
- После этого смиренного признания Бог щедро вознаграждает Иова, даруя ему в изобилии все имущество, которым он когда-то владел (см. Иов 13:10). Христианская надежда — это надежда на вечную жизнь. Только такой взгляд за пределы ограниченного земного существования позволяет обрести наибольшую стойкость.
- Новый Завет содержит множество текстов, посвященных стойкости и надежде. Святой апостол Павел, обращаясь к римлянам, говорит: «Притом знаем, что любящим Бога, призванным по Его изволению, все содействует

---

<sup>30</sup> Прим.пер.: в Римско-Католической Церкви к мудрым книгам относят книгу Иова, Псалтырь, книгу притч Соломона, книгу Екклесиаст, книгу Песни Песней, книгу премудрости Соломона, книгу премудрости Иисуса сына Сирахова.

<sup>31</sup> Более глубокое понимание смысла страдания в контексте Книги Иова можно найти в Апостольском послании Иоанна Павла II *Salvifici doloris*, 11 февраля 1984 года.

ко благу» (Рим. 8:28). Он ясно говорит о надежде и жизненном предназначении даже в трудные времена. В послании к филиппийцам апостол произносит свою знаменитую фразу: «Всё могу в укрепляющем меня Иисусе Христе» (Фил. 4:13).

- Наше будущее или судьба не являются результатом случайности. Бог постоянно присутствует в нашей жизни, и всё происходит в соответствии с Его спасительным замыслом. Отсюда приходит осознание того, что мы – дети Божии, и это наполняет нас надеждой и покоем и побуждает святых говорить: «Мы должны быть уверены, что Бог всегда рядом с нами. Мы живем так, как будто он далеко, высоко на небесах, и забываем, что он также постоянно находится рядом с нами. Он рядом, как любящий Отец. Он любит каждого из нас больше, чем все матери в мире могут любить своих детей, — помогает нам, вдохновляет нас, благословляет... и прощает. (...) Мы должны наполниться, проникнуться пониманием того, что наш Отец, и в высшей степени наш Отец – это Бог, который находится рядом с нами и на небесах»<sup>32</sup>.

Люди призваны к сверхъестественной жизни. Взирать на Христа, идущего с нами, и думать о том, что есть Бог, который любит нас и сопровождает, – это позитивная мысль, присущая по преимуществу христианину. И эта мысль может преобразить каждого человека и весь мир.

Добродетели позволяют нам раскрывать свои лучшие качества, восстанавливаться после неудач и двигаться вперед. Благодаря им мы преодолеваем страхи, осмысливаем взлеты и падения, надежды и отчаяние, поднимаемся на вершины и спускаемся в долины. Святой Иоанн Креста выразил эту идею поэтически: «Пойду любви навстречу долинами речными и холмами — цветов я не замечу, не дрогну пред зверями, не встану пред высокими стенами»<sup>33</sup>.

#### 4. Укрепление других людей

Развивать жизнестойкость – значит давать надежду: только те, кто надеется, способны двигаться вперед и противостоять невзгодам.

Межличностные связи играют важнейшую роль в создании поддерживающего окружения и в укреплении самооценки. Всё начинается с умения слушать с эмпатией, улавливая чувства других людей и понимая их. В таком окружении человек, переживший травму, чувствует, что его ценят и защищают. Это чувство безопасности позволяет ему открыто говорить о своих переживаниях и не ощущать себя одиноким. Для детей особенно важны семья и школа. Преодоление страха создаёт условия для появления надежды, которая ведёт к новым возможностям<sup>34</sup>.

Не следует путать надежду с оптимизмом. В отличие от оптимизма, который всегда смотрит в будущее с позитивом, надежда принимает неопределенность и неизвестное, открывая сердце для новых перспектив и даря миру обновленную красоту. Эта добродетель позволяет нам начать все сначала и преобразиться: «Те, кто не мечтает о будущем, не устремляет свои мысли в будущее, не осмеливаются начать все сначала»<sup>35</sup>.

---

<sup>32</sup> Эскрива де Балагер, Х. *Путь*, № 267.

<sup>33</sup> Иоанн Креста, *Духовная песнь, 3-я строфа, в собрании сочинений*, Мадрид: ВАС, 1982 (11-е), 567.

<sup>34</sup> Ср. Хан, Б-Ч., *El espíritu de la esperanza*, 16-17.

<sup>35</sup> Там же, стр. 64.

Надежда подразумевает готовность идти на риск ради новой жизни, что является характерной чертой устойчивости. Даже бессознательное, травмированное обстоятельствами, озаряется этой добродетелью. Полагаясь на благодать и христианские ценности, легче сосредоточиться на настоящем и справиться с трудностями.

Это даёт нам возможность стремиться к лучшему миру, к другим людям и дистанцироваться от самих себя; указывает, что «существование человека направлено к совершенству его природы, удовлетворению его сущности, его полному раскрытию, полноте бытия, что, следовательно, также соответствует полноте удачи, или, точнее, счастья»<sup>36</sup>.

Истинная христианская надежда состоит не в ожидании того, что всё само собой сложится хорошо, а в уверенности, что Бог присутствует здесь и сейчас, даже во время кораблекрушения. Это не наивный оптимизм или уход от реальности, а осмысленная жизнь в настоящем, отказ от ложных представлений о безопасности и умение любить сильнее в невзгодах<sup>37</sup>.

Христианская надежда также освещает прошлое, давая новое видение пережитого и укрепляя память, чтобы смотреть в будущее. Святой Иоанн Креста видит в этом стремление к Богу, бесконечному источнику любви и мира: «И ради такого великого блага следует через многое пройти и многое перенести с терпением и надеждой»<sup>38</sup>.

На основе своего опыта святой утверждает: «Надежда опустошает и отделяет память от обладания всем тварным, потому что, как сказал апостол Павел, «надежда, когда обладает, не надежда (Рим. 8:24), и так отделяет память от всего, чем можно обладать, и полагает ее на то, на что надеется, и потому только надежда на Бога приуготовляет память к тому, чтобы объединить ее с одним лишь Богом»<sup>39</sup>.

Надежда, даже в ее человеческом измерении, определяет пути преодоления невзгод: она способствует разрешению конфликтов, позитивному мышлению, здоровому раскаянию и осознанию пережитых травм. Она также вдохновляет на такие виды деятельности, как спорт и художественное творчество.

Приоритетной задачей должно стать создание своего рода «карты надежды»<sup>40</sup> - обеспечение воспитания, открытого для созерцания, искусства, красоты, трансцендентного смысла и многого другого; воспитания, которое учит понимать знаки и следовать велению сердца. И это воспитание начинается в семье, где формируется характер, являющийся незаменимой основой для

---

<sup>36</sup> Пайпер, Х., *Las virtudes fundamentales*, Rialp, Мадрид 1980 (3), 29.

<sup>37</sup> Ср. Кандьяр, А., *Esperanza para naufragos. Manual de usuarios para el siglo XXI* (Original title: *Veilleur, où en est la nuit?*), Мадрид: Rialp, 2024.

<sup>38</sup> Иоанн Креста, «Восхождение на гору Кармель», Книга III, гл. 2, 15, в полном собрании, 241; цит. González, L. J., *San Juan de la Cruz*, Мексика: Duruelo, 2017. Русс. перевод цит. по URL: [https://psv4.userapi.com/s/v1/d/IenQvmD-p9-SxCmjID-1d3LtVQqvw7tuE09-9gVnk5WbZ5je8DinfpKB2YU8jnd3MFb3nLSnVt9DdD-zcvu5YbxY2deESPc31vAemDjKwCViT18/Khuan\\_de\\_la\\_Krus\\_-\\_Voskhozhdenie\\_na\\_goru\\_Karmel\\_per\\_L\\_Vinarovoy\\_-\\_2004.pdf](https://psv4.userapi.com/s/v1/d/IenQvmD-p9-SxCmjID-1d3LtVQqvw7tuE09-9gVnk5WbZ5je8DinfpKB2YU8jnd3MFb3nLSnVt9DdD-zcvu5YbxY2deESPc31vAemDjKwCViT18/Khuan_de_la_Krus_-_Voskhozhdenie_na_goru_Karmel_per_L_Vinarovoy_-_2004.pdf)

<sup>39</sup> Иоанн Креста, «Темная ночь», Книга II, гл. 21, 11, в полном собрании, 411. Русс. перевод цит. по URL:

[https://www.universalinternetlibrary.ru/book/92233/chitat\\_knigu.shtml?ysclid=mp5ll6ivgx313977251](https://www.universalinternetlibrary.ru/book/92233/chitat_knigu.shtml?ysclid=mp5ll6ivgx313977251)

<sup>40</sup> Ср. Папа Лев XIV, Апостольское послание: *Создавая новые карты надежды*, 27 октября 2025 года. Папа Римский вспоминает, как отцы-пустынники «передавали педагогику взгляда, который видит Бога повсюду» (п. 2. 2); и что «воспитание — это акт надежды и страсти, которая обновляется, потому что она воплощает в себе обетование, которое мы видим в будущем человечества» (п. 3. 2).

стойкости: «При наличии любви, поддержки и сильного характера человек способен проявлять удивительную стойкость»<sup>41</sup>.

Важно видеть смысл в наших переживаниях, не заниматься бесполезной деятельностью<sup>42</sup>, а осознавать её ценность и быть открытыми для общения с другими людьми и Богом. Эта уверенность даёт нам возможность смотреть в будущее, оставляя прошлое в Его руках.

Папа Бенедикт XVI утверждает: «Лишь когда будущее определённо, будучи позитивной реальностью, тогда и настоящее становится достойным, чтобы жить им»<sup>43</sup>. Христианская вера и встреча со Христом преображают жизнь, поддерживают нас в страданиях и дают надежду на вечную жизнь.

Безопасность заключается в том, чтобы дать людям уверенность: несмотря на прошлое, полное боли, мы можем смотреть в будущее с новой надеждой. Многие психологические трудности возникают из-за неверных мыслей, которые прочно укореняются в уме, как утверждают когнитивные психологи и как ярко иллюстрирует Эдит Эгер: «Память — территория священная. Равным образом память — место заколдованное, место, населённое призраками, неотступно меня преследующими. Там мои гнев, скорбь и чувство вины кружат, словно голодные стервятники, роются в одних и тех же старых костях»<sup>44</sup>. Мы должны убедить себя, добавляет она, что очень часто мы сами являемся своими тюремщиками и что ключ, который освобождает нас, принадлежит нам самим; что «самая большая тюрьма находится в вашем собственном сознании, и ключ от нее уже у вас в кармане»<sup>45</sup>.

Однако нам следует выйти за пределы естественной надежды, которая может быть ошибочной, поскольку в ней отсутствует то, что свойственно добродетели, и стремиться к лучшему, что есть в человеке<sup>46</sup>. Безопасность даруется свыше, как писал св. Фома Аквинский: «Человек должен быть привязан к надежде, как якорь к кораблю. Однако между якорем и надеждой существует различие: якорь цепляется за землю, а надежда — за Бога»<sup>47</sup>.

Не всякая надежда способна нас восстановить; нам нужна надежда определенная. Святой Бонавентура сравнивает надежду с полетом, который требует усилий любви, расправления крыльев, «поднятия головы, обращения мыслей вверх, то есть к Богу»<sup>48</sup>.

В этом ключе полезным инструментом для устойчивости является *осознанность* или сосредоточенное внимание на том, что важно<sup>49</sup>; для

---

<sup>41</sup> Петерсон Дж. Б., *12 правил жизни: противоядие от хаоса*, Великобритания: Penguin Books, 2018, 217.

<sup>42</sup> Как в случае с Сизифом, который только и делает, что толкает камень на гору, а потом тот скатывается вниз, и он думает, что таким образом побеждает судьбу: Камю, А., *El mito de Sísifo*, Мадрид: Alianza, 1985.

<sup>43</sup> Папа Бенедикт XVI, энциклика *Spe salvi* [«Спасены в надежде»] 30 ноября 2007 года, №. 2.

<sup>44</sup> Эгер, Э., *La Bailarina de Auschwitz* (Оригинальное название: *The Choice. Embrace the Possible*) [Выбор. О свободе и внутренней силе человека], Барселона: Booket, 2019 (18-е издание, 2024 год), 34. Русс. цит. по URL: <https://www.litres.ru/book/edit-eva-eger/vybor-o-svobode-i-vnutrenney-sile-cheloveka-48508375/chitat-onlayn/?page=2>

<sup>45</sup> Там же., 406.

<sup>46</sup> Пайпер, Х., *Las virtudes fundamentales*, 377.

<sup>47</sup> Фома Аквинский, Комментарий на Послание к Евреям.

<sup>48</sup> Бонавентура, *Sermo XVI, Dominica I Adv.*, Opera omnia, IX, 40a, цитируется по: Папа Бенедикт XVI, *выступление в Баньореджо*, 6 сентября 2009 года.

<sup>49</sup> Джойс С., Шанд Ф., Тай Дж. и др., «Путь к устойчивости: систематический обзор и метаанализ программ и мероприятий по развитию устойчивости», *British Medical Journal Open*. 14 июня 2018 г.; 8(6): e017858. doi: 10.1136/bmjopen-2017-017858. PMID: 29903782; PMCID: PMC6009510.

христианина это будет заключаться в знании того, что его сопровождает любящий его Бог.

Самотрансцендентность — ключевой элемент этого подхода, который даёт человеку возможность выходить за рамки собственного «я», взаимодействовать с другими людьми и Богом в поисках особого смысла жизни и преодоления трудностей. Эта идея лежит в основе известного высказывания Ницше, ставшего популярным благодаря Франклу: «У кого есть Зачем жить, сумеет выдержать почти любое Как»<sup>50</sup>.

Франкл также сформулировал то, что он назвал «коперниканским переворотом» в психологии: «Не важно, что мы ничего не ожидаем от жизни, важно, ожидает ли жизнь чего-то от нас»<sup>51</sup>.

Полезны упражнения на благодарность Богу и людям, а также реалистичное планирование, всегда открытое надежде.

### Заключение

Устойчивость — это не просто умение противостоять трудностям, но и способность к переменам. Мы, как врачи, психологи, священники или духовные наставники, можем стать катализаторами этих трансформаций. Эта способность зависит от характера человека, но её можно развивать, и она тесно связана с добродетелями, особенно с мужеством. Её полнота достигается в сверхъестественных добродетелях: вере, надежде и милосердии. Надежда на вечную жизнь играет ключевую роль, и мы должны бережно хранить её и передавать другим, поскольку «надежда на небеса достигает столько же, сколько и надеется»<sup>52</sup>.

Каждому человеку нужна надежда на достойное будущее, без нее жизнь останавливается. Святой Зенон Веронский (300-371) писал: «Станет ли дитя учиться, если не будет питаться надеждою на плоды учения? Что заставит мореплавателя верить своё судно морю, если не будут манить его выгода и надёжная пристань? Станет ли воин пренебрегать непогодами зимними и летними жарами, станет ли он не дорожить самим собою, если не будет одушевляться надеждою получить за то славу? Что побудит земледельца сеять семена, если отнять у него надежду на жатву, как на награду за его труды?» В заключение он добавляет своё понимание сути сверхъестественной надежды: «Станет ли христианин верить во Христа, если не будет верить, что некогда наступит обещанное ему Спасителем вечное блаженство?»<sup>53</sup>

С возрастом естественная надежда угасает, потому что по мере того, как мы становимся старше, «ещё не» превращается в «уже не». Однако сверхъестественная надежда не только поддерживает наше стремление, но и дарит ощущение «вечной молодости», как отмечает Пайпер<sup>54</sup>.

---

<sup>50</sup> Ницше Ф., «Götzen-Dämmerung oder Wie man mit dem Hammer philosophiert», в *Nietzsche Werke*, VI 3, Sprüche und Pfeile 12, 54-55: «Если человек знает, зачем он живет, то ему почти все равно, как он живет. — Человек не стремится к счастью. К этому стремится только англичанин». Это соответствует 12-му афоризму из работы Ницше «Сумерки идолов, или Как философствуют молотом» 1889 года.

<sup>51</sup> Франкл, В., *El hombre en busca de sentido*, Барселона: Herder 1993 (15), 78.

<sup>52</sup> Иоанн Креста, *Tras un amoroso lance*, [Полный надежды, я поднялся в день] 4-я строфа из «Полного собрания сочинений», 34.

<sup>53</sup> Зенон Веронский, *Трактат о надежде, вере и любви*, I-IV. URL: [https://azbyka.ru/otechnik/Zenon\\_Veronskij/o\\_nadejde\\_vere\\_i\\_lyubvi/](https://azbyka.ru/otechnik/Zenon_Veronskij/o_nadejde_vere_i_lyubvi/)

<sup>54</sup> Ср. Пайпер, Х., «*Основные добродетели*», стр. 386–387. Здесь Пайпер комментирует «Сумму теологии» Фомы Аквинского, I-II, 40, 6.

Kроме того, мы понимаем, что стойкость не является чем-то врождённым. Она приобретается и укрепляется через поддержку и практику. Мы все способны помочь другим сделать их путь более приятным. Как и в истории о гадком утёнке, преобразование возможно. Стойкость — это надежда, воплощённая в любви, которая нас обновляет.

### Использованная литература:

1. Antoniou, G., Lambourg, E., Steele, J.D., Colvin, L.A., «The effect of adverse childhood experiences on chronic pain and major depression in adulthood: a systematic review and meta-analysis», *British Journal of Anaesthesia*, 2023 Jun;130(6):729-746. doi: 10.1016/j.bja.2023.03.008. Epub 2023 Apr 21. PMID: 37087334; PMCID: PMC10251130.
2. Benedicto XVI, Encíclica *Spe salvi*, 30 de noviembre 2007.
3. Bermejo, J. C., Ruiz-Aragoneses, R., Pérez-Miguel, E., (2024). «El crecimiento postraumático y la resiliencia en las víctimas de abuso sexual infantil», *Anuario de Psicología Educativa Aplicada*, 1, Artículo e1. <https://doi.org/10.5093/apea2024a1>.
3. Buenaventura, Sermo XVI, *Dominica I Adv.*, Opera omnia, IX, 40a, cit. en BENEDICTO XVI, *Discurso en Bagnoreggio*, 6 de septiembre 2009.
4. Cabanyes Truffino, J., «Resiliencia: una aproximación al concepto», *Revista de psiquiatría y salud mental.*, Vol. 3. Núm. 4, 145-151; DOI: 10.1016/j.rpsm.2010.09.003.
5. Camus, A., *El mito de Sísifo*, Madrid: Alianza, 1985.
6. Candiard, A., *Esperanza para náufragos. Manual de usuarios para el siglo XXI* (Título original: *Veilleur, où en est la nuit?*), Madrid: Rialp, 2024.
7. Han, B-C., *El espíritu de la esperanza* (Título original: *Der Geist der Hoffnung*), Barcelona: Herder, 2024.
8. Cyrulink, B., *Sálvate, la vida te espera* (título original: *Sauve-toi, la vie t'appelle*), Barcelona: Debolsillo, 2022.
9. Los patitos feos. *La resiliencia. Una infancia infeliz no determina la vida* (Título original: *Les vilains petits canard*), Barcelona: Debolsillo, 2013 (15ª reimpresión 2024).
10. Eger, E., *La Bailarina de Auschwitz* (Título original: *The Choice. Embrace the Possible*), Barcelona: Booket, 2019 (18ª impresión, 2024).
11. Enright, R., *Forgiveness Is a Choice: A Step-by-Step Process for Resolving Anger and Restoring Hope*, Washington: Apa Life Tools, 2019.
12. Felitti, V.J., Anda, R.F, et al., «Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study», *American Journal of Preventive Medicine*, 14 (1998), 45-258, [http://dx.doi.org/10.1016/S0749-3797\(98\)00017-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8).
13. Frankl, V., *El hombre en busca de sentido*, Herder, Barcelona 1993 (15ª).
14. *La voluntad de sentido*, Conferencias escogidas sobre logoterapia, Barcelona: Herder, 1991 (2ª).
15. Garmezy, N., «Competence and adaptation in adult schizophrenic patients and children at risk», en DEAN, S.R. (ed.), *Schizophrenia. The first ten Dean Award Lectures*, New York: Ardent Media, 1973, 163-204.
16. Jack, B., Jeanne H. B., «Venturing a 30-Year Longitudinal Study», *American Psychologist*, May–June 2006, Vol. 61, No. 4, 315–327, DOI: 10.1037/0003-066X.61.4.315.
17. Escrivá de Balaguer, J. *Camino*, Madrid: Rialp, 2024.
18. González, L. J., *San Juan de la Cruz*, México: Duruelo, 2017.
19. Joyce, S., Shand, F., Tighe, J., et al., «Road to resilience: a systematic review and meta-analysis of resilience training programs and interventions», *British Medical Journal Open*. 2018 Jun 14;8(6):e017858. doi: 10.1136/bmjopen-2017-017858. PMID: 29903782; PMCID: PMC6009510.
20. Juan de la Cruz, *Obras completas*, Madrid: BAC, 1982 (11ª); *Cántico espiritual*, 434-731; *La noche oscura*, 317-419; *Subida al Monte Carmelo*, 87-316. *Tras de un amoroso lance*, 33-34
21. Juan Pablo II, *Carta apostólica Salvifici doloris*, 11 de febrero 1984.
22. Lanoue, M., Graeber, D., de Hernandez, B.U., et al., «Direct and indirect effects of childhood adversity on adult depression», *Community Mental Health Journal.*, 2012 Apr;48(2):187-92. doi: 10.1007/s10597-010-9369-2. Epub 2010 Dec 3. PMID: 21127974.

23. Lapierre, S., Chauvette, S., Bolduc, L., et al., «Character Strengths and Resilience in Older Adults during the COVID-19 Pandemic», *Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement*, 2023;42(3):455-465. doi:10.1017/S0714980823000089
24. León XIV, Carta apostólica: Diseñar nuevos mapas de Esperanza, 27 de octubre 2025.
25. Luthar, S.S. (ed.), *Resilience and Vulnerability: Adaptation in the Context of Childhood Adversities*, Cambridge University Press: 2003, <https://doi.org/10.1017/CBO9780511615788>
26. McKay, M.T., Cannon, M., et al., «Childhood trauma and adult mental disorder: A systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies», *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2021 Mar;143 (3):189-205. doi: 10.1111/acps.13268. Epub 2021 Jan 18. PMID: 33315268.
27. Nietzsche F., «Götzen-Dämmerung oder Wie man mit dem Hammer philosophirt», en *Nietzsche Werke*, VI 3, Sprüche und Pfeile 12, 1954.
28. Peterson, J.B., *12 Rules for life. An antidote to Chaos*, Great Britain: Penguin Books, 2018.
29. Philippe, J., *La libertad interior. La fuerza de la fe, de la esperanza y del amor* (título original: *La liberté intérieure*), Madrid: Rialp, 2005 (7ª).
30. Pieper, J., *Las virtudes fundamentales*, Madrid: Rialp, 1980 (3ª).
31. Roszak, P., «Not Only Coping: Resilience and Its Sources from a Thomistic Perspective», *Journal of Religion and Health*, 2023 Aug;62(4):2734-2745. doi: 10.1007/s10943-022-01711-5. Epub 2022 Dec 1. PMID: 36454332; PMCID: PMC10366280.
32. Rutter, M., «Psychosocial resilience and protective mechanisms», *American journal of orthopsychiatry*, 1987-07, Vol.57 (3), 316-331.
33. Sánchez-Vázquez, A.R., «Experiencias adversas en la infancia (EAI): ¿la base del iceberg del sufrimiento emocional de la población infantil y adolescente?», *Anales de Pediatría*, 2024, Vol. 101. Núm. 5. 299-302. DOI: 10.1016/j.anpedi.2024.10.001.
34. Shatkin, J. P., Diamond, U., et al (2016). «Effects of a risk and resilience course on stress, coping skills, and cognitive strategies in college students», *Teaching of Psychology*, 43(3), 204–210. <https://doi.org/10.1177/0098628316649457>.
35. Snyder, C. R., Harris, C., et al., (1991), «The will and the ways: Development and validation of an individual-differences measure of hope», *Journal of Personality and Social Psychology*, 60(4), 570–585. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.60.4.570>.
36. Terruwe, A., Baars, C., *Amare e curare i nevrotici. Terapia delle nevrosi per carenza affettiva*, (Psychic Wholeness and healing; Healing the unaffirmed) Asís: Cittadella, 1984, 51.
37. Tomás de Aquino, *Suma de teología (Summa Theologie)*, I, en *Obras completas*, BAC, Madrid 1961, tomo I; I-II, en *ibid.*, 1989 (2ª), tomo II; II-II, en *ibid.*, 1994, tomo III.
38. *Super Epistolam B. Pauli ad Hebraeos lectura*, en *Corpus Thomisticum*.
39. Werner, E. E., «Vulnerable but invincible: high-risk children from birth to adulthood», *Acta Paediatrica*, 1997-07, Vol.86 (S422), 103-105.
40. Yajing, S., Haibo, Y., et al., «Sense of hope affects secondary school students' mental health: A moderated mediation model», *Frontiers in Psychology*, 2023, Vol. 14, <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1097894>.
41. Zenón de Verona, *Tratado sobre la fe, la esperanza y la caridad*, I-IV, *Corpus Christianorum*, series latina, Turnhout (Bélgica): Brepols, 22, 92.

## Психологизация границ личности как вызов человечности

**Аннотация:** Доклад посвящён феномену психологизации — массовому усвоению и бытовому применению психологических понятий и терапевтических установок людьми без профессиональной подготовки. Показано, что «пси-лексикон» нередко превращается в особую оптику («пси-очки»), которая обещает ясность и управляемость жизни, но на деле деформирует восприятие человека и мира: сложное сводится к набору ярлыков, а живая реальность — к «прозрачности» препарированного взгляда. В этой перспективе тема личных границ становится центральным узлом психологизации: от заботы о деликатности и уважении она легко дрейфует к культуре отчуждения и самоизоляции, где «безопасность» (включая эмоциональную) сакрализуется (safetyism), а граница превращается в инструмент контроля, оправдания и прекращения диалога.

Доклад анализирует, как дискурс границ может выполнять функцию бессознательной защиты (рационализации): термины («абьюз», «нарцисс», «депрессия», «нарушение границ») становятся «щитом и мечом», скрывающим более глубокие мотивы, вину, страх, стыд и нежелание встречи. В богословско-антропологической перспективе противопоставляются две модели границы: автолегитимная (самоустановленная) и укоренённая в трансцендентном критерии (Божественном законе), где «переступание» границы мыслится как грех-трансгрессия, а человеческое достоинство удерживается не самоутверждением, а любовью, деликатностью и кенотическим смирением.

Итоговый тезис: психологизация границ при утрате внеположенного мерила размывает различия между нормой и патологией, добром и злом, и тем самым становится вызовом человечности; выход мыслится как возвращение к «живой воде» — очищению взгляда и восстановлению способности к присутствию, любви и ответственности.

**Ключевые слова:** психологизация; терапевтическая установка; личные границы; privacy; safetyism (сейфтизм); рационализация; защитные механизмы; цифровая транспарентность; эгоцентризм; отчуждение; религиозная антропология; грех как трансгрессия; кеносис; деликатность; дегуманизация.

Душа: О, Отче мой! Трудно вырвать сердце изъ клейкія стіхійныя грязи (клеякой стихийности мира). Ах, трудно! Я видела написан образ крилатаго юноши. Он пялится лететь в Горня, но нога прикована цепью к земному шару, мешает. Сей образ, мой образ. Не могу, а только желаю.

Г. С. Сковорода<sup>1</sup>

Любой врач знает, какой пациент – самый невыносимый: это – "зожовец", начитавшийся рецептов "целителей от нетрадиционной медицины" и свято исповедующий веру в тотальную вредоносность "официальной медицины". Да и едва ли не каждый священник, тяжко вздохнув, расскажет, насколько сложно духовно окормлять человека, начитавшегося святых отцов без разбора и

---

<sup>1</sup> Собрание сочинений Г.С.Сковороды. Т.1. СПб., 1812. С. 499

рассуждения, и на любое слово пастыря готового выдать целую тираду из святоотеческих цитат, обесценивая тем самым любое живое слово пастыря. Но и психологи знают, насколько тяжело работать с "прокаченными клиентами", голова которых забита целым ворохом психологических терминов, каждый из которых в их представлении зачастую нечто совсем далёкое от классического понимания.

Феномен "психологизации" появился не так давно в связи с массовым вхождением в повседневную жизнь психологических понятий, подходов, методов и, в целом, особой "терапевтической установки" на значимость ценности "ментального здоровья" как такового. Активное присутствие психологии в том или ином виде в различных сферах общественной жизни создаёт образ её "универсальности", "всемогущества" и "эффективности", что и становится источником появления психологизации как таковой.

Если постараться дать определение "психологизации", то я бы предложил следующее: психологизация – это процесс адаптации и усвоения популярных, зачастую поверхностных знаний из области психологии, психотерапии и психиатрии применительно к реалиям жизни обывателя, не имеющего профильного образования ни в одной из вышеперечисленных наук. Для лучшего понимания можно использовать метафору "Лего": очарованный множеством разноцветных и разнообразных элементов из наук о ментальном здоровье начинает собирать собственную "конструкцию" – по своему "образу и подобию". Главное отличие от "Лего" в том, что собирается не какая-то внешняя по отношению к самому человеку конструкция – а его собственная "оптика", только через которую он и будет дальше смотреть на всё: и на окружающий мир, и на других людей, и на самого себя. Порой человек и сам не замечает, как перед его "внутренним взором" оказываются им же самим собранные "пси-очки", только через которые он и может смотреть. Но чаще всего ему такие мысли и не приходят: ведь очки создают убедительную видимость того, что многие ранее казавшиеся неразрешимыми проблемы вдруг видятся вполне простыми, понятными и – главное! – решаемыми. Именно феномен психологизации даёт основания исследователям говорить уже о современном обществе как обществе психологическом *per se*.

"Пси-очки", которые вначале создают видимость большей чёткости, на деле могут изменять само восприятие до неузнаваемости. В книге К.С.Льюиса "Кружной путь, или блуждание паломника" есть образ, который хорошо помогает понять, что именно изменилось в связи с психологизацией. Герой книги попадает в темницу великана, от взгляда которого укрыться невозможно. "Ещё мне приснилось, что когда великан смотрел на что-нибудь, оно становилось прозрачным. И, обернувшись, Джон увидел не людей, а истинных чудовищ. Перед ним сидела женщина, но видел он череп, мозг, носоглотку, слюну в горле, кровь в жилах, легкие, подобные живым губкам, и печень, и змеиное гнездо кишок. Отвернувшись поскорее, он увидел старика, у которого темнела внутри страшная опухоль. Когда же Джон опустил голову, он увидел свои внутренности. И мне снилось, что так он прожил много дней, пока не упал ничком и не закричал: «Это черная яма! Хозяина нет, а яма есть»."<sup>2</sup>

"Хозяина" – то есть Господа Бога – нет, а вот "яма" человеческого "нутра" – есть, и в этой яме – только неприглядная, циничная обнажённость, голая как-

---

<sup>2</sup> Льюис К.С. Кружной путь, или блуждание паломника. М.: Художественная литература, 2024. С. 73.

бы-правда. Скальпель нелюбовного взгляда не знает такта и границ – он врежется в то, что было табуировано тысячелетиями. Как правило, это область священного в широком смысле, куда относится всё то, что для человека пронзительно, затрагивает самые глубинные, тонкие, звучные струны души: религиозность, любовь (включая всё, что связано с полом), семья, ощущение себя самого и другое.

Многое, на что психология стала смотреть пристально, испытующе, а главное – отчуждённо, без благоговения и любви, под этим взором деформировалось до неузнаваемости. Тайна святыни пола сжалась до "физиологии и психологии секса", а то и просто "техники", итогом чего стало сегодня всё более развивающееся движение инцелов, сознательно асексуальных молодых людей с настолько гипертрофированной самостью, что уже можно говорить о сексуальной контрреволюции. Препарирующий скальпель рационализации, равноудалённый от какой бы то ни было веры или религии, искромсал нежную кожу религиозности как таковой, надёжно обесценив былые святыни. Процесс этого "разъедания" веры хорошо описал Иван Ильин: "Началось с рассудочной насмешки... эта ирония закрепляла в душах духовную слепоту и религиозную немощь. Это был не только отказ от священного; это был отказ от серьёзного и благоговейного подхода к священному. Эта ирония не только отрезала религиозные крылья у человека, но как бы прижигала урезанные места своим едким ядом, чтобы крылья и впредь не могли вырасти. Она опустошала душу и показывала опустошенной душе якобы пустой мир. И, следуя за ней, человек привыкал считать откровение вымыслом, догмат — предрассудком, молитву — ребячеством или ханжеством. Мало того, он привыкал стыдиться молитвы, а потом — издеваться над ней, над собой, прежде молившимся, но более не молящимся, и над самим Предметом своей бывшей молитвы"<sup>3</sup>.

Но, как показал Льюис, "великан голой правды" – жулик и обманщик. "Он показал, какими были бы внутренности, если бы ты их видел. Другими словами, он показал то, чего нет; то, что было бы, если бы мир был устроен иначе. На самом деле наших внутренностей не видно. Они — не цветные объёмные предметы, они — ощущения. «На самом деле» сейчас — приятная сытость, тепло, да многое, только не эти трубки и губки!"<sup>4</sup>

При психологизации происходит не только "деформация взгляда": "очки" позволяют скрыться, спрятаться самому: ведь они создают образ "современного", "продвинутого", "прокаченного в психологических скилах" человека. С этими очками можно настолько слиться, сродниться – что без них человек будет ощущать себя буквально голым, раздетым, обезоруженным и беззащитным в своей уязвимости – почему и будет до последнего стараться удержать их, несмотря на все усилия психолога, священника или даже просто близкого любящего человека. Не является ли психологизация одной из разновидностей бессознательных защитных механизмов – рационализации, – которая "забалтывает", "мутит" прямой и непосредственный доступ к внутреннему миру человека, создаёт своеобразную "броню", надёжно защищающую от самой возможности какого бы то ни было доступа? "У меня депрессия!" "Я не буду с ним общаться, он нарцисс!" "Это абьюз, нарушение моих границ, как вы смеете?" – зачастую под этими и схожими фразами нет никакого ясного понимания

---

<sup>3</sup> Ильин И.А. Аксиомы религиозного опыта. М., 1993, с. 62

<sup>4</sup> Льюис К.С. Кружной путь, или блуждание паломника. М.: Художественная литература, 2024.

используемых терминов, но только "психологический щит и меч", которыми прикрываются иные, более глубокие, мотивы и намерения.

"Если свет, который в тебе есть, тьма, то какова же тьма?" – вопрошает Иисус в Евангелии (Мф. 6:23). Но свет, который источают глаза застрявшего в самом себе сквозь "Ψ-очки", – это мертвящий свет ультрафиолетовой лампы, стерилизующий все потенциально опасное и дискомфортное. Вокруг такого человека распространяется "духовный озон", сразу предупреждающий: близко не подходи, смертельно опасно!...

Более того: теперь мы даже знаем название этого «озона»: safetyism, или «сейфтизм» как культурно-психологическая установка, при которой безопасность (включая «эмоциональную безопасность») возводится в «сакральную ценность», в жертву которой приносятся свобода высказывания, обучение через трудность, интеллектуальные риски и пр. Термин вошёл в оборот после Хайдта и Лукианова (The Coddling of the American Mind, 2015–2018). Они описали сейфтизм как среду, где чрезмерно защищают от потенциально неприятных идей/переживаний, что парадоксально делает людей более хрупкими.

Одним из наиболее распространившихся повсюду элементов психологизации стала тема личных границ. То, что ранее вводило в ступор туристов из России, оказавшихся в США, – а именно физическое, измеряемое в дециметрах, неприкасаемое пространство до любого другого человека – privacy (англ. «частная жизнь», «конфиденциальность», «уединение») – всё активнее укореняется в жизни сначала жителей мегаполисов, далее – везде.

Где-то в начале 2000-х, впервые оказавшись в Америке и заглянув ближайший супермаркет, подходя к кассе для оплаты, я растерялся: у каждой из касс стояло по одному человеку, а затем, на расстоянии метров трех – тоже стояли по отдельности люди. В огромном зале эти обособленные единицы выглядели очень постановочно, но при этом им было вполне обыденно. Решив, что мало ли чего в этой стране не бывает, я ринулся к кассе и тут же заметил, что мгновенно последовала негативная реакция окружающих: они-то в очереди – да, да, в очереди! – стоят! И расстояние между каждым – в несколько метров! Privacy в действии, что тут сказать...

Опубликованная 4 декабря 1890 года в Harvard Law Review статья Samuel D. Warren & Louis D. Brandeis "The Right to Privacy" стала первым системным манифестом, который провозгласил privacy самостоятельным гражданским правом. В статье формулируется «право быть оставленным в покое»: репутация, фотографический образ, письмо и домашнее пространство отныне юридически неприкосновенны. Но пройдет ещё немало лет, пока тема приватности не станет сквозной. Так, до 30-х годов разговоры по телефону не воспринимались конфиденциальными даже с точки зрения Верховного суда США.

Тема приватности ещё громче зазвучала в цифровую эпоху, когда неожиданно все поняли, что мир стал прозрачным и стремительным: любая публикация, любая фраза или фотография мгновенно становятся не только достоянием всех, но и обрастают комментариями, инсинуациями, сплетнями, словно снежный ком.

Теперь становится понятнее и то, как феномен психологизации, вплетённый в контекст цифровой транспарентности, породил новое явление, я бы даже сказал новую «породу» людей – «от-границников»: тех, кто настолько озадачен своей неприкосновенностью, что, сам не замечая, начинает жить в непроницаемом «пузыре».

Крысу легче всего поймать, положив приманку на картон и обмазав вокруг несохнувшим клеем: коснулась – и прилипла; и чем сильнее рвётся, тем надежнее её удерживает клей. То же делает психологизация, выставляя на пьедестал самое

липкое в человеке — Эго. «Я имею право быть каким хочу, и никто мне не указ!» — непродуманный, но подразумеваемый лозунг новой нормы, где снято прежнее табу на безграничное служение себе.

Первое «переоткрытие» Эго кажется освобождением: теперь любая внешняя граница — общественная, семейная, религиозная — выглядит устаревшей. Преподобный Исаак Сириин сравнивал человека, живущего страстью, с псом, лижущим зубья пилы и пьянящим от вкуса собственной крови. Психологизация добавила анестезию: боль почти не ощущается.

Однако такая «любовь к себе» радикально отличается от христианской. В Евангелии (Мф. 19:19) она упоминается лишь в связке с любовью к Богу и ближнему; параллельно звучат призывы отвергнуть себя и не превращать «попечения о плоти» в похоти (Рим. 13:14). Христианин видит себя через Божий замысел, ещё не осуществлённый, поэтому относится к своим желаниям с осторожностью и проверяет их извне — молитвой, наставником, общиной.

Библейская формула проста: ищите прежде Царствия Божия — остальное приложится (Мф. 6:33). Верующий остаётся в движении, стремясь к «почести высшего звания», даже если пока не дотягивает. Эгоцентрик же цепляется за всё прилипшее, и клей самолюбия постепенно сковывает его жизнь. Как Голлум с «моей прррррелестью», он не замечает, что мир идёт дальше без него.

Если человек деликатен, ему не нужно объяснять, что такое абьюз, где проходят личностные границы и почему не всякое "причинение добра" другому правильно. Но деликатность, воспитываемая в религиозном контексте, опирается совершенно на иную онтологию: человек должен быть деликатным не потому, что ему — самому человеку! — так комфортно, а потому, что Бог деликатен по отношению к человеку. Об этом — всё Евангелие. Бог Нового Завета не "умывает рук в крови грешников" (Пс. 57:11), и не "разбивает младенцев о камень" (Пс. 136:9) в исступлении: Он — "трости надломленной не преломит" и "льна курящегося не угасит" (Мф. 12:20).

В философской сказочной повести Михаэля Энде "Момо"<sup>5</sup> главная героиня — бездомная сирота Момо, которая живёт в амфитеатре на окраине города, не имеет ни образования, ни "традиционного" воспитания, ни "полной семьи", одним словом, психологически и социально обречена быть изгоем. Однако именно она — пример целостной, "неразболтавшейся" личности. Рядом с ней умиротворяются враги, вдохновляются дети, осознают истину жизни взрослые. И это происходит вовсе не потому, что Момо "вещает" или "лечит" проходящих к ней: отнюдь, она просто остаётся собой и присутствует, я бы даже сказал точнее — "бытийствует" рядом. И этого оказывается не то что "достаточно", а предостаточно. Потому что качество этого "бывания" существенно выше, чем у всех остальных. Её преимущество — в даре любви, в способности слушать, принимать, сопереживать без слов и назиданий. Момо, при всей своей кажущейся внешней маргинальности и гротескности, оказывается наиболее здоровой и устойчивой перед теми соблазнами, которые сносят напрочь всех жителей городка без исключения.

В каком-то смысле Момо — полный антипод человеку с Пси-очками: у неё нет границ, ей нечего "отстаивать" и "защищать", она ничем не "прикрыта", совершенно беспомощна и беззащитна, доступна любому. Она — живое воплощение того самого смирения, о котором святые отцы говорили как о "непадающем", потому что оно и так уже лежит на самом низу. То самое

---

<sup>5</sup> Энде М., «Момо, или Странная история о похитителях времени и о ребёнке, вернувшем людям украденное время». 1973.

смирение, которое византийские отцы назвали красивым греческим словом «κένωσις» – «кеносис», истощание, самообнищание Бога в Его Воплощении в человека. Этот термин восходит к Флп. 2:7 — «ἐαυτὸν ἐκένωσεν» («[Христос] Самого Себя унижил»), и глубина этого самоумаления настолько велика, что ниже опуститься уже невозможно никому.

В религиозной культуре граница личности, переступание которой было тождественным бесчестью, утрате человеческого достоинства, напрямую была определена Божественным законом. Эта «граница» определялась не самим человеком, а Тем, Кто и даровал ему саму жизнь – Богом и Его законом. И «переступание» границ – по-гречески *παράβασις*, в латинском *transgressiō* – это «пре-ступление», буквально «пере-шагивание» определённой черты, то есть грех во всей своей неприглядности. Грех как своевольное «пробивание» границ, установленных Богом для человека. При этом надо сразу сказать: эти границы далеко не всегда для самого человека однозначны, приятны и даже приемлемы. И именно здесь пролегает пропасть между психологизацией, утверждающей беспрекословное право самого человека устанавливать свои «границы» где угодно и как угодно с жёстким требованием обязательного их соблюдения, и религиозной традицией, в которой границы обязательно есть, но они не «автолегитимны», а имеют «высший Небесный сертификат», своего рода «мандат Неба». Но когда эти «границы» устанавливает сам человек, они неизбежно расплываются. Геронда монастыря Симонопетра архимандрит Эмилиан Вафидис пишет, что «поучение в слове Божиим – ... это очки, которые нам надевает Бог из-за близорукости нашего сердца»<sup>6</sup>.

Представьте себе, что человек вдруг обнаруживает у себя в животе какое-то странное уплотнение и идёт к врачу. Сделав обследование, врач говорит: "Поздравляю! У вас опухоль! Теперь надо просто её принять как неотъемлемую часть вашего организма. Она – тоже часть вас! Она вас выбрала!"...

Возмутительно? Ещё бы! Но когда на приём к психологу приходит женщина, которую прожигает насквозь чувство вины от совершенного аборта, ей говорят практически то же самое, если не хуже: "Вы всё сделали правильно! Вы выбрали себя и свою жизнь! Это ваше право! Вы не должны быть заложницей чужих предрассудков и религиозных установок! Вы именно так распорядились дарованной вам свыше свободой, и никто не вправе вас упрекать! А с чувством вины мы ещё поработаем, и где-то через пять сеансов Вы и думать перестанете об этом не очень приятном эпизоде!"

"Пси-очки" возвели на самый главный пьедестал не просто человека как некий идеал, как, например, христианство утверждает евангельский образ Христа – Богочеловека, как образец для подражания. Психологизация сделала идолом любого самодостаточного человека, точнее, даже не его самого, а его представление о том, что такое для него "хорошо". Одному "хорошо" вступать в половые отношения с маленькими детьми. Другому – получать удовлетворение от насилия. Третьему – находиться в состоянии жертвы. И всё это одинаково "хорошо", потому что нет никакого внеположенного по отношению к самому человеку критерия: всё относительно, всё ситуативно. И всё это определяет только сам человек.

В фантазмогории К.С.Льюиса "Расторжение брака" есть эпизод, когда "призраки" из ада оказываются в преддверии рая. И, к большому изумлению, они

---

<sup>6</sup> Схиархимандрит Эмилиан (Вафидис), «Толкования на подвижнические слова аввы Исаии» (URL: [https://azbyka.ru/otechnik/Emilian\\_Vafidis/tolkovanie-na-podvizhnycheskie-slova-avvy-isaii/2](https://azbyka.ru/otechnik/Emilian_Vafidis/tolkovanie-na-podvizhnycheskie-slova-avvy-isaii/2))

обнаруживают, что обычная шелковистая трава для их призрачных тел ощущается словно лезвие бритвы. И далее ангел говорит призраку: "Пойди со мной. Поначалу будет больно. Истина причиняет боль всему, что призрачно. Но потом у тебя окрепнут ноги". Полная капитуляция перед человеком "как есть", со всеми его "хотелками", дурью, грехами и преступлениями неизбежно становится легитимизацией всего дурного и одновременным запретом называть вещи своими именами: "полиаморные отношения" – блудом, "сексуальные эксперименты" – извращениями. "Пси-очки" размывают границу между нормой и патологией, правдой и обманом, в пределе – между добром и злом, пытаюсь как бы "примирить", а если сказать ещё точнее, "поженить" их.

Овидий в «Метаморфозах»<sup>7</sup> (XI, 85-145) приводит поучительную историю о царе Мидасе, которому бог Дионис даровал «золотое прикосновение»: всё, к чему бы ни коснулся царь, мгновенно превращалось в золото. Не только предметы, но и пища. И другие люди... Казалось бы, какая перспективная «опция!» Однако быстро вскрылась существенная проблема: царь не мог... питаться – ведь любая пища мгновенно обращалась в кусок металла!

Психологизация – это тот же «лукавый дар» низших духов, который поначалу кажется восхитительным и способным решить едва ли не все жизненные проблемы и затруднения, но в реальности оказывается страшным проклятием, отправляя человека в пустоту и одиночество, заключая его в темницу липкого Эго, из которого самому уже не выбраться.

Но если следовать Овидию, а не более поздним средневековым переработкам, царь Мидас всё же не погиб от голода, а вовремя опомнившись, отмыл свой «дар» в реке Пактоле и снова стал нормальным, полноценным человеком. Не пора ли и нам поискать наш Пактол – «источник воды живой» – чтобы наконец-то промыть хорошенько своё душевное нутро от налипшей грязи парапсихологического морока?...

### Использованная литература:

1. Симонова О. А. Эмоциональная разметка: психотерапевтическая культура и родительство // The Journal of Social Policy Studies. — 2024. — Т. 22, № 1. — С. 7–24. — DOI: 10.17323/727-0634-2024-22-1-7-24.
2. Терешина Д. Н. «Быть собой» или «радовать себя»: терапевтические технологии, эмоции и неравенство // The Journal of Social Policy Studies. — 2024. — Т. 22, № 1. — С. 25–42. — DOI: 10.17323/727-0634-2024-22-1-25-42.
3. Рифф Ф. Триумф терапевтического: как используют веру после Фрейда / пер. с англ. Д. Узланера // Логос. — 2007. — № 5 (62). — С. 256–280.
4. Нартова-Бочавер С. К. Психологическое пространство личности : монография. — М. : Прометей, 2005. — 312 с.
5. Орлов М. О., Шаткин М. А. Приватность в условиях цифровизации: правовые и экономические аспекты // Социологические исследования. — 2019. — № 4. — С. 15–26. — DOI: 10.31857/S013216250004583-4.
6. Хан Бён-Чхоль. Общество усталости: негативный опыт в эпоху чрезмерного позитива / пер. с нем. А. С. Салина. — М. : АСТ, 2023. — 160 с.
7. Зизиулас Иоанн (митр.). Бытие как общение: очерки о личности и Церкви / предисл. прот. Иоанна Мейендорфа; пер. с англ. Д. М. Гзгзяна. — М. : Свято-Филаретовский православно-христианский институт, 2006. — 280 с.

---

<sup>7</sup> Публий Овидий Назон. Метаморфозы. М., «Художественная литература», 1977. Перевод с латинского С. В. Шервинского.

8. Яннарас Х. Избранное: Личность и Эрос / пер. с новогреч. Г. В. Вдовиной. — М. : Российская политическая энциклопедия (РОССПЭН), 2005. — 480 с.
9. Lukianoff G., Haidt J. The Coddling of the American Mind: How Good Intentions and Bad Ideas Are Setting Up a Generation for Failure. — New York : Penguin Press, 2018. — 352 p.
10. Furedi F. Therapy Culture: Cultivating Vulnerability in an Uncertain Age. — London : Routledge, 2004. — 256 p.
11. Illouz E. Saving the Modern Soul: Therapy, Emotions, and the Culture of Self-Help. — Berkeley : University of California Press, 2008. — 304 p.
12. Rieff P. The Triumph of the Therapeutic: Uses of Faith After Freud. — Chicago : University of Chicago Press, 1987. — 274 p.
13. Rose N. Governing the Soul: The Shaping of the Private Self. — London : Routledge, 1989. — 320 p.
14. Lasch C. The Culture of Narcissism: American Life in an Age of Diminishing Expectations. — New York : W. W. Norton & Company, 1991. — 304 p.
15. Vitz P. C. Psychology as Religion: The Cult of Self-Worship. — 2nd ed. — Grand Rapids, Mich. : Wm. B. Eerdmans Publishing Company, 1995. — 191 p.
16. Campbell B., Manning J. The Rise of Victimhood Culture: Microaggressions, Safe Spaces, and the New Culture Wars. — Cham : Palgrave Macmillan, 2018. — XXVII, 278 p.
17. Solove D. J. Understanding Privacy. — Cambridge, Mass. : Harvard University Press, 2008. — 272 p.
18. Nissenbaum H. Privacy in Context: Technology, Policy, and the Integrity of Social Life. — Stanford, CA : Stanford University Press, 2009. — 304 p.

## **Жизнь по Никейскому Символу веры: значение для психического здоровья, исцеления и попечения о больных**

**Аннотация:** В данной статье Никейский Символ веры рассматривается как общая богословская концепция, укрепляющая междисциплинарное взаимодействие между церквями, специалистами в области психического здоровья и общественного здравоохранения. Автор утверждает, что каждый член Символа веры, касающийся сотворения мира, воплощения, крестной жертвы, воскресения, Святого Духа, Церкви и эсхатологических ожиданий, несет в себе конкретные последствия для того, как сообщества понимают психическое здоровье, реагируют на травмы и организуют уход за больными. Опираясь на богословские подходы и эмпирические исследования в области психиатрии, изучения травм и глобального здравоохранения, статья показывает, как основные христианские представления об образе Божиим, солидарности со страждущими и надежде на вечную жизнь могут способствовать внедрению научно обоснованных, человекоцентрированных и правозащитных подходов к психическому здоровью и психосоциальной поддержке. Статья призывает к практическому сотрудничеству, в рамках которого религиозные сообщества будут бороться со стигматизацией, укреплять чувство общности и работать над устранением социальных факторов, влияющих на психическое благополучие, взаимодействуя с системами здравоохранения для разработки комплексных, культурно и богословски обоснованных моделей лечения и повышения устойчивости.

**Ключевые слова:** Никейский Символ веры, богословие и психическое здоровье, религиозная помощь при психических расстройствах, травма и жизнестойкость, Образ Божий и человеческое достоинство, духовность и здоровье, сотрудничество церкви и системы здравоохранения, социальные детерминанты психического здоровья, снижение стигматизации, комплексный подход к лечению и исцелению.

На протяжении почти 1700 лет Никейский Символ веры является общим исповеданием веры для христиан во всем мире. Однако наш мир, и зачастую даже наши церкви, все еще несут на себе глубокие раны травм и разобщенности. В эту историческую годовщину мы можем переосмыслить Символ веры не только как краткое изложение догматических положений, но и как способ существования, который питает психическое благополучие, утверждает человеческое достоинство и призывает общины к исцелению, справедливости и сострадательной заботе.

Символ веры становится призмой, через которую мы видим, что каждый человек дорог Богу, заслуживает внимания, поддержки и надежды. В эпоху, отмеченную тревогой, депрессией, перемещением населения и системным неравенством, вера Никейского Символа способен помочь Церкви развивать более глубокие подходы к заботе о психическом здоровье, исцелении от травм и солидарности со страждущими [Koenig, 2012; Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), 2022].

### **«Веруем во единого Бога Отца, Вседержителя, Творца неба и земли»**

Символ веры провозглашает, что Бог — создатель всего сущего, включая народы, общины и каждого отдельного человека. Эта основополагающая истина формирует понимание психического здоровья как неотъемлемой части творческого замысла Божия о целостности. Учение о сотворении мира полагает

основу человеческого достоинства в образе Божиим, подтверждая внутреннюю ценность каждого человека [Toggnance, 1996].

Вера в Создателя подразумевает, что каждый человек, вне зависимости от его психического состояния, физических ограничений, травм, стигматизации или уязвимости, сотворен по образу и подобию Божию. Это бросает вызов культуре стыда, страха и изоляции. Процесс исцеления начинается, когда к людям относятся не как к проблемам, требующим решения, а как к священной жизни, которую следует уважать и защищать [Farmer, 2004]. Церковь, которая исповедует Творца, становится местом, где внимательно выслушивают каждую историю, серьезно относятся к каждой ране и где каждый человек имеет свое место.

#### **«Ради нас человек и ради нашего спасения сошедшего с небес»**

Воплощение демонстрирует глубокую солидарность Бога с человеческой уязвимостью. В Иисусе Христе Бог полностью входит в человеческое состояние, переживая страдания, отвержение и душевные муки. Богословие Воплощения Афанасия Великого помогает объяснить, почему это важно для исцеления: если Христос истинно принял на себя полноту человеческой жизни, то и полнота человеческой жизни может быть затронута искуплением [Athanasius, 2011]. Проще говоря, "что не было воспринято, то не исцелено" означает, что Христос принял на себя реальность нашей человечности: тело, разум, эмоции и смертность, чтобы человеческая природа во всей ее полноте могла быть восстановлена [Athanasius, 2011].

Служение Христа является образцом сопереживания, сострадания и безоценочного присутствия — сути заботы о психическом здоровье и пастырской поддержки (Swinton, 2001). Современные исследования также подтверждают, что сострадательное присутствие и поддержка в отношениях играют ключевую роль в исцелении и выздоровлении [Koenig, 2012; Puchalski & Ferrell, 2010]. Следовать воплощенному Христу означает входить в места страданий:

- быть рядом с теми, кто ощущает себя отверженными;
- слушать тех, чьи голоса остаются незамеченными;
- поддерживать тех, кто страдает от стыда, горя или отчаяния;
- укреплять свободу воли и достоинство тех, чьи голоса часто игнорируются.

Каждое проявление внимания становится участием в Воплощении.

#### **«И распятого..., и страдавшего, и погребенного»**

Крест обнажает правду о травмах, насилии, унижениях, отверженности и несправедливости. Мольтманн отмечает, что Бог не остается равнодушным к страданиям, а проявляет Себя в них. Распятый Христос выражает солидарность с теми, кто страдает от травм и системных форм насилия [Moltmann, 1993].

Современные исследования психологической травмы подтверждают, что пережитые насилие, конфликты и социальная изоляция наносят глубокие психологические раны, для исцеления которых необходимы признание, безопасность и поддержка [Herman, 2015; van der Kolk, 2014]. Следование этой части «Символа Веры» предполагает создание условий, в которых:

- признают наличие травмы;
- разрешают выразить скорбь;
- не стыдят людей за их страдания;
- сообщества активно борются с такими негативными явлениями, как расизм, кастовая система, сексизм и стигматизация.

Для исцеления необходимо говорить правду и проявлять сочувствие, а не отрицать или замалчивать проблемы [Rambo, 2010].

### **«И воскресшего в третий день»**

Воскресение Христово провозглашает, что за отчаянием и смертью не последнее слово. Это основа служения в области психического здоровья: надежда — это не иллюзия, а преобразующая реальность, основанная на действии Бога в истории [Wright, 2003].

С точки зрения психологии и общественного здравоохранения, надежда и поиск смысла играют ключевую роль в поддержании жизнестойкости и процессе восстановления [ВОЗ, 2022]. Церковь, будучи общиной воскресения, призвана воплощать эту надежду:

- не оставлять никого в одиночестве или отчаянии;
- укреплять жизнестойкость и радость;
- подтверждать возможность эмоционального, межличностного и духовного исцеления;
- рассматривать каждое проявление заботы как знак воскрешающей жизни Бога посреди разрушений.

### **«И в Духа Святого, Господа животворящего»**

Святой Дух вдыхает жизнь в испуганные, измученные и разрозненные общины. Дух обновляет умы и сердца, исцеляет память и дает общинам силы для сострадания и справедливости.

Это обновление соответствует целостному пониманию здоровья, которое объединяет духовные, эмоциональные и социальные аспекты [Koenig, 2012]. Действие Святого Духа проявляется везде, где:

- преодолевается стигма,
- сострадание побеждает страх,
- люди чувствуют себя в безопасности, чтобы делиться своими историями,
- общины выступают за справедливость и достоинство.

Таким образом, Церковь призвана развивать внимательное слушание: Бога, друг друга и особенно тех, чьи страдания долгое время оставались неслышанными.

### **«Во единую, святую, соборную и апостольскую Церковь»**

Идентичность Церкви неотделима от ее призвания к исцелению. Как утверждает Хауэрвас, Церковь призвана быть сообществом, воплощающим заботу, прежде всего о тех, кто находится в уязвимом положении, а также о людях, страдающих от болезней или имеющих инвалидность [Hauerwas, 1986].

Исцеляющая Церковь — это:

**Единая:** способствующая единению, а не разобщению,

**Святая:** стремящаяся к безопасности, честности и состраданию,

**Соборная:** принимающая разнообразие контекстов и опыта,

**Апостольская:** посланная в мир как проводник исцеления и справедливости.

Во всем мире религиозные организации играют важнейшую роль в предоставлении медицинских услуг и удовлетворении потребностей в области психического здоровья, особенно среди уязвимых групп населения [Совместная образовательная инициатива «Вера и местные сообщества», 2022].

### **«Чаю воскресения мертвых. И жизни будущего века»**

Кульминацией этого Символа веры является видение восстановленного творения, где все раны исцелены и все стало новым. Эта эсхатологическая надежда поддерживает нынешние усилия, направленные на исцеление и восстановление справедливости.

Церковь призвана:

- противостоять отчаянию;
- трудиться во имя мира в условиях конфликтных ситуаций;
- создавать системы помощи для уязвимых групп населения;
- способствовать равному доступу к медицинским услугам.

Для решения проблем психического здоровья необходима не только индивидуальная помощь, но и структурные преобразования, включая борьбу с социальными детерминантами здоровья, такими как бедность, неравенство и социальная изоляция [Комиссия по социальным детерминантам здоровья, 2008; Farmer, 2004; ВОЗ, 2013]. Таким образом, надежда становится одновременно богословским убеждением и практическим обязательством по преобразованию.

### **Заключение**

Никейский Символ веры способен стать путеводной звездой к исцелению, развитию нравственных качеств, улучшению психического и эмоционального состояния, созданию сплоченных сообществ, служению заботе и поддержке, а также к публичному выражению справедливости, сострадания и примирения. Исповедание этого Символа веры помогает христианам заботиться о своем психическом благополучии, поддерживать страдающих, бороться со стигмой и воплощать в современном мире исцеляющую любовь Христа.

### **Использованная литература:**

1. Athanasius of Alexandria. (2011). *On the incarnation* (J. Behr, Trans.). St. Vladimir's Seminary Press. (Original work published ca. 318)
2. Commission on Social Determinants of Health. (2008). *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health*. World Health Organization.
3. Farmer, P. (2004). *Pathologies of power: Health, human rights, and the new war on the poor*. University of California Press.
4. Hauerwas, S. (1986). *Suffering presence: Theological reflections on medicine, the mentally handicapped, and the church*. University of Notre Dame Press.
5. Herman, J. L. (2015). *Trauma and recovery: The aftermath of violence—from domestic abuse to political terror* (Rev. ed.). Basic Books.
6. Joint Learning Initiative on Faith and Local Communities. (2022). *The evidence on faith and health*.
7. Koenig, H. G. (2012). Religion, spirituality, and health: The research and clinical implications. *ISRN Psychiatry, 2012*, Article 278730. <https://doi.org/10.5402/2012/278730>
8. Moltmann, J. (1993). *The crucified God: The cross of Christ as the foundation and criticism of Christian theology*. Fortress Press.
9. Puchalski, C. M., & Ferrell, B. (2010). *Making health care whole: Integrating spirituality into patient care*. Templeton Press.
10. Rambo, S. (2010). *Spirit and trauma: A theology of remaining*. Westminster John Knox Press.
11. Swinton, J. (2001). *Spirituality and mental health care: Rediscovering a "forgotten" dimension*. Jessica Kingsley Publishers.
12. Torrance, T. F. (1996). *The Christian doctrine of God: One being three persons*. T&T Clark.
13. van der Kolk, B. A. (2014). *The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma*. Viking.
14. World Health Organization. (2013). *Mental health action plan 2013–2030*. World Health Organization.
15. World Health Organization. (2022). *World mental health report: Transforming mental health for all*. World Health Organization.
16. Wright, N. T. (2003). *The resurrection of the Son of God*. Fortress Press.

## Роль религиозности в транскультуральных исследованиях в психиатрии

**Аннотация:** Транскультуральная психиатрия представляет собой клинический подход, интегрирующий культурный контекст, включая религиозность, в диагностику и терапию пациентов из разных культур. Первый и наиболее важный шаг в этом подходе – определение «формулирования культуры» пациента, в основе которого лежит культурная идентичность – субъективное самоотождествление человека с определенной культурой, дающее чувство общности и принадлежности, где центральным элементом выступают религиозные/духовные убеждения. Религиозность оказывает влияние на все аспекты психической жизни и патологии: от этиологических факторов и симптоматических проявлений до методов исцеления и систем поддержки. Религия предоставляет готовую систему смыслов, формируя мировоззрение человека и сообщества, а также культурный остов, включающий космологию, хронологию и пространственные представления. Она формирует этику, мораль, повседневные практики, правила поведения, общую историю и чувство общей судьбы. Влияние религиозности на восприятие психической патологии и участие в терапии проявляется через формирование «культурной линзы», сквозь которую человек воспринимает мир и симптомы расстройства. Религиозность участвует в создании объяснительных моделей болезни, влияет на проявления симптомов (культурально обусловленные синдромы), а также на стратегии совладания с болезнью и системы поддержки. Таким образом, учет религиозности и духовности критически важен для эффективной и культурно-чувствительной практики в транскультуральной психиатрии.

**Ключевые слова:** религиозность, транскультуральная психиатрия, «формулирование культуры» пациента, культурная идентичность человека.

Культурный подход в психиатрии сложился в начале XX века. В настоящее время существует несколько дисциплин, которые отражают понимание роли культуры в психических расстройствах и учитывают роль культуры в возникновении и проявлении психических расстройств. Эти дисциплины, хотя и имеют тонкие различия в акцентах, сходятся в том, что понимание культуры пациента неполно без учета его религиозных и духовных представлений. К этим дисциплинам относятся культурная психиатрия, этнопсихиатрия, кросс-культуральная психиатрия, транскультуральная психиатрия и антропологическая психиатрия. Культурная психиатрия представляет собой наиболее общую дисциплину, которая занимается изучением роли культуры в психиатрии вообще (культурные значения симптомов, культурно обусловленные синдромы, стигма, культурная формулировка диагноза). Этнопсихиатрия изучает, как специфические культурные традиции и верования, включая религиозные, формируют проявления, восприятие и лечение психических расстройств внутри конкретных этнических групп. В рамках кросскультуральной психиатрии происходит сравнение психических расстройств и подходов к лечению в разных культурах для выявления универсальных и культурно-специфических аспектов. Транскультуральная психиатрия предлагает практический клинический подход, который интегрирует культурный контекст, включая религиозность, в диагностику и терапию для работы с пациентами из разных культур. В отличие от предшествующих дисциплин, транскультуральная психиатрия пациентоориентирована и систематизирует имеющиеся знания для оказания помощи людям, чья культура отличается от культуры лечащего врача.

Особенно это важно для государств, в состав которых входит много этносов или которые становятся многоэтническими за счет мигрантов. Лишь небольшое число стран можно отнести к относительно моноэтническим (более 95% жителей представляют один этнос). Это Япония, Северная Корея, Южная Корея, Исландия, Армения, Албания, Бангладеш, Венгрия, Италия, Мадагаскар, Польша, Дания, Греция, Египет, Португалия, Мальта, Саудовская Аравия. Остальные страны – многоэтнические. В Российской Федерации, например, согласно Всероссийской переписи населения 2020 г., проживает 190 этносов. Русские составляют 72%, татары 3,2%, остальные народности – менее 1,5%.

При исследовании общностей людей обычно выделяют такие понятия, как раса, этнос и нация [Fernando, S., 2010]. При этом раса – это биологическая категория; она определяется по биологическому типу, и принадлежность к ней человеком самостоятельно не выбирается. Нация – это общность по своей природе политико-социальная; основным признаком нации является политико-территориальное объединение, гражданство; принадлежность к ней человека определяется искусственно, юридически. И наконец, этнос, где основным признаком являются общая культура, язык, традиции, самосознание; природа объединения группы (народности, этнической общности) – социально-историческая; принадлежность к ней человека частично выбирается им самостоятельно и закрепляется культурой.

Этнос – это исторически сложившаяся устойчивая общность людей, объединённых общими культурой, языком, традициями, представлениями об общем происхождении и чувством «мы» по отношению к другим группам. Главными признаками этноса являются этноним (самоназвание), общая культура и язык, религия, память об общем прошлом и чувство солидарности.

Невозможно говорить о транскультуральной психиатрии, не определив хотя бы в общих чертах понятие культуры [Garssen B., Visser A., 2021].

**Культура** определяется как набор значений, норм, убеждений, ценностей и моделей поведения, разделяемых группой людей. Ценности включают в себя социальные отношения, моральные и религиозные убеждения, язык, невербальное выражение мыслей и эмоций, ритуалы, технологии, экономические убеждения и практику. Культуру можно разделять на материальную (материальные ценности, созданные членами общества) и духовную культуру. В последнюю включается то, что производится в сфере сознания: религия, наука, образование, искусство, литература. При этом культура определяет нормы поведения, традиции, формы общения и символику, формируя уникальный облик народа или социальной группы. Культура определяет образ жизни общества в целом.

Возвращаясь от теоретических, понятийных предпосылок непосредственно к теме доклада, следует отметить, что при исследованиях в транскультуральной психиатрии первым и наиболее важным моментом, дающим основу последующим действиям, в частности, выбору тактики оказания психиатрической помощи, является определение т.н. формулирования культуры пациента. Имеется в виду, что работа идет с пациентами различных культур, в том числе и мигрантов, или людей, принадлежащих различным этносам, которые перемещаются в пределах одной страны.

Формулирование культурных особенностей включает в себя оценку следующих аспектов: 1) культурная идентичность человека; 2) культурные концепции дистресса; 3) психосоциальные стрессоры и культурные особенности уязвимости и сопротивляемости; 4) культурные особенности отношений между человеком и врачом; 5) общая оценка культуры.

В формулировании культурных особенностей на первом месте стоит культурная идентичность человека. Культурный контекст важен тем, что он определяет норму для данного контингента пациентов. Он определяет

адекватность, (не)адаптированность человеческого поведения, которая включает в себя то, как люди обычно ведут себя, думают, чувствуют и существуют в социальных взаимодействиях. Норма не для всех культур одинакова. Суждение о том, что симптом или поведение являются ненормальными и требуют клинического внимания, зависит от культурных норм. Границы между нормой и патологией в разных культурах различны для определенных типов симптомов и поведения.

Культурный контекст формулирует порог дистресса, а именно то, насколько человек реагирует на ту или иную стрессовую ситуацию; формирует объяснительные модели болезни. Культурные факторы определяют, насколько методы лечения воспринимаются как достоверные и приемлемые пациентами и их семьями, что напрямую влияет на уровень приверженности лечению. Кроме того, культура является основой для развития конкретных моделей психотерапии и формирования подходов к уходу за пациентами в психиатрии.

**Итак, первым главным пунктом формулирования культуры является культурная идентичность человека.** Культурная идентичность человека (**культурная идентификация**) — это субъективный процесс самоотождествления человека с определённой культурой, формирующий чувство общности, безопасности и принадлежности.

**Аспекты культурной идентичности определяются в следующем порядке:** этническая принадлежность, раса, страна происхождения, язык, пол, возраст, религиозные/духовные убеждения, семейное положение, социально-экономический статус, образование, другие выявленные группы, история миграции, уровень аккультурации, степень принадлежности к вышеуказанным группам.

Фактически после паспортных данных человека оцениваются религиозные/духовные убеждения, потому что они определяют в культурной идентичности человека практически все грани. Религиозность как центральный элемент культурной идентичности влияет на все аспекты психической жизни, а затем и психической патологии — от этиологических факторов и симптоматических проявлений до методов исцеления и систем поддержки.

**I. Влияние религиозности на культурную идентичность** [Koenig H.G., 2023] определяется тем, что религия предоставляет готовую систему смыслов, которая структурирует мировоззрение человека и сообщества. Она предоставляет **культурный остов**, в котором решены проблемы мироздания: космология и происхождение; хронология и время; пространство. Категория «космология и происхождение» отвечает на фундаментальные вопросы: "Как возник мир?", "В чем смысл жизни?", "Что происходит после смерти?" (например, Божественное творение в авраамических религиях или циклы перерождения в дхармических).

Религия создает свою хронологию и время: задает календарь, время отчета времени, определяет праздники, посты и ритм жизни (например, недельный цикл с воскресеньем у христиан, с пятницей у мусульман, с субботой у иудеев; Рамадан, Пасха, Дивали).

А также, структурирует пространство: создает сакральную географию, где определяются святые места, места паломничества (Иерусалим, Мекка, Варанаси), храмы, священные реки, по отношению к которым выстраивается остальной географический мир. Человек, выросший в такой системе координат, с детства усваивает этот культурный остов как данность, как воздух, которым он дышит. Он становится неотъемлемой частью его идентичности.

Кроме культурного остова, религия формирует этику, мораль и повседневные практики, которые отличают одну культурную группу от другой. Формирует некие **правила поведения** в области семейных и социальных отношений; норм и запретов; одежды и внешнего вида. Семейные и социальные

отношения включают в себя отношения между полами, понятие о браке, отношение к старшим, воспитание детей. Нормы и запреты могут касаться, например, пищевых ограничений (посты, халяль, кошер, вегетарианство в индуизме и буддизме).

Одежда и внешний вид, включающие в себя юбки определенной длины, платки, особые прически, хиджаб, кипу, тюрбан, являются не просто элементами внешнего облика; это способ ежедневно заявлять о своей принадлежности, подчеркивать связь с определённой культуральной группой.

Наряду с мировоззрением, этикой, моралью и правилами поведения, религия формирует **общую историю и особое чувство общей судьбы**, которое сплачивает сообщество.

Коллективная память и общая судьба складывается из нескольких составляющих. Это общая история, чувство избранности или особой миссии, язык и символы.

Общая история включает в себя нарративы, например, о крещении, обращении к помощи святых и чтимых икон в основных войнах за освобождение, или же в других сообществах – об исходе, изгнании, мученичестве, божественном завете. И постепенно общая история формируют коллективную память и чувство общности "мы". Кроме этого, возникающее чувство избранности или особой миссии, способно создать сильную объединяющую идею. Например, идея Третьего Рима, "Богоизбранного народа", "Уммы" (мировой общины мусульман).

Также большое значение имеют религиозный язык и символы, потому что религиозные тексты, молитвы, обряды часто сохраняют архаичные формы языка и уникальную символику, доступную только данной культуральной группе.

Из вышеописанного (религиозный культурный остов мировоззрения, этические правила поведения, коллективная память и общая судьба, религиозный язык и символы) становится понятным, что при самоотождествлении себя с определенной культурой, при определении культурной идентичности религиозность будет играть важную роль. Культурная идентичность формируется на протяжении всей жизни человека и в изменяющемся социальном контексте.

**II. Не меньшее влияние религиозность оказывает на восприятие психической патологии пациентом и участие в терапевтическом процессе.** Религиозность формирует мировоззрение и как бы "культурную линзу", через которую человек воспринимает мир, включая симптомы психического расстройства (1); участвует в объяснительных моделях болезни (2); влияет на отдельные проявления симптомов (культурально-обусловленные синдромы)(3); помогает в совладании с болезнью и влияет на систему поддержки пациента (4); а также участвует в создании терапевтического альянса (5) с врачом, доверия и эффективной коммуникации, совместного планирования лечения, выбора модели терапевтической помощи.

Религиозность выступает ключевым фактором в этих областях по нескольким причинам:

1) Религия как культурная система, формирующая восприятие реальности, предоставляет человеку систему символов, ценностей, норм поведения и объяснительную модель для ключевых явлений жизни: рождение, смерть, страдание, добро и зло. Это формирует "культурную линзу", через которую человек воспринимает мир, включая симптомы психического расстройства. Например, для человека с христианским мировоззрением чувство вины может интерпретироваться как "грех" и требовать исповеди. Для последователя буддизма то же чувство может быть признаком "привязанности", от которой нужно освободиться. Депрессия в одной культуре может переживаться как "уныние" (один из семи смертных грехов в христианстве), а в другой — как отсутствие "Дао" (гармоничного пути).

2) Религиозность участвует в объяснительных моделях болезни – то, как пациент объясняет причину своего недуга. Из объяснительных моделей болезни нередко выбирают те, основой которых являются именно религиозные представления<sup>1</sup> или сверхъестественные причины (воля Божия, испытание, сглаз, порча, одержимость духами или демонами, кармическое воздаяние за прошлые грехи).

Религиозность может оказывать влияние на диагностику: если пациент верит, что его «преследуют духи», западный психиатр может диагностировать параноидную шизофрению. Однако транскультуральный подход требует сначала понять культурный и религиозный контекст этого убеждения, чтобы отличить патологический бред от культурно-обусловленной идиомы дистресса.

3) Религиозность и проявления симптомов (культурально-обусловленные синдромы). Многие синдромы, описанные в этнопсихиатрии, напрямую связаны с религиозным контекстом [Moreira-Almeida, A. et all, 2021].

- Зук (в мусульманских культурах) - состояние, интерпретируемое как одержимость джиннами. Проявления включают трансовые состояния, истерические припадки. Лечение часто проводится имамом через чтение Корана.

- Коро (в Юго-Восточной Азии) - панический страх втягивания полового члена или груди в живот, ведущий к смерти. Это убеждение тесно связано с культурными представлениями о жизненной силе и душе, которые часто имеют религиозные корни.

- Одержимость (в различных культурах) - феномен, когда человек считает, что в него вселилась чужая сущность (дух, демон, божество). В одном контексте это может быть симптомом психоза, в другом — ритуализированной и социально приемлемой формой выражения дистресса (например, в некоторых афро-бразильских культурах).

4) Религиозность помогает в совладании с болезнью и в формировании системы поддержки.

Религиозность может являться мощным терапевтическим и копинг-ресурсом, т.к. влияет на смыслообразование: религия помогает найти смысл в страдании ("Бог меня испытывает", "Это моя карма"); позволяет найти надежду и прощение: вера в Бога (или высшую силу), прощение грехов (или перерождение к лучшей жизни) может быть мощным антидепрессантом; обрести социальную поддержку: религиозная община (приход, умма, сангха) предоставляет чувство принадлежности, практическую помощь и эмоциональную поддержку; совладать с эмоциональными реакциями помогают некоторые ритуалы и практики: молитва, медитация, пост, исповедь могут снижать тревогу, давать чувство контроля и способствовать рефлексии.

5) Религиозность и терапевтический альянс. Понимание религиозности пациента критически важно для установления с ним доверительных отношений и эффективной коммуникации [American Psychological Association, 2008]. Необходимо уважение веры пациента: психиатр, который пренебрежительно отзывается о вере пациента как о "предрассудке", разрушает терапевтический

---

<sup>1</sup> *Моральная модель* подразумевает, что болезнь пациента вызвана моральным дефектом, таким как эгоизм или моральная слабость. *Религиозная модель* предполагает, что пациент наказан за религиозный недостаток или проступок. *Магическая или сверхъестественная модель* объяснения может включать в себя приписывание колдовства или чародейства в качестве причины симптомов. *Медицинская модель* объясняет болезнь пациента, в основном, биологической этиологией. *Психосоциальная модель* предполагает, что причиной или основным фактором, способствующим развитию болезни, являются чрезмерные психосоциальные стрессоры.

альянс; а также, совместное планирование лечения: можно обсудить с пациентом, как медикаментозное лечение и психотерапия могут сочетаться с поддержкой имама, пастора или духовного наставника. Например, лечение депрессии может включать и прием антидепрессантов, и молитву, и участие в жизни общины. Транскультуральный подход предполагает интеграцию.

Таким образом, учет религиозности и духовности критически важен для эффективной и культурно-чувствительной практики в транскультуральной психиатрии.

### Использованная литература:

1. Bonelli R.M., Koenig H.G. Cultural perspective on religion, spirituality and mental health // *Frontiers in Psychology*. — 2025. — Vol. 16. — Article 1568861. — DOI: 10.3389/fpsyg.2025.1568861. — URL: <https://www.frontiersin.org/journals/psychology/articles/10.3389/fpsyg.2025.1568861/full> (дата обращения: 26.01.2026).[frontiersin]
2. Dvoinin A.M., Kopeyko G.I., Borisova O.A., Gedeveni E.V. Does religious faith contribute to the preservation of personal value system in patients with schizophrenia? An empirical research // *Frontiers in Psychiatry*. — 2025. — Vol. 16. — Article 1553990. — DOI: 10.3389/fpsyt.2025.1553990. — URL: <https://www.frontiersin.org/journals/psychiatry/articles/10.3389/fpsyt.2025.1553990/full> (дата обращения: 26.01.2026).[frontiersin]
3. Fernando S. *Mental health, race, and culture*. — 3rd ed. — London: Palgrave Macmillan, 2010.[frontiersin]
4. Garssen B., Visser A., Pool G. Does spirituality or religion positively affect mental health? Meta-analysis of longitudinal studies // *The International Journal for the Psychology of Religion*. — 2021. — Vol. 31, № 1. — Pp. 4–20.[frontiersin]
5. Kirmayer L.J., Andermann L., Fung K., Guzder J., Jarvis G.E. The importance of religion and spirituality in cultural psychiatry: reply to Drs Persad and Oyewumi // *Canadian Journal of Psychiatry*. — 2022. — Vol. 67, № 8. — P. 661. — DOI: 10.1177/07067437221087939.[frontiersin]
6. Koenig H.G. Religious competence as cultural competence // *Transcultural Psychiatry*. — 2023. — Vol. 60, № 3. — Pp. 415–434. — DOI: 10.1177/1363461512439088.[frontiersin]
7. Moreira-Almeida A., Paz Mosqueiro B., Bhugra D. (eds.). *Spirituality and mental health across cultures*. — Oxford: Oxford University Press, 2021.[frontiersin]
8. American Psychological Association. *Resolution on religion and spirituality in psychology: professional guidelines and ethical considerations*. — 2008. — URL: <https://www.apa.org/about/policy/spirituality> (дата обращения: 26.01.2026).[frontiersin]
9. Wasserman D. Achieving equality, inclusiveness, and cultural sensitivity in mental health (EDIT) // *World Psychiatry*. — 2024. — Vol. 23, № 2. — Pp. 302–303. — DOI: 10.1002/wps.21220. — URL: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/wps.21220> (дата обращения: 26.01.2026).[frontiersin]
10. Weber S.R., Pargament K.I. The role of religion and spirituality in mental health // *Current Opinion in Psychiatry*. — 2014. — Vol. 27. — Pp. 358–363. — DOI: 10.1097/YCO.0000000000000080.[frontiersin]
11. Каледа В.Г., Попович У.О., Романенко Н.В. Религия и психиатрия: проблема взаимоотношений в трудах отечественных психиатров // *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. — 2018. — Т. 118, № 6. — С. 102–110. — URL: <https://www.mediasphera.ru/issues/zhurnal-nevrologii-i-psikhiatrii-im-s-s-korsakova/2018/6/1199772982018061102> (дата обращения: 26.01.2026).[frontiersin]
12. Копейко Г.И., Орехова П.В., Борисова О.А., Гедевани Е.В., Каледа В.Г. Бред конца света религиозного содержания (апокалиптический вариант) // *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. — 2021. — Т. 121, № 9. — С. 7–12. — URL: <https://www.mediasphera.ru/issues/zhurnal-nevrologii-i-psikhiatrii-im-s-s-korsakova/2021/9/1199772982021091007> (дата обращения: 26.01.2026).[frontiersin]

13. Пашковский В.Э. Психические расстройства с религиозно-духовной тематикой в клинической практике // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 2017. — Т. 117, № 6. — С. 46–53. — URL: <https://www.mediasphera.ru/issues/zhurnal-nevrologii-i-psikhiatrii-im-s-s-korsakova/2018/6/1199772982018061102> (дата обращения: 26.11.2025).[frontiersin]

## Транскультуральные аспекты религиозного бреда

**Аннотация:** В статье рассматриваются транскультуральные аспекты религиозного бреда при психотических расстройствах. Анализируется место религиозного бреда в структуре психопатологии, его диагностическая и клиническая значимость, а также роль культурного контекста в формировании частоты и содержания религиозных бредовых идей. Особое внимание уделяется влиянию типа культуры и исторического периода на выбор религиозной символики, посредством которой «оформляются» универсальные психотические переживания. Показано, что сходные по структуре психотические состояния с религиозным содержанием могут интерпретироваться как вариант нормы или как проявление психического расстройства в зависимости от конфессионально-культурной традиции. Обосновывается необходимость культурально компетентного диагностического подхода, учитывающего систему верований пациента и позволяющего использовать религиозность не только как возможный патогенный фактор, но и как ресурс психологического совладания.

**Ключевые слова:** религиозный бред; психотические расстройства; транскультуральная психиатрия; религиозность; культурально компетентная диагностика.

**Религиозный бред** представляет собой один из наиболее сложных и парадоксальных психопатологических феноменов современной психиатрии. Он одновременно является универсальным клиническим проявлением психоза и в то же время глубоко культурно-специфичным выражением психопатологических расстройств. Несмотря на то, что религиозные темы в бредовых идеях описываются со времён Е. Краепелин и Е. Bleuler, систематические транскультуральные исследования этого феномена остаются относительно немногочисленными.

Парадокс транскультурального изучения бреда заключается в том, что при относительной стабильности распространённости шизофрении и других психотических расстройств (по данным ВОЗ — около 1% населения в течение жизни во всех культурах) содержание психотических симптомов демонстрирует выраженные культурные различия. Это позволяет предположить сложное взаимодействие универсальных нейробиологических механизмов психоза с культурно-специфическими факторами, определяющими форму и тематику бредовых переживаний.

Под религиозным бредом понимаются патологические убеждения с религиозным содержанием, не поддающиеся психологической коррекции, выходящие за пределы канонически и культурно обусловленных религиозных традиций, дезорганизующие повседневную жизнь пациента и приводящие к нарушению поведения, профессиональной и социальной декомпенсации, включая риск ауто- и гетероагрессивных действий.

Актуальность изучения транскультуральных аспектов религиозного бреда обусловлена рядом обстоятельств.

### 1. Диагностическое значение.

Содержание бреда играет важную роль в диагностике, особенно в контексте DSM-5 и ICD-11, где бредовые идеи рассматриваются как один из ключевых признаков психотического расстройства. Современные диагностические системы декларируют повышенную «культуральную чувствительность»; в DSM отдельно описаны культурально-специфические синдромы и подчёркивается

необходимость учёта социокультурного контекста при оценке психопатологических феноменов.

## 2. Клиническая необходимость.

Корректное различение патологического религиозного бреда и культурно приемлемых религиозных верований имеет принципиальное значение для клинической практики, особенно в мультикультуральных и многоэтнических обществах с высокой миграцией и культурным разнообразием. Ошибка в сторону гипердиагностики ведёт к патологизации нормативных духовных практик, тогда как недооценка дезадаптирующих состояний может приводить к запоздалому лечению.

## 3. Теоретические основания.

Понимание механизмов, посредством которых универсальные психопатологические процессы трансформируются в культурно-специфичные бредовые идеи, расширяет существующие модели психоза и дополняет биомедицинский подход когнитивными, социоэпистемологическими и эволюционно-антропологическими перспективами.

## 4. Этические аспекты.

Развитие культурально компетентных подходов к диагностике и лечению религиозного бреда требует глубокого понимания роли культуры в формировании и поддержании бредовых убеждений, а также уважительного отношения к религиозной идентичности пациента.

Цель настоящей работы заключается в анализе современных данных о транскультуральных особенностях религиозного бреда и выявлении основных паттернов культурного влияния на содержание и форму религиозных бредовых идей. Для этого был проведён обзор литературы, включающий современные количественные, качественные и философские исследования, охватывающие различные культурные контексты (исламский, индуистский, христианский, конфуцианский, постсоветский) и теоретические подходы (когнитивные, социоэпистемологические, эволюционно-антропологические).

### **Проблема определения: бред и религиозная вера**

Классическое определение бреда, восходящее к работам К. Jaspers и сохранившееся в современных диагностических системах (DSM - 5, ICD - 11), содержит принципиальную логическую трудность при применении к религиозному содержанию. В соответствии с официальными критериями, бред определяется как «стойкое ложное убеждение, не соответствующее социокультурному контексту пациента и сохраняющееся, несмотря на противоречащие доказательства». Вместе с тем религиозные верования (например, «Бог существует», «Ангел-хранитель меня защищает») не являются эмпирически проверяемыми и не могут быть строго отнесены к истинным или ложным в научном смысле.

Практическая коллизия проявляется в том, что одно и то же высказывание в зависимости от контекста может оцениваться по-разному. Так, пациент с параноидной шизофренией, разделяющий традиционную для своей конфессии веру, но демонстрирующий крайний уровень убеждённости, наличие других психотических симптомов и выраженную социальную дисфункцию, нередко автоматически рассматривается как имеющий бредовое содержание. Это требует смещения акцента с анализа содержания верования на оценку его структуры, степени ригидности, связи с общим психическим состоянием и уровнем дезадаптации.

### **Эпидемиология религиозного бреда**

Анализ эпидемиологических данных показывает значительную вариабельность распространённости религиозного содержания в психотических симптомах в разных культурах — от примерно 5 до 50% пациентов с психозами. Исследователи подчёркивают, что эта вариабельность в значительной степени связана с культурными факторами: типом доминирующей религиозной традиции, уровнем религиозности или светскости общества, а также социально-экономическими и образовательными характеристиками, связанными с урбанизацией и модернизацией.

В светских и преимущественно атеистических контекстах (например, в Китае) религиозный бред встречается относительно редко (около 5%). В умеренно религиозных и смешанных культурах (Германия, Австрия, Великобритания) доля религиозного содержания в бредовых идеях составляет в среднем 18–21%. В высокорелигиозных католических, протестантских и исламских странах (Мексика, США, Пакистан, Малайзия, ряд традиционных африканских обществ) частота религиозного бреда достигает 36–50% и более. В контекстах синкретических и традиционных религий (Тайвань, Филиппины, регионы Африки с выраженными местными верованиями) распространённость религиозного бреда особенно высока и может достигать 45–60%.

В целом тип культуры (атеистическая, светская, конфессиональная, традиционная) достаточно чётко коррелирует с тем, насколько религиозные темы становятся «языком» психотических переживаний и включаются в структуру бреда.

### **Историческая динамика содержания бреда**

Одним из наиболее убедительных аргументов в пользу культурной детерминации содержания бреда является его историческая динамика, что позволяет рассматривать бред как своеобразное «зеркало культуры». Исторические исследования показывают плавный сдвиг доминирующих тем от религиозно-магических к технологическим и кибернетическим, отражающий изменения в ведущих объяснительных моделях мира.

В конце XIX — начале XX века (период 1880–1920 гг.) преобладали религиозные, магические и мистические темы (до 60–70% случаев), что соответствовало центральной роли религии и магического мышления в интерпретации реальности. С 1920-х до 1960-х годов доля технологических сюжетов (радио, телеграф, позже телевидение) постепенно возрастала с примерно 12 до 31% по мере превращения средств массовой информации в часть повседневной жизни и их интеграции в бредовые системы как средств воздействия и контроля.

В 1960–1980-е годы на первый план выходят политические и кибернетические темы: холодная война, идеологическое противостояние и страхи, связанные с компьютеризацией, становятся ключевыми источниками бредовых интерпретаций. В 1980–2000-е годы усиливаются мотивы спутникового наблюдения и глобальной связи; электроника и Интернет переживаются как всепроникающие и угрожающие. С 2000-х годов значительно увеличивается удельный вес сюжетов, связанных с цифровыми технологиями, социальными сетями, системами слежения и «чипированием»; такие темы могут составлять до 30–40% содержания бреда. С 2019 г. выделяется отдельный кластер бредовых переживаний, объединяющий медицинскую, политическую и конспирологическую тематику (COVID-19, пандемия, мировые заговоры, вакцины), где эпидемиологические события становятся центральными объектами бредовых интерпретаций.

Таким образом, содержание бреда демонстрирует закономерную историческую изменчивость, отражая доминирующие источники смысла и угроз в конкретную эпоху (религия, техника, политика, цифровые технологии) и актуальный социоисторический контекст. Для клинициста это означает необходимость учитывать не только индивидуальные, но и историко-культурные особенности, включая религиозный фон общества.

### **Содержательные характеристики религиозного бреда в разных культурных контекстах**

Изучение содержания религиозного бреда в различных культурных контекстах показывает, что универсальные формы психоза (бред преследования, величия/мессианства, овладения/одержимости) наполняются различными символическими ресурсами — джиннами и сглазом, демонами и святыми, духами предков, божествами и магическими практиками. Одни и те же переживания в одной культурной среде могут интерпретироваться как духовный дар или религиозный ритуал, а в другой — как проявление шизофрении или острого психотического расстройства.

В исламских обществах (Саудовская Аравия, Малайзия, традиционный Пакистан) в структуру религиозного бреда часто включаются мотивы преследования со стороны представителей иных религиозных течений, религиозных лидеров, конфессионального заговора и притеснения, а также преследования, связанного с этнической принадлежностью или особенностями религиозной практики. Грандиозный религиозный бред может проявляться в форме идентификации с пророком, имамами (в шиитском контексте — с Махди, Али, Хусейном и др.), убеждённости в особой миссии по распространению ислама; у женщин встречаются идентификации с почитаемыми женскими фигурами святости. Темы одержимости включают влияние джинов, злых духов, колдовства, сглаза и магических ритуалов, которые интерпретируются как источник контроля над мыслями и действиями пациента.

В христианских контекстах религиозный бред одержимости включает убеждённость в овладении пациентом демоническими или «сатанинскими» силами, полной потере контроля над разумом, телом и душой, нередко с формированием переживаемой «новой сущности». Описаны также специфические формы, например «инкубус-синдром» — переживание ночного демонического преследования и сексуального овладения. Бред величия и мессианства проявляется идентификацией с Иисусом Христом, Богом, святыми, убеждёностью в обладании сверхъестественными способностями (исцелять, воскрешать, спасать), а также апокалиптическими идеями о наступившем или близком конце света. Идеи греховности и божественного наказания могут достигать бредовой интенсивности, сочетаясь с убеждёностью в невозможности спасения, утратой смысла жизни и высоким суицидальным риском.

В индуистском контексте (Индия, Непал) бред преследования нередко окрашен образами bhoot (духов умерших), враждебных божеств, последствий чёрной тантры и ритуалов подчинения. Грандиозные религиозные идеи включают идентификацию с индуистскими божествами, убеждения в реинкарнации в великого гуру или героя эпоса, а также веру в обладание сиддхами — сверхспособностями (видеть прошлое и будущее, исцелять, управлять стихиями и т.п.). Таким образом, один и тот же тип бреда (преследования, овладения, мессианства) структурно сходен, но его конкретное содержание определяется конфессиональным и культурным контекстом.

### **Культуральная относительность нормы**

Работы J. J. López-Ibor и M. I. López-Ibor Alcoser подчёркивают, что феномены, которые в одном культурном контексте однозначно трактуются как бредовые, в другом могут рассматриваться как нормативные религиозные убеждения. Так, в консервативных исламских обществах вера в сглаз распространена у значительной части населения и воспринимается как обычное убеждение, встроенное в повседневную практику. Однако навязчивая убеждённость конкретного пациента в том, что именно он является целевой жертвой сглаза со стороны определённого «врага», приводящая к выраженной дезадаптации, будет оцениваться как бредовое расстройство даже в этой культуре.

Аналогичная ситуация наблюдается в западных христианских обществах: вера в Бога как защитника и руководителя жизни является нормативной, но убеждение пациента, что Бог напрямую приказывает ему совершить определённое действие (например, убийство или саморазрушительное поведение), трактуется как религиозный бред. В этой связи ряд авторов, опираясь на классический подход Jaspers и Gruhle, предлагают оценивать, прежде всего, структуру мыслительного процесса, уровень критичности, степень ригидности и последствия верования, а не только его содержание. Такой подход позволяет развести понятия бреда и религиозной нормы и снизить риск культурально обусловленных диагностических ошибок.

### **Механизм культурной доступности и клинические выводы**

Mohr и Pfeifer предложили модель, объясняющую, как универсальный психотический процесс трансформируется в культурно-специфичный религиозный бред через механизм культурной доступности. Аномальные переживания (перцептивные и когнитивные) рассматриваются как универсальные и возникающие во всех культурах при сходных нейробиологических предпосылках (гиперактивность дофаминергических систем, дисфункция префронтальной и лимбических областей, нарушения обработки предиктивных ошибок и патологическое усиление салиентности стимулов). Конкретное же объяснение этих переживаний опирается на доступные человеку системы смыслов — религиозные, магические, политические, технологические.

В высокорелигиозных обществах доминируют религиозные интерпретации («джинны», демоны, карма, божественная миссия), в светских — политические, технологические или конспирологические («спецслужбы», «прослушка», Интернет-контроль, «чипирование»). При этом сама религиозность и духовность для значительной части пациентов (по данным многоцентровых исследований — около 40–50%) выступают важным ресурсом совладания, источником надежды и смысла, а религиозный опыт может быть как защитным, так и патогенным фактором.

Для клинициста ключевыми диагностическими вопросами становятся:

- является ли данное переживание нормативным в рамках религиозной и культурной группы пациента (при необходимости — с привлечением культурных посредников);
- какова функция переживаний (ведут ли они к дезадаптации и разрушению социальных связей или, напротив, интегрируются в жизнь и поддерживают пациента);
- имеются ли дополнительные признаки психотического расстройства (нарушения мышления, галлюцинации вне религиозного контекста, эмоциональное уплощение, грубая социальная изоляция, выраженное снижение самообслуживания).

## **Заключение**

Религиозный бред демонстрирует сложное взаимодействие универсальных психопатологических механизмов с культурно-специфическими факторами и является наглядным примером того, как психотические расстройства «наполняются» культурным содержанием, отражающим религиозные системы, социальные структуры, ценности и конфликты конкретных обществ. При этом решающим для клинической оценки оказывается не само содержание религиозных убеждений, а степень дезадаптации, десоциализации и изоляции пациента, а также утрата критики и нарушения поведения. Культурная компетентность врача предполагает знание доминирующих религиозных представлений, использование систематической оценки культурного контекста (включая культурально-специфические синдромы и взаимодействие между культурой и психопатологией) и готовность интегрировать поддерживающие элементы веры в терапевтический процесс. Изучение транскультуральных аспектов религиозного бреда имеет не только теоретическое значение (углубление понимания механизмов бредообразования), но и прямые практические следствия для своевременной диагностики, разработки культурно чувствительных лечебных и психотерапевтических подходов, а также организации пастырской и духовной поддержки людей с психическими расстройствами.

## **Использованная литература:**

1. Brewerton T. D. Hyperreligiosity in psychotic disorders // *Journal of Nervous and Mental Disease*. 1994. Vol. 182, № 5. P. 302–304.
2. Bhavsar V., Bhugra D. Religious delusions: Finding meanings in psychosis // *Psychopathology*. 2008. Vol. 41, № 3. P. 165–172.
3. Bleuler E. *Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien*. Leipzig: Franz Deuticke, 1911.
4. Cook C. Religion, spirituality and psychotic disorders: A systematic review of the literature // *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 2015. Vol. 31, № 3. P. 242–252.
5. De S., Bhatia T., Thomas P. et al. Bizarre delusions: A qualitative study on Indian schizophrenia patients // *Indian Journal of Psychological Medicine*. 2013. Vol. 35, № 3. P. 268–272.
6. Gearing R. E., Alonzo D., Smolak A. et al. The role of culture in psychotic disorders: A systematic review of the literature // *Early Intervention in Psychiatry*. 2013. Vol. 7, Suppl. 1. P. 109–121.
7. Garvey B. *Adolf Grunbaum on religious delusions* // *Religious Studies*. Cambridge: Cambridge University Press, 1996.
8. Getz G. E., Fleck D. E., Strakowski S. M. Frequency and severity of religious delusions in Christian patients with psychosis // *Psychiatry Research*. 2001. Vol. 103, № 1. P. 87–91.
9. Huguelet P., Koenig H. G. (eds.). *Religion and Spirituality in Psychiatry*. Cambridge: Cambridge University Press, 2009.
10. Jaspers K. *Allgemeine Psychopathologie*. 1. Aufl. Berlin: Springer, 1913.
11. Kraepelin E. *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte*. 8. Aufl. Leipzig: Johann Ambrosius Barth, 1909–1915.
12. Kulhara P., Avasthi A. Culture and schizophrenia and other psychotic disorders // *Psychiatric Clinics of North America*. 2000. Vol. 23, № 3. P. 523–538.
13. Kulhara P., Chandiramani K., Mattoo S. K., Awasthi A. A phenomenological study of delusions in schizophrenia // *Indian Journal of Psychiatry*. 1986. Vol. 28, № 4. P. 281–286.
14. López-Ibor J. J., López-Ibor Alcocer M. I. Religious experience and psychopathology // Verhagen P. et al. (eds.). *Religion and Psychiatry: Beyond Boundaries*. Chichester: Wiley-Blackwell, 2010. P. 125–140.

15. Mohr S., Borrás L., Nolan J. et al. Spirituality and religion in outpatients with schizophrenia: A multi-site comparative study of Switzerland, Canada, and the United States // *International Journal of Psychiatry in Medicine*. 2012. Vol. 44, № 1. P. 29–52.
16. Rhodes J., Jakes S., Robinson J. A qualitative analysis of delusional content // *Journal of Mental Health*. 2005. Vol. 14, № 4. P. 383–398.
17. Rieben I., Mohr S., Borrás L. et al. A thematic analysis of delusion with religious content in schizophrenia: Open, closed and mixed dynamics // *Journal of Nervous and Mental Disease*. 2013. Vol. 201, № 8. P. 665–673.
18. Rudaleviciene P. The impact of personal religiosity and culture on the content of psychotic symptoms: Doctoral Dissertation. Vilnius University, 2008.
19. Rudaleviciene P., Stompe T., Narbekovas A. et al. Are religious delusions related to religiosity in schizophrenia? // *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*. 2008. Vol. 12, № 1. P. 27–31.
20. Stompe T., Holzer D., Friedmann A. et al. The impact of personal religiosity and culture on the content of psychotic symptoms: Delusions of guilt in Catholic, Protestant and Muslim patients with schizophrenia. Doctoral Dissertation. 2008.
21. World Health Organization. *Clinical Descriptions and Diagnostic Requirements for ICD-11 Mental, Behavioural and Neurodevelopmental Disorders*. Geneva: WHO, 2024.
22. World Health Organization. *Schizophrenia: Fact sheet*. Geneva: WHO, 2025. URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
23. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. (DSM-5). Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2013.
24. Копейко Г. И., Самсонов И. С. Религиозная вера и религиозный бред // *Психическое здоровье и религиозный мистический опыт*. М., 2020. С. 123–132.
25. Пашковский В. Э. *Психические расстройства с религиозно-мистической фабулой*. М.: Медпрактика-М, 2009.

## Этические и духовные аспекты деменций

**Аннотация:** Статья посвящена вызовам, связанным с наблюдающейся в мире эпидемией деменций. Раскрывает этические и духовные аспекты этого состояния. Рассказывает об особой уязвимости людей с деменцией, обусловленной их стигматизацией, дискриминацией, жестоким обращением. В статье представлены данные о числе людей с деменцией в мире и России. Отмечена проблема недостаточного и запоздалого диагностирования деменций, отсутствие модели долгосрочного ухода. Дано богословское обоснование отношения к деменции из документа Элладской православной церкви. В нем сказано, что Образ Божий не утрачивается при деменции. Несмотря на то, что разум человека может ослабеть, через душу он продолжает входить в общение с Богом. Человек, страдающий деменцией, должен рассчитывать на уважение со стороны окружающих, наравне с эмбрионами и младенцами, а уход за ним можно расценивать как служение и благословение.

**Ключевые слова:** деменции, дискриминация, стигмы в отношении людей с деменцией, этические аспекты деменции, этический кодекс, антидискриминационный язык, эвтаназия, духовное понимание деменции.

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), ежегодно у 8 млн человек по всему миру развивается деменция. Это означает, что каждые три секунды регистрируется новый случай заболевания. Ожидается, что к 2050 г. число людей с деменцией может достигнуть 153 млн человек, что способно подорвать экономическое развитие планеты в глобальном масштабе. По данным ВОЗ (2012 г.), число людей с деменцией в России оценивалось в 1,2 млн человек, что не находит подтверждения в официальных статистических отчетах. Так, по данным Шпорт С.В., Макушкиной О.А. (2024 г.) в 2023 г. в течение года в психиатрических учреждениях РФ было зарегистрировано всего 118 787 человек с сосудистой деменцией и 45 354 человек с другими формами старческого слабоумия [1]. Причинами недостаточного выявления деменций являются: позднее обращение пациентов к психиатрам, ошибки в диагностике, лечение у специалистов, не являющихся психиатрами, кодирование диагнозов вне рубрики МКБ-10 «Психические расстройства и расстройства поведения», низкий уровень информированности о деменции, а также дефицит специалистов соответствующего профиля. При этом установление диагноза психического расстройства (деменции) в соответствии с ФЗ "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании" (ФЗ от 02.07.1992 N 3185-1, ст.20) является исключительным правом врача-психиатра. Заключение врача другой специальности о состоянии психического здоровья гражданина носит предварительный характер.

Согласно данным Alzheimer Disease International (ADI) (2025 г.), глобальной проблемой является недостаточное диагностирование деменций. В тех случаях, когда диагноз все же устанавливается, это происходит, как правило, на поздних стадиях заболевания. При этом существующая терапия признана неэффективной.

В странах с низким и средним уровнем доходов до 90% деменций не диагностируются, и пациенты не получают лечения и ухода. Они часто становятся объектом стигматизации, отсутствуют специалисты соответствующего профиля.

При недостаточной эффективности терапии деменций остается возможность оказания лишь паллиативной помощи, которая также недостаточно развита.

Модели организации долгосрочного ухода (от постановки диагноза и до конца жизни) за людьми с деменцией носят фрагментарный характер, а порой и вовсе отсутствуют [2].

В докладе ADI «Глобальные изменения в отношении к деменции» (2024 г.) говорится, что 65% специалистов в области здравоохранения и ухода и 80% населения считают, что деменция является нормальным проявлением старения; 88% людей, живущих с деменцией, подвергаются дискриминации. Более четверти людей во всем мире полагают, что профилактика деменций невозможна. Более 90% лиц, осуществляющих уход, заявили, что прошли бы диагностику на раннее выявление заболевания, если бы существовало эффективное лечение.

Среди стигм в отношении людей с деменцией в докладе выделены:

- общественная стигма – негативные стереотипы, предрассудки и дискриминация людей с деменцией со стороны социума, убежденность в том, что «люди с деменцией неспособны принимать решения»;
- самостигма – усвоение людьми с деменцией общественных стереотипов с обращением их против себя, что приводит к чувству стыда, сниженной самооценке и социальной изоляции;
- структурная стигма – системная политика, практика и правила, которые ставят людей с деменцией в невыгодное положение, институционализация дискриминации и закрепление неравенства. Например, страховые полисы, исключающие покрытие ухода за людьми с деменцией; медицинские учреждения, отказывающиеся принимать людей с деменцией из-за дополнительных требований по уходу за ними; отсутствие бесплатного лекарственного обеспечения для людей с диагнозом «деменция»;
- аффилированная стигма – стигма, с которой сталкиваются лица, осуществляющие уход, и члены семей людей с деменцией, дискриминация или социальная изоляция из-за связи с людьми с деменцией [3].

### **Этические аспекты отношения к деменции**

Церковно-общественный совет по биомедицинской этике в 2020 году разработал «Этический кодекс в отношении людей старшего возраста», который акцентирует внимание на следующих важных этических аспектах:

- оказание наилучшей психиатрической помощи людям с деменцией;
- возможность проживания и старения дома;
- антидискриминационный язык в отношении людей с деменцией;
- этические вопросы окончания жизни [4,5].

### ***Оказание наилучшей психиатрической помощи***

Отмечено, что попытки пересмотра закона «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» в России в части делегирования полномочий по лечению психических расстройств врачам-непсихиатрам, способны затронуть права людей старшего возраста, в том числе людей с деменцией, в части их права на получение профессиональной психиатрической помощи.

Оказание психиатрической помощи врачами-непсихиатрами способно привести к стигматизации на основании неправомерно установленного диагноза «деменция», нарушению прав человека, лишению дееспособности, увеличению экономических затрат семьи, обусловленному необходимостью покупки дорогостоящих антидементных и психотропных препаратов, которые врач-психиатр должен назначать бесплатно.

Отсрочка обращения за психиатрической помощью приводит к нарастанию тяжести деменции, ухудшению курабельности состояния, отсутствию маршрутизации пациента, несвоевременному оказанию ему необходимой медико-социальной помощи, как и определению группы инвалидности.

При этом право на получение наилучшей психиатрической помощи регламентируется «Принципами защиты психически больных лиц и улучшения психиатрической помощи» (ООН, 1991 г.). В документе говорится, что в развитых странах только психиатр может диагностировать психическое расстройство. Перевод услуг по охране психического здоровья на уровень первичного звена допускается для стран с низким уровнем дохода, испытывающих острую нехватку специалистов по психическому здоровью, что является оптимальной стратегией для групп населения, недостаточно обеспеченных медобслуживанием [6].

### ***Возможность проживания и старения дома***

В соответствии с Принципами защиты психически больных лиц и улучшения психиатрической помощи (ООН, 1991 г.), каждый пациент с психическим заболеванием имеет право:

- жить и работать в обществе;
- получать лечение и уход в доме, в котором он проживает;
- проходить лечение вблизи от своего дома и как можно скорее вернуться туда;
- получать лечение, направленное на сохранение и развитие автономности личности.

Проживание в специализированных учреждениях считается унижающим человеческое достоинство и связанным со структурными и культурными барьерами, препятствующим социальному взаимодействию.

ООН разработана концепция «старения на месте» - возможность для пожилых людей вести безопасный, независимый и комфортабельный образ жизни в своем доме и сообществе вне зависимости от возраста, дохода или уровня индивидуальной жизнеспособности [6].

### ***Антидискриминационный язык в отношении людей с деменцией***

ADI разработала специальный антидискриминационный язык в отношении людей с деменцией. Он основан на убеждении, что деменция не является определяющим аспектом в жизни человека с этим диагнозом и не всегда отражает его способности или уровни понимания. По мнению авторов, язык должен фокусироваться на сохранных, а не на утраченных способностях и помогать людям с деменцией сохранять чувство собственного достоинства. Дискриминирующими дефинициями считаются такие, как «дементирующее заболевание», «старческая деменция», определение людей с деменцией как «больных», «пациентов», «пострадавших» или «жертв». Антидискриминационные обращения - «люди с деменцией» или «люди, живущие с деменцией» или «люди с диагнозом деменция».

### ***Этические вопросы окончания жизни***

Актуальными в отношении людей с деменцией являются вопросы окончания жизни, целесообразности оказания медицинской помощи с тем, чтобы избавить их от лишних страданий, дать естественным образом «умереть спокойно», приостановив лечение, которое продлило бы жизнь, не облегчив состояние пациента.

Вопросы необходимости оказания медицинской помощи и продления жизни людям старшего возраста с тяжелыми стадиями деменций обсуждаются в части, касающейся проведения диагностических обследований, лечения, искусственного кормления при отказе принимать пищу.

При этом в мире распространяется как активная, так и пассивная эвтаназия (ассистированное с помощью врача-психиатра самоубийство), в том числе в отношении людей старшего возраста с деменциями.

В соответствии с этическими нормами и позициями Российского законодательства, намерение прекратить жизнь безнадежных больных и старых людей, в том числе, не оказывая им помощи, следует считать эвтаназией. В ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (ст. 45) говорится: «Медицинским работникам запрещается осуществление эвтаназии, т.е. ускорение по просьбе пациента его смерти какими-либо действиями (бездействием) или средствами, в том числе прекращение искусственных мероприятий по поддержанию жизни пациента».

Позиция Комитета по этике Всемирной психиатрической ассоциации (Испания, 1996 г.) гласит: «Долг психиатра, прежде всего, заключается в улучшении здоровья пациента, облегчении страданий и защите человеческой жизни. Если есть пациенты, не способные или не компетентные дать осознанное согласие, то психиатр должен быть особенно осторожен в своих действиях, которые могут привести к смертельному исходу лиц, не способных защитить себя в силу своих ограниченных возможностей» [7].

Почитая своим долгом отстаивать христианские нравственные ценности в секулярном мире, Церковно-общественный совет по биомедицинской этике в 2020 году заявил следующие позиции Этического кодекса в отношении пожилых людей:

Старение — это закономерный процесс, во время которого продолжается дальнейшее становление человеческой личности и ее духовный расцвет.

Дискриминация по возрастному признаку, как и дискриминация людей с деменциями во всех сферах и областях недопустима.

Жестокое обращение, насилие и пренебрежение по отношению к пожилым людям является грубым нарушением профессиональной медицинской этики.

Необходимо соблюдение презумпции психического здоровья (вменяемости, сделкоспособности, дееспособности) и признание деменции болезнью, а не нормативным проявлением старения.

Необходимо уважение достоинства человека до завершения его земного пути.

Неоспоримым является сохранение права на медицинскую помощь, проживание и умирание в своем доме.

Недопустима реализация любых попыток легализации эвтаназии как действия по намеренному умерщвлению больных и пожилых людей, исходя из признания эвтаназии особой формой убийства (по решению врачей или согласию родственников), либо самоубийства (по просьбе пациента), либо сочетания того и другого[5].

### **Духовное понимание деменций**

В связи с особой уязвимостью людей с деменцией важным является богословское понимание этого состояния.

В документе Элладской православной церкви «Богословский и этический аспекты деменций» (2012 г.) рассматриваются духовные измерения этого заболевания. В нем представлено богословское осмысление состояния людей, страдающих деменцией, и дается обоснование такого подхода.

В документе говорится, что даже когда человеческий разум угасает, душа сохраняет свою способность к общению с Богом. Это означает, что ценность жизни и достоинство человека с деменцией требуют такого же уважения, как и жизнь эмбриона или младенца. Образ Божий запечатлевается в человеке с момента зачатия и сохраняется в нём навсегда, неизменно, до конца жизни. Это

касается и периодов болезней, включая деменцию. Следовательно, Образ Божий не утрачивается при деменции!

Поскольку мы признаём, что все люди имеют общее начало, общего Творца и общего Отца, значит все люди — братья между собой. Люди с деменцией, даже если они не могут говорить, общаться, контролировать свое поведение, не перестают быть частью нашего братства во Христе. Человек, через Крещение и Помазания ставший членом Церкви, т.е. членом Тела Христова, продолжает оставаться им независимо от своей болезни.

А здоровые члены Тела Христова призваны терпеливо заботиться о человеке с деменцией как о брате, претерпевающем испытания, «снисходя к нему любовью». Недопустимо высказывать ему презрение или игнорировать его. Если он страдает, мы призваны вместе сострадать: «Страдает ли один член — страдают с ним все члены» (1 Кор.12:26).

"Ибо больной и страждущий ближний есть брат возлюбленный, даже если он причиняет скорби; он желан, даже если бывает требователен и порой несносен; он драгоценен, даже если не может ничего дать, ибо он есть зримый «меньший» из братьев Христовых, по слову Евангелия (Мф. 25:40), даже если не способен общаться." [8]

«Помимо того, что мы выражаем свою любовь и молимся за страдающих душевными недугами, важно молиться вместе с ними. Следует мягко наставлять их осенять себя крестным знамением, зажигать перед ними лампаду, предлагать им прикладываться к святым иконам и помазывать их освященным елеем от Таинства Елеосвящения. Важно приводить их на Божественную литургию и, если нет затруднений с глотанием, помогать им приобщаться Святых Тела и Крови Христовых». [8]

Служение человеку с деменцией исполнено особого величия. Так как сам он не может выразить свою признательность, наш уход за ним становится бескорыстным делом.

Уход за человеком с деменцией можно расценивать как Служение и Благословение. Страдающий деменцией есть «один из меньших братьев Господа», «он – дитя», которое не может быть «помехой» для нас, но которому мы призваны «уподобиться».

Испытание, которое переживает человек с деменцией, дарует нам возможность послужить ему и через это обрести спасение, освящение и укрепить собственный дух.

Смирненное принятие реальности и вера в то, что каждый миг человеческой жизни бесценен и неповторим, являются необходимым условием для поддержки страдающего человека. Ведь наша задача не в том, чтобы предотвращать смерть; она неизбежна. Наша задача — подарить страдающему человеку драгоценные мгновения общения и любовь. [8]

### **Заключение**

В заключении следует сказать, что одинокие пожилые люди с деменцией не обращаются к врачам, они часто тихо угасают в своем доме. Проблемы обнаруживаются соседями и посторонними людьми при их некорректном поведении, при затоплении и захламлении квартир, появлении неприятных запахов, пожарах, утечке газа, когда они теряются на улице и не могут найти дорогу домой, попадают в больницу или в полицию. Для решения этой проблемы важно выявление одиноких пожилых людей, нуждающихся в помощи, службами милосердия и церковными общинами.

Люди с деменцией подвергаются дискриминации, жестокому обращению и насилию, помещаются в психоневрологические интернаты (ПНИ), в отношении них актуализируются вопросы эвтаназии. Необходимо привлечение внимания к

заботе о них, недопустимости жестокого обращения и насилия, дискриминации, эйджизма, важности соблюдения Пятой заповеди о почитании родителей, актуализации Этического кодекса в отношении пожилых.

Люди с деменцией ограничены в медицинском обслуживании и социальном обеспечении, отсутствует стройная и последовательная система оказания им медицинской помощи, законодательно не принят разработанный в 2018 году Антидементный план в России. В связи с этим, требуется расширение сети церковных медицинских учреждений, богаделен с отделениями для людей с деменциями, где они могли бы получать заботу, уход и духовное окормление.

Не разработана система медико-социальной реабилитации при деменциях, существующие клиники памяти открыты лишь для людей с недементным уровнем когнитивных нарушений. В связи с этим становится важной разработка реабилитационных мероприятий в рамках церковной общины, клубов с богословским уклоном для людей старшего возраста, в том числе с когнитивными расстройствами и деменциями.

Порой пастыри считают участие людей с деменцией в церковной жизни нецелесообразным, так как те не могут выразить свою волю, припомнить свои грехи и покаяться в них, порой не могут и говорить, обнаруживают некорректное поведение, в связи с чем им может быть отказано в исповеди и причащении. Необходимо помнить, что деменция – это болезнь, связанная с нейродегенерацией головного мозга, при которой человек продолжает нуждаться в духовном окормлении. Даже если он не может выразить свою волю, участие в церковной и общинной жизни способно значительно улучшить его состояние и помочь его близким.

Следует развенчивать такие дискриминационные антидуховные представления, как «если Бог хочет наказать человека, он лишает его разума». Важным становится определение духовного смысла деменции для родных и самого болящего; разъяснение, что деменция – это не наказание за грехи, а болезнь, посланная для духовного укрепления и возрастания. Духовная помощь, молитва, посещение храма, участие в церковных таинствах способны профилировать развитие деменции в позднем возрасте.

Насущной задачей становятся вопросы тесного взаимодействия священнослужителя с психиатром: при подозрении на наличие у человека психического расстройства или деменции – направление его за врачебной помощью. При выявлении же деменции психиатром у человека религиозно-духовного, терапию необходимо проводить в тесном сотрудничестве со священнослужителем, учитывая триединство человеческого существа: духа, души и тела.

### **Использованная литература:**

1. Шпорт С.В., Макушкина О.А. Психиатрическая помощь населению Российской Федерации в 2019-2023 гг. Москва, 2024 г. 367 С.
2. World Alzheimer Report 2025. Reimagining life with dementia – the power of rehabilitation. <https://www.alzint.org/u/World-Alzheimer-Report-2025.pdf>
3. World Alzheimer Report 2024 Global changes in attitudes to dementia. <https://www.alzint.org/u/World-Alzheimer-Report-2024.pdf>
4. Силуянова И.В., Пищикова Л.Е. Этический кодекс в отношении граждан старшего возраста. Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. 2019. № 4. С. 13-19.
5. Пищикова Л.Е. Этические проблемы отношения к людям старшего возраста. В сборнике: Православие и вопросы биоэтики. Ответственный редактор И.В. Силуянова. Москва, 2020. С. 152-155.
6. ООН. Принципы защиты психически больных лиц и улучшения психиатрической помощи.

[https://www.un.org/ru/documents/decl\\_conv/conventions/mental\\_health\\_care.shtml?ysclid=ml98pwabrs773198376](https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/mental_health_care.shtml?ysclid=ml98pwabrs773198376)

7. Пищикова Л.Е., Силюянова И.В. Этические вызовы в психиатрии. Эвтаназия и ассистированное самоубийство (по материалам конференции "BIOETHICS, MEDICAL ETHICS & HEALTH LAW", Иерусалим, 27-29 ноября 2018 г.). Психическое здоровье. 2019. № 10. С. 75-80.

8. Документ Элладской православной церкви «Богословский и этический аспекты деменций». 10.09.2012 г. <https://bioethics.org.gr>

## **Объяснительные модели болезни, исцеления и здоровья в различных культурах и религиозных традициях**

**Аннотация:** Объяснительные модели могут в значительной степени различаться, что находит свое отражение в том, как воспринимается здоровье, симптомы болезни, ее течение и процесс выздоровления в различных культурах и религиозных традициях. Существуют даже целые системы представлений о здоровье, например, Аюрведа, которая целостно подходит к рассмотрению физических, социальных, этических и духовных аспектов здоровья и болезней. Исследователями в области психиатрии, уже начиная с 1970-х годов, описываются «культурально-специфические болезни» или «культурально-обусловленные синдромы», особенность которых заключается в несоответствии известным психопатологическим расстройствам. Понимание врачом представлений пациента о том, как именно развивается его болезнь и в чем он видит исцеление, является, очевидно, необходимым условием терапевтического процесса, так как способствует формированию приверженности к лечению и может оказывать влияние на прогноз заболевания в целом.

**Ключевые слова:** модели болезни, модели терапии, культурально-специфические болезни, культурально-обусловленные синдромы, приверженность лечению.

Для эффективного персонифицированного оказания помощи пациенту, в частности, страдающему психической патологией, необходимо тщательное рассмотрение имеющихся у него представлений о собственной болезни, путях исцеления и здоровье, так как эти представления в значительной степени влияют на ход терапевтического процесса. Очевидно, что подобные представления, несмотря на их специфичность для пациента, в то же время опосредованы воздействием той культурной среды, к которой он принадлежит.

Факторы, которые в разных культуральных сообществах рассматривались в качестве причин того или иного заболевания, и специфические стратегии и практики, направленные на борьбу с болезнями, ранее являлись предметом изучения антропологов, позднее – медицинских антропологов и медицинских этнографов. Но с течением времени, все больше стали привлекать внимание представителей медицины, в частности, психиатров.

Исследования в этой области показали наличие культурально-специфических расстройств, ограниченных конкретными географическими областями. Особенность этих расстройств заключается в несоответствии известным психопатологическим расстройствам. Так называемые «культурально-специфические болезни» или «культурально-обусловленные синдромы», как правило, встречаются среди людей, которые разделяют схожие культурные ценности и убеждения [Н.Р. Lefley, 1999; R.E.Levine, A.C.Gaw, 1995]. Примером могут являться эпидемии психических расстройств с синдромом одержимости: кликушество, икота [Л.Е. Пищикова, 2025].

Объясняющие модели болезни и терапии стали приобретать свою значимость уже в 1970-х годах. Их появлению способствовало проведение исследований в области культурологической психиатрии, которые основывались на изучении языковых конструкторов и символов, скрытых за этими языковыми конструктами. В таких условиях медицина стала более ориентированной на смысл, и все реалии болезни стали признаваться в основе своей семантическими, а все клинические операции в той или иной степени – интерпретирующими. Таким образом, считается, что объяснительные модели психических заболеваний

играют важную роль в выборе времени и типа помощи, о которой могут договариваться отдельные лица и их семьи [G.Leavey, K.Loewenthal, M.King, 2016].

Объяснительные модели выздоровления так или иначе связаны с медицинскими системами. В основном, в развивающемся мире существуют две системы здравоохранения: традиционная и официальная, основанная на западной науке и технологии, на биомедицинской парадигме.

Концепция традиционной медицины является условным термином, используемым для обозначения эмпирических медицинских систем, используемых в разных культурах по всему миру. Традиционная медицина включает все виды народной медицины, и действительно любой вид терапевтического метода, который был передан по традиции сообщества или этнической группы. Традиционные медицинские системы, существующие в рамках холистического подхода, продолжают сосуществовать с биомедициной. Народные, популярные и ортодоксальные медицинские практики могут сосуществовать, соперничать и смешиваться друг с другом внутри одного сообщества, нации или региона. Действительно, многие традиционные или популярные представления о здоровье могут поддерживаться или, напротив, опровергаться биомедицинскими объяснениями. Медицинский плюрализм предлагает множество вариантов лечения, таким образом, пациенты ищут способы терапии и логику действий, соответствующие их пониманию болезни [V.Bhasin, 2007].

Поскольку медицина сама также является частью культуры, то исторически медицинская помощь, лечение и этиология заболевания не могут быть определены вне социального контекста, поэтому отдельные племена или народности имеют собственные способы распознавания болезни и пути борьбы с ней. Наиболее часто причины заболеваний в таких сообществах разделяются на естественные (вследствие физических причин) и сверхъестественные (связанные с воздействием злых духов или колдовством). Способы лечения заболевания в значительной степени могут различаться в зависимости от причин, которыми они вызваны (народная медицина, магические способы или религиозные ритуалы).

Объединяющими и важными темами для большинства религий являются жизнь, смерть и человеческие страдания, с чем тесно связаны ритуалы, мифы и верования, на чем основываются также и общие представления о причинах заболевания, способах исцеления, о поддержании здоровья, что привело к формированию современных медицинских систем в наши дни. Объяснительные модели болезни и выздоровления обеспечивают структуру, в рамках которой человек способен разрешить проблемы со здоровьем и определить для себя, что есть болезнь, травма и инвалидность [G. Leavey, K.Loewenthal, M.King, 2016].

### **Представления об исцелении, болезнях и здоровье, характерные для некоторых культур**

Поддержка членов семьи друг другом, особенно старших, является освященной веками арабской традицией, которая была усилена принятием ислама. В связи с чем решение обратиться за профессиональной медицинской помощью часто принимается семьей коллективно. В таких сообществах очень необычно, когда пациент самостоятельно обращается к психиатру (или ко врачу общей практики). Сопровождающие члены семьи поддерживают пациентов, проявляя интерес к их благополучию, и помогают в прохождении лечения. Решение о госпитализации также обычно принимается совместно терапевтом, пациентом и сопровождающими членами семьи.

Помимо этого, многие арабские пациенты в Египте и странах Персидского залива ожидают, что психиатры "избавят" их от страданий, что в некоторой

степени усиливает их зависимость от семьи, затрудняя выполнение ими какой-либо "домашней работы" самостоятельно. Часто члены семьи должны быть вовлечены в процесс и выступать в качестве "ко-терапевтов". Психиатры, незнакомые с арабской культурой, могут истолковать такое поведение пациента как отказ от сотрудничества, свидетельствующий о нежелании помочь самому себе. С другой стороны, пациенты ожидают, что врачи будут подходить к оценке имеющейся у них симптоматики с учетом их собственного культурного контекста, а не с психиатрической точки зрения.

Неспособность отличить терапевтами-экспатриантами то, что является культурно чуждым, от того, что является общим для этой культуры, может привести к ошибкам в диагностике и лечении. Например, специалистами, обученными на Западе, представления о том, что дьявол искушает людей думать, чувствовать или действовать неправильно, могут быть ошибочно приняты за симптомы первого ранга по Курту Шнайдеру при шизофрении <sup>1</sup> [M. Fakhr El-Islam, 2008].

Некоторые традиции являются носителями системных представлений о здоровье. Таким примером является Аюрведа <sup>2</sup>. Особенность этой системы заключается в целостном взгляде на жизнь человека, что подразумевает включение разных аспектов здоровья и болезней: физических, социальных, этических и духовных. Одним из основополагающих конструктов Аюрведы является понятие «кармы», которое определяет практически все составляющие жизни человека, уровень его здоровья, склонность к тем или иным заболеваниям.

Многие пациенты-индуисты считают, что психические заболевания имеют сверхъестественные причины. Наиболее часто у пациента имеются ожидания, что психиатр выслушает каждого члена его семьи, присутствующего на приеме вместе с ним, и привлечет его к лечению, имеется также специфическое понимание вопросов конфиденциальности, что в некоторой степени сходно с вышеописанными культурными аспектами арабской традиции. Довольно часто у пациентов и членов их семей имеются представления, что психиатр должен занимать более директивную позицию в терапевтических отношениях, являясь советчиком и учителем [N.V.Juthani, 2001].

Буддийский акцент на сострадании находит естественное выражение в уходе за больными, что в течение многих столетий практиковалось в монастырях. Несомненно, существуют связи между буддизмом и традиционной индийской медициной, в частности, некоторые исследователи находят множество параллелей между буддийской медициной, описанной в Палийском каноне, и Аюрведой. Холистическое понимание буддизмом природы человека находит свое отражение в современной западной медицине, к примеру, в виде психосоматического подхода. Среди некоторых буддийских школ, как и в Аюрведе, немаловажным считается понятие «кармы», которая сравнивается с созреванием плода. Развитие тяжелого соматического или психического заболевания в этом контексте может трактоваться скорее в положительном ключе, как развязка, облегчение от тяжелого груза [J.J.Hughes, D.Keown, 1995].

Особенности мировоззрения японцев заключаются в том, что большинство из них исповедуют смесь синтоизма и буддизма. Темы рождения и жизни более

---

<sup>1</sup> Арабское слово "виссвас" обозначает как дьявола, так и неприятные мысли, что также может создавать определенные смысловые искажения.

<sup>2</sup> Аюрведа - индийская медицинская система, которая состоит из древних традиционных текстов.

очевидны в синтоизме, в то время как буддизм больше озабочен страданиями и проблемами, связанными со смертью<sup>3</sup>.

Осквернение и очищение играют ключевую роль в синтоистской духовности. Очищение тела одновременно очищает разум и непосредственное окружение человека. Аналогичным образом, если окружающая человека среда или его разум загрязнены, то одновременно оскверняется и тело. В этом смысле три измерения – разум, тело и внешняя реальность – рассматриваются как идентичные, и одна область никогда не имеет преимуществ перед другими.

В японском буддизме разум и тело не рассматриваются отдельно друг от друга. В некоторых видах буддизма физические нагрузки, связанные с ходьбой на большие расстояния и восхождением на гору, являются важной формой тренировки для освобождения от мирских привязанностей, помимо этого часто практикуется и медитация, укрепляющая как разум, так и тело.

Немалый вклад, а может быть даже более значимый, в картину мира японца, вносит идеология Ки<sup>4</sup>, так же, как и буддизм пришедшая из Китая. Согласно даосизму, Ки циркулирует в человеческом теле и является фундаментальным элементом всего сущего в природе или Вселенной. Даосизм не проводит различия между разумом и телом человека или между энергиями внутри и вне тела. Когда в человеческом теле нарушается поток Ки, считается, что жизненная сила и бодрость человека утрачены, и в результате этого, как полагают, наступает болезнь или смерть<sup>5</sup>.

Хотя эти три системы верований теоретически разделены, они уже более 1000 лет считаются идентичными с точки зрения восприятия жизни японцами. Концепция единства разума и тела, созвучная всем трем традициям, составляет часть фундамента японского мышления. Именно на этой концепции базируются объяснительные модели здоровья, болезни и исцеления в японской культурной среде [M.Nakao, C.Ohara, 2014].

Некоторые исследования, направленные на изучение представлений о здоровье у аборигенов, выявили, что оно определяется не только как физическое благополучие отдельного человека, но и как социальное, эмоциональное и культурное благополучие всего сообщества. Это целостный взгляд на жизнь, который включает в себя концепцию цикличности жизни и смерти. Так, серьезные заболевания, в том числе психические, часто приписываются внешним силам или причинам, что отражает переплетение духовности и отношений с семьей, землей и культурой [S.Tse, C.Lloyd, L.Petchkovsky, W.Manaia, 2005]

**В заключение** хотелось бы отметить, что объяснительные модели болезни, исцеления и здоровья в различных культурах и религиозных традициях могут значительно различаться. Однако в процессе получения медицинской помощи люди с проблемами психического здоровья, вне зависимости от того к какой именно культуре они принадлежат, имеют ожидания, что их духовные переживания будут восприниматься как реальные и значимые. Понимание врачом представлений пациента о том, как именно развивается его болезнь и в чем он видит исцеление, является необходимым условием терапевтического процесса, способствует формированию приверженности к лечению и может оказывать влияние на прогноз заболевания в целом.

---

<sup>3</sup> Существует поговорка: «Каждый японец рождается синтоистом, а умирает буддистом».

<sup>4</sup> По-китайски – Ци.

<sup>5</sup> Распространенное японское приветствие: «Гэнкидэсука?» («С вами все в порядке?») направлено на осведомление о том, в каком состоянии находится Ки человека. Кроме того, «Кимочи-га-варуи» («Я плохо себя чувствую») означает, что с Ки человека что-то не так.

При этом недостаточно лишь распознать те или иные культуральные особенности мировоззрения пациента или знать основные принципы христианства, ислама, буддизма, иудаизма или любой другой религии. Переживания человека, связанные с его болезнью, то, как он интерпретирует происходящее, и потенциальное влияние, которое это оказывает на процесс оказания медицинской помощи, воспринимаются как фундаментальная реальность, к которой необходимо относиться серьезно, поскольку она имеет фундаментальное значение для всего процесса оказания медицинской помощи. [J.Swinton, 2001].

### **Использованная литература:**

1. Пищикова, Л. Е. Эпидемии психических расстройств с синдромом одержимости: исторические и клинические аспекты / Л. Е. Пищикова // Современный взгляд на религиозные переживания в норме и патологии : материалы международной конференции, 24–25 ноября 2023 года. — Москва : Скифия-принт, 2025. — С. 142–148. — ISBN 978-5-98620-777-3.
2. Bhasin, V. Medical anthropology: a review / V. Bhasin // *Studies on Ethno-Medicine*. — 2007. — Vol. 1, no. 1. — P. 1–20.
3. Fakhr El-Islam, M. Arab culture and mental health care / M. Fakhr El-Islam // *Transcultural Psychiatry*. — 2008. — Vol. 45, no. 4. — P. 671–682. — DOI 10.1177/13634615081007
4. Hughes, J. J. Buddhism and medical ethics: a bibliographic introduction / J. J. Hughes, D. Keown // *Journal of Buddhist Ethics*. — 1995. — Vol. 2. — P. 105–124.
5. Juthani, N. V. Psychiatric treatment of Hindus / N. V. Juthani // *International Review of Psychiatry*. — 2001. — Vol. 13, no. 2. — P. 125–130. — DOI 10.1080/09540260125005.
6. Leavey, G. Locating the Social Origins of Mental Illness: The Explanatory Models of Mental Illness Among Clergy from Different Ethnic and Faith Backgrounds / G. Leavey, K. Loewenthal, M. King // *Journal of Religion and Health*. — 2016. — Vol. 55, no. 5. — P. 1607–1622. — DOI 10.1007/s10943-016-0191-1.
7. Lefley, H. P. Mental health systems in cross-cultural context / H. P. Lefley // *A handbook for the study of mental health: social contexts, theories, and systems* / ed. by A. V. Horwitz, T. L. Scheid. — Cambridge : Cambridge University Press, 1999. — P. 566–584.
8. Levine, R. E. Culture-bound syndromes / R. E. Levine, A. C. Gaw // *Psychiatric Clinics of North America*. — 1995. — Vol. 18, no. 3. — P. 523–536. — DOI 10.1016/S0193-953X(18)30038-8.
9. Nakao, M. The Perspective of Psychosomatic Medicine on the Effect of Religion on the Mind–Body Relationship in Japan / M. Nakao, C. Ohara // *Journal of Religion and Health*. — 2014. — Vol. 53, no. 1. — P. 46–55. — DOI 10.1007/s10943-012-9586-9.
10. Swinton, J. Spirituality and mental health care: rediscovering a ‘forgotten’ dimension / J. Swinton. — London : Jessica Kingsley Publishers, 2001. — 240 p. — ISBN 978-1853028045.
11. Tse, S. Exploration of Australian and New Zealand indigenous people’s spirituality and mental health / S. Tse [et al.] // *Australian Occupational Therapy Journal*. — 2005. — Vol. 52, no. 3. — P. 181–187. — DOI 10.1111/j.1440-1630.2005.00507.x.

## **Религиозные убеждения и их связь с психическим здоровьем**

**Аннотация:** Целью данного исследования является анализ и установление взаимосвязи между религиозными убеждениями и психическим здоровьем путем систематического обзора соответствующих теоретических концепций и предыдущих исследований. Особое внимание уделяется выявлению пробелов в научных знаниях, особенно в контексте Ирака, где религиозные меньшинства столкнулись с травмирующими обстоятельствами.

Для достижения поставленной цели был использован описательно-аналитический метод, включающий анализ фундаментальных теоретических моделей Олпорта, Бандуры, Паргамента и Вонга, а также обсуждение результатов систематических исследований, направленных на изучение двунаправленных корреляций и эффектов. Проведенный анализ показал, что современные теоретические модели подтверждают, что религиозные убеждения являются когнитивно-аффективным элементом, способствующим укреплению психического здоровья. При этом качество религиозных убеждений выступает ключевым фактором, определяющим их влияние на психическое состояние индивида. Прикладные исследования продемонстрировали, что позитивное совладание с жизненными трудностями функционирует как защитный механизм, связанный с уменьшением симптомов депрессии и тревоги, повышением психологической устойчивости и общего благополучия. В то же время негативные религиозные убеждения (например, ощущение наказания или гнева со стороны высших сил) ассоциируются с усилением психологического стресса и чувством безнадежности. На основании полученных результатов были разработаны соответствующие рекомендации и предложения.

**Ключевые слова:** Религиозные убеждения, психическое здоровье, позитивное религиозное преодоление, религиозно-духовный конфликт, психологическая устойчивость.

### **Введение**

Исследование взаимосвязи религиозных убеждений и психического здоровья представляет собой одно из ключевых направлений в области психологии религии. Научные исследования и обзоры демонстрируют, что религия, включающая веру, связь с божественным, надежду и участие в религиозных обрядах, оказывает влияние на важные психологические процессы, такие как адаптация, психологическая устойчивость, общее психологическое состояние, чувство удовлетворенности и другие личностные и социальные аспекты.

Религиозные убеждения – один из наиболее значительных факторов, определяющих поведение человека. Многочисленные исследования указывают на связь религии с поведением человека, а также с психологическими и социальными аспектами [Smith, 2017]. На это также указывает исследование [Koenig, 2012], согласно которому религиозные убеждения положительно влияют на психическое здоровье и способствуют ощущению спокойствия и надежды [Pargament, 2011]. Религиозные убеждения считаются ключевыми факторами в жизни человека и могут оказывать заметное влияние на психическое здоровье, повышая его уровень [Bohr et al., 2019]. Следование этим убеждениям может снизить частоту некоторых психологических расстройств, таких как тревожность и депрессия [Bonelli & Koenig, 2013]. Однако другие исследования показали, что религиозные убеждения могут вызывать чувство вины или страх наказания, что

усиливает психологический стресс и тем самым негативно влияет на психическое здоровье [Exline et al., 2014, с. 95].

Несмотря на значительный объем когнитивных данных в сфере религиозных убеждений и психического здоровья, сохраняется потребность в их более детальном изучении в конкретных контекстах. Поэтому данное исследование направлено на анализ противоречий, возникающих при изучении влияния религиозных убеждений на психическое здоровье. В ходе анализа психологических исследований автор выявила их недостаточность, что было подтверждено работами Аль-Кандари (2019), а также Абу-Райя и Паргамента (2015). Важно отметить, что в данной области не проводилось ни одного локального исследования, которое бы документально подтверждало связь между религией и психическим здоровьем с позиций комплексной психологии. Это приобретает особую актуальность в свете недавних событий в Ираке, таких как похищения, убийства, изгнание христиан из мест их проживания и деревень, разрушение некоторых церквей, которые были важными духовными символами для верующих, особенно в период оккупации ИГИЛ. Эти события продолжают причинять значительные психологические и духовные страдания населению.

Целью настоящего исследования является проведение анализа научных и академических трудов, посвященных изучению взаимосвязи между религиозными убеждениями и психическим здоровьем. В рамках исследования будут рассмотрены как теоретические психологические интерпретации, так и результаты предшествующих эмпирических исследований. Особое внимание будет уделено ответу на главный исследовательский вопрос: «Как теоретические психологические модели интерпретируют взаимосвязь между религиозными убеждениями и психическим здоровьем?» Для достижения поставленных целей был избран описательно-аналитический метод исследования, который позволил провести детальный теоретический анализ существующих психологических теорий и результатов предшествующих исследований по данной тематике. Данный метод обеспечил возможность систематизации полученных данных, формулирования выводов и разработки рекомендаций и предложений.

### **Теоретическая концепция**

Для систематического академического анализа вопроса религиозных убеждений и их связи с психическим здоровьем потребовалось создание четкой концептуальной основы, которая бы направляла процесс понимания и обсуждения, а также интерпретацию порой взаимосвязанных, а порой противоречивых результатов, представленных в литературе. Таким образом, данная концепция направлена на понимание двух понятий с точки зрения психологической терминологии, а также на представление теорий и предыдущих исследований.

### **Первое: определение понятий**

**Определение понятия «убеждения».** Некоторые ученые дают следующие определения понятию «убеждения»:

**1.Аарон Бек (1995)** определил убеждения как *когнитивные схемы, которые служат для организации и интерпретации индивидуального опыта посредством непрерывного взаимодействия с окружающей средой* [Beck, 1995, p. 13].

**2.Айзен (2020)** – определил убеждения как *«когнитивные представления, которые формируют у человека оценку вероятности или реальности событий и являются одним из основных компонентов формирования поведенческих намерений и определения ценностей»* [Ajzen, 2020, p. 7].

**З.Джаухар (2023)** определил убеждения как «ментальное представление объекта, служащее источником и производителем мыслей и других ментальных процессов» [Jawhar, 2023, p. 53].

**Религиозные убеждения:** исследователи определили их теоретически следующим образом:

**Кёниг (2012)** рассматривает религиозные убеждения как комплекс идей и представлений, связанных с Богом, верой в значимость религиозных ритуалов и приданием им духовного значения, что, в свою очередь, оказывает влияние на мировоззрение и поведение индивида [Koenig, 2012].

С теоретической точки зрения **исследователь** определяет религиозные убеждения как представления, связанные с верой в существование Бога, интерпретацией жизненных событий через призму духовного смысла и опорой на религиозные нормы при оценке собственного поведения и поведения других индивидов.

#### **Психическое здоровье**

**Всемирная организация здравоохранения** даёт следующее определение психического здоровья: «Это состояние психического благополучия, позволяющее человеку справляться с жизненными факторами стресса, реализовывать свой потенциал, успешно учиться и работать, а также продуктивно участвовать в жизни общества» [Всемирная организация здравоохранения, 2022].

#### **Второе: психологические аспекты религиозных убеждений**

Религиозные убеждения оказывают значительное влияние на психологические аспекты личности индивида. Их можно классифицировать по трем основным направлениям:

**1. Религиозная ориентация и личность.** Данный аспект касается процесса усвоения религиозных убеждений и их интеграции в структуру личности. В рамках данной проблематики наиболее значимой является модель Гордона Олпорта, который выделил два типа религиозной ориентации:

- Внутренняя ориентация: индивид воспринимает свои религиозные убеждения как ценность и высшую цель жизни, стремясь жить в соответствии с учением своей веры. Эта ориентация ассоциируется с личностной зрелостью и внутренней целостностью [Allport & Ross, 1967, p. 434].

- Внешняя ориентация: индивид использует религиозные убеждения как инструмент для достижения иных, нерелигиозных целей, таких как получение поддержки, повышение социального статуса или обеспечение безопасности. Эта ориентация не связана напрямую с психическим здоровьем, однако может быть связана с развитием невротических расстройств и психологических заболеваний [Allport & Ross, 1967, p. 435].

**2. Копинг и адаптация.** В данном направлении исследуется роль религиозных убеждений в процессе преодоления повседневных жизненных испытаний, а также в ситуациях катастрофических событий и психологических кризисов [Pargament, 1997]. Религиозный копинг можно разделить на два типа:

- Позитивный копинг: индивид использует свои религиозные убеждения для поддержания психического здоровья, находит смысл в переживаемых страданиях или верит, что Бог любит его.

- Негативный копинг: религиозные убеждения усиливают дистресс, вызывают чувство гнева по отношению к Богу, интерпретируют страдания как божественное наказание, что приводит к усилению тревожности и психологического конфликта [Pargament et al., 2000].

**3. Экзистенциальное здоровье и поиск смысла.** Этот аспект рассматривает, как религиозные убеждения способствуют ответу на фундаментальные экзистенциальные вопросы, оказывая непосредственное влияние на чувство психологического благополучия или его отсутствие [Wong, 1998]. Смысл жизни заключается в наличии религиозных убеждений, формирующих целостную систему понимания мироздания и роли человека в нем, что позволяет снизить ощущение экзистенциального вакуума и бессмысленности. Это, в свою очередь, придает высшее значение повседневным действиям и решениям, способствуя формированию надежды и оптимизма [Wong, 1998, p. 17].

**Третье: психологические теории, объясняющие религиозные убеждения и их взаимосвязь с психическим здоровьем**

#### **Психическое здоровье**

Изучив и большое число психологических теорий, автор рассмотрел наиболее известные из них, направленные на объяснение феномена религиозных убеждений с психологической точки зрения:

#### **1. Психоаналитическая теория [Sigmund Freud, 1927]**

Зигмунд Фрейд объясняет происхождение религиозных верований потребностью человека в чувстве безопасности и защищенности в противостоянии ужасающим силам природы и внешним трудностям, поскольку человек проецирует образ сильного отца-спасителя на образ Бога [Freud, 1927, p. 21]. Фрейд сравнивает религиозные верования и обряды как с навязчивой симптоматикой (невроз навязчивых состояний) у отдельных людей. Однако, в отличие от индивидуального невроза, он рассматривает религию как коллективное явление и называет ее коллективным неврозом [Freud, 1927, p. 43]. Религиозные ритуалы, такие как молитва, исповедь и другие формы религиозной практики, Фрейд интерпретировал как компульсивные действия, направленные на снижение чувства вины, которое, по его мнению, имеет корни в эдиповом комплексе. Религия, по Фрейду, выполняет функцию регулятора для супер-эго, ограничивая проявления инстинктивных влечений Ид, таких как агрессия и сексуальность. Это приводит к подавлению этих влечений и, следовательно, к постоянному чувству вины, которое религиозные ритуалы стремятся нейтрализовать [Freud, 1927, p. 43].

#### **2. Теория аналитической психологии [Carl Jung, 1938]**

Карл Юнг рассматривает религию как врожденный аспект человеческой природы, являющийся движущей силой процесса индивидуации и представляющий собой проявление коллективного бессознательного, выраженного в архетипе — врожденные, изначальные модели идей, образов или поведенческих паттернов, существующих в коллективном бессознательном [Jung, 1938, p. 57]. Эти религиозные убеждения необходимы для процесса индивидуации и интеграции различных аспектов Личности, что способствует приданию жизни смысла, цели и достижению психического здоровья [Jung, 1938, p. 75].

#### **3. Теория личности и религиозных ориентаций [Gordon Allport, 1967]**

Выдающийся психолог Гордон Олпорт и его коллеги внесли значительный вклад в исследование взаимосвязи между религией и личностными характеристиками. Их работа стала поворотным моментом в развитии психологии, поскольку теория вышла за рамки традиционных теоретических концепций, которые сводили религию к психологическому заболеванию или иллюзиям (как утверждал Фрейд), и перешла к изучению того, как люди принимают свои религиозные убеждения и как они интегрированы в структуру

"Я". Была разработана модель религиозных ориентаций, согласно которой религиозные убеждения могут быть функционально классифицированы по двум основным типам [Allport & Ross, 1967, p. 433]:

- **Внутренняя ориентация:** Когда религиозные убеждения принимаются человеком как высшая ценность, определяющая его жизненный путь и мотивацию. Такой тип религиозности связан с улучшением психического здоровья [Allport & Ross, 1967, p. 434].

- **Внешняя ориентация:** В этом случае религиозные убеждения используются человеком как средство для достижения внешних целей, таких как социальное признание, чувство безопасности. Данный тип религиозной ориентации может приводить к негативным психологическим последствиям [Allport & Ross, 1967, p. 435].

#### **4. Социально-когнитивная теория [Albert Bandura, 1986]**

Эта теория представляет собой структурированное объяснение процесса формирования религиозных убеждений как систем верований, усваиваемых, регулируемых и контролируемых индивидом в социальном контексте. В отличие от теорий Фрейда и Юнга, рассматривающих религиозные убеждения как экзистенциальные сущности, данная теория акцентирует внимание на их трансформации в поведенческие паттерны и влиянии на психологическое благополучие. Согласно Бандуре, религиозные убеждения формируются и укрепляются через механизмы социального и когнитивного научения. Процесс приобретения и практики когнитивных убеждений осуществляется посредством наблюдения за значимыми социальными моделями, такими как родители, духовные лидеры или учителя, в рамках концепции обучения через наблюдение [Bandura, 1986].

#### **5. Теория поиска смысла и цели [Paul T. P. Wong, 1998]**

Питер Вонг предложил теоретическую концепцию, подчеркивающую экзистенциальную значимость религиозных убеждений для поддержания психического здоровья. Религиозные убеждения рассматриваются как всеобъемлющая и совершенная система взглядов на мироздание и жизнь, которая также объясняет такие непостижимые явления, как смерть и страдание. Религия предоставляет людям целостную систему убеждений, создающую ощущение порядка в условиях хаоса и уменьшающую экзистенциальный вакуум и чувство бессмысленности, которые могут вызывать депрессию и тревожность [Wong, 1998, p. 12]. Смысловое и целеполагающее содержание религиозных верований, наличие высоких целей и смысла в жизни, а также вера в то, что страдание имеет определенную цель или ведет к вознаграждению в будущем (прижизненному или посмертному), обеспечивают надежду и оптимизм в самых сложных жизненных обстоятельствах, способствуя психологической устойчивости и способности к восстановлению [Wong, 1998, p. 17].

#### **6. Теория религиозного копинга [Kenneth Pargament et al., 2000]**

Теория религиозного копинга, разработанная Кеннетом Паргаментом и его коллегами, представляет собой одну из наиболее значимых и влиятельных концепций в области психологии религии и психиатрии. Данная теория позволяет всесторонне рассмотреть механизмы, посредством которых люди используют религиозные верования и практики для преодоления серьезных жизненных трудностей и кризисных ситуаций. Основное внимание в этой модели уделяется тому, что религиозная реакция представляет собой поведение и практическое действие, предпринимаемое человеком в ответ на невзгоды. Дело не только в содержании религиозных убеждений, но существует еще механизм преодоления

трудностей, представляющий собой усилия, прилагаемые человеком для решения проблем и ситуаций, превышающих его возможности. Этот механизм включает в себя усилия, основанные на вере, поскольку он рассматривает религию как жизненно важный и целенаправленный процесс, включающий мысли, чувства и поведение, сосредоточенные на Боге, которые используются для обретения смысла, чувства контроля, комфорта, сближения с другими и выражения или приобретения духовности в трудные времена [Pargament et al., 2000, p. 520].

Позитивный религиозный копинг включает в себя позитивные религиозные стратегии, отражающие доверительные и надежные отношения с Богом, способствующие психологическому и духовному росту, поскольку использование этой стратегии связано с улучшением психического здоровья, уменьшением симптомов тревоги и депрессии и повышением удовлетворенности жизнью. Совместный копинг предполагает активное участие индивида совместно с Богом в решении проблем, с которыми он сталкивается, и верит, что его усилия и божественная поддержка приведут к положительному результату. Человек также может обращаться за духовной и социальной поддержкой к членам религиозной общины или духовным наставникам, чтобы получить утешение. Поиск сакрального смысла и религиозной веры заключается в стремлении обнаружить высшую цель или божественный замысел в происходящих трудностях, что позволяет рассматривать невзгоды как испытания, способствующие духовному росту [Pargament et al., 2000, p. 525].

Негативный религиозный копинг, напротив, характеризуется наличием конфликтов и напряженности в отношениях с Богом или внутри религиозной общины. Эта стратегия приводит к негативным последствиям, поскольку вызывает экзистенциальный дистресс и тесно связана с ухудшением психического здоровья, повышением уровня тревожности и депрессии, а также снижением адаптивных способностей. Недовольство Богом выражается в форме гнева по отношению к Нему, обвинения Его в негативных событиях или ощущении, что Бог наказывает и отвернулся от человека, что может приводить к отчаянию и утрате веры в божественную заботу [Pargament et al., 2000, p. 526].

### **7. Теория двойной обработки информации [Daniel Kahneman, 2011]**

В когнитивной психологии убеждения классифицируются в зависимости от метода их ментальной обработки на две системы, отражающие механизмы функционирования человеческого разума [Kahneman, 2011; Sperber, 2006]. Убеждения подразделяются на два типа:

- Рефлексивная вера представляет собой убеждение, формирующееся в результате сознательного и целенаправленного рефлексивного процесса. Когда человека спрашивают, во что он верит, его ответ базируется на рефлексивной вере. Данный вид веры характеризуется ясностью, конкретностью и представлен безупречно [Sperber, 2006, p. 5].

- Сенсорная или интуитивная вера является противоположностью рефлексивной. Она функционирует неосознанно, автоматически и быстро, поскольку формируется на основе чувств. Человеческий разум непрерывно генерирует интуитивные убеждения, основанные на сенсорных стимулах, непосредственном опыте и быстрых умозаключениях, что определяет повседневное поведение индивида без строгого контроля [Kahneman, 2011, p. 20].

### **Четвертое: обзор предшествующих исследований Предшествующие исследования**

Существует множество исследований, посвященных вере, религиозности и психическому здоровью. Ниже представлен обзор нескольких из них.

### **1. Исследование Бамбра (2013)**

Целью данного исследования было изучение верований и установок родственников пациентов психиатрических клиник и студентов университета в отношении психических заболеваний. В рамках исследования были определены причины заболевания, симптомы, методы лечения и оптимальные способы взаимодействия с людьми, страдающими психическими расстройствами. Также были выявлены сходства и различия в убеждениях и установках этих двух групп в зависимости от уровня образования, места проживания и степени родства. В исследовании приняли участие 100 человек, которые были разделены на две группы: 50 родственников пациентов психиатрических клиник и 50 студентов Университета Хадрамаут. Участники прошли опросник Всемирной организации здравоохранения, направленный на оценку их убеждений и установок в отношении пяти распространенных психических расстройств: умственной отсталости, эпилепсии, острого психоза, депрессии и шизофрении. Результаты исследования показали, что обе группы имеют схожие представления о причинах острого психоза и депрессии, а также о выборе специалистов для лечения. Однако в отношении причин и методов лечения умственной отсталости и эпилепсии были выявлены различия. Обе группы также продемонстрировали негативное отношение к браку, трудоустройству и совместному проживанию с людьми, страдающими психическими расстройствами. На основании полученных данных исследователь предложил ряд рекомендаций и обозначил ключевые проблемы, способствующие формированию негативных представлений и отношения к психическим расстройствам [Bambr, 2013].

### **2. Хута и другие (2018)**

Целью данного исследования являлось изучение взаимосвязи между религиозными убеждениями, стратегиями преодоления стрессовых ситуаций и уровнем эмоционального интеллекта у учащихся средних школ города Шуш. В работе был применен описательный корреляционный метод. В исследовании приняли участие 2012 учащихся средних школ, включая 1254 девушек и 758 юношей. Из общей выборки была сформирована репрезентативная подгруппа из 200 человек. Для сбора данных использовались следующие инструменты: опросник эмоционального интеллекта Бар-Она, шкала религиозного отношения Хоррамзаде и Баракени, а также опросник копинг-стратегий Лазаруса. Анализ полученных данных проводился с применением методов описательной статистики и коэффициента корреляции Пирсона. Результаты исследования выявили статистически значимую положительную корреляцию между религиозными убеждениями и уровнем эмоционального интеллекта, а также между стратегиями преодоления стрессовых ситуаций и эмоциональным интеллектом среди учащихся средних школ города Шуш [Khouta et al., 2018].

### **3. Аль-Дхабет (2017)**

В данном исследовании проводился анализ влияния отдельных семейных и демографических факторов на формирование религиозных убеждений у студентов. Выборку составили 280 студентов – юношей и девушек. В процессе исследования использовались следующие инструменты: шкала религиозных убеждений, шкала оценки социально-экономического статуса, а также опросник, направленный на выявление семейных факторов. Выборка была классифицирована по нескольким критериям, включая место проживания (сельские и городские районы), пол респондентов и тип образовательного учреждения (теоретический или практический). Результаты исследования продемонстрировали наличие статистически значимых различий в религиозных убеждениях в зависимости от таких факторов, как социально-экономический

статус, пол, религиозность семьи, уровень образования родителей и степень вовлеченности семьи в использование интернет-технологий. Кроме того, были выявлены значительные различия в религиозных убеждениях между студентами, обучающимися в теоретических и практических образовательных учреждениях [Al-Dhabet, 2017, p. 88].

#### **4. Бор и др. (2019)**

Цель данного исследования заключалась в анализе взаимосвязи между религиозными убеждениями и психологическими симптомами у беременных женщин, обращавшихся в медицинские учреждения Урмии в 2016 году. Исследование было проведено с использованием описательного корреляционного дизайна с поперечными срезами. Выборка составила 350 беременных женщин, обратившихся в сельские медицинские центры в последнем квартале 2016 года. Данные были собраны посредством опросника, состоящего из трех разделов и охватывающего демографические характеристики, отношение к религии (25 пунктов) и психологические симптомы, включая депрессию, тревожность и стресс (21 пункт). Статистический анализ включал t-критерий, критерий хи-квадрат, линейную регрессию и вычисление коэффициентов корреляции. Результаты исследования продемонстрировали значительную обратную корреляцию между уровнем религиозных убеждений и показателями депрессии, тревожности и стресса. Это указывает на то, что укрепление религиозных убеждений связано с уменьшением уровня психологического дискомфорта у беременных женщин [Bohr et al., 2019].

#### **5. Коэльо-Джуниор и др. (2022)**

В данном исследовании изучалась корреляция между религиозными и духовными практиками и распространённостью, степенью тяжести и выраженностью психологических симптомов у лиц пожилого возраста. Методологической основой исследования послужили систематический обзор и метаанализ поперечных и лонгитюдных исследований, в которых участвовали респонденты 60 лет и старше. Сбор данных осуществлялся из баз данных MEDLINE, LILACS, SCOPUS, CINAHL и AgeLine за период до 2021 года. Риск систематических ошибок оценивался с применением шкалы Ньюкасла-Оттавы (Newcastle-Ottawa Scale, NOS), а общий эффект анализировался с использованием логарифмических коэффициентов шансов (log OR) и Z-значений. В анализ были включены 102 исследования с общей выборкой из 79 918 пожилых участников, проживающих в сообществах, учреждениях или медицинских организациях. Результаты исследования продемонстрировали сильную обратную зависимость между уровнем религиозности/духовных практик и показателями тревожности и депрессии, а также выявили положительную корреляцию с удовлетворённостью жизнью, ощущением осмысленности существования, психологическим благополучием и уровнем социальных связей. Таким образом, исследование подтверждает тесную взаимосвязь между религиозными и духовными практиками и психическим здоровьем пожилых людей [Coelho-Júnior et al., 2022].

#### **6. Маркес и др. (2022)**

Целью данного исследования являлся анализ влияния религиозных практик на терапию депрессии посредством систематического обзора научной литературы, опубликованной в период с 2015 по 2021 гг. Для проведения обзора были использованы базы данных "Кокрейн", PubMed, Scopus и Web of Science. В результате анализа 208 релевантных публикаций было установлено, что религиозные практики демонстрируют эффективность в снижении уровня депрессии у уязвимых категорий населения, включая лиц с хроническими

заболеваниями, беременных женщин, пациентов, находящихся на диализе, пожилых людей, проживающих в домах престарелых, а также пациентов кардиологических отделений. Исследование акцентирует внимание на необходимости учета религиозных убеждений при диагностике и лечении депрессивных расстройств [Marques et al., 2022].

### **7. Швальм и др. (2022)**

В данном исследовании была проанализирована взаимосвязь между духовностью и религиозностью, с одной стороны, и психологической устойчивостью, с другой, на основе систематического обзора 34 высококачественных исследований, отобранных из базы данных, содержащей 2468 научных публикаций. Результаты продемонстрировали наличие умеренной положительной корреляции между духовностью и религиозностью и уровнем психологической устойчивости, включая способность индивида адаптироваться к стрессовым ситуациям, справляться с психологическим давлением и восстанавливаться после негативного жизненного опыта [Schwalm et al., 2022].

### **8. Аггарвал и др. (2023)**

Настоящий систематический обзор включает 45 лонгитюдных и 29 интервенционных исследований, отобранных из баз данных Medline, PsycINFO и Scopus. В исследованиях изучалась взаимосвязь религиозности и духовности с профилактикой и лечением депрессивных и тревожных расстройств у лиц в возрасте от 10 до 24 лет. Большинство исследований было проведено в странах с высоким уровнем дохода. Данные, полученные с использованием инструментов критической оценки Института Джоанны Бриггс (JBI), свидетельствуют о том, что негативные религиозные копинг-стратегии (например, убеждение в том, что Бог отвернулся от человека или наказывает его) со временем усиливают депрессивные симптомы. Напротив, духовное благополучие оказывает защитный эффект в отношении депрессии, что подчеркивает значимость религиозных убеждений и практик в разработке психологических стратегий поддержания психического здоровья молодежи [Aggarwal et al., 2023].

### **9. Хассан (2025)**

В данном исследовании анализировались представления о здоровье и поведенческие паттерны, связанные со здоровьем, среди школьных психологов, а также изучались гендерные различия в этих аспектах и взаимосвязь между представлениями о здоровье и соответствующим поведением. В исследовании приняли участие 384 школьных психолога, работающих в образовательных учреждениях центрального района города Кут. Из них были отобраны 200 респондентов, разделенных на две равные группы: в одной мужчины, в другой женщины. Для сбора данных использовались Шкала поведения, связанного со здоровьем [Al-Samadi & Al-Samadi, 2011], и недавно разработанная Шкала представлений о здоровье. Психометрические характеристики инструментов были подтверждены посредством валидации содержания и конструктивной валидности, а также оценки надежности (методика повторного тестирования и коэффициент альфа Кронбаха). Результаты исследования показали, что у опрошенных психологов сформировались позитивные представления о здоровье и соответствующее поведение. Были выявлены статистически значимые гендерные различия в пользу женской части выборки. Также была установлена значительная положительная корреляция между представлениями о здоровье и поведенческими моделями, связанными со здоровьем [Hassan, 2025].

## **10. Цвингманн (2025)**

В данном метаанализе исследовалась корреляция между религиозностью и духовностью, с одной стороны, и психическим здоровьем, с другой. В анализ были включены 39 исследований, которые проводились в немецкоязычных странах в период с 2016 по 2023 гг. Результаты продемонстрировали статистически значимую умеренную связь между высоким уровнем религиозности и духовности и улучшением психического здоровья при условии исключения негативных форм религиозности. Полученные данные указывают на то, что в обществах с высоким уровнем секуляризации неинституциональные и концептуально открытые формы религиозности и духовности демонстрируют более выраженную связь с психическим здоровьем по сравнению с традиционными религиозными практиками [Zwingmann, 2025].

### **Результаты**

#### **Первое: результаты теоретического анализа религиозных убеждений и их взаимосвязи с психическим здоровьем**

Обзор теоретических концепций в области психологии выявил, что большинство психологических моделей сходятся во мнении о значимой роли религиозных убеждений как когнитивно-аффективного компонента, способствующего психологической адаптации и благополучию. Однако механизмы этого процесса интерпретируются по-разному в зависимости от конкретной теории.

Аналитические теории (Фрейд и Юнг) сосредоточены на бессознательных корнях религиозных верований. Фрейд рассматривал религию как «коллективный невроз», служащий механизмом защиты от тревоги за счёт формирования супер-эго. Теория Юнга утверждает, что религия является неотъемлемой частью коллективного бессознательного, способствуя процессу индивидуации и психологической интеграции личности. Обе теории согласны в том, что религия играет структурную роль в регулировании психологического опыта, несмотря на различные интерпретации этой роли.

Теория религиозных ориентаций, предложенная Олпортом, выявила, что влияние религиозных убеждений на психическое здоровье зависит от типа религиозности. Внутренняя религиозность ассоциируется с более высоким уровнем психического здоровья, тогда как внешняя религиозность может быть связана с тревожностью и невротическими расстройствами. Таким образом, психологическое воздействие религии определяется характером религиозных убеждений, а не просто общей религиозностью.

Социально-когнитивная теория Бандуры подтвердила, что религиозные убеждения формируются в процессе социального научения и влияют на формирование ожиданий успеха и контроля, а также на развитие уверенности в правоте своей религиозной позиции. Религиозные убеждения также способствуют развитию когнитивно-регуляторных механизмов, поддерживающих адаптацию и психологическую устойчивость.

Теория поиска смысла, разработанная Вонгом, указывает на то, что религия предоставляет экзистенциальную основу для поиска смысла и цели, что является важным фактором психологического благополучия и снижения экзистенциальной тревоги. Религиозный смысл напрямую влияет на профилактику экзистенциальных расстройств, таких как тревожные и депрессивные состояния.

Теория религиозного копинг-поведения, предложенная Паргаментом, подчёркивает двусторонний характер влияния религии на психическое здоровье, который зависит от типа копинг-поведения. Она различает позитивное религиозное копинг-поведение (смирение, доверие и сотрудничество с Богом),

которое ассоциируется с улучшением психического здоровья, и негативное религиозное копинг-поведение (гнев на Бога или ощущение божественного наказания), связанное с высоким уровнем тревожности и депрессии.

### **Второе: результаты анализа предыдущих исследований**

Систематический обзор предшествующих научных исследований, посвященных изучению религиозных убеждений и психического здоровья, выявил теоретическое и практическое единство мнений относительно существования глубокой и двусторонней связи между этими феноменами. Религиозные убеждения могут функционировать как фактор защиты или риска в зависимости от того, как они усваиваются и активируются. Это включает в себя:

#### **1. Положительное влияние религиозных убеждений как фактора защиты**

Большинство систематических и метааналитических исследований подтверждает четкое и положительное влияние религиозных убеждений и практик на различные показатели психического здоровья, в как позитивные, так и негативные. Это влияние проявляется следующим образом:

- Уменьшение числа психологических расстройств: высокий уровень религиозности и духовности коррелирует со снижением уровня депрессии и тревожности среди различных возрастных групп, включая пожилых людей и молодежь [Coelho-Júnior et al., 2022; Aggarwal et al., 2023].
- Повышение психологического и экзистенциального благополучия: религиозные убеждения выступают в качестве основного источника смысла и цели в жизни, что способствует улучшению психологического благополучия и общей удовлетворенности жизнью [Coelho-Júnior et al., 2022].
- Поддержка в преодолении стрессовых ситуаций и повышение психологической устойчивости: религиозные убеждения способствуют эффективному совладанию с жизненными трудностями, повышают психологическую устойчивость, обеспечивая социальную поддержку и формируя позитивные ожидания [Schwalm et al., 2022].

#### **Потенциальные отрицательные последствия негативных религиозных убеждений**

Несмотря на наличие убедительных данных о пользе религии для психического здоровья, взаимосвязь между ними не является прямолинейной. Результаты исследований подтверждают значимость качества религиозности как определяющего фактора. Негативные последствия ассоциируются с деструктивными религиозными убеждениями, которые могут вызывать психологический дистресс:

- Негативные религиозные стратегии совладания: применение негативного религиозного копинга (например, интерпретация жизненных испытаний как наказания от Бога или Его отвержения) приводит к обратным результатам.
- Усиление психологического дистресса: негативный копинг связан с усилением чувства безнадежности, чрезмерной вины, страха наказания и с усугублением симптомов депрессии [Aggarwal et al., 2023].

### **Обсуждение результатов**

Результаты исследования рассматриваются в контексте современных когнитивных и функциональных теоретических концепций с целью подтверждения соответствия между теоретическими положениями и практическим применением, а также выявления опосредующих факторов. Основные выводы можно представить следующим образом:

## **1. Теоретическая последовательность и эволюция от базовых концепций к функциональным механизмам**

Теоретический анализ подтвердил общую согласованность между различными психологическими школами в признании структурной роли религиозных убеждений в регуляции психологического опыта и адаптации, несмотря на различия в интерпретации их генезиса. Аналитические теории (Фрейд, Юнг) акцентировали внимание на бессознательных корнях и символических значениях, обеспечивающих защиту от тревоги или способствующих психологической интеграции (индивидуации). Современные модели (Олпорт, Бандура, Паргамент, Вонг) сосредоточились не на генезисе, а на непосредственных функциональных механизмах. Этот сдвиг отражает консенсус в отношении того, что научная ценность заключается в интерпретации того, как убеждения влияют на людей, а не в причинах их возникновения. Позитивные механизмы объясняются тремя основными путями:

- Когнитивный путь: теория поиска смысла (Вонг) и социально-когнитивная теория (Бандура) подтверждают, что религиозная вера обеспечивает экзистенциальную основу для поиска смысла и цели, а также поддерживает уверенность в правоте своей религиозной позиции, что способствует развитию когнитивных переменных, обеспечивающих адаптацию и психологическую устойчивость.

- Эмоциональный и социальный путь: положительный эффект внутренней религиозности (Олпорт) и позитивного копинг-поведения (Паргамент) объясняется снижением напряжения и тревожности, а также поддержанием психологической уравновешенности за счет ощущения доверия, духовной и социальной поддержки.

## **2. Подтверждение двунаправленной связи и условного психологического воздействия**

Результаты метаанализа подтверждают выводы Паргамента о двустороннем и условном характере связи между религиозными убеждениями и психическим здоровьем, включающей:

- Защитную роль позитивной религиозности: имеющиеся данные убедительно подтверждают, что высокий уровень позитивной религиозности (внутренняя ориентация и позитивный копинг) способствует улучшению психического здоровья, проявляющемуся в снижении психологических расстройств (депрессия и тревожность) и повышении экзистенциального благополучия.

- Последствия негативных убеждений: данные исследований показывают, что негативно интерпретируемая вера или вера, характеризующаяся негативным религиозным копингом, может усиливать психологический дистресс. Связь негативного копинг-поведения с чувством безнадежности, пунитивной тревожностью и усилением депрессии [Aggarwal et al., 2023] позволяет предположить, что религиозные убеждения могут стать источником конфликта и дистресса при их негативной интерпретации. Это подчеркивает необходимость изучения аспектов религиозно-духовного конфликта.

## **3. Обсуждение в культурном и методологическом контексте (недостатки исследований)**

Несмотря на согласованность общих результатов, обзор литературы выявил значимые существенные пробелы в исследованиях, требующие более контекстуального подхода в следующих аспектах:

- Методологическая и географическая предвзятость: дефицит лонгитюдных исследований указывает на методологическую предвзятость в пользу кросс-секционных исследований, затрудняющую выявление причинно-следственных связей. Еще большее значение имеет географическая предвзятость, так как большинство исследований проводится в западных странах, что ставит под

сомнение универсальность выводов относительно значения взаимосвязи в обществах с иными культурными особенностями, особенно в контексте ограниченного количества исследований по этой теме в арабских странах и Ираке.

- Разрыв в представлениях о вере в контексте психологической травмы: отсутствие исследований о влиянии травмирующих событий на религиозные убеждения, особенно среди меньшинств в Ираке, является существенным пробелом в науке. Этот пробел ставит под сомнение модель религиозного копинга и требует изучения вопроса о том, как религиозные убеждения под воздействием травмы становятся источником силы или уязвимости.

#### **4. Выявленные в ходе исследования пробелы в научной литературе включают:**

- Дефицит исследований на арабском и иракском языках, посвященных взаимосвязи религиозных убеждений и психического здоровья.
- Необходимость проведения лонгитюдных исследований для установления причинно-следственной связи между религиозными убеждениями и психическим здоровьем.
- Отсутствие исследований о влиянии травмирующих условий на религиозные убеждения христиан в Ираке.

#### **Выводы**

На основании результатов исследования были сделаны следующие методологические и теоретические заключения:

1. Религиозные убеждения представляют собой фундаментальную функциональную переменную в психологической регуляции. Влияние на психическое здоровье определяется не абсолютным наличием веры, а когнитивными и поведенческими механизмами, посредством которых индивид усваивает данную веру, такими как уверенность в правоте своей религиозной позиции и внутренняя направленность.

2. Психологическое воздействие религиозных убеждений имеет сложный и условный характер. Позитивный копинг, связанный с ощущением благополучия, способствует профилактике психологических расстройств, в то время как любой вид негативного копинга или духовного конфликта может привести к усилению психологического дистресса и развитию патологических симптомов.

3. Существует значительный пробел в исследовательской литературе, обусловленный недостатком локальных исследований, что ставит под сомнение возможность применения западных моделей копинг-стратегий в культурных и религиозных контекстах, переживших серьезные травмирующие события (на примере Ирака).

4. Религиозные убеждения, направленные на достижение позитивных целей, представляют собой эффективные механизмы, которые могут быть интегрированы в терапевтические и консультативные модели для снижения уровня депрессии и тревожности.

#### **Рекомендации**

На основании результатов проведенного исследования выдвигаются следующие рекомендации:

- Рекомендуется учреждениям, занимающимся соответствующей деятельностью, провести полевые исследования среди населения Ирака с целью выявления и анализа взаимосвязи между религиозными убеждениями и состоянием психического здоровья.
- Специалистам в области психического здоровья следует провести комплексный анализ и оценку механизмов формирования психологических травм в контексте

религиозных убеждений, с особым вниманием к христианским общинам (ассирийской, сирийской и армянской), которые на протяжении длительного времени подвергались травмирующим воздействиям.

- Необходимо установить и развивать сотрудничество между религиозными деятелями и специалистами в области психологии для интеграции методов, основанные на психологии религии, в консультационные и когнитивно-поведенческие терапевтические программы, направленные на поиск экзистенциального смысла и укрепление веры в Бога, что может способствовать снижению уровня депрессивных и тревожных состояний.

- Специалистам-психологам рекомендуется проводить обучающие программы, направленные на развитие навыков позитивного религиозного копинга и ограничение негативных интерпретаций страданий, которые могут усиливать чувство безнадежности и вины.

**Предложение:** провести полевые исследования с целью выявления следующих аспектов:

1. Влияние религиозных убеждений на уровень тревожности и депрессии среди лиц, пострадавших от террористической деятельности группировки ИГИЛ на территории Ирака.

2. Влияние религиозных убеждений на показатели тревожности и депрессии среди ассирийской христианской общины, проживающей на севере Ирака.

3. Взаимосвязь между религиозными убеждениями и демографическими характеристиками, такими как возраст, пол, экономическое положение и уровень образования.

4. Эффективность психорелигиозных программ в модификации негативных религиозных убеждений с целью улучшения психического здоровья.

### **Использованная литература:**

1. Abu- Raiya, H. & Pargament, K. (2015). Religion coping and mental health. *Psychology of religion spirituality*.
2. Aggarwal, S., Wright, J., Morgan, A., Patton, G., & Reavley, N. (2023). Religiosity and spirituality in the prevention and management of depression and anxiety in young people: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 23(1), 729. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-05091-2>
3. Ajzen, I. (2020). The theory of planned behavior: Effective behavior change. In M. Hagger, L. D. Cameron, L. Hamilton, N. Hankonen, & M. K. Ntoumanis (Eds.), *The handbook of behavior change*. Cambridge University Press. (pp. 5–21)
4. Al-Kandari, y. (2019). Religion Believes and psychological wellbeing in Arab culture. *Mental health*,
5. Allport, G. W., & Ross, J. M. (1967). Personal religious orientation and prejudice. *Journal of Personality and Social Psychology*, 5(4), 432–443.
6. Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Prentice-Hall.
7. Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. W. H. Freeman and Company.
8. Beck, A. T. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. Guilford Press.
9. Bonielli, R. M., & Koenig, H. G. (2013). Mental Disorders, religion and spirituality 1990-2010: a systematic evidence- based review. *Journal of religion and health*, 52 (2), 657- 673.
10. Coelho-Júnior, H. J., Calvani, R., Panza, F., Allegri, R. F., Picca, A., Marzetti, E., & Alves, V. P. (2022). Religiosity/Spirituality and Mental Health in Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis of Observational Studies. *Frontiers in Medicine*, 9. <https://doi.org/10.3389/fmed.2022.877213>
11. Freud, S. (1927). *The future of an illusion*. Liveright.
12. Jung, C. G. (1938). *Psychology and religion*. Yale University Press.

- 13.Kahneman, D. (2011). Thinking, fast and slow. Farrar, Straus and Giroux.
- 14.Koenig, H. (2012), Religion, spirituality and Health: research and clinical implication. ISRN Psychiatry.
- 15.Marques, A., Ihle, A., Souza, A., Peralta, M., & Gaspar de Matos, M. (2022). Religious-based interventions for depression: A systematic review and meta-analysis of experimental studies. Journal of Affective Disorders, 309, 289–296. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.04.126>
- 16.Pargament, K. I. (1997). The psychology of religion and coping: Theory, research, practice. Guilford Press.
- 17.Pargament, K. I., Koenig, H. G., & Perez, L. M. (2000). The many methods of religious coping: Development and initial validation of the RCOPE. Journal of Clinical Psychology, 56(4), 519–543.
- 18.Schwalm, F. D., Zandavalli, R. B., de Castro Filho, E. D., & Lucchetti, G. (2022). Is there a relationship between spirituality/religiosity and resilience? A systematic review and meta-analysis of observational studies. Journal of Health Psychology, 27(5), 1218–1232. <https://doi.org/10.1177/1359105320984537>
- 19.Smith, J. (2017). Religion and Hamman behavior. journal of psychology and theory.
- 20.Sperber, D. (2006). Intuitive and reflective beliefs. Mind & Language, 21(1), 1–28.
- 21.Wong, P. T. P. (1998). Meaning and mental health. In P. T. P. Wong & P. S. Fry (Eds.), The human quest for meaning: A handbook of psychological research and clinical applications (pp. 7-24). Erlbaum.
- 22.World Health Organization. (2022). Mental health. Retrieved November 23, 2025, from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>.
- 23.Zwingmann, C. (2025). Religiosity, Spirituality and Mental Health: Meta-analysis of Studies from the German-Speaking Area. Journal of Religion and Health. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s10943-025-02406-3>

### Использованная литература на арабском языке:

1. بامبير، عمر مبارك، (2013)، الاتجاهات والمعتقدات نحو المرض تانفسي، مجلة الاندلس للعلوم الاجتماعية والتطبيقية، عدد (5)، مجلد (10)، جامعة الاندلس للعلوم والتقنية، ص288-326.
2. بور، مراد علي زارعي و صدق، رضا وعبد الكريمي، مهدي و افشار، نعمة قاسم و جدكال، محمد سعيد (2019) دراسة العلاقة بين المواقف الدينية وبين الاعراض النفسية للحوامل اللاتي راجعن المراكز الطبية والصحية في مدينة ارومية عام 2016، مجلة البحث في الدين والصحة، مجلد (4)، عدد (5)، ص 45-56
3. جوهر، سليم (2023)، العقلانية الدينية في علم نفس الدين المعرفي لتبرير المعتقدات الدينية لدى مايكل موراي، مجلة حولية المنتدى، العدد (56)، (15).
4. حسن، صافي حمزة (2025)، المعتقدات الصحية وعلاقتها بالسلوك الصحي لدى المرشدين التربويين، مجلة العلوم الاساسية، كلية التربية، جامعة واسط، مجلد (18) عدد (28)، <https://doi.org/10.31185/bsj.Vol18.Iss28.1038>
5. خوته، نداء ظهيري ومانعي، كلثومة و سخت سر، محمد رضا (2018)، دراسة العلاقة بين المعتقدات الدينية واساليب المواجهة وبين الذكاء العاطفي في طلاب المدارس الثانوية في مدينة شوش عام 2016، مجلة البحث في الدين والصحة، مجلد (4)، عدد (3)، ص 83-92، <https://doi.org/> فتح بتاريخ 20 /11 /2025.
6. الظابط، سويبي رمضان محمد (2017)، دراسة لبعض المعتقدات الدينية في ضوء بعض المتغيرات الأسرية والديمجرافية علي عينة من طلاب الكليات النظرية والعملية بجامعة المنيا، مجلة البحوث في مجالات التربية النوعية، مجلد (3)، عدد (11)، ص88-145

### Перевод названий арабских источников на английский язык:

- 1.Bambir, O. M. (2013). Attitudes and beliefs toward mental illness [Article in Arabic]. Al-Andalus Journal for Social and Applied Sciences, 10(5), 288–326. Al-Andalus University for Science and Technology.
- 2.Pour, M. A. Z., Sadegh, R., Abdolkarimi, M., Afshar, N. Q., & Jadgal, M. S. (2019). The relationship between religious attitudes and psychological symptoms among pregnant women attending medical and health centers in Urmia city in 2016 [Article in Arabic]. Journal of Research in Religion and Health, 4(5), 45–56.

3. Jawhar, S. (2023). Religious rationality in the cognitive psychology of religion: Justifying religious beliefs according to Michael Murray [Article in Arabic]. *Hawliyyat Al-Multaqa Forum Journal*, 56(15).
4. Hassan, S. H. (2025). Health beliefs and their relationship to health behavior among educational counselors [Article in Arabic]. *Journal of Basic Sciences, College of Education, Wasit University*, 18(28). <https://doi.org/10.31185/bsj.Vol18.Iss28.1038>
5. Khouta, N. D., Mani, K., & Sakhtsar, M. R. (2018). The relationship between religious beliefs, coping styles, and emotional intelligence among secondary school students in Shush city in 2016 [Article in Arabic]. *Journal of Research in Religion and Health*, 4(3), 83–92. (Original work published in Arabic)
6. Al-Dhabet, S. R. M. (2017). A study of selected religious beliefs in light of family and demographic variables among students of theoretical and practical colleges at Minia University [Article in Arabic]. *Journal of Research in the Fields of Specific Education*, 3(11), 88–145.

## **Стигматизация при психических заболеваниях (транскультуральный и религиозный аспекты)**

**Аннотация:** В данной статье проводится анализ проблемы стигмы в отношении лиц с психическими расстройствами и психиатрии как научной дисциплины с акцентом на транскультуральные и религиозные аспекты проявления и изучения. Рассматривается историческая эволюция отношения к психически больным в различных культурах и религиозных традициях. Подчеркивается, что, несмотря на прогресс в фармакотерапии психически больных, стигма остается значительным барьером для эффективного лечения, реабилитации, социальной интеграции пациентов и привлекательности психиатрии как профессии. Анализируется влияние стигмы и самостигмы (self-stigma, самостигматизации) на обращаемость за помощью, приверженность терапии и качество жизни. Представлены рекомендации Всемирной психиатрической ассоциации (WPA) по борьбе со стигматизацией психиатрии и психиатров. Особое внимание уделяется современным исследованиям, демонстрирующим существенные культурные и религиозные различия в проявлениях стигматизации, а также посвященным адаптации диагностических инструментов изучения стигмы. Обсуждаются пути дестигматизации, включающие образовательные программы, поддержку религиозных общин, сотрудничество со СМИ и дальнейшие исследования. Рассматриваются перспективы дальнейшего изучения стигмы при психических заболеваниях. Отмечается неоднозначный характер влияния религиозного фактора на стигму, что указывает на необходимость более дифференцированного подхода.

**Ключевые слова:** стигма, самостигма, психические расстройства, транскультуральная психиатрия, религиозность, дестигматизация, стигматизация в психиатрии, психиатры.

### **Введение**

Стигма, связанная с психическими заболеваниями, включая стигматизирующее отношение к пациентам и к самой психиатрии, представляет собой одну из наиболее устойчивых и деструктивных проблем в сфере психического здоровья, несмотря на значительные достижения в понимании нейробиологических основ психических расстройств и успехов в разработке эффективных методов терапии [1,21]. Стигма не только усугубляет болезненные переживания самих больных, их реакцию на болезнь, но и создает серьезные препятствия на пути к выздоровлению и полноценной жизни в обществе, а также подрывает доверие к врачу-психиатру и создает негативное отношение к психиатрии в целом. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) признала борьбу со стигмой одним из важнейших приоритетов в области психического здоровья [2].

Актуальность данного сообщения обусловлена необходимостью углубленного изучения стигмы в условиях современных мультикультурных обществ. Транскультуральный и религиозный аспекты являются ключевыми для понимания вариативности стигмы, поскольку представления о норме и патологии, грехе и болезни, ответственности и сострадании во многом обусловлены культурными и религиозными традициями [4].

Целью данной статьи является анализ исторических корней стигмы психически больных, современного состояния проблемы, влияния стигмы на пациентов и отношения к психиатрии и лечению психических заболеваний через призму транскультуральности и религиозности, а также поиск путей преодоления стигматизации.

## **1. Отношение к психически больным в историческом аспекте: культурные и религиозные различия**

Исторический анализ демонстрирует значительные различия в том, как разные культуры и религии воспринимали людей с психическими заболеваниями и относились к ним [5].

**Западная культура и христианство.** В средневековой Европе доминировало религиозное объяснение психических расстройств как следствие одержимости демонами, наказание за грехи или колдовство. Это приводило к изоляции, преследованиям и «экзорцизму», который нередко в те времена носил крайне жестокий характер. С развитием медицины и психиатрии в XVII-XVIII веках больные помещались в «сумасшедшие дома» (например, Бедлам в Лондоне), которые часто выполняли функцию тюрем, а не лечебниц [5]. Однако в христианстве, прежде всего в Православии, в частности, на Руси, была сильна традиция милосердного отношения к психически больным людям, что способствовало созданию специальных приютов при монастырях, где болящие могли найти кров и утешение. Афонские старцы – преподобный Паисий Святогорец и преподобный Порфирий Кавсокалит – говорили о том, что человек, терпеливо несущий крест тяжелой душевной болезни, может быть приравнен к мученику.

**Исламский мир.** В классический период ислама (VIII-XII вв.) к психическим заболеваниям относились скорее как к медицинским, а не религиозным проблемам. Такие ученые, как Ар-Рази и Ибн Сина (Авиценна), разрабатывали гуманные методы лечения, основанные на диете, фитотерапии и психотерапии [6]. В Коране содержится призыв к состраданию к слабым и больным, что формировало в целом более терпимое отношение к людям с психическими расстройствами. Сура «Ан-Ниса» (4:5): «Кормите и одевайте неразумных людей (слабоумных) и говорите им слова добрые». Позже, психические заболевания стали расцениваться как наказание от Аллаха, результат воздействия джиннов, а пациенты изолировались от общества.

**Восточные культуры (Индия, Китай).** В индуизме и буддизме психические расстройства интерпретировались как результат кармических последствий из прошлых жизней или дисбаланса в телесных и духовных энергиях. Это, с одной стороны, могло вести к фатализму, но с другой, не влекло за собой морального осуждения, как в авраамических религиях. В традиционной китайской культуре психическое заболевание часто рассматривалось как источник стыда для всей семьи, что способствовало его сокрытию и изоляции больного [7].

Эти исторические примеры иллюстрируют, как культурные и религиозные парадигмы формировали фундамент для современных стигматизирующих установок.

## **2. Стигма в эпоху становления психофармакологии: концептуализация и негативное влияние**

Несмотря на «фармакологическую революцию» в психиатрии во второй половине XX века, стигма не только сохранилась, но и приобрела новые формы.

Понятие «стигма» происходит от древнегреческого *στίγμα* – «знак, клеймо, татуировка, пятно, отметина». В истории «стигмой» клеймили рабов, преступников.

В настоящее время понятие «стигма» используется как социальный ярлык, который формирует негативное отношение окружающих к человеку или к самому себе. Примерами стигмы могут являться физические и личностные особенности, сексуальные предпочтения, социальный статус, принадлежность к определённой расе, национальности, религии и т. д. Стигмы несут однозначно негативные

последствия для индивида или группы индивидов в виде дискредитации, обесценивания, отвержения, дискриминации и социальной изоляции.

Основы современного изучения стигматизации и психической стигматизации заложил Ирвинг Гоффман в 1963 году, определивший ее как «глубоко дискредитирующий атрибут» [8]. В дальнейшем концепция была расширена, и в настоящее время понятие стигмы включает в себя:

- **Структурную стигму** – дискриминацию на уровне институтов (законодательство, система здравоохранения).
- **Публичную стигму** – негативные стереотипы и дискриминацию со стороны общества.
- **Самостигму (self-stigma, интернализированную стигму)** – психологический феномен, при котором человек под влиянием негативных социальных установок непроизвольно усваивает и применяет существующие в обществе предубеждения и дискриминацию по отношению к самому себе [9].

Негативное влияние стигмы многогранно и приводит к:

- **снижению обращаемости за помощью:** страх быть помеченным как «психический» заставляет людей откладывать или избегать визита к специалисту;
- **нарушению приверженности к лечению и комплаенса:** самостигма может приводить к убеждению, что «лечение бесполезно», что способствует отказу от приема медикаментов;
- **ухудшению качества жизни:** стигма ведет к социальной изоляции, трудностям с трудоустройством и жильем, бедности [10].

Стигматизация может сама становиться «вторым заболеванием»: психологическое бремя стигмы часто становится дополнительным источником стресса и страдания, усугубляя первичное расстройство.

Нередко стигматизация распространяется не только на пациентов, но и членов семей, родственников, детей пациентов, также на процессы коммуникации и социализации.

Таким образом, стигма действует как мощный барьер, сводя на нет усилия клиницистов и препятствуя процессу реабилитации и социализации.

### **3. Стигматизация психиатрии и психиатров**

Стигма затрагивает не только пациентов, но и саму психиатрию как дисциплину и психиатров как профессионалов. Всемирная психиатрическая ассоциация (WPA) выделила борьбу со стигматизацией психиатрии в качестве одного из приоритетов [2]. Общественное мнение о психиатрических учреждениях на протяжении многих веков было негативным, ассоциируясь с крупными учреждениями закрытого типа [11]. Психиатрические больницы часто изображаются в прессе как места заключения, а термин «психиатрия» иногда используется неспециалистами в контексте неэффективного лечения и карательного отношения к пациентам [12,13]. До настоящего времени среди населения европейских стран наблюдается слабое понимание разницы между психиатром, психологом и психотерапевтом [16].

### **4. Транскультуральные и религиозные аспекты понимания проблемы стигмы в современных исследованиях**

Современные исследования убедительно демонстрируют, что уровень и характер стигмы имеют принципиальные отличия в разных культурах и непосредственно связаны с религиозными верованиями.

**Сравнение авраамических и восточных религий**, представленное в исследовании Papadopoulos et al. (2021), показало, что в культурах, в которых доминируют авраамические религии (христианство, ислам, иудаизм), где сильна

концепция личной ответственности и греха, стигма часто имеет морально-осуждающий характер [24]. В то же время в культурах с восточными религиями (буддизм, индуизм), где акцент делается на карме и детерминизме, стигма может проявляться как социальная дистанция и фаталистическое принятие, но с меньшим чувством вины у пациента.

**Христианство.** В христианских сообществах сохраняется наследие восприятия психических расстройств как одержимости или последствий греха. Исследования показывают, что пациенты-христиане чаще имеют религиозные бредовые идеи, связанные с виной и грехом [27]. Примерно половина верующих отмечает, что, несмотря на то, что вопросы психического здоровья могут обсуждаться открыто, стигма в отношении психически больных сохраняется: расстройства самими верующими пациентами и священнослужителями нередко могут восприниматься как следствие недостатка веры [28].

**Ислам.** В исламских обществах психические заболевания могут интерпретироваться как наказание от Аллаха, результат сглаза или воздействия джиннов. Раскрытие информации о психическом заболевании часто считается «позорным» для семьи [30]. Однако Коран также содержит прямые призывы к состраданию, что может снижать уровень стигматизации [30,31].

**Буддизм.** В буддийских культурах (например, в Таиланде) распространена вера в сверхъестественные причины психических заболеваний, такие как одержимость злыми духами. Учение о карме может приводить к стигматизации больных как «заслуживших» свое состояние. Несмотря на то, что концепция сострадания (*karuna*) часто снижает уровень стигматизации, в реальности это происходит не всегда так. Исследования показывают, что высокая вовлеченность в религиозные практики в некоторых буддийских общинах может коррелировать с более высокой стигмой [25, 31].

**Индуизм.** Исследования в Индии показывают очень высокую распространенность веры в сверхъестественные причины среди пациентов с шизофренией и их родственников [27]. В индуистской традиции психические расстройства часто объясняются кармой, реинкарнацией, недостатком веры или «дурным глазом». Это усиливает стигму, поскольку заболевание воспринимается как вина человека [31,32].

**Африканские традиционные религии.** В культурах Африки психические расстройства часто объясняются колдовством, проклятиями, одержимостью духами или нарушением отношений с предками. Существуют сложные системы классификации психических состояний, например, у народа коса (*Xhosa*) в Южной Африке [32]. Стигма часто проявляется как коллективный позор: стыд для всей семьи; наличие психически больного человека бросает тень на весь род. Поэтому болезнь часто скрывают. Нередко (например, в Нигерии) человека не разделяют с его болезнью: не "человек с шизофренией", а он – "сумасшедший", его социальный статус аннулируется [34].

**Иудаизм.** В иудейской традиции психические расстройства исторически рассматривались через призму мистики, например, как следствие одержимости духами (*dybbuk*). Среди некоторых общин (например, марокканских евреев в Израиле) распространены верования в демонические сущности и колдовство как причины психических проблем [33]. Современные исследования показывают, что в иудаизме, особенно в ортодоксальных общинах, сохраняется относительно высокий уровень стигмы, связанной с коллективистскими ценностями и опасениями за репутацию семьи и влияние на брачные перспективы (*шудим*) [26].

Следует отметить, что религиозность, как правило, ассоциирована с более низким уровнем стигмы и лучшим психологическим благополучием, предоставляя стратегии совладания с болезнью (копинг-стратегии) и социальную поддержку [40,41]. Крупномасштабный анализ Кёнига выявил положительное

влияние религии на психическое здоровье у 40-50% исследуемых [41]. Однако в случаях негативной религиозности (например, убежденность в том, что болезнь – это наказание от Бога, негативное отношение священнослужителя) религиозность может значительно усиливать как публичную стигму, так и самостигму. Исследования также показывают, что высокая вовлеченность в религиозные практики в некоторых общинах (буддистских, индуистских) может коррелировать с более высокой стигмой [26].

##### **5. Использование диагностических и «измерительных» инструментов в современных исследованиях стигмы.**

В числе современных исследований по изучению стигмы в отношении психических заболеваний в последние годы активно проводятся работы по адаптации, валидации и применению шкал для оценки стигмы (например, шкалы интернализированной стигмы психических заболеваний – ISMI, а также ряда других инструментов) на различных языках и в разных культуральных группах [38]. Это свидетельствует о растущем признании необходимости доказательного изучения стигмы с применением культурно-чувствительных инструментов для точной оценки данного феномена.

##### **6. Пути преодоления стигмы: многоуровневый подход**

Борьба со стигмой требует комплексной работы по различным направлениям и на различных уровнях, включая как дестигматизацию психических заболеваний, так и изменение имиджа психиатрии в целом. Эта работа включает:

- **Совершенствование лечения и комплаенса.** Эффективная и доступная помощь сама по себе является мощным антистигматическим фактором.
- **Контакты с выздоравливающими.** Личные истории людей, живущих с психическими расстройствами и успешно справляющихся с ними, являются одним из самых действенных методов изменения общественных установок.
- **Образовательные программы.** Внедрение программ психообразования для пациентов и их семей помогает понять природу заболевания и снизить как стигму в отношении психически больных и их окружения, так и самостигматизацию пациентов. Просветительские кампании для широкой общественности, а также для отдельных групп, таких как учителя, работодатели и представители различных конфессий, помогают пониманию медицинской природы психических отклонений и принятию людей, страдающих психическими расстройствами. Обучение религиозных лидеров основам психиатрии может помочь им отличать духовные проблемы от психиатрических и направлять прихожан к специалистам [29,39].
- **Группы поддержки и роль религиозной общины в процессе дестигматизации.** Религиозные общины могут предоставлять мощную социальную поддержку, чувство принадлежности и смысла, что является буфером против самостигмы и изоляции [40]. Создание групп взаимопомощи на базе религиозных учреждений может быть высокоэффективным в культурах с сильными религиозными традициями.
- **Сотрудничество со СМИ.** Активное взаимодействие психиатрического сообщества с медиа для предоставления точной информации, опровержения мифов и продвижения реалистичных образов психиатрии и психиатров крайне важно [2,12]. Медиа-тренинги для психиатров могут повысить их эффективность в общении с прессой.
- **Изменение преподавания психиатрии.** Пересмотр учебных программ в медицинских вузах, включение в обучение контактов с выздоравливающими пациентами, интеграция психиатрии с нейронауками и акцент на приобретение

практических навыков могут улучшить отношение студентов к психиатрии и повысить ее привлекательность как профессии [2,42].

- **Укрепление связей и сотрудничества.** Укрепление связей национальных психиатрических ассоциаций с другими профессиональными обществами, ассоциациями пациентов и их семей, а также с религиозными организациями для совместной работы над снижением стигмы [22].
- **Поведение самих психиатров.** Психиатры должны осознавать, что их профессиональное поведение: уважительные отношения с пациентами, соблюдение этических норм, поддержание профессиональной компетентности, – напрямую влияет на имидж профессии [22].

## **7. Малоизученные вопросы психиатрической стигмы и направления дальнейшего научного исследования**

Несмотря на прогресс в изучении стигматизации больных с психическими заболеваниями с точки зрения ее проявления в различных культурах и обществах и влияния религиозности, остается множество нерешенных и малоизученных вопросов:

1. При каких условиях и для каких групп людей религиозная община становится ресурсом, а при каких – источником дальнейшей травматизации?
2. Как интегрировать религиозных лидеров в систему помощи, не нарушая светских принципов медицины?
3. Как проявляется стигма в религиозных и этнических меньшинствах?
4. Как найти баланс между доказательной базой современной психиатрии и психологии и эффективностью (в ее культурном контексте) традиционных практик? Возможна ли их интеграция в официальную систему здравоохранения?

Результаты проведенных в последние годы исследований стигматизации людей с психическими заболеваниями нередко представляют противоречивые данные в отношении влияния культурального фактора, программ дестигматизации, религиозности. Они также требуют исследования и определения путей преодоления.

Например, парадокс образования. Многие исследования отмечают, что повышение осведомленности пациента о своем заболевании, особенно о его хроническом и тяжелом характере (например, при шизофрении), может парадоксально усилить самостигму, подкрепляя чувство безнадежности и неизбежности [42]. Можно предположить, что в этом контексте духовная поддержка и работа со смыслообразующими аспектами религии могут помочь пациенту принять диагноз и найти ресурсы для борьбы с болезнью, смягчая этот негативный эффект.

Также представляет интерес парадокс религиозности: религиозность может выступать как мощный антистигматизирующий фактор (через сострадание, общину и смысл), но одновременно быть источником усиления стигмы: через догматизм и веру в сверхъестественные причины психических болезней создается барьер для обращения за профессиональной психиатрической помощью [43]. Усиливающее стигму влияние религиозности также может определяться стилем религиозности [44]. Так, догматичные, ригидные формы религии (соответствующие проявлениям так называемой «внешней религиозности») склонны к стигматизации «другого», в то время как проявления «внутренней религиозности», ориентация на милосердие и духовные поиски в рамках религии способствует пониманию и снижению уровня стигматизации и самостигматизации. Поэтому современные подходы к дестигматизации должны быть направлены на сотрудничество с религиозными лидерами для продвижения научно обоснованных и сострадательных взглядов на психическое здоровье.

## Заключение

Стигма в отношении психических заболеваний и психиатрии остается сложным и многогранным феноменом, глубоко укорененным в культурных и религиозных контекстах. Наука отошла от представления о единой «стигме» и теперь признает ее множественные, культурно-обусловленные формы.

Преодоление стигмы возможно только при **междисциплинарном подходе**, требующем тесного сотрудничества психиатров, психологов, антропологов, социологов и теологов. Исследования должны носить **практическую ориентированность** и быть нацелены не просто на описание, а на разработку конкретных, эффективных и культурно-чувствительных вмешательств.

Парадоксальное влияние таких факторов, как обучение, религиозность и информированность, указывает на необходимость дальнейших более тонких исследований, учитывающих многообразие культурных и индивидуальных траекторий. Борьба со стигмой – это не только медицинская, но и социально-культурная задача, требующая совместных усилий ученых, клиницистов, общества, религиозных лидеров.

## Использованная литература:

- 1.Thornicroft, G., Mehta, N., Clement, S., Evans-Lacko, S., Doherty, M., Rose, D., ... & Henderson, C. (2016). Evidence for effective interventions to reduce mental-health-related stigma and discrimination. *The Lancet*, \*388\*(10062), 1129-1138.
- 2.Sartorius, N., Gaebel, W., Cleveland, H.-R., Stuart, H., Akiyama, T., Arboleda-Flórez, J., ... & Tasman, A. (2010). WPA guidance on how to combat stigmatization of psychiatry and psychiatrists. *World Psychiatry*, 9(3), 131-144.
- 3.World Health Organization. (2021). *Comprehensive mental health action plan 2013–2030*. Geneva: WHO.
- 4.Bhugra, D., & Till, A. (2021). Colonialism and mental health. *BJPsych International*, \*18\*(4), 81-83.
- 5.Porter, R., & Wright, D. (Eds.). (2003). *The Confinement of the Insane: International Perspectives, 1800–1965*. Cambridge: Cambridge University Press.
- 6.Youssef, H. A., & Youssef, F. A. (1996). Evidence for the existence of schizophrenia in medieval Islamic society. *History of Psychiatry*, \*7\*(25), 055-062.
- 7.Yang, L. H., & Kleinman, A. (2008). 'Face' and the embodiment of stigma in China: The cases of schizophrenia and AIDS. *Social Science & Medicine*, \*67\*(3), 398-408.
- 8.Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Prentice-Hall.
- 9.Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical Psychology: Science and Practice*, \*9\*(1), 35-53.
- 10.Clement, S., Schauman, O., Graham, T., Maggioni, F., Evans-Lacko, S., Bezborodovs, N., ... & Thornicroft, G. (2015). What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychological Medicine*, \*45\*(1), 11-27.
- 11.Angermeyer, M.C. (2000). Public image of psychiatry. Results of a representative poll in the new federal states of Germany. *Psychiatrische Praxis*, 27, 327-9.
- 12.Walter, G. (1992). The psychiatrist in American cartoons, 1941-1990. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 85, 167-72.
- 13.Gabbard, G.O., & Gabbard, K. (1992). Cinematic stereotypes contributing to the stigmatization of psychiatrists. In P.J. Fink & A. Tasman (Eds.), *Stigma and mental illness* (pp. 113-26). American Psychiatric Press.
- 14.Schneider, I. (1987). The theory and practice of movie psychiatry. *American Journal of Psychiatry*, 144, 996-1002.
- 15.Gharaibeh, N.M. (2005). The psychiatrist's image in commercially available American movies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 114, 316-9.
- 16.Sharpley, C.E. (1986). Public perceptions of four mental health professions: a survey of knowledge and attitudes to psychologists, psychiatrists, social workers and counsellors. *Australian Psychologist*, 21, 57-67.

17. Buchanan, A., & Bhugra, D. (1992). Attitude of the medical profession to psychiatry. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 85, 1-5.
18. Malhi, G.S., Parker, G.B., Parker, K., et al. (2002). Shrinking away from psychiatry? A survey of Australian medical students' interest in psychiatry. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36, 416-23.
19. Balon, R., Gregory, R., Franchini, M.D., et al. (1999). Medical students' attitudes and views of psychiatry: 15 years later. *Academic Psychiatry*, 23, 50-6.
20. Cutler, J.L., Harding, K.J., Mozian, S.A., et al. (2009). Discrediting the notion "working with 'crazies' will make you 'crazy'": addressing stigma and enhancing empathy in medical student education. *Advances in Health Sciences Education: Theory and Practice*, 14, 487-502.
21. La Roche, C., & Ernst, K. (1975). The attitude of 200 hospitalized psychiatric patients and their doctors toward treatment. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 220, 107-16.
22. Jungbauer, J., Wittmund, B., & Angermeyer, M.C. (2002). Caregivers' views of the treating psychiatrists: coping resource or additional burden? *Psychiatrische Praxis*, 29, 279-84.
23. Ben-Noun, L. (1996). Characterization of patients refusing professional psychiatric treatment in a primary care clinic. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 33, 167-74.
24. Papadopoulos, C., Foster, J., & Caldwell, K. (2021). Stigma in mental illness: A comparative study between Abrahamic and Eastern religious cultures. *Transcultural Psychiatry*, \*58\*(4), 455-468.
25. Han ten Brummelhuis. (1980). Psychiatry in Thailand: A Sociologist's View. *Journal of the Siam Society*, 68(2), 57-69.
26. Levine, S., & Rossetti, N. (2019). Attitudes toward mental illness and help-seeking in the Orthodox Jewish community: The impact of religiosity and cultural factors. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 207(12), 1011-1017.
27. Grover S, Davuluri T, Chakrabarti S. (2014). Religion, spirituality, and schizophrenia: a review. *Indian J Psychol Med*, 36(2), 119-24. doi: 10.4103/0253-7176.130962.
28. American Psychiatric Association. (2023). Mental Health and Faith Community Partnerships. Retrieved from <https://www.psychiatry.org/news-room/apa-blogs/mental-health-and-faith-community-partnerships>
29. Abuhammad S, Al-Natour A. (2021). Mental health stigma: the effect of religiosity on the stigma perceptions of students in secondary school in Jordan toward people with mental illnesses. *Heliyon*, 7(5), e06957. doi: 10.1016/j.heliyon.2021.e06957.
30. Ghuloum S, Al-Thani HAQF and Al-Amin H (2024) Religion and mental health: an Eastern Mediterranean region perspective. *Front. Psychol.*, 15:1441560. doi: 10.3389/fpsyg.2024.1441560
31. Jacob, A., Sneed, K. B., & Pathak, Y. (2023). Religion and Philosophy Affected Stigma against Mental Illness and Impact on the Mental Health Care in India and China. *Nur Primary Care*, 7(4), 1-8.
32. Swartz L. (1987). Transcultural Psychiatry in South Africa. *Transcultural Psychiatric Research Review*, 24(1), 5-30. doi:10.1177/136346158702400101
33. Levav, I., & Bilu, Y. (1980). A Transcultural View of Israeli Psychiatry. *Transcultural Psychiatric Research Review*, 17(1-2), 7-27 <https://doi.org/10.1177/136346158001700101>
34. Rössler, W., & Kawohl, W. (2024). Cross-cultural validation of the Internalized Stigma of Mental Illness Scale in a sample of patients with schizophrenia from three African countries. *BJPsych Open*, \*10\*(1), e25.
35. Kutner, L., & Beresin, E.V. (1999). Media training for psychiatry residents. *Academic Psychiatry*, 22, 227-32.
36. Hays, K., & Aranda, M. P. (2016). Faith-Based Mental Health Interventions with African Americans. *Research on Social Work Practice*, 26(7), 777-789
37. Koenig, H. G. (2012). Religion, mental health, and related issues. *International Review of Psychiatry*, \*24\*(1), 1-3.
38. Exline, J. J., & Rose, E. D. (2021). Religious and spiritual struggles in relation to mental health: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, \*147\*(11), 1091-1119.
39. Lannin, D. G., Guyll, M., Vogel, D. L., & Madon, S. (2023). The self-stigma of mental illness: A paradox of personal empowerment and public disempowerment. *Stigma and Health*, \*8\*(1), 1-10.

40. Kirmayer, L. J., et al. (2020). The role of religious and spiritual communities in creating sense of belonging and meaning-making in the context of mental health. *Transcultural Psychiatry*, 57(1), 3-19.
41. Koenig, H. G. (2012). Religion, spirituality, and health: The research and clinical implications. *ISRN Psychiatry*, 2012, 278730. <https://doi.org/10.5402/2012/278730>
42. Rusch, N., Angermeyer, M. C., & Corrigan, P. W. (2005). Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce it. *European Psychiatry*, 20(8), 529-539. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2005.04.00>
43. Rosmarin, D. H., et al. (2013). A test of faith in God and treatment: The relationship of belief in God to psychiatric treatment outcomes. *Journal of Affective Disorders*, 146(3), 441-446.
44. Whitley, R. (2012). Religious competence as cultural competence. *Transcultural Psychiatry*, 49(2), 245-260.

## **Типология жизненных миров как ключ к пониманию психопатологии различного уровня. Парадоксы универсальности**

**Аннотация:** В данной статье проводится сопоставление двух теоретических конструктов, используемых в психотерапевтической консультативной практике. Для сопоставления взята психоаналитическая классификация уровней функционирования психики по Отто Кернбергу и типология жизненных миров по Ф.Е. Василюку. В результате сопоставления предложены четыре типа тактики работы психолога с опорой на уровень функционирования психики клиента и тип его переживания.

**Ключевые слова:** психологическое консультирование, понимающая психотерапия, жизненный мир, уровни функционирования психики, переживание.

Представление об уровнях функционирования психики начало формироваться к началу XX века в работах Зигмунда Фрейда и активно развивалось в рамках психодинамического подхода. В 1938 г. психоаналитик Адольф Штерн выделил группу неврозов, не поддающуюся классическому психоаналитическому лечению, обозначив ее как пограничную между невротической и психотической группами расстройств. Этот термин закрепился в психоаналитической традиции за широкой группой расстройств, которые первоначально не вписывались в имеющиеся диагностические категории, а сами пациенты не поддавались лечению общепринятыми методами. Так появилась и со временем вошла в справочники новая категория патологий – пограничные состояния.

В психологии и психиатрии существует несколько подходов к личностной организации: описательный, генетический и структурный. Структурный подход направлен на выделение структур, то есть обобщённых типов функционирования личностной организации. Наиболее яркими представителями структурного подхода являются Отто Кернберг [Кернберг О., 2000] и Ненси Маквильямс [Маквильямс Н., 2001]. В рамках данного подхода личностная организация – это специфическая личностная структура, которая складывается в процессе развития человека и определяет стратегию взаимодействия человека с реальностью, его устойчивый стереотип отношения с внешним миром. Структурный подход также учитывает степень интегрированности Эго, способы тестирования реальности, типы привычных защитных механизмов. Таким образом, данный подход постулирует существование трех уровней организации личности, которые в рамках данной статьи рассматриваются как синонимичные уровни функционирования психики: психотический, пограничный и невротический. Сегодня опора на данную типологию является важным инструментом работы с клиентами в рамках психотерапевтического взаимодействия. В данной работе хотелось бы провести небольшой эксперимент по соотнесению типов личностной организации с типологией жизненных миров в рамках подхода понимающей психотерапии. Данное направление разработано отечественным психологом Федором Ефимовичем Василюком на методологической базе культурно-исторического подхода [Василюк Ф.Е. 2023]. Понимающая психотерапия – процессуальный подход, где психолог взаимодействует с переживанием клиента, при этом переживание по Ф.Е. Василюку понимается как деятельность. Ф.Е. Василюк определяет переживание как «особую работу по перестройке психологического мира, направленную на установление смыслового соответствия между сознанием и бытием, общей целью которой является повышение осмысленности жизни» [Василюк Ф.Е., 2023]. При этом переживание

классифицируется по типам, исходя из типа жизненного мира, в котором оно протекает. В рамках представлений об онтологическом аспекте переживания человека может быть инфантильным, реалистическим, ценностным и творческим, и каждый тип переживания соответствует своему жизненному миру с рядом онтологических характеристик. [Василюк Ф.Е., 2025]. Эксперимент по сопоставлению типов функционирования психики в психодинамическом подходе с типологией жизненных миров по Ф.Е. Василюку опирается на идею о том, что при той или иной психической организации переживание может протекать своим специфическим образом, и данная специфика может иметь формы схожие с протеканием переживания в том или ином жизненном мире.

Начнем анализ с сопоставления *психотического уровня функционирования сознания с инфантильным жизненным миром* по Ф.Е. Василюку. В психодинамическом, структурном подходе уровень идентичности субъекта обладает своими выраженными особенностями. Люди с таким типом личностной организации не всегда и не полностью уверены в собственном существовании, иногда могут сомневаться в том, кто они такие. Я и объект репрезентации четко не разделены, или существует бредовая идентичность. Наблюдающее Эго такого субъекта отсутствует. Критика своего состояния нарушена или утрачена. Отношения с реальностью таковы, что способность к тестированию реальности частично или полностью утеряна. Человек не понимает, какие чувства и мысли его, а какие пришли извне. Часто это сопровождается уходом от внешнего мира, утратой интересов. Возможны явления дрейфа, утраты самостоятельности выбора жизненного пути. Механизмы защиты ранние и архаичные. На уровне взаимодействия с телом нередко встречается кататония, психомоторное возбуждение, суицидальные попытки, параксии. Попытка справиться со стрессом осуществляется напрямую через тело, в малой степени задействуя психику.

*Инфантильный жизненный мир* по Ф. Е. Василюку характеризуется инфантильным переживанием, которое описывается как взаимодействие матери и младенца. В инфантильном жизненном мире идентичность субъекта практически отсутствует из-за тотального симбиоза с матерью. На этапе младенчества также сложно говорить об уровне сформированности идентичности. Наблюдающее Я присвоено матери. Способность к тестированию реальности находится в стадии становления и не развита в достаточной степени. На этом этапе жизни младенец пользуется самыми ранними механизмами защиты. Образ матери в силу возраста не может быть осмыслен и отделен. Мать переживается как неотъемлемая часть младенца. Способность к социальному взаимодействию и трудовой деятельности еще не вызрела. Переживание стресса во многом разворачивается на соматическом уровне. Мы видим ряд общих черт и можем предположить, что при психотической личностной организации доминирует инфантильное переживание.

Сопоставим функционирование психики при *пограничной личностной организации с реалистическим переживанием*. В психодинамическом подходе при пограничной личностной организации уровень идентичности связан со сложностью интеграции идентичности, ощущением собственного Я, которое полно противоречий и разрывов. Я и другие достаточно плохо отделены друг от друга. Способность наблюдать свою патологию сильно ограничена. Несмотря на проблемы с идентичностью, она осознается. Реальность воспринимается через призму черно-белого мышления. Механизмы защиты преимущественно примитивные, среди них расщепление, отрицание, проективная идентификация, всемогущество, обесценивание, примитивная идеализация. Существуют затруднения при описании личности значимых других. Описания плоские, глобальные и минималистические, «черно-белые». Симптоматика на уровне взаимодействия с телом проявляется в плохом контакте с телом. Наличие вегетативного компонента. У такого типа клиентов нередко может встречаться

самоповреждение (от порезов и ожогов до самоистязаний в спортзале), суицидальные попытки, промискуитет и другие сексуальные девиации. Несоответствие представлений о своем теле в реальности проявляется в стремлении его исследовать через татуировки, пирсинг. На уровне взаимодействия с реальностью таким субъектам свойственна нестабильность, импульсивность, неустойчивость целей, склонность к химическим и нехимическим зависимостям, а также склонность вступать в интенсивные и болезненные отношения.

*Реалистический жизненный мир* по Ф. Е. Василюку характеризуется реалистическим переживанием, где внутренний мир прост, а переживание стремится к реализации цели. Процесс формирования идентичности интенсивно продолжается, но за счет внутренней простоты не завершен. Представление о себе мозаичное. Способность критически оценивать себя еще слабо развита, для этого необходима фигура значимого другого, способного дать оценку. Однако представление о себе уже формируется. Целевое взаимодействие с реальностью искажено игнорированием целого ряда контекстов. В данном жизненном мире необходимо достижение цели любыми средствами. Защитные механизмы еще в стадии становления и недостаточно зрелы. Способы совладания с трудностями – терпение, упорство, агрессия. Фигура значимого другого значительно упрощена. Существует потребность в устойчивом взрослом, заботящемся, задающим правила, помогающим достигать целей и справляться с фрустрацией. Как мы видим, в пограничный уровень функционирования психики достаточно органично вписывается реалистический тип переживания.

*Невротический уровень* личностного функционирования содержит в себе континуум, где, с одной стороны, включает в себя состояние условной нормы, т.е. здоровья, а с другой стороны, состояние наличия невроза. Теперь сопоставим функционирование психики при невротической организации в точке наличия невроза с ценностным переживанием. В психодинамическом подходе идентичность невротической личности обладает целостностью и стабильностью, способностью переживать и наблюдать за собственными переживаниями. Для такого субъекта существует четкая граница между Я и объект-репрезентациями. Отношения с реальностью характеризуются надежным контактом и способностью различать Я и не-Я. Арсенал защитных механизмов варьируется от примитивных до зрелых с опорой на более зрелые. Описания значимых других развернуты, многогранные, не вызывают сложностей. Противоречивые образы Я и других интегрированы в цельную концепцию. Внутренней критической ситуацией чаще становится невротический конфликт. Симптоматика на уровне взаимодействия с телом чаще выражается в конверсионных симптомах: например, неврологические и соматические симптомы психогенной природы образования и соматоформные расстройства. Невротические расстройства, сопровождающиеся вторичными телесными нарушениями — соматизацией, которая протекает по психовегетативному, психоэндокринному или психонейроиммунному механизмам путем вытеснения в тело конфликтующих стимулов или иных конфликтующих содержаний. На уровне взаимодействия с реальностью типична социальная, ситуативная тревога, невротическая (не эндогенная, а экзистенциальная) депрессия, демонстративность. Многие неврозы подразумевают под собой внутренние конфликты противоречащих правил, ценностей, ситуаций.

*Ценностный жизненный мир* по Ф. Е. Василюку характеризуется ценностным переживанием, где внутренний мир сложен, а переживание стремится к упорядочиванию ценностных конструктов. Сложный внутренний мир позволяет сформировать наблюдающее Я. Внешний мир воспринимается легким, что позволяет отстраняться от реальности и фокусироваться больше на

внутренних процессах. Сформированное наблюдающее Я позволяет различать Я от не-Я. Внутренняя рефлексивная часть позволяет создавать, иерархизировать и переиерархизировать ценности благодаря зрелым формам мышления. Вызрелые психические механизмы позволяют создавать цельные концепции относительно других субъектов отношений, а также формировать цельные концепции, включающие убеждения и ценности. Внутренней критической ситуацией является конфликт. Как мы видим, в невротический уровень функционирования психики в аспекте наличия невроза органично вписывается ценностное переживание с его внутренними конфликтами.

И наконец, невротический уровень личностного функционирования в рамках условной нормы сравним с творческим переживанием. В психодинамическом подходе при невротическом уровне организации личности на полюсе условной нормы идентичность отличается своей целостностью. Человек сохраняет рациональные и объективные способности среди любых аффективных всплесков и связанных с ними напряжений. Контакт с реальностью надежен. Субъект опирается на более зрелые защитные механизмы, такие как сублимация, компенсация. Защиты оберегают субъекта от интрапсихического конфликта. Наличествует высокий уровень адаптации. Возможная симптоматика на уровне взаимодействия с телом обуславливается хорошим телесным контактом, умением воспринимать и чувствовать свое тело и его потребности. На уровне взаимодействия с реальностью воплощается сотрудничество путем включения социума, ресурсов, знаний в процессы совладания.

*Творческий жизненный мир* по Ф. Е. Василюку характеризуется творческим переживанием, где внутренний мир сложен, а внешний труден. Зрелая идентичность способна опираться на себя и свои ценности, перестраивать систему ценностей по мере взросления. Индивид устойчив к проявлениям нестабильности других субъектов отношений. Отношения с реальностью строятся по принципу осознания и использования внешней трудности мира, его разнообразия, возможностей. Сублимация, творчество, опора на культурный опыт (образование, самосовершенствование) являются движущими силами. Расширение спектра ресурсов происходит через обогащение знаниями. У субъекта высокий уровень символизации своих переживаний. Значимый другой может быть включен с жизненную концепцию на уровне жизненных смыслов. Есть способность включать субъектов в со-творческие, партнерские, со-исследовательские отношения. А также умение эффективно справляться со стрессом, фрустрацией и внутренними конфликтами. Внутренней критической ситуацией является жизненный кризис, требующий постановки новых смысловых ориентиров. Тело переживается как сотрудник, воспринимается с благодарностью, совершенствуется и бережно поддерживается. Реальность воспринимается как поле возможностей и перспектив. Как мы видим, при невротическом уровне функционирования психики в аспекте психического здоровья творческое переживание реализуется наиболее лаконично.

Зададимся вопросом: чем данное сопоставление может быть ценно психологам-практикам? Учитывая тип функционирования психики, мы можем предположить, какой тип переживания доминирует у того или иного клиента, а значит, более точно спланировать психотерапевтическую стратегию работы. При встрече с доминирующим инфантильным переживанием клиента позиция терапевта может больше напоминать заботливого родителя, где реализуется направленность на социализацию и адаптацию силами организаций и структур здравоохранения и социальной помощи как некоего «коллективного родителя». Становится важным включение родственников клиента в поддерживающую стратегию взаимодействия. Психотерапевтическая тактика предполагает использование бережных, мягких интервенций, направленных на собирание

разрозненных кусков переживания и просеивание сквозь призму реальности. Острые состояния клиента можно рассматривать как символический регресс до перинатального периода; госпитализацию – как символ материнской утробы.

При встрече с *реалистическим переживанием* **позицию терапевта** можно обозначить как «скала в пучине». Устойчивый взрослый, способный выдерживать эмоциональную нестабильность клиента. За счет внутренней простоты клиенту самостоятельно переживать и осмыслять получаемый опыт бывает затруднительно. Психолог занимает позицию вынесенного во вне носителя переживания и рефлексии клиентского опыта. Фигура, интегрирующая разрозненный клиентский опыт. Взаимоотношения психолога и клиента как зеркало взаимоотношений клиента с реальностью. Путь от ясности в отношениях с психологом к ясности взаимоотношений с миром.

При встрече с *ценностным переживанием, неврозом или внутренним конфликтом* клиента позиция терапевта может напоминать роль детектива и реализовываться в совместном поиске внутреннего конфликта, возможности его вскрыть, обозначить поле вокруг конфликта, со-исследовать ценности и установки клиента.

При встрече с *творческим переживанием*, психологу в отношении клиента будет органична позиция собеседника-философа. Она включает в себя возможность со-осмыслять жизненный путь клиента, помогать находить ресурсы для опоры, которых в арсенале должно быть достаточно. Помогать активизировать нестандартный взгляд на проблему, помогать находить новые жизненные смыслы и возможности их реализации.

Типология жизненных миров В.Е. Василюка универсальна, очень удобна как в теоретическом аспекте, так и в практическом применении. Соотнесение типологии жизненных миров и психодинамической модели функционирования сознания дает ценный методологический ресурс для практики психологического консультирования.

### **Использованная литература:**

1. Василюк Ф.Е. Понимающая психотерапия как психотехническая система. Изд-во «Питер», 2023.
2. Василюк Ф.Е. Психология переживания. Изд-во «Питер», 2025.
3. Кернберг О., Тяжелые личностные расстройства. Стратегии психотерапии, М., Независимая фирма «Класс», 2000.
4. Маквильямс Н., Психоаналитическая диагностика, М., Независимая фирма «Класс», 2001.

## **Взаимосвязь духовного благополучия и деструктивных черт личности**

**Аннотация:** В 2025 году иереем Иоанном Бакушкиным совместно с доктором психологических наук, профессором РУДН Р.В. Ершовой была адаптирована русскоязычная версия опросника «Шкала духовного благополучия», который применяется во всём мире в качестве психометрического инструмента. Также было проведено исследование с участием 959 респондентов, посвящённое характеру связи духовного благополучия — как интегративного и систематического показателя меры здоровья и удовлетворённости жизнью — с деструктивными чертами личности: макиавеллизмом, психопатией, нарциссизмом и садизмом. Эта область остаётся наименее изученной, а на российской выборке подобные исследования ранее отсутствовали. Полученные результаты свидетельствуют о том, что связь между духовным благополучием и деструктивными чертами личности не просто негативна, а включает в себя сложные взаимодействия. Ключевым открытием стало изменение направленности связи психопатии с религиозным благополучием с отрицательной в одномерной модели на положительную в многомерной модели при контроле садизма. Данная работа позволяет расширить представления о духовном благополучии как о важнейшем факторе, вносящем вклад в психологическое здоровье и социальную адаптацию людей, склонных к девиантному и асоциальному поведению.

**Ключевые слова:** шкала духовного благополучия, духовное благополучие, религиозное благополучие, экзистенциональное благополучие, личностные черты, «темная тетрада», макиавеллизм, нарциссизм, психопатия, садизм.

Слово «духовный» происходит от латинского термина *spiritualis*, которое, в свою очередь, происходит от греческого слова *pneumatikos*, как это видно из посланий апостола Павла к римлянам и коринфянам. После этого духовным человеком считался тот, с кем обитал «Дух Божий» или на жизнь которого этот «Дух» [Sheldrake, 2007] влиял. На протяжении большей части истории термины «духовный» и «духовность» понимались как чисто религиозные. До середины XX века термины «религия» и «духовность» использовались как взаимозаменяемые [Paloutzian, 2006]. В процессе секуляризации термин «духовность» стал использоваться как замена термина «религия» для людей, которым не нравится то, что обычно подразумевается под религией. Духовность — это более широкое понятие, чем традиционная религия, она включает в себя ориентацию на высшую силу, ценности, принципы, отличные от какой-либо церкви, синагоги, мечети, святилища или группы людей. Религии включают веру в систему верований, в то время как духовность может не включать Священные Писания или систему верований и не обязательно подразумевает что-то потустороннее.

В психологии духовность – сложное многомерное понятие, проявляющееся как стремление и переживание связи с самим собой, с другими людьми и связи с трансцендентным. Эта связь может переживаться внутрилично (как связь внутри себя), межлично (в контексте других и естественного окружения) и трансперсонально (имеется в виду чувство связи с невидимым, Богом или силой, более могущественной, чем мы сами) [Reed, 1992]. Духовность — это более широкий термин, охватывающий различные верования, ценности, принципы, смыслы и т.д., а духовное благополучие — это особый показатель того, как эти убеждения воплощаются в практики и влияют на жизнь человека.

Одним из наиболее изученных методов измерения духовного благополучия является разработанная Р. Палутцианом и К. Эллисоном [Paloutzian & Ellison,

1982] «Шкала духовного благополучия» (Spiritual Well-Being Scale, SWBS), которая одновременно исследует религиозное и экзистенциальное благополучие. Опросник измеряет общий показатель воспринимаемого человеком духовного качества жизни. Когда люди говорят о своей духовности, то они имеют в виду либо свои отношения с Богом или то, что они понимают под своим духовным бытием, либо свое чувство удовлетворения жизнью, ее целями и смыслом. «Шкала духовного благополучия» измеряет самооценку благополучия, понимаемого людьми в контексте слова «духовный», но это не духовность и не показатель духовности [Garssen et al., 2016], это показатель благополучия-здоровья, того, как опрашиваемый понимает и оценивает его в рамках «духовного» контекста. Шкала духовного благополучия — это конструкт, состоящая из двух субшкал: религиозного и экзистенциального благополучия. Оценка религиозного благополучия идет через вопросы со словом «Бог», описывающая опыт связи человека с Богом или трансцендентным. Оценка экзистенциального благополучия происходит через вопросы, показывающие способность адаптироваться к жизненным обстоятельствам и окружающим и характеризующим восприятие человеком своего жизненного опыта [Voivin et al., 1999]. Поскольку опросник имеет две подшкалы: религиозного благополучия (RWBS) и экзистенциального благополучия (EWBS), — он является внеконфессиональным инструментом [Paloutzian et al., 2021]. Данный опросник переведен и адаптирован на русскоязычной выборке только в 2025 году И.А. Бакушкиным и Р.В. Ершовой [Бакушкин & Ершова, 2025].

Связь между духовным благополучием и деструктивными чертами личности практически не изучалась. Термин «темная тетрада» объединяет симптомокомплекс «негативных» личностных черт: макиавеллизм, субклиническую психопатию, субклинический нарциссизм и субклинический садизм. В основе взаимосвязи данных черт лежат такие личностные характеристики, как эмоциональная холодность, низкая доброжелательность, склонность к обману, первичная психопатия и высокая самооценка. Макиавеллизм характеризует склонность манипулировать другими, эмоциональную холодность, цинизм и низкую эмпатию [Johnson et al., 2019]. Неклинический нарциссизм описывается как чувство превосходства, грандиозности и стремление к использованию других в собственных целях [Paulhus & Williams, 2002]. По результатам исследований нарциссизм в сравнении с двумя другими чертами может рассматриваться как положительный аспект «темной тетрады», так как обнаруживает позитивные связи с экстраверсией, открытостью новому опыту, вербальным интеллектом и толерантностью к неопределенности [Красавцева & Корнилова, 2019]. Неклиническая психопатия включает такие характеристики, как импульсивность, агрессивность, жестокость, низкую тревожность, склонность к обману. Феномен обыденного, повседневного садизма рассматривается как нормативная черта личности, характеризующая склонность к унижению других людей, причинению физического, сексуализированного или психологического страдания ради собственного удовлетворения [Атаджыкова & Ениколопов, 2021], бессердечности, нарушению эмпатии, удовольствия от причинения боли другим и доминирования.

**Материалы и методы.** Исследование проводилось на русскоязычной выборке в количестве 959 респондентов (761 женщина и 198 мужчин средний возраст  $(38,6 \pm 14)$  лет). Духовное благополучие изучалось с использованием «Шкалы духовного благополучия» в адаптации И.А. Бакушкина и Р.В. Ершовой, 2025, а диагностика черт личности: макиавеллизм, нарциссизм, психопатия и садизм — с помощью Короткого опросника «темной тетрады» в адаптации Д.С. Корниенко, В.К. Вязовкина и И.С. Горностаева, 2022. Для обработки результатов использовались: среда для статистических вычислений R 4.5.1 (R Foundation for

Statistical Computing, Вена, Австрия), описательная статистика, коэффициент корреляции  $\rho$  Спирмена, однофакторный и многофакторный линейный регрессионный анализ.

**Результаты исследования.** Исследование подтвердило гипотезу об отрицательной связи характеристик духовного благополучия с «макиавеллизмом», «психопатией», «нарциссизмом» и «садизмом» в корреляционном анализе, но с помощью однофакторного и многофакторного регрессионного анализов были выявлены сложные взаимодействия между изучаемыми свойствами личности. Для религиозного благополучия (Religious Well-Being) по Шкале духовного благополучия (SWBS) важнейшим результатом в многофакторной модели являлась смена направления ассоциации «психопатии» с отрицательного ( $\beta=-0,44$  [95% ДИ: -0,61; -0,28]) на положительный ( $\beta=0,38$  [95% ДИ: 0,21; 0,55]  $p<0.001$ ) при контроле влияния садизма. Существенный вклад в показатели экзистенциального благополучия и общего духовного благополучия вносит нарциссизм ( $\beta=0,32$  [95% ДИ: 0,22; 0,42]  $p<0.001$  и  $\beta=0,26$  [95% ДИ: 0,07; 0,46]  $p=0,009$  соответственно).

**Выводы.** Проведенное исследование позволило выявить комплексные и неоднозначные взаимосвязи между чертами «темной тетрады» и различными аспектами духовного благополучия в неклинической выборке.

Результаты подтвердили общую гипотезу о негативной связи между деструктивными личностными чертами и духовным благополучием. Корреляционный анализ показал статистически значимые обратные корреляции между большинством компонентов «темной тетрады», субшкалами религиозного и экзистенциального благополучия и общим показателем и показателями духовного благополучия. Наиболее сильным негативным его предиктором выступил садизм, что подчеркивает особую роль бессердечия и жестокости в снижении общего духовного благополучия личности.

Наиболее значимым результатом исследования стало выявление амбивалентной роли некоторых черт «темной тетрады» при учете их совместного влияния в многофакторных моделях:

- нарциссизм продемонстрировал потенциал к позитивному влиянию. При контроле других деструктивных черт (таких как садизм и макиавеллизм), его адаптивные аспекты (уверенность, чувство собственного достоинства) стали значимым положительным предиктором как экзистенциального, так и общего духовного благополучия. Таким образом, нарциссизм не является однозначно деструктивной чертой в контексте поиска смысла жизни и самореализации;

- психопатия показала схожий парадоксальный эффект в отношении религиозного благополучия. При изоляции от садистических тенденций, ее компоненты (импульсивность, сниженная тревожность) могут способствовать его повышению, возможно, за счет склонности к поиску ощущений, которые могут находить выход в религиозных практиках. Содержательно это говорит о том, что в случае полного отсутствия выраженности садистической черты, связанной с жестокостью и бессердечием (садизм), психопатия (импульсивность, агрессивность и сниженная тревожность) может приводить к росту показателя религиозного благополучия.

Данная работа позволяет расширить представления о духовном благополучии как о важнейшем факторе, вносящем вклад в психическое здоровье и социальную адаптацию людей, склонных к девиантному и асоциальному поведению.

### Использованная литература:

1. Атаджыкова, Ю. А., Ениколопов, С. Н. (2021). Феномен обыденного садизма. *Вестник Московского университета*, 1, 38–56. <https://doi.org/10.11621/vsp.2021.01.02>
2. Бакушкин, И. А., Ершова, Р. В. (2025). Русскоязычная адаптация опросника «Шкала духовного благополучия» (Spiritual Well-Being Scale). *Перспективы науки и образования*, 2, 393–409. <https://doi.org/10.32744/pse.2025.2.25>
3. Корниенко, Д. С., Вязовкина, В. К., Горностаев, И. С. (2022). Адаптация и психометрическая проверка методики «Короткий опросник темной тетрады». *Психологический журнал*. 43(5), 87-98. <https://doi.org/10.31857/S020595920022787-1>
4. Красавцева, Ю.В., Корнилова, Т.В. (2019). Нарциссизм как «светлый» аспект в Темной Триаде. *Консультативная психология и психотерапия*, 27(4), 65–80. <https://doi.org/10.17759/cpp.2019270405>
5. Boivin, M. J., Kirby, A. L., Underwood, L. K., & Silva, H. (1999). Review of the Spiritual Well-Being Scale. *Measures of Religiosity*, 382-385.
6. Garssen, B., Visser, A., & de Jager Meezenbroek, E. (2016). Examining whether spirituality predicts subjective well-being: How to avoid tautology. *Psychology of Religion and Spirituality*, 8(2), 141–148. <https://doi.org/10.1037/rel0000025>
7. Johnson, L. K., Plouffe, R. A., & Saklofske, D. H. (2019). Subclinical sadism and the Dark Triad: Should there be a «DarkTetrad»? *Journal of Individual Differences*, 40, 127–133. <https://doi.org/10.1027/1614-0001/a000284>
8. Paloutzian, R.F. et al. (2021). The Spiritual Well-Being Scale (SWBS): Cross-Cultural Assessment Across 5 Continents, 10 Languages, and 300 Studies. *Assessing Spirituality in a Diverse World*, 413-444. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-52140-0\\_17](https://doi.org/10.1007/978-3-030-52140-0_17)
9. Paloutzian, R. F. (2006). Psychology, the human sciences, and religion. *The Oxford handbook of religion and science*, 237–252. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199543656.003.0016>
10. Paloutzian, R. F., & Ellison, C. W. (1982). Loneliness, Spiritual Well-Being and the Quality of Life. *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy*, 224–237.
11. Paulhus, D.L., & Williams, K.M. (2002). The Dark Triad of personality: Narcissism, Machiavellianism, and psychopathy. *Journal of Research in Personality*, 36(6), 556-563. [https://doi.org/10.1016/S0092-6566\(02\)00505-6](https://doi.org/10.1016/S0092-6566(02)00505-6)
12. Reed, P. G. (1992). An emerging paradigm for the investigation of spirituality in nursing. *Research in Nursing and Health*, 15(5), 349-357. <https://doi.org/10.1002/nur.4770150505>
13. Sheldrake, P. (2007). A Brief History of Spirituality.

## Личностная религиозность как психологическое явление

**Аннотация:** В статье рассматривается личностная религиозность как психологическое явление в контексте отечественной психологии. Анализируются различные подходы к осмыслению религиозности через ключевые психологические понятия: смысл, переживание, отношение, самосознание, психологические орудия. Отмечается тенденция легализации религиозности в российской психологической науке и преодоление её патологизирующих интерпретаций. Предложенная трехуровневая модель позволяет дифференцировать религиозность в норме и патологии, а понятие личности служит мостом между психологией и теологией в междисциплинарном изучении религиозного опыта.

**Ключевые слова:** Религиозность, духовность, деятельность, сознание, личность, психическая болезнь.

Религиозность человека для современной российской психологии остается во многом *terra incognita*. Отечественная наука и философия слишком долго относились к религии как к «культурно-археологическому» экспонату. Отказаться от этого стереотипа и увидеть в ней живое явление, а не просто пережиток прошлого, оказалось непросто.

Изучение религиозности в российской психологии, как нам представляется, идет двумя путями: 1) применение западных моделей изучения религиозности на отечественной почве и 2) формирование отечественного подхода через установление взаимосвязи между религиозностью и психологическими понятиями, являющимися фундаментом для того или иного классического отечественного подхода. Первый подход, зачастую опирающийся на количественные методики, удобен простотой в обработке и поэтому «выгоден» для научной деятельности. Минус данного подхода состоит в том, что попытки применить полученные красивые результаты в практике психологической помощи наталкиваются на препятствие в виде реального соотечественника – получателя психологической помощи, который не мыслит в категориях, характерных для западных подходов.

Второй подход – формирование отечественного взгляда на основе существующих отечественных психологических теорий, которые зачастую раскрываются через какое-либо ключевое понятие.

Примерами таких понятий могут служить: *смысл* в концепции духовного уровня смысловой сферы сознания по Б.С. Братусю [Б.С. Братусь, 2019]; *переживание*, психологическая невозможность развертывания которого, по Ф.Е. Василюку, приводит к молитве [Ф.Е. Василюк, 2005]; А.М. Двойниным вера рассматривается то как контекст, в котором формируются *ценностно-смысловые ориентации личности*, отвечающие за содержательное наполнение структур самосознания по В.С. Мухиной [А.М. Двойнин, 2007], то как особое внутреннее отношение человека к миру – частный случай *отношения* – психологической категории, разработанной А.Ф. Лазурским и В.Н. Мясичевым [А.М. Двойнин, 2014]. А, например, образы рая и ада рассматриваются данным автором в качестве *психологических орудий* – категории Л.С. Выготского [А.М. Двойнин, 2025]. Можно сделать предположение, что на современном этапе практически каждый отечественный психологический подход пытается установить содержательную взаимосвязь с феноменом религиозности.

В этом процессе соотнесения феноменов внутренней религиозной жизни с психологическими понятиями можно усмотреть попытку легализации

религиозности человека в отечественной психологической науке. Религиозность из чего-то тайного, мистического или, наоборот, эксцентрического и делающего человека не похожим на всех, становится понятным, вписанным в общепсихологический контекст явлением. Также с религиозности снимается налет патологичности, зачастую придававшийся психиатрией или клинической психологией.

Множественность привлекаемых психологических понятий (смысл, переживание, отношение, самосознание, орудие), на наш взгляд, не столько говорит о неудаче в процессе соотнесения, сколько служит подтверждением антропологического положения русского философа В.В. Зеньковского о том, что духовность (в частности, религиозная) «в человеке не есть отдельная сфера, не есть некая особая и обособленная жизнь<sup>1</sup>, но есть творческая сила, энтелехийно пронизывающая собой всю жизнь человека (и души, и тела) и определяющая новое «качество» жизни» [В.В. Зеньковский, 1993].

И если первый аспект духовности (связь со всеми сторонами психики) вполне раскрыт попытками соотнесения понятий, то второй – придание жизни нового качества – зачастую теряется. И не доходят ли попытки показать, что религиозность в том числе психологична, до того, что религиозность – всего лишь психология? То есть всего лишь смысл, отношение, орудие, копинг и т.д.

Нам представляется, что польза психологии религии многократно увеличится, если она перейдет на рельсы междисциплинарного исследования, что станет возможным тогда, когда феномен и понятие, его обозначающее, будут принадлежать обеим дисциплинам. Для психологии и богословия (теологии) одним из таких понятий является личность.

В нашем докладе нет возможности представить хотя бы краткий обзор богословских подходов к личности. Мы можем отметить лишь, что современный богословский интерес к этому понятию связан с представителем неопатристической школы, которого нередко называют главным русским персоналистом, – В.Н. Лосским. Его представление о личности как несводимости к природе, свободной и при этом ответственной за достижение образа Божия в человеке, наиболее близко отечественному психологическому представлению о личности как инструменте достижения человеческой природы, реализующей принцип отношения к другому человеку, принимающей ответственность за поступки, в первую очередь нравственные [В.Н. Лосский, 2000; Б.С. Братусь, 2019].

Традиционно – в московской психологической школе – личность рассматривается в контексте двух других понятий: сознания и деятельности. Этот подход наиболее кристаллизованно выражен в классическом труде А.Н. Леонтьева «Деятельность, сознание, личность» (1975). Сознание рассматривается как внутреннее движение, порождаемое деятельностью. Личность определяется через совокупность общественных отношений, реализуемых деятельностью. Если у здорового человека деятельность, сознание и личность неразрывно связаны друг с другом, у человека с патологией психики, зачастую характеризующейся распадом, разрывом связей, данные стороны психики могут существовать как бы отдельно. Благодаря этому психическая патология, как отмечалось классиком отечественной патопсихологии Б.В. Зейгарник, может высвечивать, выделять то, что в здоровой психологии слито и нераздельно.

---

<sup>1</sup> соответственно не пересекающаяся с психикой или пересекающаяся в некоем узком месте – А.Н.

Примеры религиозности у людей, страдающих серьезными психическими расстройствами, позволяют выдвинуть гипотезу о трех уровнях религиозности: религиозность сознания, религиозность деятельности и религиозность личности. (Одним из оснований для данной гипотезы служит проведенный нами ранее теоретический анализ психологического аспекта веры, который позволил выделить веру как компонент сознания, веру как аспект деятельности, веру как аспект личности [А.В. Немцев, 2025]).

Примером религиозности сознания могут служить многочисленные примеры психически больных людей, главным мотивом религиозности которых является снятие симптоматики. Например, в нашем пилотажном исследовании, проведенном на базе и в сотрудничестве с врачами-психиатрами отдела транскультуральной психиатрии ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» (г. Москва), принял участие молодой человек (29 лет), которому посещение церкви помогает справиться с голосами, которые он приписывает злых духам; оно приводит его в ровное эмоциональное состояние, позволяет продолжать жить. При этом сама жизнь молодого человека, его цели, его деятельность в сути своей никак не связаны с религией. Например, упомянутый молодой человек посвящает свое время обучению на диджея, общению в Интернете и прочему. Можно сделать вывод, что в данном случае религиозность, становясь частью сознания, помогает сделать целостным само сознание. При этом деятельность человека, ее цели, а также личностные смыслы остаются не затронуты религиозностью.

Можно сделать предположение, что данный уровень религиозности присущ группе больных, которая была выделена научными сотрудниками отдела транскультуральной психиатрии ФГБНУ НЦПЗ с помощью клинического психиатрического метода и характеризовалась резким возрастанием значения религиозности при начале заболевания и снижением ее значения, вплоть до отказа от религиозной жизни, при снятии психотической симптоматики. Функция религиозности в данном случае – сделать целостным сознание. При снятии симптоматики данная функция перестает быть актуальной.

Второй уровень религиозности – проникновение в деятельностный компонент психической жизни. Религиозность, становясь элементом деятельности, входит во взаимодействие с другими структурными элементами и аспектами деятельности – целями, операциями, успешностью и неуспешностью. Например, женщина, страдающая эндогенным психическим расстройством (67 лет), рассказывает, как призывает помощь Божию, чтобы отказаться от исполнения трудной просьбы своей дочери. Или пациентка (55 лет), которая в момент тяжелого жизненного кризиса (увольнения с высокой должности) ставит цель совершенно исполнить все церковные предписания. При этом на вопрос о смысле жизни, она, спустя многие годы, отвечает, что потеряла его в момент увольнения. Религиозность в данном случае придает целостность деятельностному компоненту психики, но не касается личностного (смыслового) уровня.

И наконец, третий уровень религиозности – личностный. В данном случае религиозность входит в область личностных смыслов (понятие введено А.Н. Леонтьевым). Казалось бы, к этой группе можно отнести пациентов, которые на вопрос о смысле жизни отвечают: «спасение души». Но легкость и быстрота, «заученность» их ответа говорит скорее о богословском, а не психологическом содержании. Смысл жизни, как и любой личностный смысл, в большинстве случаев, является результатом глубинных переживаний (зачастую кризисных – по Ф.Е. Василюку), выстраданности, развития смысловой сферы по пути иерархизации – то есть выбора одних смыслов как более важных, чем другие.

Более содержательным, как это ни парадоксально, может быть отказ конкретной пациентки (35 лет) давать ответ на вопрос о содержании своего смысла жизни при признании его наличия. Это напоминает нам о том, что личность – тайна [Ф.Е. Василюк, 2005], а смысл жизни – смысловое ядро личности – сердцевина этой тайны. Это возвращает нас к той здоровой таинственности религиозности, которая подразумевает не мистическую непонятность, туман, а непредопределенность, свободу ответа человека на призыв Бога. И задача психолога, возможно, состоит не в однозначном выяснении смысла жизни человека, срывании покровы тайны, а в поддержке человека на его пути поиска этого смысла.

При этом мы предполагаем, что психологическая функция личностной религиозности – делать целостной смысловую сферу через увязывание всех с трудом рождаемых смыслов с религиозным смыслом, друг с другом, и со всем человеком.

### **Заключение**

Различия в религиозности людей, страдающих психическими болезнями, могут быть рассмотрены в свете 3 аспектов (уровней) религиозности: сознательного, деятельностного и личностного. Данные предположения требуют дальнейшей эмпирической проверки как на клинической выборке, так и на выборке психически здоровых религиозных людей.

### **Использованная литература:**

1. Братусь Б. С. Аномалии личности. Психологический подход / Б. С. Братусь. – М.: Никея, 2019. – 912 с.
2. Василюк Ф. Е. Переживание и молитва (опыт общепсихологического исследования) / Ф.Е. Василюк. – М.: Смысл, 2005. – 191 с.
3. Двойнин А. М. Ценностно-смысловые ориентации личности в контексте религиозной веры : автореферат дис. ... кандидата психологических наук : 19.00.01 / А. М. Двойнин. – Москва, 2007. – 23 с.
4. Двойнин А. М. Вера как феномен сознания: к постановке проблемы // Вестник МГПУ. Серия: Педагогика и психология . – 2014. – № 4 (30) . – С 57-64.
5. Двойнин А.М. Содержание и психологическое значение ментальных репрезентаций рая и ада у православных верующих / А.М. Двойнин, А.С. Иванова // Современный взгляд на религиозные переживания в норме и патологии. Материалы международной конференции. Москва, 24–25 ноября 2023 года. – М.: ФГБНУ НЦПЗ; Скифия-принт, 2025. – С. 42-48.
6. Зеньковский В.В. Проблемы воспитания в свете христианской антропологии / В.В. Зеньковский. – М.: Изд-во Свято-Владимирского братства, 1993. – 193 с.
7. Леонтьев А.Н. Деятельность. Сознание. Личность / А.Н. Леонтьев. – М.: Политиздат, 1975. – 304 с.
8. Лосский В. Н. Богословское понятие человеческой личности // Лосский В. Н. Богословие и Боговидение: сб. статей / под редакцией В. Пислякова. М.: Изд-во Свято-Владимирского Братства, 2000. С. 289-302.
9. Немцев А.В. К вопросу о вере как психологическом феномене / А.В. Немцев // Возрастные аспекты психических расстройств и особенности их пастырского окормления. Материалы международной конференции. Москва, 2025. С. 154-156.

## Богословское осмысление концепции фармакологического улучшения нравственности

**Аннотация:** В современных зарубежных научных кругах в качестве альтернативы традиционным методам нравственного развития всё чаще обсуждается возможность применения для этих целей фармакологических средств. Предполагается, что эти средства, воздействуя на центральную нервную систему, могут потенциально влиять на поведение и моральные выборы человека. В рамках доклада представлен анализ одной из самых радикальных идей в этой области, которая нашла свое практическое воплощение в знаменитом «эксперименте Страстной пятницы», проведенном в США в 1962 году. Суть эксперимента заключалась в попытке целенаправленного улучшения нравственного состояния человека через индуцирование мистического религиозного опыта с использованием психоактивного вещества. Особенность эксперимента состояла в синтезе психофармакологии и мистического опыта: ставилась цель вызвать глубокое духовное переживание «богообщения», которое, по замыслу авторов эксперимента, должно было привести к устойчивому моральному преображению личности. В рамках доклада представлена богословская оценка данной концепции «морального улучшения» с позиций святоотеческого наследия Православной Церкви и принципов православной антропологии.

**Ключевые слова:** улучшение человека, моральное улучшение, психоактивные вещества, психоделики, мистицизм, прелесть, православная антропология, богословская оценка, мораль, нравственность.

### Введение

На сегодняшний день перспектива развития технологий улучшения человека (*human enhancement*) рассматривается в трех ключевых направлениях: физическом, когнитивном и моральном. Из трех представленных направлений для богословской науки особый интерес представляет направление морального улучшения человека (*moral enhancement*). Именно в этом направлении рассматривается попытка замены естественных механизмов формирования нравственности человека внешними технологическими инструментами.

В основе идеи морального улучшения человека лежит предположение о возможности неизбежного самоуничтожения человечества, обусловленного бесконтрольным и некорректным применением достижений технического прогресса. Предполагается, что моральная деградация или неразвитость человека может привести к использованию современных технологий для реализации зла в отношении окружающего мира. При этом моральное улучшение позиционируется как эффективное и гарантированное средство от проявления в этом мире агрессии, ненависти, насилия и расовой дискриминации. При кажущемся позитивном характере этой идеи, она вполне может быть противопоставлена идее совершенствования человека в христианской традиции через обожение.

Понятие «моральное улучшение» впервые в научной литературе было введено английским философом и биоэтиком Т. Дугласом, опубликовавшим в 2008 г. статью под одноименным названием «Moral Enhancement» в американском Журнале прикладной философии [Douglas, 2008]. В статье Дуглас обосновывает допустимость применения морального улучшения для совершенствования нравственности человека. В этом же выпуске журнала, посвященном проблематике улучшения человека, была опубликована статья И. Персона и Дж. Савулеску, в которой авторы уже говорят о необходимости и обязательном

характере морального улучшения для безопасного дальнейшего развития человечества [Persson, Savulescu, 2008].

Эти две публикации заложили основу для дальнейшей дискуссии по вопросу о возможности и целесообразности технологического улучшения моральных качеств человека, которая не получила завершения и до сегодняшнего дня.

К основным инструментам морального улучшения сегодня относят генетические технологии, нейротехнологии и фармацевтические технологии.

### **Генетические технологии морального улучшения**

Первая группа технологий, относящихся к моральному генетическому улучшению, ориентирована на формирование нравственности человека на раннем этапе планирования. Очевидно, что любым родителям будущего ребенка свойственно задумываться и переживать о том, каким будет их ребенок. Результаты многих исследований последних лет в области генетики поведения позволяют сделать предположение о том, что наши моральные качества могут формироваться не только через воспитание, но и передаваться по наследству. Какова бы ни была относительная роль генетических и негенетических факторов в формировании морального облика человека, подобные исследования способствуют постановке вопроса о возможности и допустимости генетического формирования моральных качеств у будущего человека [Попова, 2020].

Предполагается, что основной точкой приложения морального генетического улучшения будут гормоны (и связанные с ними рецепторы), которые предрасполагают нас к большей эмпатии или большей заботе о справедливости. Например, считается, что окситоцин, кортизол и тестостерон влияют на эмпатию, агрессию, доверие и склонность заботиться о справедливости.

Сторонники морального улучшения предполагают, что мы могли бы найти и отобрать кластеры генов, влияющие на гормоны таким образом, что предсказуемо можно было сделать людей более щедрыми или формировать у них более сильное чувство справедливости. Также проводятся исследования, направленные на выявление генетической предрасположенности к эмпатии или агрессии. [Caspi, 2002]

### **Нейротехнологии морального улучшения**

Ко второй группе инструментов морального улучшения относятся нейротехнологии. Имеющиеся на данный момент результаты различных исследований свидетельствуют о том, что неинвазивная стимуляция мозга может модулировать определённые когнитивно-аффективные процессы, связанные с нравственным поведением, что делает возможным повышение нравственности. При этом следует отметить, что стимуляция мозга не улучшает какую-то одну нравственную способность, а изменяет определённые нейropsychологические процессы, влияющие на нравственное поведение. Улучшение этих процессов может привести к более нравственному поведению в одних ситуациях и менее нравственному — в других.

Так, подавление активности правой дорсолатеральной префронтальной коры снижает влияние вреда на принятие решений, как при совершении вредных действий, так и при наказании за вредные или несправедливые действия других людей. Это снижает вероятность принятия решений о наказании или неодобрении потенциально морально вредных личных поступков других людей. Однако это также повышает вероятность совершения вредных действий, таких как ложь или агрессивная реакция. Напротив, возбуждающая стимуляция правой дорсолатеральной префронтальной коры снижает агрессию и повышает

приверженность социальным нормам. В совокупности эти результаты свидетельствуют о том, что правая дорсальная префронтальная кора играет важную роль в формировании отвращения к причинению вреда, побуждая людей избегать причинения вреда другим, а также наказывать тех, кто причиняет вред [Darby, 2017].

Что касается таких технологий, как транскраниальная стимуляция постоянным током и глубокая стимуляция мозга, то убедительные доказательства того, что эти технологии могут как-то влиять на формирование нравственного состояния человека, на сегодняшний день отсутствуют.

Между тем, некоторые исследователи выдвигают идею проведения нейрохирургических вмешательств у психопатов или лиц, совершивших сексуальные преступления, с целью улучшения их нравственного поведения. Эти предположения подтверждаются успешным нейрохирургическим лечением гиперагрессивности у лиц с тяжёлыми нарушениями интеллектуального и физического развития, а также психохирургией 1970-х годов.

Основной фокус таких технологий стимуляции мозга направлен сегодня, в первую очередь, в лечебных целях на предотвращение преступных действий и контроль над асоциальным поведением.

В частности, основные подходы в применении глубокой стимуляции мозга ориентированы на:

- снижение агрессивности,
- регулирование сексуальной активности,
- снижение психопатии и социопатии.

Немецкий исследователь в области биоэтики доктор философии Сабина Мюллер, занимающаяся проблематикой психиатрической нейрохирургии, считает, что, исходя из текущего уровня знаний и обсуждений, на вопрос о возможности повышения нравственности посредством нейрохирургии можно ответить следующим образом. Теоретически возможно, что нейрохирургические вмешательства могут повысить самоконтроль и, следовательно, возможно, также моральную решимость, но это пока носит спекулятивный характер из-за отсутствия эмпирических данных. Однако, с точки зрения реалий, снижение агрессии или сексуального влечения может сделать моральную решимость менее требовательной, снижая вероятность агрессивного и сексуально девиантного поведения. Последнее, однако, будет не моральным совершенствованием, а лишь поведенческим, поскольку нравственные способности и установки человека не улучшатся [Müller, 2018].

### **Фармакологические технологии морального улучшения**

Дискуссия о моральном совершенствовании посредством фармакологии набирает оборот благодаря достижениям в области нейронаук. Эти достижения привели к открытию и уточнению моделей человеческого поведения, а также позволили говорить о возможности вмешательства в нейронную структуру поведения.

Из общей массы исследований потенциальных направлений фармакологического морального улучшения можно выделить три основных группы вмешательств [Macpherson, 2019].

Первая группа включает в себя фармакологические вмешательства, влияющие на любовь и аффективно-эмоциональные отношения, такие как привязанность, доверие, близость, верность и супружескую стабильность, любовную зависимость, ревность и пр. Основными нейромодуляторами здесь являются окситоцин, тестостерон, дофамин, вазопрессин и кортиколиберин. Использование фармакологических препаратов этой группы представляет собой

моральную дилемму, связанную с их пригодностью для разрешения супружеских разногласий или для улучшения коммуникативных способностей, развития привязанности и усиления эмоций. Основной этический вопрос, связанный с этими вмешательствами, фокусируется на подлинности и правдивости любовных и эмоциональных отношений, возникших под действием нейромодуляторов.

Вторая группа включает в себя вмешательства, направленные на социальное поведение, социальное взаимопонимание и альтруизм. Эта область группирует поведенческие эффекты, такие как расовая предвзятость, доверие, когнитивная эмпатия, альтруизм, агрессивность и др. Эти изменения опосредованы использованием селективных ингибиторов обратного захвата серотонина, окситоцина, метилфенидата и метилендиоксиметамфетамина. Моральная дилемма, создаваемая этими видами вмешательств, заключается в искусственном развитии альтруизма и общительности, а также в рисках индуцирования межличностных групповых конфликтов.

И, наконец, третья группа. Это фармакологическое воздействие на моральные суждения и принятие решений индивида. Элементы и особенности, связанные с процессом принятия решений, составляют основные характеристики этой категории: неприятие вреда и наказания, восприятие боли, утилитарные суждения, согласованность, рациональность, аутентичность, неприятие несправедливости, восприятие запретного, самопознание и импульсивность и пр. Нейрохимические соединения, которые участвуют в этих действиях, включают пропранолол, дофамин, окситоцин, норадреналин, псилоцибин и флуоксетин. Эти вмешательства эскалируют моральные вопросы, связанные с виртуальными или фиктивными добродетелями, формированием изменённого восприятия вреда, ущерба и доверия к другим людям, изменение самопознания и самосознания человека.

### **Психоактивные вещества как средство морального улучшения**

Однако есть еще одна форма вмешательств, стоящая немного в стороне от рассмотренных выше инструментов морального улучшения. Речь пойдет об оценке возможности применения для морального улучшения человека психоактивных веществ (ПАВ), а точнее психоделических средств, запрещенных к применению в большинстве стран мира. Рассвет исследований таких веществ пришелся на 50-60-е годы прошлого столетия.

Начиная с 90-х годов XX столетия, на Западе наблюдается устойчивый рост числа исследований влияния психоактивных веществ на человека, пытающихся пролить свет на понимание основных нейрофизиологических механизмов и выявить ключевые проявления воздействия подобных веществ на мозг и психику человека.

Весь спектр влияний ПАВ на человека может быть разделен на три основных группы [Swanson, 2018].

В первую группу т.н. перцептивных эффектов входят проявления, связанные с изменениями в восприятии действительности.

К следующей группе относятся эффекты эмоционального характера, проявляющиеся в повышении интенсивности чувственного восприятия, появлении различных, в большинстве случаев положительных, эмоций.

И наконец, третья группа объединяет в себе т.н. когнитивные эффекты, отражающие изменения в познавательных способностях человека, его мышлении.

Следует отметить, что к одной из древнейших практик человечества относится использование психоактивных веществ для достижения измененных состояний сознания и религиозно-мистического опыта. Во многих культурах по всему миру использование психоделических веществ для религиозных и духовных целей насчитывает тысячи лет.

Если говорить о попытках научно обосновать этот мистический опыт, то следует вспомнить, что в начале XX века американский философ и психолог, один из основателей психологии религии Уильям Джеймс связал возможность изменения состояния сознания и появления «мистического» опыта с употреблением таких веществ, как оксид азота («веселящий газ»), хлороформ, эфир и др. Впоследствии в XX веке многие исследователи религиозного опыта, такие как Роберт Чарльз Занер, Хьюстон Смит, Уильям Стейс и др., обращались к истории энтеогенов и опирались на идеи Джеймса при формировании новых гипотез о возможности влияния на религиозность человека средствами природных веществ и различных искусственных химических соединений [Малевич, 2014].

### **Эксперимент Страстной пятницы**

В рамках данной статьи представлена богословская оценка одной из подобных идей применения ПАВ, апробация которой была осуществлена в рамках т.н. «эксперимента Страстной пятницы» в США в 1962 г. [Pahnke 1963] Уникальность этой идеи заключается в попытке изменения (улучшения) нравственного состояния человека через переживание мистического опыта богообщения под действием психоделических препаратов.

20 апреля 1962 г., в Страстную пятницу в американском городе Бостон состоялся эксперимент, вошедший в историю под названиями «Эксперимент Страстной пятницы» или «Эксперимент в капелле Марша». Организатором эксперимента выступил протестантский священник, врач и теолог Уолтер Панке, занимавшийся диссертационным исследованием в области психологии религии, посвященным оценке влияния психоделических препаратов на религиозные переживания человека.

Сам Панке определил целью эксперимента сбор эмпирических данных о состоянии сознания испытуемых, употребивших психоактивное вещество, как средство стимуляции религиозного чувства. Проводимое эмпирическое исследование было направлено на выявление сходств и отличий между естественным мистическим опытом и опытом, вызываемым различными психоделическими препаратами.

Учитывая религиозную направленность проводимого опыта, в качестве места проведения эксперимента была выбрана капелла Марша при Университете Бостона. Эксперимент проходил во время богослужения Страстной пятницы, которое длилось 2,5 часа. Чтение молитв, Священного Писания и песнопения во время службы сопровождались органной музыкой, что должно было содействовать духовному настрою испытуемых. В качестве испытуемых выступили 20 студентов-добровольцев из местной богословской семинарии, не употреблявшие ранее психоделические вещества. Следует отметить, что все участники эксперимента относились к протестантизму различных деноминаций.

На основании анкетирования и проведенных интервью по результатам эксперимента У. Панке был сделан ключевой вывод о воспроизводимости мистического опыта, близкого к естественным религиозным переживаниям, посредством психоделических веществ [Pahnke, 1966].

Спустя четверть века, в период с 1986 по 1989 г. г., американский ученый Рик Доблин провел интервьюирование 16 из 20 участников эксперимента Страстной пятницы на предмет оценки устойчивости полученных результатов спустя длительный период времени [Doblin, 1991]. Проведенное Добином исследование подтвердило результаты эксперимента У. Панке. Все участники, принимавшие психоактивное вещество, спустя годы по-прежнему считали, что их первоначальный опыт содержал в себе действительно мистические элементы и внёс уникальный вклад в их духовную жизнь.

Для нас будет важным отметить, что большинство эффектов, о которых говорилось в ходе интервью, были связаны с более глубоким пониманием жизни, более сильным чувством радости, более глубокой приверженностью христианскому служению или другим призваниям, которые выбрали испытуемые, более высокой толерантностью к другим религиям, устойчивостью перед лицом сложных жизненных кризисов, а также чувством большей солидарности с другими народами, национальными меньшинствами, женским полом и окружающим миром. При этом большая часть испытуемых в ходе интервью связала эти позитивные изменения с пережитой за время действия ПАВ «встречей со Христом».

Возникает вопрос: а что же действительно пережили участники «эксперимента Страстной пятницы»? И действительно ли все так хорошо с духовной точки зрения, как это представлено в приведенных отчетах и заключениях.

### **Взгляд на взаимодействие со сверхчувственным миром с позиций православной антропологии**

В трехчастном делении человеческого естества ключевым элементом, отвечающим за взаимодействие со сверхчувственным миром, является высшая часть души – человеческий дух. Именно через этот элемент своей природы человек способен к принятию посредством богообщения благодати Божией. Связующую с Богом функцию здесь выполняет ум или разум, являющийся созерцательным органом человеческой природы. Перводанное состояние человека может быть охарактеризовано незамутненностью этого душевного «ока», созерцающего «таинства Божества, духа и мира вещественного» [Феофан Затворник, 2010]. В учении святых отцов такое зрение разделяется на две способности. Первая – естественное созерцание, реализуемое через способность ума самостоятельно или посредством рассудка познавать сущность вещей не без участия чувственного аппарата человеческой природы. Вторая способность – сверхъестественное созерцание, предусматривающая такое умозрение через Божественную благодать, получаемую непосредственно в богообщении при содействии Святого Духа. Именно через естественное созерцание премудрости Божьей, запечатленной в окружающем мире, ум человека должен был постепенно достичь сверхъестественного созерцания, открывающего возможность совершенствования человека и этого тварного мира. Процесс восхождения к такому сверхъестественному созерцанию требует от человека немалых духовных усилий для освобождения ума от всего чувственного и телесного.

Однако прародительский грех нарушил это взаимодействие через повреждение человеческого естества, изменив характер созерцательной способности разума, поставив её в противоестественное состояние. Грехопадение привело человека к духовной слепоте, сделало его бесчувственным, неспособным к непосредственному богообщению.

Тем не менее, при таком состоянии духовной слепоты можно говорить о неестественном или противоестественном созерцании ума. Это созерцание сделало объектом своего внимания предметы исключительно чувственного восприятия, оставляя за гранью познания духовную составляющую собственного бытия и не раскрывая в себе потребность богообщения и богопознания.

Созерцание ума, главенствовавшее до грехопадения, уступило место мышлению, в определенной степени имеющему противоположную направленность своей деятельности и опирающемуся на восприятие чувственного мира.

Под действием чувственных образов воспринимаемых предметов тварного мира и возбуждающих воображение различными иллюзорными картинками, ум

человека обретает мечтательность, характеризуемую забывчивостью Бога, духовного мира и вводящую человека в состояние самообмана. Ложь, порождаемая мечтательностью и принимаемая за истину, становится жизненной реалией падшего человека. Будучи обманутым дьяволом в эдемском саду, человек и сегодня зачастую продолжает находиться в состоянии бесовской прелести, открывающей перед ним перспективу псевдопознания Бога и сверхъестественного мира без стяжания Божественной благодати в чистоте своего духа и ума.

Таким образом, очевидно бесплодными являются попытки проникнуть в тайны сверхчувственного мира исключительно силами человеческого разума, в т.ч. за счет внешней стимуляции человеческого мозга различными психоактивными веществами.

### **Святоотеческое учение о прелести**

Как было отмечено ранее, характерной чертой воздействия психоактивных веществ является искажение восприятия человеком действительности. По сути, человек внешними средствами вводит себя в состояние самообмана. При этом такие средства с уверенностью можно отнести к инструментам дьявольского воздействия, призванных низвести человека в состояние прелести. Подтверждением этому можно найти у многих святых отцов Церкви. Ложь, пишет свт. Игнатий Брянчанинов, изначально была использована дьяволом для «погубления человеческого рода» [Игнатий (Брянчанинов), 2021 (том 1): 261]. И сегодня логическим итогом таких психоделических состояний остается гибель души человека, а в ряде случаев и его тела.

Оценка многообразия прелестных переживаний, характерных для психоделического опыта, приводится в трудах святых отцов Церкви. Однако один из наиболее структурированных и системных подходов к оценке этой греховной страсти представлен у свт. Игнатия Брянчанинова, именующего прелесть «повреждением естества человеческого ложью» [Там же: 260], «усвоением человеком лжи, принятой им за истину» [Там же: 262].

Попробуем сопоставить пережитый опыт участников эксперимента с учением свт. Игнатия о прелести.

**Первое – это желание или дерзновение пережить опыт богообщения.** Как правило, стремление к богообщению у верующего человека сопровождается определенной степенью ревности о Боге или духовного рвения, особенно ярко проявляющихся у новоначальных христиан, не имеющих достаточного опыта в постепенном устроении своей духовной жизни и духовного возрастания. Если обратиться к идее стремительного переживания т.н. мистического опыта богообщения посредством психоделических препаратов в отсутствии реального опыта постепенного восхождения по духовной лестнице, то очевидным становится плотской характер такого опыта. Разгоряченность духа и возбужденное состояние, сопровождающее человека в таких сеансах получения мистического опыта, говорят об истинной страстной природе возникающих переживаний. Истинная духовная ревность должна, по мнению свт. Игнатия, содействовать успокоению человека и освобождению от прелестной мечтательности. «Божественная ревность есть огонь, но не разгорячающий крови! Он погашает в ней разгорячение, приводит в спокойное состояние» [Игнатий (Брянчанинов) 2021 (том 5): 289]. Однако, как было показано ранее, опыт тех, кто пережил подобные психоделические состояния, говорит об обратном. «Ревность плотского мудрования всегда сопряжена с разгорячением крови, с нашествием многочисленных помыслов и мечтаний» [Там же: 289].

**Второй эффект – это иллюзорное улучшение своих нравственных качеств.** Детальное знакомство с результатами интервьюирования участников

эксперимента Страстной пятницы в ряде случаев может сформировать у читателя мнение о благотворности пережитого испытуемыми опыта. В первую очередь, такой взгляд может возникнуть после прочтения воспоминаний о появлении у человека сильного желания к совершенствованию своего внутреннего нравственного состояния и совершению различных добрых дел по отношению к окружающим. Однако, обращаясь к духовному опыту свт. Игнатия, в подобных случаях можно констатировать, что дело нравственного улучшения требует постепенного и глубокого изменения духовной жизни человека. И никакая стремительность в стремлении достичь духовных высот не может быть оправдана с позиции богоугодного возрастания. «Падший ангел старается обмануть и вовлечь в погибель иноков, предлагая им не только грех в разных видах его, но и предлагая несвойственные им, возвышеннейшие добродетели» [Игнатий (Брянчанинов) 2021 (том 5):57]. Святитель предостерегает человека, не утвержденного в вере и находящегося в начале духовного пути, от доверия «помыслам, разумениям, мечтам, влечениям, хотя бы они казались вам самыми благими» [Там же: 57]. Подобное стремление к добродетелям падшего мира способно, по мнению святителя, взрастить в человеке самообольщение, высокооумие, самомнение и гордость.

К характерной особенности пережитого мистического состояния следует отнести **отсутствие у участников эксперимента чувства покаяния**. Но мы знаем, что именно покаяние является фундаментальной основой очищения души человека, открывающей возможность принятия Божией благодати. В отсутствии покаяния, положенного в основу молитвенного делания, свт. Игнатий видит причину проявления различных видов бесовской прелести. Очевидно, что в случае описанного эксперимента Страстной пятницы мы можем наблюдать не только отсутствие предшествующих ему «покаяния, сокрушения духа, плача», но и самой молитвы, что говорит о проявлении «уклонения в ложное направление» и являет собой «признак самообольщения, прелести или бесплодия» [Игнатий (Брянчанинов) 2021 (том 1): 264].

**Ещё одной особенностью психоделической мистической практики** является появление у человека под действием галлюциногенных препаратов визуальных образов Господа Иисуса Христа, Пресвятой Богородицы, святых угодников, ангельских сил бесплотных и пр. Несмотря на то, что подобные явления рассматриваются свт. Игнатием в контексте употребления молящимся силы воображения, они также вполне могут быть соотнесены и с психоделическим опытом с поправкой на то, что эта мечтательность обусловлена воздействием химических элементов на мозг человека. Важным в данном случае является очевидное сходство в обоих случаях в проявлении прелести: «все, сочиняемое мечтательностью нашей падшей природы, извращенной падением природы, не существует на самом деле, – есть вымысел и ложь, столько свойственные, столько возлюбленные падшему ангелу» [Игнатий (Брянчанинов) 2021 (том 1): 265]. Находясь под впечатлением от подобных «встреч», человек лишь «льстит своему самомнению, своему тщеславию, своему высокоумию, своей гордости, обманывает себя» [Там же: 265].

Таким образом, из рассмотрения святоотеческого взгляда на прелесть становится очевидным, что проявление в опытах, подобных эксперименту Страстной пятницы, т.н. духовных добродетелей далеко отстоит от истинно духовных состояний, характеризующих покаянным чувством, «глубоким смирением и смиренномудрием, ...евангельской любовью ко всем ближним, стремлением к неизвестности и удалению от мира» [Игнатий (Брянчанинов) 2021 (том 1): 284]. Впадая в прелесть, даже под действием таких внешних средств, как психоделические препараты, человек «присваивает себе достоинства, данные Богом, ...сочиняет для себя достоинства несуществующие» [Там же: 286], и в

конечном итоге, «прославляя Бога ради прославления себя самого» [Там же: 287], максимально реализует в себе гордыню, будучи обманутым князем мира сего.

### **Заключение**

Сегодня на Западе вновь рассматривают возможность использования психоделических препаратов в качестве потенциального инструмента улучшения нравственности человека. Существуют исследования, пытающиеся продемонстрировать, зачастую очень натянуто, положительное влияние таких препаратов на поведение человека, его отношения к людям, окружающему миру. Несмотря на то, что в результатах подобных исследований часто декларируется возможность совершенствования человека, многие исследователи в области биоэтики и философии неоднозначно относятся к перспективам такого использования психоделиков [Earp, 2018]. Представленная попытка психоделического улучшения нравственного состояния человека представляет собой очередную утопическую идею торжества человеческого разума, дерзнувшего в данном случае силами своих знаний и научных достижений преодолеть ограниченность своей природы, поврежденной прародительским грехом.

Анализ работ У. Панке и других западных исследователей психоделиков показывает, что их подход игнорирует духовное измерение человека в понимании православной антропологии. Это приводит к ошибочной идее, что сверхъестественные состояния можно вызвать искусственно, воздействуя на душу и тело. С позиции святоотеческого учения, феномены, подобные эксперименту «Страстной пятницы», являются прелестью — следствием погони за наслаждениями и скрытого демонического влияния. Таким образом, психоделики не ведут к подлинному нравственному совершенству, а повторяют древний обман, сулящий богоподобие без Бога и духовного труда.

### **Использованная литература:**

1. Игнатий (Брянчанинов), свт. Аскетические опыты // Собрание сочинений. Том 1. М.: Ковчег, 2021. 672 с.
2. Игнатий (Брянчанинов), свт. Советы относительно душевного иноческого делания // Собрание сочинений. Том 5. М.: Ковчег, 2021. 528 с.
3. Феофан Затворник, свт. Начертание христианского нравоучения. М.: Правило веры, 2010. 688 с.
4. Малевич Т. В. Теория мистического опыта: историография и перспективы. М.: ИФРАН, 2014. 175 с.
5. Попова О.В. Новые генетические технологии и проблема антропологических границ: от этики индивида к этике вида // Философия и культура, 2020. № 10. С. 1-10.
6. Caspi A. Role of Genotype in the Cycle of Violence in Maltreated Children // Science, 2002, 297(5582), 851–854.
7. Darby R. Moral Enhancement Using Non-invasive Brain Stimulation // Frontiers in Human Neuroscience, 2017, 11:77.
8. Douglas T. Moral enhancement // Journal of Applied Philosophy. 2008. 25(3). P. 228–245.
9. Doblin R. Pahnke's "Good Friday Experiment": A Long-Term Follow-Up and Methodological Critique // The Journal of Transpersonal Psychology, 1991, Vol. 23, No.1. pp. 1-28.
10. Earp B. D. Psychedelic Moral Enhancement // Royal Institute of Philosophy Supplement, 2018, 83, pp. 438-439.
11. Macpherson I., Roqué M. V., Segarra I. Moral enhancement, at the peak of pharmacology and at the limit of ethics // Bioethics. 2019. T. vol. 33. № no. 9. С. p.p. 992-1001.
12. Müller S. Moral Enhancement durch Neurochirurgie? Machbarkeit und ethische Vertretbarkeit // Ethik in der Medizin. 2018. T. vol. 30. № no. 1. С. p.p. 39-56.

13. Pahnke W. N. Drugs and Mysticism: An Analysis of the Relationship Between Psychedelic Drugs and the Mystical Consciousness. June 1963. URL: [http://www.en.psilosophy.info/pdf/drugs\\_and\\_mysticism\\_\(psilosophy.info\).pdf](http://www.en.psilosophy.info/pdf/drugs_and_mysticism_(psilosophy.info).pdf) (дата обращения: 17.10.2025)
14. Persson I., Savulescu J. The perils of cognitive enhancement and the urgent imperative to enhance the moral character of humanity // *Journal of Applied Philosophy*. 2008. 25(3). P. 162–177.
15. Swanson Link R. Unifying Theories of Psychedelic Drug Effects // *Frontiers in Pharmacology*, March 2018, Volume 9, Article 172, p.9.

## Пределы компетенции духовенства и психиатров

**Аннотация:** Доклад посвящён анализу пределов компетенции духовенства и психиатров в вопросе помощи людям, страдающим душевными и духовными расстройствами. Рассматриваются историко-богословские и клинические подходы к различению психических заболеваний и духовных состояний, включая феномен демонической одержимости. Особое внимание уделяется позиции святых отцов Церкви, в том числе армянской святоотеческой традиции, а также современным принципам психиатрической науки и медицинской этики. Обосновывается необходимость междисциплинарного сотрудничества между священнослужителями и врачами-психиатрами, подчёркиваются риски одностороннего подхода и приводятся иллюстративные клинические и пастырские примеры. Делается вывод о комплементарности богословского и медицинского подходов при условии соблюдения границ профессиональной ответственности.

**Ключевые слова:** психические расстройства, духовное окормление, одержимость, пастырская психология, психиатрия, святоотеческое наследие, междисциплинарное взаимодействие, границы компетенции.

### Вступление

Пределы компетенции духовенства и психиатров и, как следствие, различение психических расстройств и духовных проблем остаются одной из наиболее сложных и одновременно дискуссионных тем на стыке богословия, психологии и медицины. Этот вопрос волнует Церковь и медицинское сообщество на протяжении столетий, и его актуальность не ослабевает в наше время. Наша цель — рассмотреть историко-богословские, психологические и клинические аспекты этой проблемы, а также обозначить пределы компетенции духовенства и медицины.

Проблема душевного страдания всегда находилась на границе между религией и медициной. На протяжении тысячелетий такие феномены, как слуховые галлюцинации, судорожные припадки, раздвоение личности, глубокая депрессия, суицидальные мысли и неконтролируемая агрессия объяснялись в духовных традициях действием сверхъестественных сил: демонов, духов, божественного наказания или проклятия рода.

Но при этом уже в древней Церкви понимали, что не все душевнобольные страдают из-за сверхъестественных причин.

Например, св. Иоанн Златоуст предупредил: «Не всякий, кто в смятении и кричит, — бесноват; ибо и болезни тела могут приводить к такому состоянию» [Беседа на Мф. 8:28]. Или «Не всякая болезнь есть дьявольская, но дьявольская часто маскируется под болезнь» [Златоуст, *Homiliae in Matt.*, XXIX, 2]. Григорий Богослов говорил: «Священник должен отличать душевную болезнь от нападения бесовского, дабы не навредить страдающему». А Фома Аквинский отмечал, что «иногда разум затемняется вследствие болезни тела, и тогда греха в этом нет».

Отцы Армянской Церкви также различали психическую болезнь и демоническую одержимость, но отмечали, что они могут пересекаться. Св. Григор Татеваци говорит: «Как одержимый движим дьяволом, так и обезумевший движим страстью». В армянской святоотеческой традиции делается акцент на то, что человек страдающий душевной болезнью, не должен быть оставлен один в своем страдании, он нуждается в молитве и милости, а не в осуждении и презрении. Уже в середине IV века при церквях и монастырях Армении были

открыты больницы, где лечение и поддержку получили страдающие не только телесными болезнями, но и душевными.

Таким образом, еще ранние отцы Церкви подчеркивали необходимость различия между нападением духовных существ и физическим недугом.

В Средние века психические нарушения почти полностью относились к сфере демонологии. Людей с психозами часто подвергали экзорцизму, пыткам и изоляции. Практика экзорцизма была регламентирована. Но вместе с этим усиливались попытки врачей выделить симптомы, отличающие психические заболевания от одержимости. Уже в XVII–XVIII веках врачи в Европе описывали случаи «мании» и «истерии», которые внешне напоминали демоническое воздействие, но имели природное объяснение. Например, Филипп Пинель освобождает психически больных от цепей (1793), Эскироль вводит термин «галлюцинация», и только с XIX века начинается переход к медицинскому объяснению психических нарушений: Крепелин классифицирует психозы, Фрейд и Юнг дают психологические интерпретации.

Таким образом, с формированием научной психиатрии все душевные страдания стали рассматриваться как нарушения психики.

Но, несмотря на бурное развитие психологии и психиатрии, многие вопросы в этой области остаются до конца не изученными, а миллионы людей для решения духовных и психических проблем по-прежнему обращаются к духовенству. В связи с этим очень важно понять пределы компетенции духовенства и психиатров, возможности и перспективы сотрудничества между ними.

Для обозначения пределов компетенции духовенства и психиатрии, давайте рассмотрим их права, предмет и методы деятельности по отдельности.

Итак, *психиатр* — это врач, имеющий право:

- ставить диагноз по МКБ-11 / DSM-5,
- назначать медикаментозную терапию,
- госпитализировать,
- применять психотерапию,
- проводить экспертизу и различные диагностические тесты.

Объектом психиатрии являются психические заболевания:

- психозы (шизофрения, БАР),
- депрессии,
- расстройства личности,
- тревожные состояния,
- зависимости,
- деменции и т.д.

Психиатрия не рассматривает душу как метафизическую субстанцию, она работает с психикой как функцией мозга и считает психические расстройства нарушением этой функции.

Психиатр не вправе диагностировать «демоническую одержимость», трактовать состояние больного как «наказание свыше» или «вмешательство духов», а также решать богословские вопросы. Это вне его компетенции.

Что касается юридических и этических границ, то по закону психиатр:

- обязан действовать по принципу «не навреди»,
- соблюдать права пациента,
- обеспечивать добровольность лечения (за исключением опасных случаев),
- учитывать религиозность и мировоззрение пациента.

В компетенцию *духовенства* входит пастырское служение, а именно: нравственное наставление, толкование духовных кризисов, проблемы вины,

смысла жизни и покаяния, молитвенная помощь, духовная поддержка в болезни, приобщение к святым таинствам. Священник лечит не мозг, а внутренний мир человека.

С религиозной точки зрения, причинами психических болезней наряду с вышеуказанными могут быть:

- следствие грехопадения,
- испытание,
- следствие разрушения духовной жизни,
- результат внутренних конфликтов,
- влияние потусторонних сил.

У священнослужителя нет права отменять или корректировать медицинское лечение.

Исходя из вышеописанного, можно сказать, что психиатр и священнослужитель могут успешно сотрудничать. Психиатр, вооружённый знаниями о когнитивных процессах, эмоциональной регуляции и поведенческих паттернах, способен предложить научно обоснованные методы терапии, направленные на коррекцию дезадаптивных мыслей и поведения. В свою очередь, священник, обладая опытом работы с экзистенциальными вопросами, может оказать поддержку в обретении смысла жизни, прощении и примирении с собой и окружающими; и 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 и его родными встает задача поиска смысла болезни, возрастает роль священника.

Важно подчеркнуть, что успешное взаимодействие возможно лишь при условии взаимного уважения, открытости к диалогу и готовности к сотрудничеству. При этом необходимо соблюдать этические границы и помнить о личной свободе пациента в выборе методов лечения и духовной поддержки.

Конкретные формы взаимодействия могут варьироваться от совместных консультаций и обсуждения случаев до организации групповых мероприятий, направленных на укрепление душевного здоровья и развитие духовной устойчивости. В некоторых случаях священник может оказывать поддержку пациенту в рамках религиозной практики, а психотерапевт (психиатр) – помогать в интеграции духовного опыта в повседневную жизнь.

Взаимодействие психиатра и священника является перспективным направлением в лечении душевнобольных, способным обогатить терапевтический процесс и привести к более устойчивым результатам. И здесь важную роль играют знания в области психологии и психиатрии священнослужителя.

Не могу не отметить, что одной из важных проблем в компетенции и взаимодействии между священником и психиатром остается проблема оказания помощи больным, находящимся под властью злых сил. И хотя случаи реальной одержимости крайне редки, именно они часто становятся камнем преткновения для успешной постановки диагноза и дальнейшего лечения пациента.

Сложность проблемы заключается в том, что симптомы психических расстройств и одержимости часто переплетаются, и одна может проявляться в маске другого, что осложняет правильную постановку диагноза и требует тесного сотрудничества психиатра со священнослужителем. Для наглядности хочу коротко рассказать о двух случаях.

В первом случае молодой человек из харизматической религиозной организации начал проявлять агрессию к окружающим, сопровождающуюся богохульством. Родные вместо того, чтоб обратиться к психиатру, попробовали лечить его с помощью молитв, что в итоге закончилось попыткой суицида.

Только после этого они обратились к психиатру, и после назначенного лечения наступила ремиссия.

И второй случай, свидетелем которого я был лично, когда молодая образованная девушка-юрист начала совершать жертвоприношения Молоху в виде тортов, а затем денег и золотых украшений. Родители, заметив это, обратились к психиатру, назначенное лечение к улучшению не привело, наоборот она становилась все более асоциальной, сильно потеряла в весе. И только после моих долгих уговоров они обратились за помощью в церковь к священнику, где она потеряла сознание, но после молитвы священника пришла в себя. После Исповеди и Причастия так называемый Молох перестал «посещать» её. Через месяц она снова вышла на работу.

Вот два ярких примера, когда люди впадают в крайности и упорно не хотят обращаться к врачу или, как во втором случае, полностью игнорируют духовный компонент болезни.

Еще К. Г. Юнг отмечал, что психические феномены могут иметь архетипический характер и восприниматься как проявления «инога мира» [Jung, 1938]. Юнг предупреждал о риске «психологизации» духовных переживаний, подчеркивая необходимость совместного подхода психолога и священника. Александр Мень, исследуя церковное Предание, отмечал, что одержимость обычно сопровождается выраженными духовными симптомами — непреодолимым отвращением к святыням, навязчивыми проклятиями и противоречащими естественным реакциям телесными проявлениями, — тогда как психозы чаще имеют эмоционально-логическую структуру нарушений [Мень, 1993].

### **Богословская перспектива и пределы компетенции**

С богословской точки зрения, Церковь признаёт существование духовной реальности, включая влияние злых духов. Однако и святые Отцы, и современная практика подчёркивают необходимость осторожности. Сегодня это переводится в совместную практику: священнослужитель может направлять на молитву, Исповедь и духовное сопровождение, но **диагноз и лечение психических расстройств остаются прерогативой психиатра**. Междисциплинарное сотрудничество важно для предотвращения ошибок, когда психиатрические состояния принимаются за демонические, или наоборот, духовная борьба трактуется как болезнь.

На практике различение одержимости и психических болезней включает:

1. тщательный анамнез (история болезни и духовный опыт).
2. наблюдение за реакцией на религиозные объекты и практики, оценку психопатологических признаков.
3. привлечение специалистов (психиатров, психологов) при сомнениях.

Священнослужители Армянской Апостольской Церкви тесно сотрудничают с психиатрами в этой области. Если священнослужитель замечает явные симптомы психического расстройства или так называемой одержимости, то направляет человека на консультацию психиатра, помогая человеку понять, что обращаться за помощью к специалисту совершенно нормально и необходимо для его благополучия. Он находится в контакте с врачом, больным или его родственниками для оказания дальнейшей поддержки и духовного окормления.

### **Заключение/выводы**

Итак, различение психических расстройств требует междисциплинарного подхода, объединяющего богословскую мудрость и научные методы психиатрии. Церковь и медицина имеют разные, но дополняющие друг друга компетенции.

Сегодня официальные позиции большинства конфессий и психиатрических ассоциаций сходятся:

- психиатр **исследует патологию**, не делая духовных выводов;
- священник **окормляет** и исцеляет человека **духовно**, не вмешиваясь в терапию.

Оба могут сотрудничать при согласии пациента, сохраняя уважение к его вере.

**Всемирная психиатрическая ассоциация (WPA, 2017)** отмечает: «Духовная жизнь человека может служить ресурсом в лечении, если не подменяет профессиональную помощь».

В заключение хочу процитировать слова Александра Меня: «Истинное различие — это не просто распознавание симптомов, но забота о целостности души и тела человека» [Мень, 1991]. Это высказывание ярко иллюстрирует, что подход к лечению душевнобольных должен быть одновременно гуманным, научным и духовно чутким.

### **Использованная литература:**

1. Аквинский Ф. Сумма теологии. — М.: Либроком, 2010.
2. Златоуст Иоанн. Беседы на Евангелие от Матфея, беседа 29.гл.2-3, комментарий к Мф. 9.32-34.
3. Григорий Богослов, Слово XIV «О любви к бедным», гл.6-7.
4. Каледа В. Г. «Пастырская психиатрия: разграничение духовных и психических расстройств», Церковный вестник 25.09.2012г
5. Прот.Мень А.В., Медицина и религия // Избранные труды,Том 2-М.:Слово,1991-стр.280-283.
6. Татеваци Григор. Философско-богословские сочинения. — Ереван: Матенадаран, 1998.
7. Фавстос Бузанд, История Армении, книга IV.гл.4-5.Ереван, издание Академия Наук Армянской ССР, 1953.
8. Jung C. G. Psychology and Religion. — New Haven: Yale University Press, 1938.
9. World Psychiatric Association. Position Statement on Spirituality and Psychiatry. — WPA, 2017.

## **Роль священника, терапевта и психиатра в служении человеку – интеграция психологической и духовной помощи**

**Аннотация:** В данной статье представлена комплексная модель психологической и духовной помощи, строго ограниченная профессиональными рамками. Она акцентирует внимание на взаимодополняющих ролях священника, психотерапевта и психиатра в служении человеку. В ответ на растущие проблемы с психическим здоровьем и частую путаницу между религиозными и клиническими вмешательствами, в статье утверждается, что для эффективного исцеления необходимо сотрудничество, а не дублирование функций.

Опираясь на клиническую психологию, психиатрию и пастырскую традицию Коптской Православной Церкви, исследование предлагает «3D-модель комплексной помощи», которая рассматривает человека как дух, душу и тело. На основе практического разграничения ролей и клинических примеров в статье показано, как такая интеграция повышает достоинство пациента, предотвращает ошибочные диагнозы и помогает обеспечить этическое, комплексное попечение. Модель подтверждает, что духовная помощь дополняет, а не заменяет основанное на научном знании лечение психических расстройств, предлагая структуру, которая уважает профессиональную специализацию, одновременно способствуя командной работе во имя исцеления и надежды человека.

**Ключевые слова:** психологическая помощь; духовная помощь; интегрированная модель психического здоровья; пастырское консультирование; психиатрия и психотерапия; целостное исцеление; Коптская Православная Церковь; профессиональные границы.

### **Введение**

Сегодня перед нами стоит фундаментальный вопрос заботы о человеке: **Как разработать интегрированную модель целостного попечения о человеке – о его духе, душе и теле, – не создавая конфликта между верой и наукой?**

В эпоху растущих психологических и социальных вызовов вопрос уже не в том, **может ли Церковь играть какую-то роль**, а в том, **как нам сотрудничать в служении человеку, не дублируя усилия.**

Никакая отдельная дисциплина не способна обеспечить комплексное лечение человека. Лечение должно быть комплексным и учитывать разные специализации. Все специалисты должны работать слаженно, как одна команда. При этом важно первостепенное внимание уделять достоинству пациента.

Именно поэтому Коптская Православная Церковь сегодня подчеркивает этот принцип: **интеграция — это не смешение ролей, а уважение их границ в служении единому человеку.**

**Первое: роль священника — помогать найти смысл и вселять надежду.**

Священник не заменяет психотерапию, но он осуществляет духовное служение, которое не может предложить ни одна другая профессия. Его роль включает три основные составляющие:

#### **1. Духовное и богословское наставничество:**

- Помощь в богословском осмысления боли, страданий и смысла жизни.
- Сопровождение человека через молитву, таинства и духовные практики.
- Возвращение надежды в периоды скорби, смятения, экзистенциальных кризисов или утрат.

## **2. Социальная и церковная поддержка**

- Помощь в восстановлении семейных и социальных отношений.
- Обеспечение поддержки со стороны церковной общины, уменьшение изоляции.
- Исследования в области позитивной психологии показывают, что поддержка общины является решающим фактором в выздоровлении.

## **3. Профессиональная роль**

- Священник не диагностирует психологические расстройства.
- Он не назначает лекарства и не проводит клиническую терапию.
- Его задача – показывать и освещать путь, а не разрабатывать план лечения.

**Второе: роль психиатра и терапевта (научная точность и клинический опыт).**

### **• Психиатр**

- Диагностирует расстройства в соответствии с DSM-5.
- Назначает и контролирует медикаментозное и биологическое лечение.
- Не предоставляет духовной или богословской интерпретации страданий.

### **• Терапевт / психолог**

- Обеспечивает научно-обоснованное лечение, включая когнитивно-поведенческую терапию (КПТ), диалектическую поведенческую терапию (ДБТ) и семейную терапию.
- Лечит травму и изменяет когнитивные и поведенческие паттерны.
- Уважает веру пациента и использует ее как источник силы.

### **• Четко определенные рамки деятельности**

- Терапевт не назначает лекарства.
- Психиатр не заменяет духовное руководство.
- Каждый специалист работает в рамках своей сферы деятельности, дополняя других.

**Третье: практическая интеграция — как мы работаем вместе? (Комплексная модель 3D-помощи):**

### **1. Диагностика и оценка**

- Священник: определяет духовные потребности и уровень необходимой духовной поддержки.
- Психотерапевт: проводит клиническую (немедицинскую) психологическую оценку.
- Психиатр: ставит медицинский диагноз и планирует медикаментозное лечение.

### **2. Первичное терапевтическое вмешательство**

- Священник: придает смысл, укрепляет надежду, усиливает поддержку со стороны общины.
- Терапевт: предоставляет психологическую терапию.
- Психиатр: проводит биологическое или фармакологическое лечение.

### **3. Совместная коммуникация**

- Священник направляет человека к специалисту при появлении психологических симптомов.
- Терапевт делится информацией о ходе лечения для поддержки общего выздоровления.
- Психиатр координирует медикаментозное лечение с терапевтом.

### **4. Четкие профессиональные границы**

- Священник: не назначает лекарства и не ставит клинические диагнозы.
- Терапевт: не занимается богословием и не назначает лекарства.
- Психиатр: не выносит духовных суждений в отношении пациента.

## **5. Примеры из практики:**

### **Пример первый: клиническая депрессия**

- Риски: восприятие депрессии как "слабой веры".
- Правильное взаимодействие:
  - Психиатр: назначение антидепрессантов и последующее наблюдение.
  - Терапевт: когнитивно-поведенческая терапия для работы с негативными мыслями.
  - Священник: восстановление надежды и предотвращение духовного самообвинения.

### **Пример второй: религиозное обсессивно-компульсивное расстройство**

- Риски: принятие компульсивного поведения за "духовное рвение".
- Правильное взаимодействие:
  - Психиатр: диагностика и соответствующее медикаментозное лечение.
  - Терапевт: когнитивно-поведенческая терапия, направленная на работу с навязчивыми мыслями.
  - Священник: предоставление здорового богословского наставления и прекращение практик, усугубляющих симптомы.

**В рамках этой модели специалисты не конкурируют, а интегрируются в единую систему лечения.**

## **Четвертое: роль Коптской Православной Церкви в данной комплексной модели**

### **1. Четкая институциональная основа.**

Под руководством Его Святейшества Папы Тавадроса II и Священного Синода силами специального комитета по охране психического здоровья была разработана сбалансированная модель охраны психического здоровья, объединяющая святоотеческую мудрость с современной наукой.

### **2. Современные духовные основы**

Церковь предлагает духовное видение, которое дополняет научные знания и обеспечивает зрелое, сбалансированное понимание человека.

### **3. Подготовка священнослужителей и служителей**

Осуществляется через специализированные учреждения, такие как:

Институт попечения и образования,

Коптский институт психологических исследований,

Другие консультационные учреждения по всей Египту,

Подготовка включает:

Основы психического здоровья,

Навыки оказания первой помощи,

Правильная профессиональная ориентация,

Различение духовных и психологических расстройств.

### **4. Профессиональное сотрудничество**

Совместные команды,

Оценочные комиссии,

Психологические услуги в церковных учреждениях,

Сотрудничество с национальными службами здравоохранения.

### **5. Защита пациента и система медицинской помощи**

Предотвращение путаницы между духовными и психологическими расстройствами.

Защита пациентов от злоупотреблений, ошибочных диагнозов или эксплуатации.

Защита духовенства и терапевтов от превышения своих полномочий.

Немедленное направление ко врачу в опасных случаях.

Таким образом, Церковь становится не только «духовным домом», но и «профессиональным институциональным партнером» в национальной системе психического здоровья.

### **Вывод**

Интеграция психологической и духовной помощи — это не теоретический проект, а этическое обязательство перед страдающим человеком, ищущим смысл, исцеление и надежду.

Коптская Православная Церковь верит, что наука — это дар Божий, и что дух и разум неразделимы на пути к исцелению.

Мы предлагаем не альтернативу медицине или психотерапии, а мост, соединяющий человека с Богом, с самим собой и с обществом в рамках интегрированной системы, которая ценит профессионализм и командную работу.

### **Заключение**

"Сам же Бог мира да освятит вас во всей полноте, и ваш дух и душа и тело во всей целостности да сохранится без порока..." (1 Фес. 5:23). Интеграция не просто обеспечивает лечение, она восстанавливает достоинство, внутренний покой и подготавливает человека к вечной жизни.

Спасибо вам и всем, кто служит человечеству.

### **Использованная литература:**

- 1.American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). American Psychiatric Publishing.
- 2.Beck, A. T. (2011). Cognitive therapy of depression. Guilford Press.
- 3.Coptic Institute of Psychological Studies. (2020). Mental health and spiritual guidance: A training manual for clergy. St. Mark's Foundation.
- 4.Evagrius Ponticus. (1972). The Praktikos & Chapters on prayer (J. E. Bamberger, Trans.). Cistercian Publications. (Original work written c. 4th Century).
- 5.Frankl, V. E. (2006). Man's search for meaning. Beacon Press.
- 6.Holy Bible. (2011). The Holy Bible: New Revised Standard Version. Oxford University Press. (Original work published c. 1st Century).
- 7.John Chrysostom, Saint. (2002). Six books on the priesthood (G. Neville, Trans.). St. Vladimir's Seminary Press. (Original work written c. 4th Century).
- 8.Koenig, H. G. (2012). Religion, spirituality, and health: The research and clinical implications. *ISRN Psychiatry*, 2012, Article 278730. <https://doi.org/10.5402/2012/278730>
- 9.Pargament, K. I. (2007). Spiritually integrated psychotherapy: Understanding and addressing the sacred. Guilford Press.
- 10.The Holy Synod of the Coptic Orthodox Church. (2018). Guidelines for the integration of mental health and pastoral care. Mental Health Committee of the Holy Synod.
- 11.World Health Organization. (2014). Integrating mental health into primary care: A global perspective. WHO Press.

## **Гуманизация психологии: интеграция христианской антропологии в образование будущих психологов**

**Аннотация:** Университетское образование в области психологии все в большей степени ориентируется на методологию исследований и нейропсихологию в ущерб гуманистической подготовке. Такая профессиональная подготовка противоречит реальным человеческим проблемам, с которыми психолог работает во время своих консультаций, а также его возможностям действовать, которые простираются дальше биохимических изменений, лежащих в их основе тех или иных состояний.

Поэтому необходимо восстановить обучение христианской антропологии в университетах. Таким образом, будущие психологи и психотерапевты смогут лучше понимать и сопровождать людей, которые приходят на консультацию с такими свойственными человеку вопросами, как угрызения совести, чувство вины, перфекционизм или отсутствие надежды.

**Ключевые слова:** христианская антропология, психология, психическое здоровье, гуманизация психологии, духовность.

*Настоящее исследование является частью проекта Университета Абат Олиба СЕУ «Гуманизация» психического здоровья: психологические диагнозы и психотерапевтические вмешательства» HUMANPSY B324FP12*

### **1. Введение**

Университетское образование в области психологии в Испании развивалось на базе философского факультета наряду с социологическим образованием. Первоначально они были введены в качестве отдельных направлений или специальностей в рамках философии. В случае психологии, – как специальность в области психологии и педагогических наук. Позже направления психологии и социологии стали независимыми, и в Барселоне был создан первый в Испании факультет психологии, предоставляющий образование в области психологии, педагогики и логопедии, а также факультет социологии. Несмотря на эту эмансипацию, психология считалась частью гуманитарных наук, поскольку объект ее изучения связан с индивидуальным развитием человека в его семейном и социальном контексте.

В настоящее время университетское психологическое образование постепенно вводится на медицинских факультетах наряду с медициной, сестринским делом и другими медицинскими специальностями. Эта тенденция наглядно демонстрирует изменения в понимании природы психологии как науки, предмета её исследования и подходящих методологий для более глубокого её изучения.

Значение этого изменения заслуживает критического осмысления. Конечно, целью было развитие науки. Несмотря на применение практик с недоказанной эффективностью, задача заключалась в укреплении доказательной психологии [Wright, Pade, Gottfried et al., 2022]. Однако важно отметить, что клинический подход развивался в ущерб личностным, человеческим аспектам. Нельзя делать поспешных выводов относительно этих изменений, но их необходимо осмыслить, поскольку они представляют собой не просто изменение отношения, а переформулировку теоретических основ этой науки.

С одной стороны, в фундаментальных исследованиях натурфилософия Аристотеля, в которой психика рассматривалась как принцип жизни, была заменена позитивизмом Огюста Конта, который считает познаваемым только то,

что может быть количественно определено. Это потребовало полной перестройки всех концепций.

С другой стороны, на психотерапию также повлияла научная и культурная эволюция того времени. Таким образом, в области психологического вмешательства произошла очень значительная эволюция в плане применения логотерапевтического подхода, то есть исцеления с помощью слов, который остался неизменным. С самого начала, когда христианская мораль была объявлена причиной психических заболеваний, и до того момента, когда фокус сместился на самоактуализацию, характерную для гуманистической психологии [Ford, 1991].

Стремление подтвердить эффективность психотерапевтического вмешательства привело к признанию важности отношений, которые складываются у пациента с психотерапевтом, а не используемой терапевтической методологии. Кроме того, следует признать, что существуют определенные расстройства, при которых психотерапевтическая помощь имеет ограниченную эффективность, и требуется междисциплинарное вмешательство. В этих случаях психотерапия играет роль личностной поддержки в процессе лечения, направленной на повышение приверженности пациента терапии и выполняющей вспомогательную функцию. В любом случае, как представляется, в обеих ситуациях психотерапевт оказывает личностную, дружескую поддержку, еще раз подтверждая важность личной поддержки, особенно в трудных ситуациях.

Дружба с пациентами, а также роль родительского или морального наставничества, которую могут выполнять психологи, являются предметами активных дебатов, поскольку предполагается, что психотерапевты должны сохранять нейтральность и профессионализм. Однако нельзя отрицать, что различные психотерапевтические подходы основывают свою методологию на определенной антропологии, исходя из которой они рассматривают здоровье и болезни человека, природу психических расстройств и цель человеческого существования. То есть это те моральные принципы, которым они следуют в своей профессии.

Церковь раньше психотерапевтов и консультантов стала заниматься окормлением людей, попавших в беду, предлагая путь к спасению всем, независимо от психического состояния. Руководствуясь представлением о падшей человеческой природе, Церковь признает необходимость спасения человечества и указывает на Иисуса Христа как “путь, истину и жизнь” (Ин. 14:6), который особенно призывает «труждающихся и обременённых» (Мф. 11:28). В числе других исторических личностей св. Иоанн Божий выделяется как конкретный пример этой формы апостолата, полностью посвященной уходу за психически больными задолго до того, как эта профессия была официально признана (Riesco Álvarez, 2022).

В своей статье мне хотелось бы выделить те существенные моменты, которые придают глубокий смысл и значимость профессии психотерапевта. При этом я понимаю, что существует риск того, что они будут упущены из виду в рамках клинического, биомедицинского подхода, который используется при подготовке будущих специалистов в области психического здоровья. Поэтому мы опираемся на работу, проводимую в рамках проекта "Идентичность", финансируемого университетом Абат Олиба СЕУ в Барселоне, направленного на гуманизацию психологии.

## **2. Психология здоровья**

Психологию как профессию можно рассматривать как изучение психической жизни, а также как психотерапевтическое сопровождение. В первом случае, очевидно, нейрофизиология и когнитивные вычислительные модели

играют ведущую роль в продвижении знаний. Во втором случае наблюдается большой разброс с точки зрения преобладающих направлений развития психотерапии, поскольку у каждого направления, как представляется, есть свой собственный автономный путь, которому следует каждый психотерапевт, или же он эклектично выбирает элементы из различных направлений [Wucherpfennig, Bock & Abidi, 2025].

Психологическое развитие человека происходит параллельно с органическим созреванием под влиянием факторов окружающей среды и внутриличностных факторов, таких как собственные убеждения и решения, принимаемые на протяжении всей жизни. С точки зрения здоровья, это личностное психологическое развитие можно рассматривать с функциональной точки зрения, но оно также требует осмысленности, которая направляет это развитие.

Критерии, используемые для оценки психологического здоровья человека, должны учитывать его природу, а не только функциональность, если мы хотим, чтобы люди, которым мы помогаем, добились чего-то большего, чем просто неустойчивого равновесия [Walker, 1956]. Экзистенциальная задача человека призывает нас искать личное счастье не только в функциональности, но и в обретении смысла жизни. Свидетельством тому является рост депрессии среди жителей Запада, которые живут в условиях благополучия, с гарантированным медицинским обслуживанием и образованием, но без жизненно важной цели, придающей смысл их существованию, их радостям и печалям.

Клинический подход к психотерапевтической помощи подчеркивает важность диагнозов и протоколов действий в различных ситуациях для восстановления равновесия личности. Однако он ограничен в плане предоставления жизненно важных наставлений пациентам, дабы не выходить за рамки профессионального вмешательства. Опасность этой ситуации заключается в том, что пациенту приходится самостоятельно выбирать жизненные ориентиры, относительно которых терапевт не хочет выносить суждение, или в том, что терапевт дает советы, не имея для этого достаточной подготовки.

Именно здесь гуманистическое образование может оказаться незаменимым для сопровождения пациентов, которые стремятся не только улучшить сон или перестать беспокоиться о своих проблемах, но и обрести смысл жизни, который позволит им ориентироваться в текущей ситуации и которого следует придерживаться [Frankl, 2008]. В качестве метафоры, представьте себе подпорки, которые помогают деревьям расти прямо. У людей роль такой подпорки играет нравственность, незаменимая для каждого, поскольку альтернатива, жизнь «вне добра и зла», ведет к дегуманизации.

Следует отметить, что у каждой психотерапевтической школы есть своя этическая позиция, и что научное решение состоит не в том, чтобы исключить ее из психотерапевтических отношений, а в том, чтобы руководствоваться той, которая в наибольшей степени гуманизирует человека, способствуя его расцвету как личности. Однако это не входит в обучение психологов: оно больше ориентировано на подготовку в области физиологии или просто на описательное объяснение различных психотерапевтических подходов. Поэтому принципиально важно обеспечить включение гуманитарных наук в учебные планы для будущих специалистов в сфере психического здоровья.

### **3. Гуманизированный взгляд на психологию**

Некоторые психотерапевты подчёркивали, что обретение смысла является важным критерием в психотерапевтическом процессе. Они рассматривали терапевтическое вмешательство не только с точки зрения клинических

проявлений психических расстройств и их немедленного лечения, но и с более широкой, ориентированной на жизнь перспективы.

Независимо от степени своей религиозной убежденности, они разделяли тезис о том, что трансцендентность – то есть выход за пределы собственного "я" – является фундаментальным условием для достижения психического здоровья. В этом отношении хорошим примером является автор книги "Человек в поисках смысла".

Так, Виктор Франкл создал терапевтический подход, который позволяет человеку формировать свое бытие, опираясь на обретенный смысл жизни. Он не использовал чрезмерно разнообразные психотерапевтические техники и понимал, что смысл жизни – это ось, вокруг которой вращается каждый человек, и фундамент, на котором базируется надежда человека, благодаря которой он переживает радости и горести жизни. Франкл рассматривал психическое здоровье не как равновесие, а как стремление к осмысленности, выходящей за рамки условий жизни, в которых человек находится. Таким образом, его психотерапевтическая работа была сосредоточена, в первую очередь, не на облегчении симптомов, с чем он справлялся с помощью техники дерефлексии и парадоксальной интенции, а скорее на сопровождении пациента в поиске смысла собственного бытия посредством открытия фундаментальных ценностей.

К этой группе авторов относится также Альфред Адлер, предшественник Франкла, который понимал, что избавиться от комплекса неполноценности можно, открывшись другим людям, переведя взгляд, невротически обращенный внутрь себя. Для него эта форма эгоцентризма была основной причиной невротических симптомов, заставлявшей человека существовать в состоянии постоянной тревоги и представлять себя в качестве жертвы по сравнению с другими [Adler, 2005]. Чувство общности в противоположность чувству компенсаторной индивидуальности является для него способом преодоления этого невротического эгоцентризма. Эта концепция также подразумевает, что ориентация на здоровый образ жизни предполагает обязательства перед другими и обретение трансцендентного смысла в собственной жизни. Психотерапевтическая работа направлена не непосредственно на облегчение симптомов, а скорее на переориентацию жизни, при которой эти симптомы будут сведены к минимуму.

Эти концепции, основывающиеся на психоанализе, существенно отличаются от первоначальной концепции Зигмунда Фрейда, направляя пациента к смыслу вне самого себя. Они выходят за пределы сознательного и определённого смирения с неустойчивым равновесием подавления влечений, которые Фрейд считал сущностью психики.

Антропология, лежащая в основе механистической психологии Фрейда, носит пессимистический характер, осуждая бессилие эго перед влечениями, которые он считает сутью психической жизни [Freud, 1990]. Это детерминистская динамика, так как единственная часть психики, способная ей противодействовать – супер-эго, является внешним по отношению к субъекту, поскольку воспринимается как результат интроекции.

Это представление о человеке не случайно, а является причиной формирования фрейдовской психоаналитической практики, основанной на свободной ассоциации идей пациента. По Фрейду, такой внутренний монолог позволит человеку осознать причины своего невротического расстройства и, естественно предполагая, что он не может изменить инстинктивную природу своих мотивов, он сможет облегчить свои страдания за счет ослабления подавления влечений, которое может оказывать его супер-эго.

Исходя из этой базовой концепции, психотерапевту необходимо обладать способностью критически осмысливать антропологическую концепцию и не

ограничиваться поверхностным пониманием психоаналитической практики, рассматривая эту терапию в аспекте акцентирования внимания на важности возможности для пациента выражать свой дискомфорт.

Решением не является и отказ от антропологической основы и попытка работать исключительно с «клинической» позиции, поскольку это наивно и унижает человеческое достоинство. Нравственный конфликт является частью человеческой сущности и лежит в основе большинства психических расстройств или неврозов.

Если сознательно пытаться дать пациенту возможность управлять своей жизнью, то такие методы, как когнитивная реструктуризация, могут легко способствовать формированию «индивидуальной» морали, где эмоциональное благополучие ставится выше объективной реальности ситуаций, которые переживает человек [Эллис и МакЛарен, 2005]. Мораль, таким образом, не игнорируется, а подчиняется критерию благополучия. Следует учитывать, что все психотерапевтические методы и подходы основаны на определённом представлении о человеке, на собственной антропологии. Поскольку психотерапевты работают с людьми, а не только с симптомами, они должны быть достаточно подготовлены в этой области.

Образование в области антропологии, которое должны получить будущие психотерапевты, должно охватывать фундаментальные вопросы, такие как зло в человеке, свобода и смысл жизни. Эта подготовка позволит им понимать саморазрушительные тенденции, эгоцентризм и отсутствие надежды, лежащие в основе клинических проявлений, которые могут выявиться во время консультации.

Христианская антропология объясняет человеческие страстные расстройства через доктрину первородного греха, в результате которого разум затуманен, а вожделение ведет к расстройству. Это важный момент, поскольку он позволяет понять, что воспитательное воздействие не является чем-то противоестественным, а направлено на восстановление надлежащего порядка. Аскетизм в этом процессе, следовательно, не сводится к интериоризации агрессивных импульсов, а представляет собой усилие, направленное на достижение совершенства.

Человеческая свобода с точки зрения христианской антропологии понимается не как множество возможностей, а, согласно блаженному Августину, как выбор высшего блага [Augustinus, 1992]. Люди не пренебрегают различными возможностями, но из-за склонности к вожделению, делая выбор, они будут спонтанно руководствоваться не здравым смыслом, а страстью.

Это представление о свободе позволяет будущему психотерапевту лучше понять недостаточность когнитивной перестройки, которая может легко скатиться в моральный интеллектуализм. В человеческой эмоциональной сфере существует расстройство, которое невозможно исправить только путем перестройки убеждений. Такая перестройка в любом случае приспособит разум к тому, что определяют чувства. Парадоксальным образом разум уступит страстям. С другой стороны, не отрицая человеческую свободу, мы должны признать, что люди необъективны из-за склонности к вожделению. Как признаёт св. апостол Павел: «Доброго, которого хочу, не делаю, а злое, которого не хочу, делаю» (Рим. 7,19). Не признавать этого — наивно, не говоря уже о том, что у каждого человека есть индивидуальные конституционные особенности.

Можно было бы предложить более подробное объяснение тех аспектов, в которых человеческая психология и психотерапевтическое вмешательство освещаются христианской антропологией, но достаточно прокомментировать один последний аспект — конечную направленность терапевтической работы. Основная задача здесь заключается в восстановлении порядка в человеческой

жизни с целью максимально возможного достижения её естественной цели. Как говорит Иисус: «а сначала не было так» (Мф 19:8).

Смысл психотерапевтической работы должен выходить за пределы имманентности, где воспитание добродетелей превращается в самоцель. При таком подходе велик риск впасть в перфекционизм или чрезмерную щепетильность, кроме того, он предполагает полную ответственность за процесс самосовершенствования. Этот аспект также становится понятнее благодаря христианской антропологии, которая объясняет человеческое состояние и пути его улучшения с точки зрения сверхъестественного. Таким образом, терапевт сможет более объективно оценивать прогресс лечения или его отсутствие, используя формулировки, которые не возлагают вину на пациента. Это также поможет специалисту лучше понимать эффективность собственных профессиональных методов.

#### **4. Заключение**

Психотерапия всегда опирается на определённую антропологию, из которой вытекает ее понимание психического здоровья и болезни и соответствующий способ вмешательства. Исключительно клинический подход, который постепенно принимает психология, ставит под угрозу необходимую гуманистическую подготовку будущих специалистов в области психического здоровья, которые, помимо знания практик, доказавших свою эффективность, должны понимать природу человека. В конце концов, им придётся иметь дело с людьми, а не с патологиями.

Они рискуют лечить лишь внешние проявления болезней, подобно тому, как лечат лихорадку, забывая о скрытой инфекции. В результате, помимо того, что они не устраняют причину дискомфорта, они еще и лишают людей возможности понять, как двигаться дальше и решать свои проблемы по-настоящему. Поэтому будущим психотерапевтам необходимо иметь антропологическое образование, которое позволит понять превратности человеческой жизни и, таким образом, оказывать человеку руководство в жизни.

Образование в области антропологии должно охватывать основные вопросы человеческого существования, такие как зло, свобода и смысл жизни. Христианская антропология может разъяснить патологические ситуации и указать на соответствующие терапевтические меры, не прибегая к поверхностным или дегуманизирующим концепциям.

Признание эмоциональных расстройств, при которых люди обычно не принимают наилучших решений спонтанно, и понимание здоровья не как нестабильного равновесия, а как приверженности смыслу, выходящему за пределы собственного "я", являются ключевыми аспектами для адекватного терапевтического прогресса.

Наконец, применение сверхъестественного подхода к этим вопросам позволит преодолеть как пораженческий пессимизм, ведущий к отчаянию, так и волюнтаризм, порождающий перфекционизм.

#### **Использованная литература:**

1. Adler, A. (2005). *The neurotic character. Fundamentals of Individual Psychology and Psychotherapy*. Alfred Adler Institute
2. Augustinus Hipponensis. (1992). *De gratia et libero arbitrio*. [www.augustinus.it](http://www.augustinus.it)
3. Ellis, A. & MacLaren, C. (2005). *Rational Emotive Behavior Therapy: A Therapist's Guide*. Impact Publishers
4. Ford, J. G. (1991). Rogerian self-actualization: A clarification of meaning. *Journal of Humanistic Psychology*, 31(2), 101-111. <https://doi.org/10.1177/0022167891312011>

5. Freud, S. (1990). *The Ego and the Id*. W. W. Norton & Comp.
6. Frankl, V. (2008). *Man's search for meaning*. Rider.
7. Riesco Álvarez, V. A. (2022). *Y Dios se hizo hermano. Vida de San Juan de Dios*. Editorial San Pablo, Madrid.
8. Walker, N. (1956). Freud and Homeostasis. *The British Journal for the Philosophy of Science* 7(25), 61-72.
9. Wright, A. J., Pade, H., Gottfried, E. D., Arbisi, P. A., McCord, D. M., & Wygant, D. B. (2022). Evidence-based clinical psychological assessment (EBCPA): Review of current state of the literature and best practices. *Professional Psychology: Research and Practice*, 53(4), 372–386. <https://doi.org/10.1037/pro0000447>
10. Wucherpennig F., Bock S., Abidi S. (2025). Distinct psychotherapeutic approaches, eclecticism, or integration? On the relevance of therapeutic approaches in everyday practice - results of a nationwide survey of psychotherapists. *Psychotherapie, Psychosomatik Medizinische, Psychologie* 75(2), 67-76. <https://doi.org/10.1055/a-2503-6314>

## Точки соприкосновения между религией и психотерапией: исповедь, психотерапевтический процесс, семейная терапия

**Аннотация:** в докладе освещены вопросы взаимодействия священнослужителя и врача-психиатра, психотерапевта, психолога. Затронуты вопросы сходства в концепциях различных направлений психотерапии и религиозных таинств, таких как Исповедь. Проанализированы отдельные аспекты таких психотерапевтических направлений, как психоанализ и терапия принятия и ответственности через призму общности отдельных компонентов этих направлений с религиозными постулатами. Освещен вопрос сепарации как психологического и терапевтического процессов, показана важность данного процесса в формировании взрослой личности. Подчеркнута важность диалога детей и родителей и проведены аналогии работы терапевта и священнослужителя в сепарационном процессе. Также освещена в рамках сепарационного вопроса тема трехпоколенной семьи как значимого для сепарации фактора.

**Ключевые слова:** психотерапия, религия, Исповедь, сепарация, священнослужитель, терапевтический процесс.

На протяжении почти всей истории психиатрии её развитие было связано с Церковью: первыми учреждениями, где душевнобольной мог найти кров, пищу, утешение, лечение, были монастыри и храмы. Священник может направлять больного к психиатру и оказывать поддержку в процессе терапии. Религиозные стратегии совладания могут быть эффективны для больных с различным спектром психических расстройств. Поэтому взаимодействие священнослужителя и врача способствует повышению эффективности терапевтического процесса и актуально для изучения [2,3].

Если рассматривать саму идею психотерапевтического процесса, то она базируется на таких принципах, как добровольность, компетентность, безопасность, нацеленность на результат в виде изменения себя и своих реакций, сохранение врачебной тайны [1]. Те же базовые принципы мы можем отследить, исследуя феномен Исповеди: возраст старше 7 лет, добровольность, личная ответственность за грехи, конфиденциальность. Таинство Исповеди (Покаяния) в христианстве возникло в первые века, но практика Исповеди как таинства оформилась в конце IV–V веков. Основанием для утверждения таинства послужили слова апостола Иоанна Богослова: «Если исповедуем грехи наши, то Он, будучи верен и праведен, простит нам грехи наши и очистит нас от всякой неправды» (1Ин. 1:9). В раннехристианских общинах практиковали «публичную Исповедь»: кающийся открывал свои грехи перед всей церковью, а все присутствующие христиане молились за кающегося и его грехи считали уже своими. Однако уже к V веку такая практика исчезла. В Русской Православной Церкви чин Исповеди, который сегодня содержится в требнике, появился лишь в XVII веке. На рубеже XIX—XX веков святой праведный Иоанн Кронштадтский популяризировал «общую исповедь»: священник громко перечисляет распространённые грехи, а кающиеся признаются в содеянном.

В католической традиции Исповедь впервые обретает официальный статус в 452 году по решению папы Льва I Великого, но она лишь признаётся полезной и не является обязательной. Затем Исповедь становится обязательной для монахов ряда орденов (изначально — бенедиктинцев), а по решению IV Латеранского собора в 1215 году — обязательной для всех прихожан. Исповедь становится тайной, акцент смещается с наказания, налагаемого на исповедуемого, на искреннее раскаяние согрешившего человека. IV Латеранский собор предписал

необходимость совершения Исповеди по крайней мере раз в год для всех верующих, достигших сознательного возраста.

Феномен Исповеди исследуется различными гуманитарными науками. В теологии Исповедь понимается как одно из церковных таинств, как покаяние, суть которого заключается в признании в совершении греха, изменение сознания человека. С точки зрения этики, исповедь характеризуется как форма изменения внутреннего мира человека, его системы ценностей, моральных принципов и установок, признание человеком ошибочности своих действий, поступков. В философской антропологии исповедь рассматривается как способ самосознания, как поиск себя, своей духовной идентичности и смысла жизни, как выражение внутренних переживаний.

Мы можем констатировать факт значительного сходства психотерапевтического процесса и Исповеди, но эти сходные по принципам и основам процессы всё-таки не тождественны.

Исповедь — это таинство, в котором человек общается с Богом, испытывает глубокое покаяние, глубокие духовные переживания. Психотерапия — это метод, направленный на изменение психоэмоционального состояния человека, его поведения и коммуникативных паттернов, улучшение самочувствия. При этом Исповедь и психотерапия могут дополнять друг друга: психотерапия помогает снять внутренние барьеры на пути к Исповеди, а Исповедь — сделать шаг в решении той жизненной проблемы, которой была посвящена психотерапия.

Хотелось бы также отметить методологическое сходство в концепциях психоаналитического подхода и религиозной идеи триединства человека [4].

### **Структура личности**

Фрейд предложил трёхкомпонентную модель структуры личности:

- Ид («Оно») — совокупность инстинктивных желаний и потребностей. Оно основывается на принципе удовольствия, стремится немедленно удовлетворить свои импульсы, независимо от социальных норм и последствий.

- Эго («Я») — развивается в основном в ответ на требования окружающей среды, старается удовлетворить желания Ид, но с учётом «принципа реальности». Выполняет функцию регулятора поведения и выступает посредником между желаниями Ид и требованиями Суперэго.

- Суперэго («Сверх-Я») — формируется в процессе усвоения моральных норм и ценностей. Формулирует представления о добре и зле, о нормах морали и правилах поведения, выступая в роли «карателя» и «совести». Аналогия с триединством личности: тело, душа и дух.

Рассматривая принципы *терапии принятия и ответственности*, мы видим: в основе подхода лежит идея о том, что страдания — неотъемлемая часть человеческой природы, и не имеет смысла избегать боли или бороться с ней. Вместо этого страдания следует принимать, то есть проживать их и позволять им быть. Также важно брать ответственность за себя: стремиться строить такую жизнь, которую хочется прожить, и стать таким человеком, каким хочется быть. Здесь мы можем провести аналогию с учением о страданиях: ещё апостол Павел поучал: многими скорбями надлежит нам войти в Царствие Божие. Через страдание Господь учит верующего и очищает душу и тело его от грехов для того, чтобы сделать всего человека праведным (Евр. 12:4–13). И хотя праведность даруется Богом человеку втуне, по вере (Рим. 4:3), но со стороны человека для принятия этой праведности требуются дела веры или терпеливое перенесение страданий. Следует также вспомнить базовый религиозный принцип о свободе выбора.

Также если рассмотреть феномен сепарации и оценить историю данного процесса в традиционной русской семье прошлого и позапрошлого веков, мы можем увидеть много общих точек эффективности. Сепарация (от лат. *separatio* — «отделение») — понятие, которое в психотерапии и психологии означает процесс отделения от родителей или близких людей. Цель — сформировать самостоятельность и независимость, научиться принимать решения, обеспечивать себя, формировать свои взгляды, не оглядываясь на мнение и ожидания родителей. Основная цель психотерапии при сепарации — помочь людям справиться с эмоциональными трудностями, связанными с отделением от привычного и вступлением в новую жизненную фазу. Психотерапевт может помочь клиенту осознать свои эмоции, разобраться в их причинах и научиться эффективно справляться с ними. Также психотерапия может помочь разработать стратегии адаптации к новой среде или отношениям.

Если рассмотреть традиционную семью позапрошлого века, то мы увидим семью трехпоколенную. Трехпоколенная семья была характерна для русской жизни в дореволюционной России. Такой состав семьи, по мнению историков, обеспечивал устойчивость жизни. В трехпоколенной семье живут родители с их детьми, а также бабушка и дедушка. Иногда бабушки и дедушки живут со своими взрослыми детьми и внуками, чтобы быть рядом и оказывать помощь. Некоторые особенности жизни в трехпоколенной семье:

- Взаимопомощь и забота. Бабушки и дедушки — помощники в присмотре за детьми, что даёт родителям возможность продуктивно работать.

- Передача традиций, ценностей и знаний между поколениями. Общение детей и старших родственников способствует передаче семейных традиций.

- Внутрисемейная защита. Стареющих и слабеющих родителей замещают их дети, а забота о внуках ложится на бабушку с дедушкой. Именно от них малыши могут получить первичные бытовые и культурные навыки.

Хочется обратить внимание на то, что, несмотря на фактор физической несепарированности в трехпоколенной семье сепарация ментальная не была проблемой, в отличие от текущей ситуации, когда, напротив, сепарацией физической молодое поколение пытается заменить ментальную сепарацию.

Традиционная трехпоколенная семья ввиду совместного или соседского проживания зачастую имела одного духовника, который, исповедуя членов одной семьи, но разных поколений, помогал разрешить вопросы ментальной сепарации.

### **Выводы**

Психология и психотерапевтический процесс имеют массу общих моментов с религией. Этот факт может быть использован, как для сближения позиций медицины, психологии и Церкви и последующей синергической работы, так и для дистанцирования и контрпозиционирования. Широкий диалог и совместная работа — могут способствовать сближению специалистов помогающего профиля [5,6].

### **Использованная литература:**

1. Борисова О.А., Копейко Г.И. Патологическая религиозность у больных с психическими заболеваниями // Психиатрия и религия. 2018. С. 12-22).
2. Каледа В.Г. и др. Особенности суицидального поведения при психических расстройствах юношеского возраста // Журнал неврологии и психиатрии им. СС. Корсакова. 2020. Т. 120, № 12. С. 31-35.
3. Копейко Г.И., Орехова П.В., Борисова О.А., Гедевани Е.В., Каледа В.Г. Бред конца света религиозного содержания (апокалиптический вариант) // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2021. Т. 121, № 9. С. 8-12.

4. Ларше Ж.-К. Исцеление психических болезней: Опыт христианского Востока первых веков. М.: Сретенский монастырь, 2007. С. 126.
5. Пальчиков М.А. Раздел МКБ-10 "Психические расстройства и расстройства поведения (f00-f99)": клиническая, мировоззренческая и духовная составляющие // Прикладные информационные аспекты медицины. 2018. Т. 21, № 2. С. 84-87.
6. Barmania S., Aljunid S.M. Faith-based health care // The Lancet. 2016. Vol. 387, № 10017. P. 428.

## **Взаимодействие священнослужителей и врачей-психиатров: богословско-антропологическое осмысление болезни в мультидисциплинарном подходе**

**Аннотация:** В докладе представлены богословские основания для взаимодействия священнослужителей и врачей-психиатров в контексте осмысления, профилактики и лечения психических заболеваний; болезнь рассматривается как феномен, затрагивающий не только психофизиологическую, но и духовную сторону человеческого бытия. Православная антропология содержит концептуальные основания для интеграции медицинского подхода в рамках целостной модели понимания природы человека, где врач и священник могут выступать как соратники в деле формирования здорового человека. В рамках комплексного подхода на практических примерах представлены формы профессионального взаимодействия между священниками и врачами-психиатрами. Сделан вывод о необходимости междисциплинарного сотрудничества, основанного на целостном понимании личности, которое будет способствовать выстраиванию более эффективной системы духовно-психиатрической помощи, ориентированной на становление здорового человека.

**Ключевые слова:** психические расстройства, психиатрия, православное богословие, христианская антропология, целостность человека, страсти, болезни, пастырское окормление, врачебное лечение, междисциплинарный (мультидисциплинарный) подход.

Обеспечение качественной психиатрической помощи — одна из значимых социальных задач современной России. Сегодня психиатрия успешно отвечает на многие вопросы, связанные с психическими расстройствами: научное сообщество постоянно разрабатывает более эффективные методы их диагностики, профилактики и лечения. При этом антропологическая целостность человека включает не только физическую составляющую, но и те аспекты, которые недоступны для анализа исключительно естественнонаучными методами — душевную и духовную сферы. Следовательно, для эффективной помощи людям с психическими заболеваниями необходим целостный подход, основанный на междисциплинарном принципе. Такой принцип позволяет учитывать биологические, психологические, социокультурные и духовные факторы, обеспечивая более качественное лечение и реабилитацию.

Можно утверждать, что **мультидисциплинарный принцип изначально заложен в православном учении о человеке**. Согласно ему, **высшей целью человека является стяжание полноты жизни с Богом**: «Ты создал нас для Себя, и не знает покоя сердце наше, пока не успокоится в Тебе» (блаж. Августин Гиппонский) [1]. Эта цель выстраивает путь к её достижению, сообщает инструменты для реализации и определяет отношение к окружающим реалиям и явлениям. Именно стремление к Богу выступает ключевым фактором формирования духовного пути, способствует преодолению страстей и предоставляет необходимые инструменты для достижения поставленной цели.

**В основе человеческой природы лежит Образ Божий** — «богодарованное начало, позволяющее человеку жить в единстве с Богом и наделяющее его божественными свойствами» (Леонов В., прот.) [11]. Сотворив человека, **Господь не только заложил в нём Своё божественное начало, но и призвал к стяжанию богоподобия**: человек должен не просто стремиться к Богу, но в Нём и через Него возрасть. Этому способствует онтологическое свойство всего тварного — **изменчивость**, которая предоставляет человеку возможность

развития и совершенствования. Преподобный Иоанн Дамаскин говорит, что человек был сотворен как живое существо, «вследствие своего тяготения к Богу делающееся богом; однако делающееся богом в смысле участия в Божественном свете, а не потому, что оно переходит в Божественную сущность» [6].

**Бог создал человека в целостности**, а не по частям, поэтому человек всегда воспринимается как единое целое. Иоанн Дамаскин утверждает: «Тело и душа сотворены в одно время; а не так, как пустословил Ориген, что одна прежде, а другое после».[6] Согласно учению святых отцов, **человеческая природа рассматривается в целостности через призму дихотомии** (тело и душа) **и трихотомии** (тело, душа и дух). Эта внутриприродная иерархия должна выстраиваться таким образом, чтобы тело «было в совершенном согласии с душой, а душа находилась в совершенном согласии с духом». [5] Такая иерархичность отражает не только правильное выстраивание внутриприродной структуры, но и принцип, при котором физическая, душевная и духовная составляющие взаимно влияют друг на друга и не существуют изолированно. Человеческая природа немыслима без этого единства, а человек — без целостности. Священномученик Иринеи Лионский утверждает: «Ни плотское создание само по себе не есть человек совершенный, но есть тело человека и часть человека; ни душа сама по себе не есть человек, но душа человека и часть человека» [7]. Поэтому рассматривать человека можно только через призму целостности.

Отпад от Бога и оторвав себя от Источника жизни, человек впустил в свою жизнь ряд греховных последствий, затронувших и его самого, и весь мир. К ним относятся: **отпадение от Бога, подчинение диаволу, повреждение образа Божия в человеке, повреждение человеческой природы и нарушение отношений с окружающим миром**. Первородный грех — это «греховное состояние человека, передаваемое из поколения в поколение через страстное физическое рождение и проявляющееся как всеобщая склонность людей к греховным поступкам» (Леонов В., прот.) [11]. **К этим последствиям можно отнести нарушение внутриприродной иерархии и появление страстей**. Термин «страсть» (πάθος) происходит от слова «страдать» (πάσχω), то есть она являет собой то, что причиняет человеку боль и страдание. Богословие выделяет **две формы страстей: естественные или неукоризненные** — «страдательные состояния человека, обусловленные несовершенством мира и ограниченностью человеческой природы после грехопадения» (Леонов В., прот.) [11] **и противоестественные** — «греховные состояния, возникающие при использовании природных свойств и естественных страстей вопреки божественному замыслу ради греховных удовольствий» (Леонов В., прот.) [11].

**После грехопадения в жизнь человека вошли скорби, болезни и смерть. Поэтому болезнь воспринимается как следствие грехопадения**. Часто её считают наказанием Божиим, но это не всегда справедливо: болезнь стала естественной для падшей человеческой природы и жизни людей.

В III веке во время эпидемии христиане спрашивали священномученика Киприана Карфагенского, почему они болеют и умирают наравне с язычниками. На это он отвечал: «Доколе мы находимся здесь, в мире, доколе мы связаны с родом человеческим одинаковостью плоти, а отделяемся духом. И потому пока это тленное не облечется в нетление, и это смертное не облечется в бессмертие (1 Кор. 15:53); пока Христос не приведёт нас к Богу Отцу: до тех пор все немощи плоти будут для нас общи со всем родом человеческим... Подобным образом глазная болезнь, лихорадочные припадки, расслабление всех членов не могут не быть общими для нас с прочими людьми, пока в этом веке мы носим с ними одинаковую плоть» [8]. Таким образом, болезнь касается всех.

В свете христианского учения, болезнь появилась из-за отступления первого человека от Бога и стала уделом человечества. Жан-Клод Ларше пишет: «Эта передача непрерывно осуществляется биологическим путём, из поколения в поколение, и таким образом все наследуют от рождения падшую природу Адама — больную, немощную, отмеченную последствиями его греха». [9] Свойство природы — передавать наследственность потомкам — играет в антропологии и сотериологии как положительную, так и отрицательную роль. Болезни сопровождают всех носителей человеческой природы зачастую не из-за личных грехов, а из-за её ущербности. В фарисейской среде считали, что болезни посылаются за грехи, но Господь, исцелив слепорождённого, сказал: *«Не согрешил ни он, ни родители его»* (Ин. 9:3).

Жан-Клод Ларше, следуя преподобному Иоанну Дамаскину, отмечает: «В сущности, Христос упразднил неизбежность греха, положил конец власти дьявола, победил смерть; но Он не уничтожил ни собственно грех, влияние демонов и физическую смерть, ни последствия греха в целом, чтобы не нарушать свободу воли, которая стала его причиной». [9] Только после Второго пришествия Бог даст начало новой, не поражённой грехом земле, где можно будет обрести всю полноту благ искупительной жертвы Спасителя.

**Сейчас человек подчинён законам мира, включая болезни, страдания и смерть.** Болезням подвержены все, в том числе святые. **Прямой взаимосвязи между здоровьем души и тела нет:** святые могут болеть сильнее обычных людей. Здесь действуют несколько факторов: **естественное течение болезни как Божие попущение; возможное влияние страстей или дьявола, желающего смутить подвижника; непосредственное воздействие Бога, укрепляющее подвижника или являющее ему божественную славу.** Поэтому исключительная связь «грех — болезнь» отрицается.

Христианское учение рассматривает болезнь как благо или попущение Божие, помогающее человеку стать лучше. В контексте болезни святые отцы учат задавать вопрос не «зачем или почему?», а «для чего?». Болезнь позволяет переосмыслить жизнь, изменить отношение к ней, ослабить привязанность к миру или стать сильнее духовно и душевно. Святитель Иоанн Златоуст говорит: «Бог попустил это не с тем, чтобы унижить нас <...> не по бессилию сотворил Он наше тело таким, <...> а (сотворил Он наше тело таким) для того, чтобы сделать нас лучшими и благоразумнейшими, и более покорными Ему, от чего зависит всё наше спасение». [12]

Человек не должен пассивно переносить болезнь. Так, Варсонуфий Великий дает иноку следующий совет: «Болезнь сия постигла, чтоб ты не отошел к Богу бесплодным. Если претерпишь и будешь благодарить Бога, то она вменится тебе вместо подвигов» (прп. Варсонуфий Великий, Добротолубие). [4] Это предполагает личностное развитие вместе с ростом смирения и упования на волю Божию, что ведёт к духовному росту и святости.

Здесь же важно отметить, что эффективная **борьба с болезнью требует ответственного обращения к специалистам.** Блаженный Диадок писал: «Призывать к себе врачей во время болезней нет никакого препятствия; ибо так как из человеческого опыта имело составиться искусство, то потому и предсуществовали лекарства. Однако не должно было бы иметь на них надежду исцеления, но на истинного Спасителя нашего и Врача — Иисуса Христа» (блаж. Диадок) [3]. Здесь выражены ключевые идеи о врачевании: профессия врача представляет собой благословлённое Богом служение, и потому к нему уместно обращаться за помощью; вместе с этим врачи — орудия в руках Божиих, поэтому, выражая благодарность врачу, следует основное упование возлагать на Иисуса Христа и с этим упованием преодолевать болезнь.

Таким образом, православное богословие в вопросе врачевания не ограничивается лишь пасторской деятельностью: затрагивая антропологический аспект, оно позволяет включить в процесс оздоровления не только священника, но и других специалистов, помогающих человеку обрести здоровую жизнь.

Психические расстройства тоже относятся к понятию болезни, но имеют свои особенности и причины.

**Первая причина психических заболеваний носит физический характер и заключается в нарушении физиологических процессов.** Григорий Нисский отмечал, что физические болезни могут влиять на мышление и приводить к расстройствам. Многие святые отцы, изучая проблемы безумия, прибегали к натуралистическому познанию: для профилактики и исцеления они использовали все доступные методы, способствующие физическому и духовному оздоровлению. Задача в контексте физической составляющей — вернуть тело в нормальное состояние и восстановить его природный порядок.

Рассматривая связь психических расстройств с соматическими заболеваниями, святые отцы пришли к выводу, что это не нарушение души, а лишь её проявление или выражение. Несмотря на внешние повреждения, душа остаётся нетронутой в своей сущности. Если психическое расстройство имеет соматическую причину, лечение должен проводить врач с целью вернуть тело в нормальное состояние. Однако, несмотря на физические ограничения, человек продолжает стремиться к Богу. Поэтому наряду с врачебным лечением, в поддержке больного участвует священник: он приводит человека к Богу и уврачевывает его душевные раны. Таким образом, уже на этом этапе очевидна необходимость мультидисциплинарного подхода, основанного на целостном взгляде на природу человека.

**Вторая причина психических расстройств связана с бесоодержимостью.** Явление одержимости крайне сложно диагностировать, поэтому святые отцы подчёркивали: определить истинную природу болезни — органическую или неорганическую — способен лишь человек, обладающий даром духовного рассуждения. Следовательно, диагностировать и лечить подобные состояния должен опытный пастырь или духовник, близкий к святости.

Согласно православному учению, «совладать с бесами и положить предел их действию может только тот, кто обладает непреложной верой, чистым сердцем, глубоким смирением и великим состраданием к жертве диавола» (Ларше Ж.-К.). [10] Исцеление от бесовского влияния совершает не человек, а Иисус Христос, однако, и здесь есть место для врача. Используя свои знания, врач может облегчить боль и поддержать ослабленное физическое состояние страждущего, чтобы было проще достучаться до его души.

В контексте окормления бесоодержимого к традиционным средствам исцеления относились: помазание святым елеем, употребление святой воды, иногда — возложение рук. Стереотипная форма изгнания диавола описана лишь в нескольких случаях. Но как бы там ни было, в основе лечения лежат таинства Покаяния и Евхаристии, а также слова Спасителя: «сей род не может выйти иначе, как от молитвы и поста» (Мк. 9:29).

**Третья причина связана с повреждениями, вызванными личными страстями.** Когда человек углубляется в страстную жизнь, это может приводить к психическим расстройствам. В данном случае лечение строится через борьбу с грехами и страстями, где основное врачевание совершается посредством участия в таинствах Покаяния и Причастия. Здесь основная ответственность лежит на священнике, но роль врача-психотерапевта также крайне важна — он отвечает за протекание болезни на физиологическом уровне. Необходим комплексный подход, поскольку даже на минимальном уровне требуется облегчить страдания

человека — дать ему возможность жить. Когда человек испытывает нестерпимую боль (физическую или экзистенциальную), ему сложно воспринимать духовные наставления. Лишь после стабилизации его состояния появляется возможность оказать ему дальнейшую помощь.

**Четвёртая причина — божественное попущение.** Эта причина относится к сфере божественного Промысла: Господь попускает недуг в рамках особого попечения и духовного спасения.

Хотя каждую из перечисленных причин можно рассматривать по отдельности, на практике они действуют в комплексе. Тело неразрывно связано с душой, что обуславливает совместное проявление всех этих аспектов. Подобное понимание позволяет осмыслить психические расстройства как многокомпонентную проблему и одновременно открывает возможности для их профилактики и лечения с использованием междисциплинарного подхода с привлечением специалистов различных профилей.

С точки зрения антропологии, **природа человека, как здорового, так и больного, остается неизменной и трёхсоставной.** При всей ограниченности разума душа не прекращает своего бытия и неизменно стремится к самовыражению. В силу того, что человеческая природа пребывает целостной, отношение к человеку должно основываться на его человеческой сущности. Любовь же не должна зависеть от внешних обстоятельств, она должна быть безусловной. Святитель Игнатий Брянчанинов заявляет: «И слепому, и прокажённому, и повреждённому рассудком, и грудному младенцу, и уголовному преступнику, и язычнику окажи почтение как Образу Божию. Что тебе за дело до его немощей и недостатков? Наблюдай за собой, чтобы тебе не иметь недостатка в любви» [5]. То есть тот, кто встаёт на путь служения человеку (независимо от специальности), должен обладать любовью и состраданием. **В духовной жизни и служении Церкви и ближнему недопустима стигматизация** — важна любовь как по отношению больному, так и по отношению к специалистам, занимающимся лечением. Это раскрывает ещё одну грань междисциплинарного принципа.

**Проблема современного научного сообщества видится в разобщённости:** каждый специалист стремится «тянуть одеяло на себя», ограничивая собственное видение. Лишь при полноценном взаимодействии повышается эффективность профилактической работы, компенсируются недостатки, обогащаются знания и появляется возможность оказать человеку комплексную помощь. Любому специалисту, стремясь к эффективной помощи, должен использовать все доступные инструменты. **Сотрудничество и взаимодействие неизбежно повышают результативность профилактической и терапевтической работы.**

В качестве примеров успешного взаимодействия пастыря и врача-психиатра можно привести два случая из практики.

**Первый случай:** ко мне, как к священнику, занимающемуся профилактикой зависимостей в рамках программы «Православные приходские семейные клубы трезвости», обратилась женщина с проблемой злоупотребления алкоголем. Поначалу она не раскрывала истинные причины, но позже выяснилось, что употребление было связано с явлениями, которые она воспринимала как бесовские. Женщина регулярно исповедовалась и причащалась, поэтому происхождение видений, вероятно, носило физиологический характер. Не будучи специалистом в области ментального здоровья, я связался с врачом-психиатром и организовал ее совместное сопровождение. Сначала женщина сопротивлялась идее лечения у специалиста и приёма медикаментов, но в итоге согласилась. В результате комплексного подхода — врачебного лечения, поддержки группы, пастырского окормления и интеграции в церковную жизнь — видения

прекратились, а злоупотребление алкоголем прекратилось. Некоторые проявления психического расстройства сохранились, но ключевые проблемы были решены.

**Второй случай** связан с молодой девушкой, которая утверждала, что ей являются бесы. На первом этапе мы договорились, что она будет регулярно исповедоваться и причащаться. Постепенно, установив доверительные отношения, я начал мягко подводить её к мысли о наличии не только духовного, но и физического аспекта проблемы. Учитывая её проблемы со сном, недостаточное питание и слабость, мы обсудили необходимость врачебной помощи. Она согласилась, после чего я организовал для неё консультацию с врачом-психиатром, и начался процесс лечения. В ходе терапии возникали эпизоды отказа от медикаментов, что приводило к ухудшению состояния; в эти моменты я обсуждал с ней необходимость обращения к врачу для корректировки лечения. Благодаря совместным усилиям, её состояние стабилизировалось: видения прекратились, она начала социализироваться, посещать приходские мероприятия, вышла на работу и продолжила духовную жизнь.

Приведённые примеры иллюстрируют возможности конструктивного взаимодействия пастыря и врача-психиатра. Подобное сотрудничество способствует обогащению профессионального знания, выстраиванию продуктивного междисциплинарного диалога и обеспечению более эффективной комплексной реабилитации личности. Комплексная помощь человеку требует тесного междисциплинарного взаимодействия священника и врача-психиатра. Такой синергетический подход обеспечивает учет как психофизиологических, так и духовно-нравственных аспектов его состояния. Врач обеспечивает диагностику и медикаментозную поддержку, работая с клиническими проявлениями расстройства, в то время как священник содействует формированию опоры в Боге, осмыслению жизненного пути и актуализации внутренних ресурсов, необходимых для внутренней работы. Такое сотрудничество позволяет избежать редукции проблемы исключительно к медицинской или исключительно к духовной плоскости, обеспечивая целостный подход. Кроме того, оно способствует более точной дифференциации психических нарушений и духовных состояний, что важно для выбора адекватной и лучшей стратегии помощи. В результате совместное сопровождение пациента священником и психиатром повышает эффективность терапии, укрепляет его внутреннюю устойчивость и создаёт условия для подлинной реабилитации — не только телесной, но и душевной, и духовной.

Важно, чтобы подобное взаимодействие становилось более распространённым в служении людям. Только объединив усилия, специалисты могут максимально эффективно помогать тем, кто нуждается в поддержке, — сохраняя целостность человеческой природы и уважая её многогранность.

### **Использованная литература:**

1. Августин Гиппонский, блаж. Исповедь / Пер. с лат. М. Сергеев; Предисл. иером. Симеона (Томачинского). – М.: Изд-во Сретенского монастыря, 2012. – 528 с.
2. Бабурин А. Н. Семейные клубы трезвости как метод реабилитации в системе наркологической помощи: учебно-методическое пособие / А. Н. Бабурин, Г. В. Гусев, Е. А. Соборникова, А. А. Горячева; ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования». – М.: ГБОУ ДПО РМАПО, 2016. – 112 с.
3. Диадок, блаж. Блаженный Диадок (V-го века) епископ Фотики Древнего Эпира, и его творения. Т. 1. Творения бл. Диадокха. Греческий текст, отредактированный по древним греческим рукописям, с предисловием, русским переводом, разночтениями, примечаниями и приложениями. – Киев: Типография И. И. Горбунова, Крещатик, № 38, 1908. – 680 с.
4. Добротолубие: дополненное. В 5 т. / В русском переводе святителя Феофана, Затворника Вышенского. Том II. – М.: Сибирская Благовонница, 2019. – 633 с.

5. Игнатий (Брянчанинов), свт. Полное собрание творений. Т. 1. – М.: Паломник, 2001. – 623 с.
6. Иоанн Дамаскин, прп. Точное изложение православной веры /Преподобный Иоанн Дамаскин. – М.: Сибирская Благовонница, 2020. – 476 [4] с.
7. Иринеи Лионский, сщмч. Творения/ Пер. прот. П.Преображенского. СПб., 1900 [репринт: М., 1996]. – 528 с.
8. Киприан Карфагенский, сщмч. Библиотека Творений св. Отцев и Учителей Церкви Западных издаваемая при Киевской Духовной Академии. Книга 2. Творения св. Священномученика Киприана Епископа Карфагенского. Ч. 2. – Киев: Типография Г.Т. 9. Корчак-Новицкаго (бывшая Давиценко), 1879. – 368 с.
9. Ларше Жан-Клод. Болезнь в свете православного вероучения. — М.: Изд-во Сретенского монастыря, 2016. – 176 с.
10. Ларше Жан-Клод. Исцеление психических болезней: Опыт христианского Востока первых веков. – М.: Изд-во Сретенского монастыря, 2007. – 224 с.
11. Леонов В., прот. Основы Православной антропологии: Учебное пособие. – М.: Издательство Московской Патриархии Русской Православной Церкви, 2013. – 456 с.
12. Иоанн Златоуст св. Пять слов об Анне // Его же. Полное собрание творений в 12 т. Т. 4. Кн. 2. – М., 1995, с. 776-830 (репр. переизд.: СПб., 1898). С. 780 [URL: [https://xra-spb.ru/libr/\\_Ioann-Zlatoust/pyat-slov-ob-Anne.html?ysclid=mljck7cxfm288114357](https://xra-spb.ru/libr/_Ioann-Zlatoust/pyat-slov-ob-Anne.html?ysclid=mljck7cxfm288114357)]

## **Некоторые аспекты преподавания психиатрии в духовном учебном заведении**

**Аннотация:** Содержательный, согласованный подход к проблеме разграничения духовного опыта и психического расстройства, наполненного переживаниями с религиозным содержанием, возможен при опоре на трихотомию (дух, душа, тело), присущую как христианской антропологии, так и современной биопсихосоциальной модели заболеваний. Психические расстройства понимаются как, прежде всего, нарушение душевных процессов, (реальность которых обосновывается концепцией Естественного семантического метаязыка А. Вежбицкой). Рассматриваются некоторые ситуации и переживания верующих, которые вызывают трудности в различении духовного опыта и психического расстройства. Даются диагностические и терапевтические рекомендации.

**Ключевые слова:** дух, душа, тело, психическое расстройство, рефлексия, инстинкты, добро, зло, патологическая мистика, психотерапия.

Преподавание психиатрии в духовных учебных заведениях обусловлено комплексом теоретических и практических факторов. Ключевым из них является сложность дифференциации религиозного опыта и болезненных и психопатологических проявлений при недостаточно глубоком анализе, что приводит к формированию различных акцентов у каждой из сторон.

Эту поляризацию можно объяснить с культурно-исторической точки зрения. Лишь в ходе своего духовного развития и накопления научных знаний человечество осознало, поняло что некоторые «видения», «голоса», «экстатические состояния» оказываются проявлением психического расстройства, поскольку за ними следует «деформация» и оскудение душевных процессов. Однако расхождения в оценках сохраняются доныне. Основу этого мы видим в изначально присущем человеку стремлении к личностной, духовной свободе. Для субъекта (будь то пациент врача-психиатра или близкий пациента) достаточно часто оказывается невозможным признать, что его переживания, мирозерцание формируются, выстраиваются (при наличии психического расстройства) не им самим, а логикой, алгоритмом болезни. И для пытливого ума возникает вопрос: «А как оно на самом деле?». Поэтому образовательную и лечебно-диагностическую деятельность по проблеме религиозности и психических расстройств мы метафорически определяем как балансирование на лезвии ножа. Такого рода позиция по-своему закреплена и в культурной истории человечества. Не случайно представителей важнейших помогающих профессий (священнослужителя, врача, юриста) иногда относят, выражаясь своеобразным мифологически-психоаналитическим языком, к психопомпам – персонажам, существующим, действующим на своеобразных водоразделах: праведности и греха, жизни и смерти, законопослушания и преступления.

Но и само по себе преподавание курса клинической психиатрии (клиническая психиатрия имеет своим объектом переживания больного, рассматриваемые, оцениваемые для решения диагностических и лечебных вопросов) – сложная, по-своему необычная задача для любого берущегося за это учебного заведения. Трудности, возникающие на этом пути, многообразны. Для студента-медика они определяются тем, что «психиатрия вводит врача в мир, лежащий по ту сторону уже знакомых ему дисциплин. Основой его образования служат главным образом химия, физика и физиология; психиатрия же предполагает совершенно иную основу. Вот почему психиатрия, практикуемая врачами без гуманитарной подготовки, не производит впечатления полноценной

систематически разработанной научной дисциплины» (К.Ясперс) [1]. Очевидно, что в духовном учебном заведении этого рода односторонность отсутствует, что обеспечивает благоприятные условия для формирования максимально широкого и многогранного понимания проблемы.

Представляется, что курс должен быть не только и не столько теоретическим, но и насыщенным клиническими описаниями, наблюдениями и примерами, чтобы психопатологические переживания выглядели не как коллекция нелепостей, произвольно объединяемых врачом в диагноз, а как упорядоченные картины-образы, порожденные болезненно дезорганизованной психикой. При таком подходе историко-культурные параллели нормы и патологии, попытки духовного осмысления душевных расстройств окажутся более убедительными и тем самым будут способствовать квалифицированному и одновременно творческому применению полученных знаний.

Реализуя его, мы наряду с клиническими иллюстрациями достаточно широко используем развернутые цитаты из художественной литературы, обосновывая этот методический прием тем, что диагностическое мышление психиатра по нашему определению образное: преморбидный (первоначальный доболезненный) душевный облик больного (ансамбль душевных процессов) сопоставляется с сегодняшним – измененным болезнью.

Чтобы это определение – образность – не казалось высокопарно-декларативным, сопоставим его с диагностическими подходами в некоторых других медицинских специальностях (полагаем, что принять их неспециалистам немедикам не так уж трудно). Мышление врача-невролога – пространственное (ищется и находится локализация нарушений), врача-хирурга – инженерно-конструкторское и так далее.

Исходной позицией при чтении курса «Религиозность и психические расстройства» для нас является трихотомическая концепция человека – христианская антропология, введенная в отечественную психиатрию выдающимся психиатром профессором Д.Е. Мелеховым [7]. Используется она как биопсихосоциальная модель болезни (любой, не только психической) и современной официальной научно-практической медициной, что свидетельствует о достоверности, неисчерпаемости такого взгляда на «устройство» человека. Преподавательская и лечебно-диагностическая практика потребовала от нас дать максимально четкие определения всех компонентов трихотомии [6]. Особое значение имело обоснование реальности нематериальных по своей сути душевных процессов (психических в узком смысле – восприятие, мышление, эмоции, воля и т.д.). Для этого была привлечена концепция «естественного семантического языка» А. Вежбицкой

Поразительным оказалось весьма значительное совпадение глаголов из «языковой антропологии» А.Вежбицкой (видеть, слышать, думать, чувствовать и др.) [5] и перечня деяний (соответственно, психических душевных процессов), упоминаемых при повседневном исповедании грехов в вечернем молитвенном правиле. Следовательно, в христианстве душевные процессы (переживания) изначально наполнены определенным духовным содержанием.

Итак, повторим: в самом общем виде психическое расстройство правомерно представлять как особое преобразование нормальных душевных процессов в новые неестественные (галлюцинации, бред, перепады настроения – мании и депрессии и т. д.) и сопутствующее (или следующее за ним) их ослабление, оскудение, исчезновение. Для полноты картины заметим, что иногда

психическая патология проявляется как лишь количественное изменение нормальных, естественных психических процессов<sup>1</sup>.

Вопрос о причинах психических расстройств также может быть рассмотрен с двух противоположных точек зрения. Академическая психиатрия выделяет (представим обобщенно и чуть упрощенно) три группы. Первая – сомато-церебральные расстройства, обусловленные биологическими разрушительными деструктивными процессами («тело» в трихотомии). Вторая – эндогенно-функциональные расстройства («душа» в трихотомии), расстройства шизофренического и аффективного спектров, при них определенные изменения в головном мозге обнаруживаются, но симптоматику они не объясняют. Третья группа – психогенные, связанные со стрессом (причины в сфере «духа» – психические травмы, «удары судьбы», как выражались столетие назад), возможные изменения в мозге также почти ничего не объясняют<sup>2</sup>.

Православное мышление основной, а очень часто и единственной причиной нервно-психических расстройств, считает грех и, как следствие, отказывается от лечебных воздействий, рекомендуемых медициной. Однако евангельский эпизод со слепорожденным (Ин. 9:3) удивительным образом возвращает нас к систематике, предлагаемой медицинской наукой. Для удобства изложения начнем с последней группы нашего перечисления. Это те, которые согрешили, то есть, применительно к верующим, не приняли обрушившееся на них несчастье (стресс, «удар судьбы») как волю Божию (или же в буквальном смысле ее нарушили). Во второй группе (шизофренический и аффективный спектры расстройств) – не согрешил ни он, ни родители его, болезнь возникла «ниоткуда» и «ни за что» (в этом и состоит смысл определения «эндогенные»)<sup>3</sup>. Больных первой (по перечню в предыдущем абзаце) группы правомерно оценивать, как имеющих определенное предрасположение к той или иной патологии («место наименьшего сопротивления»), которое разворачивается в картину полного заболевания из-за пренебрежительного (в самом широком смысле, включая незнание) отношения человека к своей изначальной «ослабленности». Эту группу мы определяем как смешанную.<sup>4</sup>

Хотя наше (Б.В., Р.Б.) понимание души наполнено, повторим, психическими процессами (восприятие, мышление, воля и проч.), общеизвестная

---

<sup>1</sup> Сказанное не отрицает роль церебральных (от cerebrum - головной мозг) биохимических, физиологических и анатомических нарушений в «механизмах» психических расстройств. Однако в основе разграничения психических расстройств лежит именно оценка переживаний пациента. И при полном психическом благополучии наши визуальные, аудиальные, интеллектуальные процессы являют себя субъекту и оцениваются и им самим и наблюдателем через структуру и смысл. Если субъект «отслеживает» физиологию своих психических процессов, то эта ситуация часто нуждается в диагностическом рассмотрении.

<sup>2</sup> Современная психиатрия отказывается от противопоставления «функционального» и «органического», полагая, что все психические процессы – и болезненные и в рамках нормы – в конце концов будут объяснены анатомическими и биохимическими процессами. Это и есть биологический редукционизм, который упомянут в предыдущей ссылке. Мы не разделяем эту точку зрения, так как «функциональное» и «органическое» принципиально различаются по своим психопатологическим переживаниям, являют себя как совершенно разные переживания.

<sup>3</sup> Следуя клинической реальности (наследственное отягощение в семьях больных этой группы), подчеркнем, что в этих случаях наличие заболевания у родителей столь же необъяснимо, как и его возникновение у потомков. Тайна первородного греха выходит за рамки обсуждаемой темы.

<sup>4</sup> Предложенное сопоставление «евангельского» и клинического подходов находим также у митрополита Сурожского Антония [Антоний (Блум), митр. Материя и дух. Киев.: Пролог, 2007 С. 146] и православного французского богослова Ж.К. Ларше [Ларше Ж.К. Исцеление психических болезней М.: Сретенский монастырь 2007. С. 158].

формула «душа по природе христианка» представляется очень значимой и для психиатрически-психотерапевтической теории и практики. Основанием для такого переноса служит фраза из К.Г. Юнга: «Процесс психического развития, который мы называем *христианским...*» (выделено автором) [10].

Дело в том, что финальным этапом онтогенеза (индивидуального развития) сознания оказывается сознание рефлексивное – самосознание-самооценка, взгляд человека (субъекта) на себя как бы со стороны, как на объект. И всегда оказывается, что абсолютное совершенство недостижимо. Совершенен только Господь<sup>5</sup>. Именно рефлексивное сознание обеспечивает критическое отношение человека к самому себе, возможность духовного возрастания, в том числе и на путях христианства. Таким образом, изучение нормы и патологии сознания и самосознания преобразуется в психотерапевтически окрашенное размышление о первородном грехе как врожденном «инструменте» осознания своего несовершенства, о свободе и ответственности.

Обсуждение закономерностей формирования сознания – это и повод коснуться явления, диаметрально противоположного высокой духовности, но, увы, весьма актуального – ненормативной лексики. Ее употребление свидетельствует о возврате к ранним этапам развития психики. Первоначально – и исторически, и онтогенетически – психика располагалась в гениталиях и в животе (омфалопсихика) и лишь потом поднялась к сердцу и голове. Ненормативная лексика, наполненная сексуальной тематикой – это ведущий признак «неразвитой», «нижней» психики, которая свободно и легко выражает себя не только через специфический словарь, но и посредством двигательной агрессии (моторика – также одно из «начальных» проявлений психической активности). Никакой «великой сермяжной правды» в подобных словах нет. И в этом контексте, и применительно к близлежащей теме «психоанализ-психика-психическое расстройство» мы руководствуемся призывом М. Бубера: не обожествлять инстинкты, а одухотворять их [4].

Еще один, уже, безусловно, болезненный вариант снижения уровня психической деятельности проявляется не только агрессивностью и злобностью, но также бестолковостью и беспамятливостью. Это психоорганический (он же энцефалопатический) синдром (симптомокомплекс). Духовный аспект этого состояния может быть раскрыт через цитату из И. Бродского: «Дело не столько в том, что добродетель не является гарантией создания шедевра, сколько в том, что **зло**, особенно политическое, всегда **плохой стилист**. Чем богаче эстетический опыт индивидуума, чем тверже его вкус, тем четче его нравственный выбор, тем он свободнее, хотя, возможно, и не счастливее. Именно в этом, скорее прикладном, чем платоническом смысле следует понимать замечание Ф.М. Достоевского, что «красота спасет мир. Или высказывание Мэтью Арнольда, что «нас спасет поэзия». Мир, вероятно, спасти уже не удастся, но отдельного человека всегда можно» (выделено нами Б.В., Р.Б.) [3].

На практике в повседневной жизни это означает, что злобный человек малопродуктивен в своей интеллектуальной активности и поэтому вряд ли может быть духовным наставником.

Размышления о добре и зле, о том, «что такое хорошо и что такое плохо», естественным образом возникают и при обсуждении других разделов психиатрии.

---

<sup>5</sup> Не останавливаясь на проблеме развернуто, заметим, что этот подход оказывается одним из аргументов при поисках формулы психического здоровья. Но она невозможна, она не существует. Совершенен только Бог. А норма психического здоровья апофатична – это отсутствие болезни. Болезни же известны, диагностируемы и поддаются (хотя и в разной мере) лечению.

Таковым, в частности, является «антогонистический (манихейский бред)». Пациент с такой симптоматикой убежден, что он находится в центре борьбы противоположных сил. С духовной точки зрения, небезынтересен вопрос: к какому лагерю он примкнет. Пациент обычно отвечает, что к «хорошему», «нашему». А если к «плохому», то это под давлением «темных сил». Однако убедительного, содержательного, «универсального» разграничения-определения «лагерей» получить практически никогда не удастся. При прицельном и даже пристрастном расспросе звучит ответ: «Определить невозможно». А применительно к здоровой психике подобная ситуация не является безысходной. Н.А. Бердяев подчеркивал: «Нравственный акт есть не выполнение закона, а творческая новизна в мире» [1].

Для христианина этот выбор очевиден: «...жизнь и смерть предложил я тебе, благословение и проклятие. Избери жизнь, дабы жил ты и потомство твое». (Вт. 30:19)

Трихотомия позволяет обосновать и сформулировать некоторые психотерапевтические реабилитационные рекомендации в отношении душевнобольных верующих. Духовная, в том числе религиозная, жизнь и психические (душевные) изменения вследствие заболевания (в медицинском смысле) разворачиваются в разных пространствах, но в то же время они взаимосвязаны и могут по-разному влиять друг на друга. Возможны три варианта. Первый, наиболее неблагоприятный: психопатологические переживания (в данном случае мы имеем ввиду их религиозное содержание) полностью поглощают сферу духовного, ни о какой активной церковной жизни речи быть не может. Второй: пациент живет церковной жизнью, но в период обострения психического расстройства его переживания религиозного плана включаются в симптоматику приступа. Масштабы участия в церковно-общинной жизни здесь определяются индивидуально – применительно к конкретному субъекту, с учетом его актуального психического состояния. И, наконец: независимость духовной-церковной жизни и симптоматики (точнее, содержания) болезненных переживаний. В этом случае ограничения минимальны или совсем отсутствуют.

Камнем преткновения, как для широких масс населения, так иногда даже и для психиатров, в проблеме «религиозность и психические расстройства» являются мистические состояния. Краткость публикации не позволяет развернуто обсудить содержание этого понятия, ограничимся лишь некоторыми клиническими соображениями.

Важнейшим принципиальным критерием диагностики серьезного психического расстройства (психоза) служат изменения психики (негативная симптоматика, выражаясь психиатрически). Здоровая психика этого не допускает: «Я видел Бога лицом к лицу и сохранилась душа моя». (Быт. 32:30)<sup>6</sup>. Это же отмечает и современный философ: «... отцы неизменно подчеркивают, что Обожение, соединение с Богом, сохраняет идентичность человеческой личности, ее тождество и самосознание: человек не остается *таким же*, но он остается *собой*» (С.С. Хоружий, выделено автором) [9].

Приведем пример, наглядно иллюстрирующий безусловную необходимость профессиональной психиатрической подготовки для диагностических суждений в такого рода ситуациях. Людьми, настороженно относящимися к христианству и склонными непрофессионально расширять

---

<sup>6</sup> Несомненно, что в Писании душа понимается не так, как это предлагает клинически ориентированная трихотомия, но полагаем, что в данном контексте это расхождение принципиального значения не имеет. Потрясает сам факт уточнения.

границы психической патологии, фраза «Ибо не понимаю, что делаю: потому что не то делаю, что хочу, а что не хочу, то делаю» (Рим. 7:15) иногда оценивается как констатация апостолом Павлом идей воздействия (синдром психического автоматизма – один из наиболее значимых в репертуаре психических расстройств). Но при бреде такого рода субъект испытывает совершенно особое, «абсолютно ненормальное» (Б.В., Р.Б.) чувство – вторжение посторонней силы, энергии в его мышление, эмоции, моторику. Оно образно запечатлено в одном из стихотворений В. Ходасевича: «И чьи-то имена и цифры вонзаются в разъятый мозг» [8].

Но автор обсуждаемого послания «делает», «понимает», «хочет» сам, активно проявляет себя именно его «Я», а не какие-то посторонние силы, персонажи.

При разграничении собственно мистических переживаний и психопатологии такого же содержания (патомистика – термин наш: Б.В., Р.Б.) мы говорим больному: «Бог не вторгается насильно», и цитируем: «Се стою и стучу: если кто услышит голос Мой и отворит дверь, войду к нему и буду вечерять с ним, и он со Мною» (Откр. 3:20)<sup>7</sup>.

Существуют и другие достаточно четкие признаки для квалификации определенных переживаний как болезненно-психопатологических. Истинность же духовного опыта как такового вправе оценивать люди опытные духовно и специально признанные – священнослужители, богословы, религиозные философы. Подходы у них совсем иные, чем в медицине: «Лишь в душевном опыте и прикрепленном к нему мышлении можно спрашивать о соответствии реальности, можно искать доказательства существования Бога в духовной жизни. В духовном опыте такой вопрос невозможен... В духовной жизни явлены сами духовные реальности, и потому не может быть вопроса о соответствии реальности тому, что в духовной жизни раскрывается. В духовном мире опыту не соответствуют предметные реальности, но сам опыт духовный и есть реальность высшего порядка. Духовная жизнь не есть отражение какой-либо реальности, она есть сама реальность» (Н.А. Бердяев) [2].

Представленные коллизии, полагаем, показывают, что у психиатров имеются специальные «инструменты» для разграничения «духовного» и «душевного»: уныния и депрессии, «жизни после смерти» и психических расстройств при терминальных состояниях, юродства и болезненной неадекватности и дурашливости, аскетизма и аутизма, для дифференцирования привычек, ритуалов, суеверий, навязчивостей, неопитской охваченности и болезненных навязчивостей, бреда и т. д. Вместо «лезвия ножа» с присущим ему крайне неустойчивым равновесием и балансированием между несовместимыми понятиями эффективнее будет, полагаем, использовать трихотомическую концепцию человека (психиатрическую антропологию, по нашему определению). Именно она позволяет деликатно и вместе с тем содержательно отвечать на вопросы, возникающие не только в пространстве «религиозность и психические расстройства», но и при других, не менее значимых противостояниях – будь то «гениальность и помешательство», «преступность и психические аномалии», «психиатрия и инакомыслие» или какие-то иные вызовы, перед которыми нас может поставить жизнь.

---

<sup>7</sup> Разговор такого рода, конечно же, не излечивает больного от бредовых расстройств, но может способствовать установлению психотерапевтического контакта, открытости лечению.

### Использованная литература:

1. Бердяев Н.А. Мое философское мирозерцание/ Н.Бердяев о русской философии./ Сост., вступ. ст. и примеч. Б.В. Емельянова, А.И. Новикова. Ч. 1- Свердловск: Изд. Урал. Ун-та, 1991. 288 с. С. 24
2. Бердяев Н.А. Философия свободного духа. М.: Республика. 1994. 480 с. С. 27-28
3. Бродский И.А. Сочинения в четырех томах. Том 1. Сост. Г.Ф. Комаров,- культурно-просветительское общество «Пушкинский фонд». Изд. «Третья волна». 1992. 479 с. С. 9
4. Бубер М. Два образа веры. Пер. с нем. /Под ред. П.С. Гуревича, С.Я.Левит, С.В. Лезова.-М.: Республика 1995. 464 С. С. 420.
5. Вежбицкая А. Сопоставление культур через посредство лексики и прагматики / Пер. с англ. А.Д. Шмелева. М.: Языки славянской культуры, 2001. 272 с.
6. Воскресенский Б.А. Основы психиатрии. Учебник для студентов гуманитарных направлений и специальностей высших учебных заведений. Ч. 1, 2-е изд. испр. и доп. –М. Свято-Филаретовский православно-христианский институт, 2021. 224 с.
7. Мелехов Д.Е. Психиатрия и проблемы духовной жизни//Психиатрия и актуальные проблемы духовной жизни: Сборник памяти профессора Д.Е. Мелехова. М.: Свято-Филаретовский православно-христианский институт, 2011. С. 12-61.
8. Ходасевич В. Колеблемый треножник: Избранное. М.: Советский писатель, 1991. 688 с. С. 75
9. С.С. Хоружий. К феноменологии аскезы. М.: Изд. гуманитарной литературы. 352 с. С. 156
10. Юнг К.Г. Психологические типы. СПб Ювента. М. Изд. фирма «Прогресс-Универс» 1995. 717 с. С.42.
11. Ясперс К. Общая психопатология. М.: Практика, 1997. С. 64.

## Возможна ли психодуховная целостность без религиозных отсылок?

**Аннотация:** В этой статье рассматривается вопрос о том, может ли человек, не имеющий религиозных ориентиров, достичь психодуховной целостности, и какая духовная динамика может способствовать этому. Выводы основываются не на традиционной научной методологии, а на психодуховном анализе реального клинического случая. В работе исследуется определение духовности в контексте психического здоровья, подчеркиваются ограничения распространенных определений и предлагается концепция трансформационных переживаний как катализаторов психодуховной открытости.

На примере подростка, пережившего тяжелое сексуальное насилие в детстве и отказ матери, рассказывается о том, как пережитые события, искренность и духовность могут способствовать целостности, даже на фоне рецидивов и продолжающихся жизненных трудностей.

### Введение

Настоящее исследование отвечает на вопрос, состоящий из двух частей:

(1) Достижима ли психодуховная целостность для человека без религиозных ориентиров?

(2) Если да, то какие духовные механизмы помогают этого достичь? Данный анализ отказывается от традиционной эмпирической методологии в пользу психодуховного прочтения реального случая, чтобы осветить механизмы, посредством которых может происходить трансформация.

### Определения и ограничения духовности в психиатрии:

В дискурсе о психическом здоровье отсутствует общепринятое определение духовности. Среди известных формулировок можно выделить:

- Паргамент (2007): духовность как поиск священного.
- Селигман (2002), основатель позитивной психологии: духовность как совокупность положительных эмоциональных качеств, выходящих за пределы личности, связывающих нас с чем-то высшим, более обширным и постоянным — охватывающим других людей, будущее, эволюцию, Божественное начало или Вселенную.

Следует подчеркнуть два важных ограничения этих определений [Tanu, 2002]:

- Они смешивают духовные переживания с результатами благополучия.
- Они отражают антропологическую путаницу, склонную делать акцент на самореализации в ущерб отношениям с другими людьми и с Абсолютом.

Критически настроенные исследователи предупреждали, что некоторые духовные практики и переживания могут способствовать эгоцентризму, а не подлинному самопревосхождению [Vitz, 1997]. В свете этого мы рассматриваем **трансформационные переживания** как отдельную категорию — события, нарушающие обычный ход вещей, вызывающие изумление [López Quintás, 2009] и подразумевающие призыв к трансцендентности, где обращение к духу происходит через ощущаемое присутствие, ведущее к открытости трансцендентному. Такие переживания достигают «самой глубокой части души или духа» и направляют к высшей цели.

### Понятие и границы трансформационного опыта

Трансформационные переживания начинаются с нарушения обычного течения жизни, вызывая изумление и призыв к чему-то более высокому.

Эпистемологические основания [Paul, 2014] увеличились до более широкой феноменологии трансформации, в которой человек сталкивается с присутствием, побуждающим его открыться трансцендентному. Эти переживания затрагивают самые глубокие пласты личности и направляют человека к смыслу и цели, выходящим за рамки эгоцентричных забот.

### **Клинический случай**

Рассмотрим реальный клинический случай, чтобы изучить, как развивается психодуховная целостность у людей, находящихся в уязвимом положении с точки зрения их личностного роста и развития. Пациентка, подросток по имени Лора, пережила тяжелое сексуальное насилие в детстве и была брошена матерью. Детали не раскрываются в целях сохранения конфиденциальности, но ключевым элементом является исследование психодуховной целостности.

Центральным элементом терапии было использование пережитых Лорой событий для проведения психообразования относительно психотравмы и наблюдения за тем, как текущие события активируют негативные убеждения о себе, возникшие в результате травмы. За четыре года лечения наблюдались периоды улучшения, рецидивы, Лора бросала учебу, употребляла психоактивные вещества и практиковала рискованное сексуальное поведение.

Вот ключевые выводы, касающиеся развития и психодуховного роста:

Лора постепенно приняла правду о себе, осознав свою ценность как любимой дочери, несмотря на то, что её жизнь всё ещё была искалечена прошлыми травмами.

Она поняла свои глубинные желания и распознала самообман в отношениях, который использовала, чтобы почувствовать себя любимой, и признала обманчивость такого поведения.

В ходе нескольких сессий она рассказала о том, как убеждала сама себя, идеализируя потенциальных партнёров, и это в итоге приводило к саморазрушению. Она сказала, что ей не хватает отцовской любви, что ей нужно чувствовать, что кто-то о ней заботится. Эта потребность становилась причиной трудностей в личных отношениях.

Парадокс человеческого бытия очевиден: стремление к истине и добру, ощущение себя чадом Божиим не всегда согласуются с разумными жизненными решениями. Это напряжение особенно остро ощущается в подростковом возрасте и в контексте тяжелых прежних психотравм. На пороге взрослой жизни Лаура на короткое время отказалась от помощи, движимая страхом перед будущим.

Примерно через год после того, как Лаура прекратила терапию, она попросила о встрече, чтобы поделиться важной новостью. Она выглядела спокойной, возобновила учебу, перестала употреблять психоактивные вещества и больше не нуждалась в медикаментах. Она рассказала, что вот уже десять месяцев состоит в отношениях, в результате которых она забеременела. Это стало началом глубокого переосмысления жизни и ответственности. Лаура и ее партнер воспитывают своего ребенка.

Лаура восприняла свою беременность как личное приглашение от трансцендентного источника дать начало новой жизни. Страх сменился благодарным осознанием значимости происходящего. Она описывает, как первоначальный испуг уступил место глубокой радости от дарования новой жизни. Сегодня, спустя более года, она и ее партнер активно заботятся о ребенке.

Беременность создала условия для преображения: неожиданное прерывание привычного хода событий, которое влечет за собой глубокие личностные изменения. Такие переживания действуют на трех уровнях — когнитивном (смысл), аффективном (эмоциональном) и волевом (волеизъявительном), — кульминацией чего становится глубокая преданность

другим людям и отказ от эгоцентризма. Преобразующий импульс обладает мощной энергией, которая разрушает психологические барьеры и стимулирует стремление к самосовершенствованию. Однако для этого необходимо не только быть открытым к новому опыту, но и получить предварительное приглашение к действию [Rielo, 2025].

### **Обсуждение**

Этот случай ставит под сомнение предположение о том, что модели психического здоровья делают чрезмерный упор на травму и эгоцентризм в ущерб отношениям и трансцендентным аспектам. Несмотря на то, что жизнь Лоры по-прежнему сопряжена с постоянными проблемами и риском рецидива, ее опыт подчеркивает потенциал преобразующих, осмысленных переживаний, способствующих психо-духовной целостности, независимо от религиозной принадлежности. Подходы, основанные на нарративном методе, и психообразование, сосредоточенное на травматических переживаниях, могут помочь раскрыть модели взаимодействия и основные эмоциональные потребности, способствуя обретению смысла жизни, ответственности и ощущения сопричастности.

### **Вывод**

Психодуховная целостность вполне достижима для людей, не имеющих явных религиозных убеждений. Это происходит благодаря внутренним процессам, которые делают человека более восприимчивым к истине, добру и ощущению трансцендентного. Преобразующий опыт может стать катализатором глубоких изменений, если он приобретает в условиях уязвимости, личной ответственности и взаимодействия с другими людьми. Данный случай показывает, что исцеление и рост возможны благодаря синтезу личностного развития, эмоционального образования и духовной открытости, и это прокладывает путь к более здоровому будущему.

### **Использованная литература:**

1. Laurie, P. 2014. Transformative experiences, Oxford University Press. Kindle p.10.
2. Lopez Quintás, A. 2009. Descubrir la grandeza de la vida. Una vía de ascenso a la madurez personal, Desclée Brouwer.
3. Pargament, K. 2007. Spiritually integrated psychotherapy. New York: The Guilford Press
4. Rielo, F. 2025. Consciencia, neurosis y terapia, Dykinson.
5. Seligman, M. 2002. Authentic happiness. Using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfillment.
6. Tany, R.A., Towards clarification of the meaning of spirituality. J.Adv.Nurs, 2002, 39 (5): p.500-509.
7. Vitz, P. 1997. Psychology as religión. The cult of self-worship.

## **Повышение ответственности и самосознания христианских вдов среднего возраста из Кералы, Индия: психологический аспект**

**Аннотация:** Вдовство – это состояние, в котором человек оказывается после смерти своего супруга, – сопряжено с рядом психологических и социальных трудностей. В данном исследовании рассматриваются психологические процессы и переживания вдов среднего возраста, с особым вниманием к повышению их ответственности и самосознания. В работе приняли участие пять вдов из штата Керала, проживших десять и более лет после утраты супруга. В исследовании применялся качественный метод для анализа опыта вдовства, а также нарративный опрос для сбора данных. Информация, собранная с помощью целенаправленной выборки, была расшифрована и проанализирована с использованием метода нарративного анализа Уильяма Лабова. Исследование показало, что вынужденные изменения в себе оказали влияние на жизнь вдов и постепенно привели к обретению самосознания. Исследование также подчеркивает важность социальной поддержки и мер по охране психического здоровья для адаптации и психологической устойчивости вдов. Выводы указывают на то, что комплексные меры поддержки, системы помощи и образовательные программы могут существенно улучшить благополучие вдов. Результаты исследования предоставляют ценную информацию о переживаниях вдовства, что способствует разработке эффективных стратегий вмешательства и механизмов поддержки, направленных на адаптацию и устойчивость вдов.

**Ключевые слова:** вдовство, повышение ответственности, самосознание, вдовы.

Вдовство считается одним из самых тяжёлых испытаний в жизни, часто вызывающим серьёзные эмоциональные и социальные нарушения [Utz, Caserta, & Lund, 2011]. Тем не менее, оно также может стать стимулом для личностного роста и обретения внутренней силы в сложные периоды [Stroebe, Schut, & Stroebe, 2007]. Вдовство оказывает значительное влияние на социальную и личную жизнь женщины, нередко сопровождаясь различными негативными последствиями [Greg, 1976]. С разных точек зрения вдовство представляет собой длительный и сложный процесс, необходимый женщине для восстановления своей идентичности. В рамках данного исследования вдовство рассматривается как важный переходный этап, включающий в себя длительную психологическую борьбу как для вдовы, так и для её детей.

Вдовство, как и стадии горя, описанные Кюблер-Росс в 1969 году, представляет собой эмоциональный путь для тех, кто потерял супруга. Эти стадии не всегда следуют строго друг за другом у всех вдов, но процесс обычно начинается с отрицания, которое сопровождается шоком, оцепенением и внутренней работой принятия утраты. Как правило, в реальности все начинается с гнева, часто направленного на себя, умершего супруга, медицинских работников или даже высшие силы. В основе – ощущение покинутости или несправедливости. После этого наступает стадия торга, когда люди начинают размышлять о том, что могло бы быть иначе, или искать способы изменить прошлое, чтобы компенсировать свои потери. Далее следует депрессия, характеризующаяся глубокой печалью, одиночеством и отчаянием. В этот период вдовы часто отстраняются от социальной жизни и сталкиваются с трудностями в повседневной деятельности. Завершающим этапом является принятие, которое подразумевает примирение с утратой. Однако это не означает возвращение к

счастью, а скорее признание новой реальности, в которой можно начать адаптироваться, искать смысл и вновь обрести связь с жизнью.

Изучение тяжелой утраты в контексте вдовства включает рассмотрение различных теоретических подходов. Модель двойного процесса (DPM) преодоления утраты, разработанная Штребе и Шутом в 1999 году, описывает, как люди приспосабливаются к смерти через два взаимосвязанных копинг-механизма: один ориентирован на потерю, а второй – на восстановление. Работа горя, позволение себе испытывать боль утраты, надежда на возвращение умершего или даже отказ признать изменения, которые могут означать движение вперед, — все это формы преодоления утраты, ориентированные на потерю. Повседневные ситуации могут вызывать очень сильные эмоции, например, при встрече с человеком, напоминающим умершего, или при обнаружении личных вещей покойного. С другой стороны, копинг, ориентированный на восстановление, направлен на адаптацию к изменениям в жизни, включая управление финансами, принятие новых ролей, создание новых отношений или участие в новых видах деятельности. Это также может включать временное избегание напоминаний о горе, занятость или отдаление от эмоционально значимых мест. Ключевым элементом модели DPM является концепция колебаний, естественного перехода от сопротивления утрате к участию в восстановительных действиях, что помогает людям постепенно адаптироваться к жизни после тяжелой утраты [Stroebe & Schut, 1999].

Позднее эта модель была объединена с теорией когнитивного стресса [Lazarus & Folkman, 1984] для создания интегративной системы факторов риска [Stroebe, Folkman, Hansson, & Schut, 2006], которая показывает, каким образом процесс горевания включает в себя как эмоциональную, так и когнитивную адаптацию. Ожидание утраты, особенно у женщин, не может быть объяснено исключительно через призму ухода за умирающим супругом, но также требует учета более широкого социального и демографического контекста, например, того, что мужья обычно старше и, как предполагается, умрут первыми. Кроме того, овдовевшие люди часто сталкиваются с ухудшением социального статуса и поддержки, что приводит к финансовым, социальным и психологическим трудностям по сравнению с женатыми людьми.

Существует также теория ролей, которая возникла в период, когда социологи стали сравнивать общественную жизнь с театральным представлением, где действия людей можно рассматривать как исполнение определенных «ролей». Психолог Джейкоб Морено, сторонник этой теории, утверждал, что роли становятся привычными моделями поведения даже в самых близких межличностных отношениях. Он считал, что копирование поведения других людей или игра их ролей — эффективный метод обучения, помогающий освоить новые роли. Специалисты по теории ролей признают, что действия людей зависят от контекста и социального положения. Их поведение определяется ожиданиями, которые они возлагают на себя и других. В этом контексте понятие ролей охватывает как структуры, так и взаимодействия. Когда термин "роль" используется для обозначения структуры, он указывает на социально определенные ожидания. Однако его применение может варьироваться в зависимости от контекста или неравенства в доступных ресурсах. В то же время, когда речь идет о взаимодействии, роль представляет собой процесс непрерывного действия, формирующийся под влиянием преобладающих норм, установок, представлений о себе и динамики социальных взаимодействий между участниками.

Ролевая перегрузка и ролевой конфликт являются ключевыми концепциями в теории ролей. Ролевая перегрузка возникает, когда человек сталкивается с нехваткой времени, энергии или ресурсов для выполнения

множества своих ролей. С другой стороны, ролевой конфликт возникает, когда ожидания, связанные с одной ролью, противоречат ожиданиям, связанным с другой. Это приводит к состоянию ролевого напряжения, выражающегося в неспособности соответствовать всем предъявляемым ролевым ожиданиям [Goode, 1960]. Женщины особенно часто исполняют множество социальных ролей, таких как дочь, жена, мать, работница и др. После утраты супруга общество может навязать им новую роль вдовы, что требует отказа от предыдущей роли замужней женщины. Вдовам приходится адаптироваться к новым социальным ожиданиям и ограничениям.

Теория ролей объясняет, как вдовы формируют свою идентичность и обязанности в связи со вдовством. Этот переход заставляет женщин резко изменить свою жизнь и пересмотреть приоритеты: они вынуждены самостоятельно решать финансовые вопросы, заботиться о детях, которые все еще зависят от них, и поддерживать стабильность в семье. Однако действия, которые вдовы действительно предпринимают в обществе, часто не соответствуют ожиданиям окружающих из-за таких факторов, как недостаток социальной поддержки, экономические сложности и различные личные способы преодоления трудностей. В итоге вдовам, возможно, придется преодолеть традиционные стереотипы и ожидания, чтобы справиться с новыми вызовами. Таким образом, теория ролей является эффективным инструментом для данного исследования, помогая понять, как увеличение обязанностей в связи со вдовством влияет на самих вдов и их детей.

#### **Вдовство и повышение ответственности**

Потеря супруга заставляет выжившего партнера взять на себя все обязанности, которые ранее делились между ними. Это включает управление финансами, уход за детьми, домашние дела и участие в общественной жизни. Резкое увеличение этих обязанностей может быть крайне деморализующим и вызывать сильный стресс [Utz et al., 2004]. Вдобавок к этому горю общество предъявляет к вдовам еще и дополнительные требования: они должны соответствовать определенным стандартам поведения, внешнего вида и манер, которые обычно ассоциируются со статусом скорбящей женщины. Ситуацию овдовевших матерей усугубляет то, что их дети в значительной степени зависят от них в обеспечении всех эмоциональных и материальных потребностей, что еще больше усиливает чувство ответственности. Зачастую вдовы оказываются втянутыми в сложный круг ролевых ожиданий, где им приходится совмещать личные стремления, семейные обязанности и социальные нормы, а порой и устраиваться на работу или менять профессию, чтобы совмещать роли матери и отца. Новые обязанности и необходимость принимать самостоятельные решения могут стать значительным источником стресса, особенно для тех, кто ранее не часто сталкивался с финансовыми или административными вопросами [Umberson, Wortman, & Kessler, 1992].

#### **Вдовство и становление самосознания**

Данное исследование рассматривает, как повышение ответственности, связанное с вдовством, влияет на рост самосознания и, как следствие, на психологическую адаптацию вдов. Дюваль и Викланд (1972) описывают самосознание как способность видеть себя как объект внимания и активно анализировать, интерпретировать и оценивать информацию о себе. В рамках их теории объективного самосознания (1972) утверждается, что когда люди направляют свое внимание внутрь себя, они оценивают свое текущее поведение в соответствии с критериями и ценностями, которых они придерживаются, что приводит к самооценке и состоянию саморегуляции. Это может привести к

самокритике, стремлению изменить поведение, чтобы оно соответствовало идеальному "я", или снижению собственных стандартов для уменьшения разрыва между реальным и идеальным образом себя. Таким образом, самосознание представляет собой сложное и многоплановое явление, включающее взаимосвязанные компоненты, такие как самооценка, самопознание и саморегуляция, которые необходимы для личностного роста и адаптивного функционирования.

Ряд исследований установил, что самосознание способствует формированию ясного самопознания [Gibbons, 1983; Markus, 1983] и играет ключевую роль в развитии вышеупомянутых качеств [Gibbons, 1978]. Оно также помогает человеку осознавать свои недостатки по сравнению с другими [Duval & Silvia, 2002] и способствует честности в социальных взаимодействиях [Davis & Franzoi, 1986]. В данном контексте самосознание выступает основным фактором самоконтроля, позволяя людям корректировать свои действия, управлять эмоциями и эффективнее справляться с трудностями [Baumeister & Vohs, 2003]. Кроме того, самосознание тесно связано с теорией психического состояния (Theory of Mind, ToM), которая описывает способность понимать психические состояния как свои, так и других людей, включая убеждения, намерения и чувства [Gallagher & Frith, 2003; Malle, 2005]. Например, самосознание вдов, возникающее в результате новых обязанностей, может стать основой для их эмоциональной проницательности, самоограничения и социальной компетентности, что, в свою очередь, способствует психологической адаптации и устойчивости после утраты.

### **Настоящее исследование**

Переживание вдовства для женщин среднего возраста — это сложный процесс, который сопровождается эмоциональными, социальными и психологическими трансформациями. Вдовство в среднем возрасте часто совпадает с важными жизненными этапами, такими как карьерный рост и родительские обязанности. Резкий переход от партнерства к одиночеству может вызвать серьезный психологический дистресс, негативно влияя на психическое здоровье и общее благополучие. Понимание специфических трудностей, с которыми сталкиваются вдовы среднего возраста, важно для разработки эффективных мер поддержки их психического здоровья и социальной адаптации. Исследователи мало внимания уделяют личному опыту, который способствует адаптации и укреплению жизнестойкости вдов. Таким образом, изучение самосознания вдов приобретает особую значимость.

Вдовам среднего возраста часто приходится брать на себя новые роли и обязанности, что может привести к росту самосознания и личностному развитию. Выявление этих факторов помогает понять адаптационные процессы, способствующие жизнестойкости и расширению возможностей вдов. Исследования подтверждают связь между изменением ролей и самореализацией. Поэтому цель данного исследования — изучить психологические аспекты, влияющие на самосознание вдов среднего возраста при увеличении их ответственности. Исследование носит качественный и исследовательский характер и направлено на решение следующих исследовательских вопросов:

Вопрос 1: Как вдовы среднего возраста справляются психологически с переходом в состояние вдовства?

Вопрос 2: Как возрастание ответственности способствует самосознанию вдов среднего возраста?

### **Методы**

Для изучения опыта вдов был использован качественный метод нарративных интервью. С помощью целенаправленного отбора были выбраны

пять женщин в возрасте от 45 до 60 лет, чьи мужья умерли не менее десяти лет назад. В ходе интервью участницы делились своими личными историями о жизни после утраты супруга. Полученные данные были транскрибированы и проанализированы с применением концепции нарративного анализа Лабова (1972), включающей ориентацию, усложняющие события, разрешение, оценку и итоговый результат.

### **Участники**

В исследовании участвовали вдовы среднего возраста из штата Керала, Индия. Для этой группы были установлены определённые критерии отбора. В исследовании приняли участие исключительно вдовы среднего возраста, которые потеряли супруга от 10 до 13 лет назад.

### **Оценка**

В рамках данного исследования применялся метод нарративного опроса, а именно эпизодическое нарративное интервью. Нарративный опрос — это подход, который акцентирует внимание на силе повествования как инструмента для сбора данных [Huber, Caine, Huber, & Steeves, 2013]. Хотя нарративное исследование обычно включает в себя набор конкретных стратегий сбора данных, считается, что оно существенно отличается от формата полуструктурированного интервью, поскольку сосредоточено исключительно на нарративном аспекте коммуникации. В зависимости от характера ответов участников, при необходимости можно задавать дополнительные вопросы.

### **Процедура**

Исследование проводилось в два этапа: фаза 1: пилотное исследование и фаза 2: основное исследование. Основное исследование было структурировано и сформировано на основе результатов пилотного исследования.

#### *Фаза 1: Пилотное исследование*

Для отбора участницы, соответствующей критериям исследования, использовалась целенаправленная выборка. Исследователи собирали данные о вдовах, звонили им и просили разрешения на участие. В результате были выбраны те, кто выразил желание участвовать, и им предоставили общую информацию о проекте. Сначала была выбрана одна участница. После определения удобного времени и места был проведён сбор данных. Участницу проинформировали об исследовании, и ей разрешили вести аудиозапись. Исследователи сделали несколько важных выводов из пилотного исследования. Участница могла испытывать трудности при раскрытии своей истории. Для установления достаточного взаимопонимания, позволяющего раскрыть личные эмоциональные переживания, требовалось больше времени. Участнице потребовалось более часа, чтобы поделиться своей историей. Исследователи пришли к выводу, что необходимо давать участникам больше времени и не слишком часто прерывать их во время рассказа. Эти аспекты были учтены при окончательном сборе данных.

#### *Фаза 2: Основное исследование*

Для основного исследования была сформирована группа из пяти человек. Время и место проведения опроса подбирались с учетом удобства каждого участника. Сбор данных начался после того, как были соблюдены все необходимые этические нормы, включая защиту личных данных, конфиденциальность, право на отказ и получение информированного согласия. Участники дали устное и письменное согласие на участие в исследовании, после чего их попросили поделиться своими переживаниями, связанными с окончанием

романтических отношений. Эсперт выделил значительное время для установления доверительных отношений с каждым из них.

### **Обработка и анализ данных**

Исследователь применил нарративный анализ для обработки данных. Дайут и Лайтфут (2004) подчеркивают, что нарративные исследования весьма разнообразны и могут опираться на различные социальные и гуманитарные дисциплины. Нарратив можно интерпретировать как описание конкретного события, а также как исследовательский метод, например, как "процесс формирования интерпретаций об описываемых событиях" [Chase, 2005; Clandinin and Connolly, 2000; Pinnegar and Daynes, 2007].

Истории были расшифрованы и проанализированы с применением нарративного метода Уильяма Лабова. Этот подход позволяет выявить социальные закономерности, скрытые в повествованиях. Поскольку нарративные исследования строятся на анализе рассказов, исследователь включил в анализ как истории, рассказанные его участниками, так и собственный пересказ их историй, считая оба источника достоверными. Концепция нарративного анализа Лабова была впервые изложена в его эссе 1972 года "Трансформация опыта в нарративном синтаксисе" (The Transformation of Experience in Narrative Syntax). В этом эссе он не только описал, но и детально объяснил шесть ключевых компонентов нарратива. Эти компоненты служат инструментами для выявления закономерностей в повествовании и фиксации тем и сообщений, повторяющихся в рассказах.

Концептуальная модель Лабова состоит из шести компонентов: введения, ориентации, усложняющего действия, оценки, разрешения и коды. Однако для каждого конкретного повествования необязательно задействовать все шесть компонентов.

### **Этапы модели Лабова**

#### **Введение**

Вводная часть рассказа — это краткий обзор всей истории. Она описывает основные характеристики и события, которые будут развиваться в повествовании. Лабов определяет это как «начальное предложение в рассказе, которое повествует о последовательности событий» [Labov, 1997].

#### **Ориентация**

Ориентация предоставляет информацию о времени, участниках повествования, месте действия или контексте, в котором разворачиваются события. Лабов (1972) описывает раздел «Ориентация» как «свободные предложения в начале усложнения».

#### **Осложняющее событие**

Осложняющее действие включает реальные события истории, которые развивают сюжет и привлекают внимание аудитории. Основу рассказа составляют повествовательные фразы, которые описывают последующие события, отвечая на вопрос: «А что произошло потом?» [Labov, 1997].

#### **Разрешение (итог)**

По Лабову (1997), разрешение личной проблемы представляет собой серию усложняющих действий, следующих за ключевым инцидентом. Это помогает ответить на вопрос: "Что произошло в итоге?" [Johnston, 2001].

#### **Оценка**

Оценка — это основная причина, по которой рассказчик делится историей. Её цель — прояснить суть повествования и подчеркнуть отношение слушателя или привлечь внимание к ключевым моментам рассказа. Лабов (1972) определяет

оценку как "часть повествования, раскрывающую отношение рассказчика к истории и подчеркивающую важность одних событий по сравнению с другими".

### **Кода**

Кода сигнализирует о завершении рассказа и служит связующим звеном между миром истории и настоящим. Лабов объясняет, что с помощью коды рассказчик подчеркивает актуальность истории и её связь с повседневной жизнью. Также кода может касаться событий или действий, выходящих за рамки повествования.

В ходе исследования были выявлены основные темы рассказов каждого участника, которые затем были сопоставлены для определения ключевых тем.

### **Полученные результаты**

Анализируя рассказы, мы обнаружили общие черты, присущие историям разных участников. Главные темы, которые пересекались, включали утрату близости, надежды и постоянное чувство горя, эмоциональный стресс, вызванный социальной стигматизацией, увеличение ответственности, необходимость в привязанности и поддержке, адаптацию и устойчивость после утраты, самоэффективность, самоидентификацию и самоуважение. Выяснилось, что люди, участвовавшие в исследовании, столкнулись практически с одними и теми же проблемами и прошли через схожие процессы.

### **Потеря близости, надежды и постоянное горе**

Тема утраты близости, надежды и вечного траура неизменно звучала в каждом из рассказов. Они демонстрируют, как сильно потеря партнёра сказывается на психическом состоянии людей. Отсутствие партнёра стало главной причиной ухудшения их психологического состояния, а также привело к утрате близости, надежды и непрекращающейся печали.

Эмоциональная пустота, вызванная отсутствием близких отношений с партнером, стала центральной темой большинства историй, что привело к ощущению изоляции у вдов и появлению желания общаться с другими людьми. Потеря интимной близости для вдов становится серьезным психологическим испытанием, которое негативно сказывается не только на их эмоциональном состоянии, но и на социальной жизни. Смерть супруга — это огромное потрясение для оставшегося в живых, вызывающее чувство одиночества и отчужденности из-за внезапного исчезновения партнера как в эмоциональном, так и в физическом аспекте [Baarsen, 2002]. Утрата надежды — это общая тема всех историй, и рассказчики переживают её одинаково, сначала испытывая отчаяние и беспомощность.

Такие участники обычно рассказывают о периоде скорби, когда испытывают потерю надежды на будущее. Это особенно актуально в первые дни скорби, когда всё кажется таким неясным и неопределённым. В соответствии с двухпроцессной моделью преодоления утраты, предложенной Штробе и Шуттом (1999), горевание может существенно снизить уровень оптимизма и представления о будущем, что, в свою очередь, влияет на мотивацию и процесс целеполагания.

В историях, описывающих страдания, значительное внимание уделяется пролонгированному характеру горя, вследствие чего рассказчики продолжают испытывать сильную скорбь и эмоциональные переживания на протяжении длительного периода времени после утраты. Эти истории демонстрируют продолжительный характер горя, при котором люди продолжают переживать и ощущать длительные волны интенсивной скорби и эмоциональной боли даже спустя значительное время после самой утраты. Исследования показывают, что скорбь является основополагающей психологической реакцией на утрату супруга

или супруги [Boelen and Lenferink, 2020]. Это может приводить к существенному психологическому дистрессу и нарушению повседневного функционирования [Szuhany, 2021].

### **Эмоциональный дистресс из-за социальной стигматизации**

Ещё одна тема — эмоциональный дистресс, вызванный социальными нормами (П 1, 3, 4 и 5). В рассказах описываются ситуации, когда люди были отвергнуты обществом, что, в свою очередь, усугубило их душевные страдания и чувство собственной никчемности. Участники были обязаны соответствовать общепринятым социальным нормам и ценностям, что требовало подавления их личных предпочтений, включая выбор одежды. Они были вынуждены принимать не только социальные и культурные взгляды, но и связанные с ними интересы и предпочтения. Смерть супруга воспринималась ими как ситуация, в которой невозможно было раскрыть свою истинную сущность или продемонстрировать уникальность. Участники исследования воспринимали жизнь вдовы как состояние отсутствия власти и собственной значимости (П 1, 3 и 5). Благодаря саморефлексии и взаимной поддержке они начали подвергать сомнению собственные мысли, эмоции и действия, что способствовало осознанию своей ситуации и постепенному восстановлению идентичности. Вдовы часто сталкиваются с проблемой утраты идентичности и неопределенности ролей вследствие смерти супруга, поскольку социальные нормы могут вменять им роли, которые более не применимы [Shafiq and Ullah, 2024]. Социальное давление и нормы могут усугублять у вдов психические проблемы, такие как депрессия и тревожность [Nasir & Giménez-Llort, 2023]. Социальные нормы, приводящие к усилению эмоционального напряжения и ощущению маргинализации, выражаются, например, следующим образом: "В какой-то момент я осознала, насколько тяжело быть вдовой в этом обществе. Меня воспринимали как испорченный товар лишь потому, что моего мужчины больше не было рядом" (П1).

### **Повышение ответственности**

Одной из ключевых тем, поднимаемых в рассказах, является повышение ответственности (П1, 2, 3, 4 и 5). В рассказах описывается, как вдовы принимают на себя дополнительные обязанности, ранее выполнявшиеся их мужьями, такие как управление финансовыми вопросами и ведение домашнего хозяйства. Это приводит к увеличению стресса и нагрузки. Переход от совместного управления к единоличной ответственности за домашние дела и семейные нужды подчеркивает эмоциональные и практические трудности, с которыми сталкиваются вдовы. После смерти супруга на них ложится значительно больше домашних обязанностей, которые могут оказаться непосильными и эмоционально истощающими [Williams, C. 2023].

Как отмечает П2, "Он был единственным человеком, кто выполнял все обязанности в семье. От покупки лекарств для родителей до оплаты за учебу детей, от управления счетами за дом до приобретения продуктов – все это он делал сам. Кажется, осознание того, как много всего придется делать, также повлияло на мою психику. Похоже, что именно эти мысли и осознание необходимости взять на себя всю ответственность оказали на меня наибольшее влияние; этой ответственности невозможно было избежать". Переход от роли супруги к роли человека, который в одиночку растит детей и принимает решения, может вызвать чувство повышенной ответственности и необходимость эффективно выполнять несколько ролей одновременно [Prigerson et al., 2009]. Такое расширение обязанностей приводит к необходимости адаптации к новым ролям в условиях горя и утраты.

### **Потребность в привязанности и поддержке**

Другой темой является потребность в эмоциональной поддержке и привязанности. В рассказах часто акцентируется внимание на важности таких отношений. Поддержка окружающих может улучшить самочувствие и помочь справиться с одиночеством и горем после утраты супруга [Vedder et al.2022]. Восстановление после утраты включает переосмысление своей идентичности и роли в жизни. ПЗ считала, что повторный брак может помочь ей изменить свою жизнь, но её мать и дочь были против этого. Стремление к повторному браку с поддерживающим партнером отражает естественную потребность в общении и поддержке. Соппротивление со стороны семьи, включая дочь, добавляет сложный аспект к процессу переживания горя и преодоления трудностей. Этот конфликт между личными желаниями и ожиданиями близких является распространенной и сложной проблемой вдовства, особенно в обществах с устоявшимися традиционными ценностями. История П4 иллюстрирует еще один аспект потребности в привязанности. После смерти мужа она посвятила себя заботе о детях, особенно о сыне, который имел определенные проблемы со здоровьем. Но по какой-то причине сын от нее отказался. Эта утрата эмоциональной привязанности или отсутствие поддержки усилило её горе. Адекватная поддержка и привязанность положительно влияют на психическое здоровье, снижая чувство изоляции и депрессии [Bonanno et al., 2005]. Поддерживающие отношения и связи играют важную роль в смягчении эмоционального стресса и укреплении жизнестойкости вдов.

### **Адаптация и жизнестойкость после потери**

Истории показывают, как участники открывают в себе новые возможности и качества, превращая трудности в шанс для личностного роста и укрепления духа. Вдовство может стать временем для личностного развития, когда люди развивают жизнестойкость, преодолевая препятствия, находят в себе силы и ресурсы [Hahn et al., 2011]. Постепенно все участники адаптируются к новым условиям жизни и проявляют стойкость. В каждой истории особое место отводится детям, которые служат источником энергии и мотивации для восстановления. Истории описывают эмоциональный путь участников, когда они переходят от глубокой скорби к принятию, находя утешение в воспоминаниях и поддержке близких. Эмоциональная адаптация включает в себя преодоление горя и поиск способов справиться с утратой. Со временем многие вдовы формируют новые привычки и находят смысл в изменившихся обстоятельствах [Stroebe & Schut, 1999].

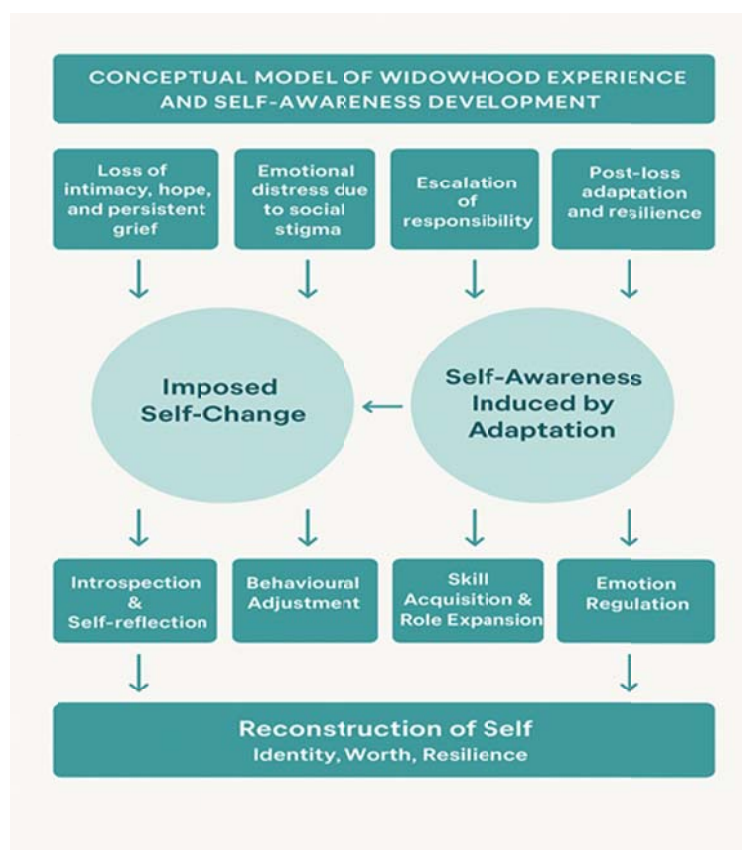
### **Самозффективность, самоидентификация и самооценность**

Вдовы нередко вынуждены брать на себя функции и обязанности, которые раньше исполняли их мужья, что может значительно влиять на их уверенность в собственных силах. Этот процесс адаптации часто подразумевает приобретение новых умений и укрепление веры в свою способность справляться с задачами самостоятельно [Bandura, 1997]. Все участники демонстрируют, как они адаптировались, приняв на себя полную ответственность за ведение хозяйства и выполнение домашних обязанностей. Этот процесс принятия на себя ответственности и успешного выполнения новых задач демонстрирует повышение самоэффективности. Большая часть опыта рассказчика посвящена его попыткам переосмыслить свою идентичность, показывая, как он эволюционирует от восприятия себя преимущественно как части пары к обретению новой, независимой индивидуальности. Потеря супруга может изменить самоидентификацию вдовы, поскольку она перестает быть частью супружеской пары и начинает вести самостоятельную жизнь. Этот процесс переосмысления

включает согласование прежних ролей с новыми представлениями о себе [Montpetit, 2010]. В большинстве рассказов (П1, 3, 4 и 5) упоминается борьба с общественными суждениями и путь к самопринятию и самоуважению. Они описывают, как пытались сохранить свое достоинство и самоуважение перед лицом предвзятости и стигматизации общества. Общественные нормы и культурные ожидания могут подорвать чувство собственного достоинства вдовы, особенно в культурах с сильными традиционными ценностями, которые могут стигматизировать вдовство. Преодоление этого социального давления и сохранение чувства собственного достоинства имеют решающее значение для эмоционального благополучия. [Mburugu et al, 2015].

### Обсуждение

Анализ рассказов и их тем позволяет выделить несколько ключевых и часто встречающихся мотивов, которые способствуют самосознанию вдов в отношении возрастающей ответственности. Основные темы включают "навязанное самоизменение" и "самосознание, вызванное адаптацией".



### Навязанное самоизменение

«Я» — это совокупность всех характеристик личности, сознательных и бессознательных, психических и физических (согласно Американской психологической ассоциации и словарю Merriam-Webster). Согласно Уильяму Джеймсу, понятие «я» может относиться либо к человеку как объекту оценки (то есть, человек интроспективно оценивает свое состояние), либо к человеку как источнику субъектности (то есть, человек приписывает источник регулирования восприятия, мышления и поведения своему телу или разуму). В рамках настоящего исследования было установлено, что вдовы после потери супруга вынуждены корректировать свое поведение. Участницы исследования сообщили о давлении, которое побуждало их изменить свои предпочтения и соответствовать социальным ожиданиям, связанным с образом вдовы. Это включало отказ от

индивидуального стиля одежды и интересов, которые не поддерживались обществом, и принятие общественных норм, взглядов и предпочтений. В результате они ощущали, что не могут оставаться самими собой и выражать свою индивидуальность.

В конечном итоге, участники осознали негативное воздействие этих стигматизирующих убеждений на их самовосприятие и идентичность, а также утрату своей индивидуальности и самоуважения. Теория ролей, разработанная в социологии, объясняет, что ролевое напряжение возникает при трудностях в одновременном выполнении нескольких социальных ролей, а ролевой конфликт — при столкновении ожиданий, связанных с различными ролями.

Вдовы часто сталкиваются с ролевой нагрузкой, так как им необходимо балансировать между обязанностями воспитателя, кормильца семьи и переживанием личного горя. Рост ответственности также способствует вынужденному изменению личности. Вдовы берут на себя новые роли и обязанности, такие как роль основного воспитателя детей и кормильца семьи, что требует приобретения новых навыков и уверенности в себе. Это соответствует теории психосоциального развития, предложенной Эриксоном, которая утверждает, что индивиды проходят через восемь этапов психосоциального развития, каждый из которых характеризуется центральным конфликтом, требующим разрешения для здорового психологического роста. Вдовство, особенно в среднем возрасте, пересекается с этапом "Воспроизводство против старения", где ключевым аспектом является вклад в развитие общества и помощь в воспитании следующего поколения. Неспособность к «воспроизводству» может привести к застою и эгоцентризму. Участники исследования демонстрируют повышенное чувство ответственности, что проявляется в их рассказах о принятии новых ролей и обязанностей для обеспечения благополучия своих детей и семьи.

Также следует учитывать процесс отстранения и формирования новых форм эмоциональной безопасности. Переживания участниц отражают глубокое эмоциональное потрясение и последующие усилия по восстановлению самооценки и эмоциональной стабильности. У вдовы происходят изменения в личности, являющиеся частью общественных норм, изменения ролей и возрастание ответственности. Это навязанное самоизменение оказывает двоякое влияние на их жизнь: на начальном этапе оно вызывает эмоциональный дистресс, однако, впоследствии возросшая ответственность способствует их самодостаточности и восстановлению самооценки.

### **Усиление самосознания, вызванное адаптацией**

Истории женщин, переживших утрату мужей, подчеркивают важность самосознания в их стремлении адаптироваться к новой реальности. Согласно теории самосознания Дьюэля и Виклунда [Self-Awareness theory, 1972], самосознание включает осознанное понимание своих черт характера, эмоций, мотивов и желаний. Эта теория утверждает, что сосредотачиваясь на себе, люди сравнивают свое текущее состояние с внутренними стандартами и ценностями, что влияет на самооценку и, возможно, на изменения в поведении. Уровень самосознания у этих женщин возрастает по мере того, как они проходят через значительные жизненные перемены.

Процесс адаптации к вдовству заставляет их критически осмыслить новую реальность и роли, которые им предстоит взять на себя. Это усиленное самосознание проявляется в различных аспектах их жизни. Переживая утрату, они начинают лучше понимать свои сильные и слабые стороны. Все участники остро осознают свои способности и области, в которых необходимо развиваться. Переход к новым ролям и обязанностям требует от них оценки своих навыков и их адаптации к новым условиям. Например, П5 осознала свою способность

управлять строительством дома и нашла в себе ресурсы, о которых раньше могла и не подозревать. П4 продолжила работать сиделкой на дому и провела операцию своему сыну, продемонстрировав свою адаптивность и гибкость.

Самофокусировка является важным компонентом теории самосознания. В процессе самофокусировки индивиды сопоставляют своё поведение и жизненные обстоятельства с внутренними стандартами и ценностными ориентирами [Duval & Wicklund, 1972]. Потеря супруга вынуждает вдов обратить внимание на себя и свою новую реальность, что приводит к усилению самофокусировки. Все участники анализируют свою идентичность и рассматривают необходимые изменения для адаптации к новым условиям.

Самооценка — это еще одна часть теории самосознания, где люди сравнивают своё текущее состояние с желаемым. Участники оценивают свои способности справляться с новыми задачами и сравнивают свое текущее состояние со своими ожиданиями и социальными нормами. Например, П2 осознала, что справляется с домашними обязанностями, что повысило её самооценку и чувство удовлетворения. Если есть расхождения между реальным и идеальным образом себя, у людей появляется мотивация изменить поведение, чтобы уменьшить эти различия. Это называется корректировкой поведения. Необходимость привести свое поведение в соответствие с новыми ролями и обязанностями заставляет вдов адаптироваться и осваивать новые навыки. Это подтверждается опытом всех участниц.

Управление эмоциями является важным аспектом, способствующим развитию самосознанию [Gross, 2002]. Оно включает в себя осознание своих чувств и умение контролировать их. Участники разрабатывают новые подходы к преодолению горя и ответственности.

Таким образом, переживание вдовства стимулировало развитие самосознания у большинства участников, что стало одним из ключевых факторов, способствующих их адаптации и устойчивости.

### **Ограничения и ориентир на будущее**

Исследование проводилось с целью быть максимально полным и понятным, однако, в нем можно выделить несколько аспектов, требующих улучшения. Одним из ключевых недостатков стало ограничение по времени, что существенно повлияло на использование нарративного анализа как основного метода. Основное внимание уделялось личным и эмоциональным аспектам вдовства, зависящим от готовности респондентов делиться глубоко личными переживаниями, что могло привести к пропуску важных данных. Исследование охватывало только вдов среднего возраста, что сузило его применимость ко всем вдовам, независимо от возраста. Кроме того, возможно, что не были в полной мере учтены экологические и социальные факторы, влияющие на опыт вдовства в различных контекстах.

В будущем учёные могут применить лонгитюдный подход и изучить, как вдовы приспосабливаются и становятся более устойчивыми на протяжении многих лет. Это позволит лучше понять, как меняется их опыт и копинг-стратегии. Важно также учитывать мнение детей в будущих исследованиях, что поможет получить более полное представление о вдовстве, особенно в контексте семейных отношений. Кроме того, изучение жизни вдовцов и проведение сравнений с другими группами людей, переживших аналогичные утраты, может значительно углубить понимание процесса горевания и адаптации. Расширение исследования на людей из разных географических и культурных регионов не только повысит научную ценность результатов, но и сделает их применимыми в различных социальных контекстах.

## **Применимость**

Результаты исследования предоставляют ценные данные о необходимости разработки комплексных систем поддержки, включающих семью, друзей и общественные структуры, которые способствуют преодолению горя и решению практических жизненных проблем у вдов. Исследование также вносит вклад в разработку новых методик консультирования и терапии, направленных на работу с горем, что способствует снижению психологических конфликтов у вдов.

Интеграция руководящих принципов исследования в программы общественного здравоохранения может привести к улучшению общего состояния здоровья вдов. Наконец, исследование открывает перспективы для дальнейшего изучения различных переживаний и потребностей вдов, а его результаты могут быть использованы в образовательных программах для подготовки социальных работников, психологов и медицинских специалистов, а также послужить основой для формирования политики и практики.

## **Использованная литература:**

1. Akinlabi, F. (2013). Coping Mechanism/Resources of Young and Old Widows in South West Nigeria. *Mediterranean Journal of Social Sciences*, 4(2), 193-197. <http://dx.doi.org/10.5901/mjss.2013.v4n2p193>
2. Baarsen, B. (2002). Theories on Coping With Loss: The Impact of Social Support and Self-Esteem on Adjustment to Emotional and Social Loneliness Following a Partner's Death in Later Life. *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences*, 57, 33-42. <https://doi.org/10.1093/geronb/57.1.s33>
3. Ball, J. F. (1977). Widow's Grief: The Impact of Age and Mode of Death. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 7(4), 307-333. <https://doi.org/10.2190/WEFF-N0HD-0CQ5-18TY>
4. Bennett, K. M. (2011). Psychological well-being in bereavement: A single case study of a woman widowed in her sixties. *Aging & Mental Health*, 15(2), 263-272. <http://dx.doi.org/10.2190/IL.20.4.b>
5. Bonanno, G. A., & Kaltman, S. (2001). The varieties of grief experience. *Clinical Psychology Review*, 21(5), 705-734. [https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/S0272-7358\(00\)00062-3](https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/S0272-7358(00)00062-3)
6. Chen, J. H., Bierhals, A. J., Prigerson, H. G., Kasl, S. V., Mazure, C. M., & Jacobs, S. (1999). Gender differences in the effects of bereavement-related psychological distress in health outcomes. *Psychological medicine*, 29(2), 367-380. <https://doi.org/10.1017/s0033291798008137>
7. Ennis, J., & Majid, U. (2020). The widowhood effect: Explaining the adverse outcomes after spousal loss using physiological stress theories, marital quality, and attachment. *The Family Journal*, 28(3), 241-246. <https://doi.org/10.1177/1066480720929360>
8. Goode, W.J. (1960). A Theory of Role Strain. *American Sociological Review*, 25(4), 483-496. <https://doi.org/10.2307/2092933>
9. Hahn, E. A et al. (2011). Time use and well-being in older widows: adaptation and resilience. *Journal of women & aging*, 23(2), 149-159. <https://doi.org/10.1080/08952841.2011.561139>
10. Kübler-Ross, E. (1969). *On death and dying*. The Macmillan Company.
11. Labov, W., & Waletzky, J. (1997). Narrative analysis: Oral versions of Personal experience. *Journal of Narrative and Life History*, 7(1-4), 3-38. <https://doi.org/10.1075/jnlh.7.02nar>
12. London, M., Sessa, V. I., & Shelley, L. A. (2023). Developing self-awareness: Learning processes for self-and interpersonal growth. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 10(1), 261-288. <https://doi.org/10.1146/annurev-orgpsych-120920-044531>
13. Montpetit, M. A., Bergeman, C. S., & Bisconti, T. L. (2010). The self-concept and conjugal loss: evidence for structural change. *Death studies*, 34(7), 606-624. <https://doi.org/10.1080/07481187.2010.495522>
14. Paul, M., & Das, S. (2023). The Silent struggle: Psychological impact of widowhood on the life of women in India. *International Journal of Science and Research Archive*, 10(01), 304-315. <http://dx.doi.org/10.30574/ijrsra.2023.10.1.0744>

15. Prigerson, H. G. et al. (1995). Inventory of Complicated Grief: A scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Research*, 59(1-2), 65-79. [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(95\)02757-2](https://doi.org/10.1016/0165-1781(95)02757-2)
16. Shapiro, A., & Keyes, C. L. M. (2008). Marital status and social well-being: Are the married always better off? *Social Indicators Research, Soc Indic Res.* 88(2), 329–346. <https://doi.org/10.1007/s11205-007-9194-3>
17. Stroebe, M., Schut, H., & Stroebe, W. (2007). Health outcomes of bereavement. *Lancet*, 370(9603), 1960–1973. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61816-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61816-9).
18. Szuhany, K. L., Malgaroli, M., Miron, C. D., & Simon, N. M. (2021). Prolonged Grief Disorder: Course, Diagnosis, Assessment, and Treatment. *Focus (American Psychiatric Publishing)*, 19(2), 161–172. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.20200052>
19. Taylor, B. & Harrold, J. (2023). Widowhood and mental health: Social predictors of mental health disorders among widows. *Illness, Crisis & Loss.* 31(2), 288-305. <https://doi.org/10.1177/10541373211054189>
20. Thomas L.E., Digiulio, R.C. & Sheehan, N.W. (1988). Identity Loss and Psychological Crisis in Widowhood: A Re-Evaluation. *The International Journal of Aging and Human Development.* 26(3):225-239. <https://doi.org/10.2190/hj85-cpv9-0wru-a8px>
21. Utz, R. L., Caserta, M., & Lund, D. A. (2011). Grief, depressive symptoms, and physical health among recently bereaved spouses. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 66B(1), 3–12. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbq037>.
22. Vedder, A. et al. (2022). A systematic review of loneliness in bereavement: Current research and future directions. *Current Opinion in Psychology.* 43(8), 48-64. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2021.06.003>
23. Wu, Z., & Schimmele, C. M. (2005). Repartnering after first union disruption. *Journal of marriage and family*, 67(1), 27-36. <https://doi.org/10.1111/j.0022-2445.2005.00003.x>
24. Young, K. (2006). Widows without rights: challenging marginalisation and dispossession. *Gender & Development*, 14 (2), 199–209. <https://doi.org/10.1080/13552070600747131>
25. Zisook, S., & Shear, K. (2009). Grief and bereavement: what psychiatrists need to know. *World psychiatry*, 8(2), 67–74. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2009.tb00217.x>

## **Опыт Белорусской Православной Церкви в пастырском сопровождении семьи, где ребенок совершил самоубийство. Причины суицидального поведения**

**Аннотация:** Суицидальное поведение у несовершеннолетних представляет собой одну из наиболее острых проблем современного общества. В статье рассматриваются ключевые причины возникновения суицидального поведения, среди которых особое место занимает семейная дезорганизация. Анализируются данные отечественных и зарубежных исследований, подтверждающие значимость междисциплинарного подхода к профилактике и коррекции суицидальных проявлений. Особое внимание уделено роли семьи, Церкви и государственных институтов в оказании комплексной помощи в кризисных ситуациях, включая первые сутки после трагедии, сопровождение семьи при подготовке к похоронам и профилактику посттравматического стрессового расстройства. Рассматривается значимость и особенности совершения чина погребения и пастырского сопровождения семей в Белорусской Православной Церкви в случаях самоубийства несовершеннолетнего. Акцент делается на системе экстренной психологической помощи, включая номер 133 – республиканскую круглосуточную бесплатную службу для оказания кризисной поддержки в Республике Беларусь.

**Ключевые слова:** суицидальное поведение, подростки, семья, профилактика, психологическая помощь, номер экстренной психологической помощи 133, междисциплинарный подход, посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), духовная поддержка.

Суицидальное поведение (СП) охватывает широкий спектр проявлений, начиная от мыслей о самоубийстве и заканчивая суицидальными попытками и завершенными суицидами. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), суицид является третьей по распространенности причиной смерти среди подростков в возрасте 15-19 лет [1].

В Республике Беларусь, как и в других странах постсоветского пространства, ежегодно регистрируются сотни случаев суицидального поведения в детско-подростковой среде [2].

Особую тревогу вызывает тот факт, что СП у подростков нередко является реакцией на семейные конфликты, отсутствие эмоциональной поддержки, травлю в школе или ощущение собственной «обременительности» для близких [3]. В то же время семья и Церковь, как институты, несущие традиционные ценности, способны стать эффективными барьерами на пути к трагедии – при условии их вовлеченности в систему профилактики и посткризисного сопровождения.

В данной статье рассматриваются не только причины и профилактика СП, но и кризисная помощь семье, включая психологическую, медицинскую и духовную поддержку в первые сутки после трагедии, а также церковный чин отпевания как средство милосердия и утешения близких.

### **Причины суицидального поведения: биопсихосоциальный взгляд**

Современные исследования подтверждают, что суицидальное поведение лучше всего объясняется с позиций биопсихосоциального подхода [4]. Согласно гипотезе «диатез – стресс» [J.C. Coyne, G. Downey, 1991], суицид является результатом взаимодействия биологической предрасположенности и психосоциальных стрессоров [5].

Биологические факторы включают:

- генетическую отягощенность (16% случаев – наследственность по психическим заболеваниям);
- органические поражения головного мозга (выявлены у 30% подростков с СП) [2].

Психологические предикторы:

- депрессивные состояния (невротическая депрессия – у 7%);
- патологическое формирование характера (у 52% случаев – демонстративные, возбудимые или неустойчивые черты);
- переживание безнадежности, отчаяния, «психической боли» [5].

Социальные детерминанты в 80% случаев связаны с семейной дезорганизацией. К ней относятся:

- развод родителей;
- конфликты в семье;
- смерть одного из родителей (наблюдается у 8%);
- алкоголизм одного или обоих родителей (44% случаев) [2].

Особенно тревожным сигналом являются демонстративно-шантажные формы СП (41% случаев), направленные, как правило, на родителей. Такие действия часто интерпретируются взрослыми как «игры» или «манипуляции», тогда как для ребенка это крик души, последняя попытка быть услышанным [2].

### **Профилактика СП: роль семьи, школы и государства**

Профилактика СП требует системного подхода. В Республике Беларусь реализуется комплексная программа «Наследие: духовность, семья, культура, история», в которой ключевую роль играют:

- Министерство здравоохранения – через психологические службы и программы для родителей;
- Министерство образования – через школьные кабинеты доверия и уроки эмоционального интеллекта;
- Белорусская Православная Церковь – через воскресные школы, духовно-просветительскую работу с родителями несовершеннолетних и семьями в целом на приходах, встречи с духовенством, разъяснение значения таинства Венчания как духовного основания семьи лицам, вступающим в брак.

Особое значение имеет семейное консультирование и восстановление диалога в семье. Исследование выявило, что в 49% случаев СП предшествовали уходы из дома. Эти уходы, будучи символическим "посланием", могли перерасти в более серьезные формы, если оставались незамеченными.

### **Экстренная психологическая помощь: первые сутки после трагедии**

Когда несовершеннолетний совершает самоубийство, семья оказывается в состоянии острого психологического шока. Первые 24-72 часа – критический период, требующий немедленного вмешательства.

Цели экстренной помощи:

- снижение риска ПТСР у родителей, братьев и сестер;
- эмоциональная стабилизация – осознание чувства вины, гнева, отчаяния;
- психологическая подготовка к похоронам – принятие реальности, организация ритуала;
- семейное сопровождение – восстановление функций семьи, предотвращение разрушения семейной системы.

Согласно рекомендациям ВОЗ, данным российских исследований [К.В. Сыровквашина и др., 2017], в первые сутки необходимо:

- провести индивидуальные и семейные сессии с психологом или психотерапевтом;
- объяснить нормальность реакций горя: онемение, гнев, отрицание, вина;

- дать четкие инструкции по организации похорон, контакту с правоохранительными органами;

- включить поддержку со стороны сообщества: школы, церковного прихода.

В Республике Беларусь экстренная психологическая помощь доступна по телефону 133 – республиканская круглосуточная служба для оказания кризисной поддержки. Операторы обучены работе с кризисными ситуациями, включая суицид близкого. Звонок бесплатный и анонимный, что особенно важно для семей, испытывающих стыд или страх осуждения.

### **Роль Белорусской Православной Церкви: духовное сопровождение и чин отпевания**

20 февраля 2025 года на базе Культурного духовно-просветительского центра «Ковчег» Свято-Елисаветинского монастыря города Минска состоялся научно-практический семинар для священнослужителей Белорусской Православной Церкви на тему «Путь к жизни. Потенциал сотрудничества врачей и священнослужителей».

Организаторами форума выступили Синодальный отдел Белорусской Православной Церкви по вопросам семьи, защиты материнства и детства, государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр психического здоровья», Комитет по здравоохранению Минского городского исполнительного комитета.

Основной целью проведения семинара было повышение компетентности духовенства Белорусской Православной Церкви по актуальным вопросам и исследованиям в области психического здоровья граждан в связи с проблемой суицидов.

В работе семинара приняли участие более 100 человек, в том числе 38 священнослужителей, представляющих все епархии Белорусской Православной Церкви, врачи и медицинский персонал детских поликлиник города Минска, психологи Центров дружественного отношения к подросткам, представители Генеральной прокуратуры, Министерства труда и социальной защиты, Министерства образования, Министерства внутренних дел Республики Беларусь, Республиканского научно-практического центра «Мать и дитя», благотворительного фонда поддержки семьи, материнства и детства «Покров».

В состав президиума мероприятия вошли Митрополит Минский и Заславский Вениамин, Патриарший Экзарх всея Беларуси; епископ Несвижский Авксентий, викарий Патриаршего Экзарха всея Беларуси; директор РНПЦ психического здоровья, кандидат медицинских наук, доцент, главный внештатный психиатр-нарколог Министерства здравоохранения Республики Беларусь Юлия Каминская; заместитель директора и руководитель отдела юношеской психиатрии ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», доктор медицинских наук, профессор Православного Свято-Тихоновского гуманитарного университета Василий Каледа. Модератором выступил председатель Синодального отдела по вопросам семьи, защиты материнства и детства протоиерей Павел Сердюк.

По итогам заседания Синода Белорусского Экзархата, состоявшегося 13 марта 2025 года (Журнал № 14), было принято следующее решение:

*«2. Признать необходимым создание в Белорусской Православной Церкви совместных со специалистами медицинского профиля и педагогами проектов по комплексной всесторонней поддержке семей, потерявших своих несовершеннолетних детей.*

*3. Учредить в епархиях Белорусского Экзархата при епархиальных отделах по вопросам семьи должность священнослужителя, ответственного за*

*пастырское сопровождение семей, в которых несовершеннолетние дети совершали попытки самоубийства или окончили жизнь самоубийством.*

*4. Рекомендовать ввести в учебные программы высших духовных учебных заведений Белорусской Православной Церкви (Минской духовной академии, Минской духовной семинарии, Витебской духовной семинарии) предмет «Основы пастырской психиатрии» для студентов дневной и заочной форм обучения и спецкурс «Симптомы психических и поведенческих расстройств» для слушателей курсов повышения квалификации духовенства.*

*5. Ходатайствовать перед Министерством здравоохранения Республики Беларусь о проведении работниками организаций здравоохранения на регулярной основе обучающих семинаров для священнослужителей Белорусской Православной Церкви по теме психологической помощи лицам, чьи дети или родственники предпринимали попытки суицида или окончили жизнь самоубийством.*

*6. Синодальному информационному отделу Белорусской Православной Церкви и епархиальным информационным отделам во взаимодействии с Синодальным отделом Белорусской Православной Церкви по вопросам семьи, защиты материнства и детства озаботиться размещением в электронных и печатных церковных СМИ информационных материалов, направленных на формирование в молодежной среде благодарного отношения к жизни как драгоценному дару Божию.*

*7. Общее руководство церковной работой, направленной на пастырское сопровождение семей, в которых несовершеннолетние дети совершали попытки суицида или окончили жизнь самоубийством, подготовку соответствующих методических материалов и рекомендаций для епархий Белорусской Православной Церкви поручить Синодальному отделу Белорусской Православной Церкви по вопросам семьи, защиты материнства и детства».<sup>1</sup>*

В традиционном православном сознании самоубийство является тяжким смертным грехом, посягающим на дар жизни, и отпевание самоубийц по общему правилу не совершается. Однако церковные каноны и документы, применяемые на канонической территории Русской Православной Церкви, а также пастырская практика Белорусской Православной Церкви говорят об исключениях, которые могут быть приняты во внимание при принятии епархиальной властью решения о благословении отпевания несовершеннолетнего, учитывая его психическое и эмоциональное состояние, а также контекст самой трагедии.

Так, учитывая возрастную незрелость (неустойчивость подростковой и детской психики и ее подверженность манипуляциям извне), тяжелые психологические состояния и пережитые семейные травмы, епархиальный архиерей вправе благословить совершение чина отпевания над телами погибших несовершеннолетних. Аргументация таких решений восходит к 14-му правилу патриарха Тимофея Александрийского и основанному на этом правиле определении Священного Синода РПЦ от 27 июля 2011 года (журнал № 87) относительно возможности отпевания лиц, окончивших жизнь самоубийством в состоянии психического расстройства.

Вся наша дискуссия, вся наша религиозная жизнь, наша рефлексия возможны благодаря факту нашего существования. Господь вводит нас в жизнь этого мира. И этот факт является основанием для Церкви хранить жизнь здесь и сейчас и хранить ее после, свидетельствуя о «жизни будущего века».

---

<sup>1</sup> URL: <http://church.by/docs/zhurnaly-zasedanija-sinoda-belorusskogo-ekzarhata-ot-13-marta-2025-goda>

В связи с этим, ввиду значимости жизни, отказ от нее является самым тяжким преступлением, на которое может пойти человек. Поэтому многие экстремистские культы ставят своей целью разрушение внутренней связи между Творцом и творением и, соответственно, нивелируют ценность жизни.

Искажение восприятия ценности жизни происходит в сознании человека. При этом ценность самой жизни не перестает существовать. Возникает вопрос: если восприятие изменилось, то ЧТО ЭТО? Это нормальная реакция здорового человеческого естества? Возможный вариант его существования? Или это уже следствие искажения, повреждения, болезни и катастрофы?

Сама мысль о самоубийстве – это следствие повреждения. Оценить происходящее как повреждение (помысел «можно и не жить») может человек зрелый, состоявшийся. Развитие такого разрушающего помысла в неокрепшем сознании юного человека, которое завершается уходом из жизни, не может оцениваться столь строго. В данном случае мы говорим об абсолютности канонических суждений и прещений. Всегда ли самоубийцы одинаковы? Нет, не всегда.

В учебной дисциплине духовных школ «Практическое руководство для пастырей» четко определяется возраст ребенка, когда он приступает к таинству Исповеди. К 7 годам уже формируется навык саморефлексии, оценки своих поступков, сформированы идеалы.

Важно отметить, что осознание ценности жизни человеком формируется, к сожалению, от противного – от опыта утраты. А в юном возрасте, за редким исключением, такого опыта нет. Юные ничего не утрачивают, они только приобретают новое. У них нет высокого критерия ценности жизни. И это тоже дает нам возможность несколько по-иному оценить с канонической и пастырской точки зрения решение расстаться с жизнью у юных. Незрелое желание по своей сути является нездоровым.

На основании этого в Белорусском Экзархате по благословению Патриаршего Экзарха сложилась практика оперативного участия священнослужителей совместно с главным внештатным специалистом по медицинской психологии Министерства здравоохранения Беларуси Наталией Громовой в оказании пастырского сопровождения семей, потерявших своих детей. Священнику, совершающему свое служение по образу Пастыреначальника Христа, «сошедшего даже до ада», важно, чтобы в этот критический момент, когда человек самовольно прервал свою жизнь, и с этим уже ничего нельзя сделать, он смог оказать всестороннюю духовную и молитвенную поддержку семье, столкнувшейся с ужасной трагедией. И чтобы все силы пастырской любви, заботы и снисхождения были направлены на родных и близких погибшего: проявить сострадание родственникам скончавшегося, обратив к ним слова поддержки и молитвенного утешения; разъяснить им, что их отношения с ребенком, наложившим на себя руки, не закончились, и он нуждается в их вере и молитве; призвать их к молитве об усопшем, к деятельной христианской жизни, к посещению храма и участию в таинствах Церкви, и, при наличии благословения епархиальной власти (в чем священнику стоит оказать всяческое содействие семье умершего), совершить и само отпевание.

Ведь в сердцах всех близких эхом отдается один мучительный вопрос: «ПОЧЕМУ?» И, к сожалению, какие бы предсмертные записки ни оставлял покойный, какие бы медицинские документы, подтверждающие поведенческие или психические расстройства, ни предоставлялись, никто и никогда не сможет дать ответ на вопрос: «ПОЧЕМУ ЭТО ПРОИСХОДИТ?». То есть, близким самоубийцы приходится жить с неразрешимым вопросом. Из этого мучительного и неразрешимого вопроса проистекает чувство вины: «Мы виноваты?» или «Кто-то другой виноват?». Очень важно в острой фазе горевания прибегнуть к опыту

молитвы. Она может помочь справиться с чувством вины – этой яркой эмоцией, и с его последующей рационализацией: «Что я сделал не так?», «Что-то другой что-то сделал не так?». Важно помочь горюющему человеку понять, что человек выпал из жизни, но для Церкви его жизнь не прекратилась. Церковь помнит, сожалеет и скорбит.

Церковь не оправдывает поступок! Но не оставляет свое попечение о посмертной участи человека и о живых родителях. Изучение этой проблемы требует деликатности, потому что существует инерция церковного сознания о строгом применении канонов в отношении таких трагических деяний. И это не всегда плохо. Это и есть критерий нашей укоренённости в традиционных ценностях. Любое общественное сознание постоянно находится в процессе развития и неизбежно сталкивается с необходимостью нравственной оценки тех или иных явлений. Церковь же, живя в социуме, вынуждена учитывать общественное сознание и давать пастырский ответ на происходящее.

Случаи самоубийств несовершеннолетних требуют дополнительной рефлексии и развития официальной позиции, принятой в церковном сознании.

При этом, по нашему мнению, категория детей и подростков должна быть особым образом учтена в части дачи оценки о допустимости отпевания лиц, совершивших суицид, по ряду причин:

- несформированность психики несовершеннолетнего обуславливает ее неустойчивость и нестабильность эмоциональных реакций. Вследствие этого действия, которые ребенок или подросток не совершил бы в состоянии рационального мышления, часто предпринимаются неосознанно, под влиянием внезапного аффекта. Этот феномен объясняется продолжающимся процессом формирования психики, что делает поведение, особенно подростковое, непредсказуемым и нередко неадекватным.

- часто дети и подростки, совершившие суицид, действительно становятся жертвами манипуляций (например, движение «Синий кит», различные социальные сети, героизирующие самоубийство, романтизирующие смерть). Ребенок с несформировавшейся психикой становится инструментом в чужих руках.

Исходя из данных обстоятельств, полагаем оправданными предложения о разрешении отпевания несовершеннолетних лиц в обычном, общем порядке, как это принято в традиции нашей Церкви. И не только для того, чтобы утешить родственников, находящихся на пороге отчаяния от постигшего их горя, но исходя из здравого смысла и вышеперечисленных обстоятельств, обуславливающих тот факт, что данная категория лиц (дети и подростки) не может совершить суицид, давая адекватный, осознанный отчет в своих действиях. В случае с ребенком и подростком это скорее подлинный пример поступка неосознанного, неразумного, без понимания того, что он делает. Часто это действительно «крик о помощи» либо демонстративно-шантажирующий аутоагрессивный поступок.

Чин отпевания следует рассматривать не как формальную процедуру, а как акт милосердия Божия к страдающей душе; духовное утешение для семьи, помогающее справиться с чувством вины и покинутости; символ поддержки со стороны общины, позволяющий принять трагедию и оказать семье помощь в исцелении. Церковь не судит, а исцеляет. Погибший подросток – не грешник, а жертва боли, которую он не смог вынести. Наш долг – молиться за него и поддержать тех, кто остается.

Приходы Белорусской Православной Церкви участвуют в создании «групп поддержки в горе», где семьи могут делиться переживаниями, получать советы от священнослужителей и психологов, участвовать в молитвенных собраниях.

### **Предотвращение ПТСР у членов семьи: долгосрочная работа**

Без своевременной помощи переживание суицида ребенка может привести к ПТСР, депрессии, разводу родителей, суицидальным мыслям у братьев и сестер [4].

Комплексная кризисная помощь включает:

- краткосрочную терапию (3-6 недель): работа с шоком, виной, амбивалентностью;
- среднесрочную поддержку (3-12 месяцев): реконструкция семейных ролей, восстановление уклада жизни;
- долгосрочное сопровождение (более года): работа с травмой.

### **Заключение**

Суицидальное поведение у подростков – не индивидуальная трагедия, а свидетельство кризиса общества, отражающего утрату духовных ориентиров, разрушение семейных устоев и недостаток эмоциональной поддержки. Однако даже в случае самоубийства никто не должен оставаться один.

Органы государственного управления, общественные организации, школа и, особенно, Белорусская Православная Церковь призваны образовать сеть милосердия, способную:

- предотвращать трагедии через просвещение и укрепление семьи;
- оказывать экстренную помощь в первые часы после потери близкого;
- сопровождать скорбящих на пути исцеления;
- возвращать смысл и надежду через молитву, память и общность.

Одной из самых ясных и трогательных цитат из Священного Писания, подчеркивающих важность каждого человека в глазах Бога, является следующая: «Не бойся, малое стадо! ибо Отец ваш благоволил дать вам Царствие» (Лк. 12:32). Этот стих обращен к ученикам Христа, но в более широком смысле – ко всем людям. Он утверждает: даже если ты чувствуешь себя маленьким, незначительным, забытым, – ты не один, Бог тебя видит, и благоугодно Ему дать тебе Царствие Небесное.

Еще одна глубокая цитата, подчеркивающая ценность каждой человеческой жизни: «Не две ли малые птицы продаются за ассарий? И ни одна из них не упадет на землю без воли Отца вашего; у вас же и волосы на голове все сочтены; не бойтесь же: вы лучше многих малых птиц» (Мт. 10:29-31).

Этот отрывок особенно важен в контексте СП и чувства «обременительности», которое гложет слабых и уязвимых членов общества: он напоминает, что никто не лишний, даже самая малая птица – под промыслом Божиим. А человек – дороже всего творения. Бог знает даже количество волос на голове каждого – настолько Он внимателен к каждому. Эти слова несут утешение, надежду и утверждают: каждая жизнь драгоценна, необходима, любима.

### **Использованная литература:**

1. Preventing suicide: a global imperative / World Health Organization. - Luxembourg, 2014. – 89 p. – URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564779> (дата обращения: 01.11.2025).
2. Бебчук М.А., Салихова А.Р. Влияние семьи на суицидальное поведение у детей и подростков // Педиатрия. – 2009. – Т. 87, № 2. – С. 142-143.
3. Шергенг Н.А., Львова И.Н., Нафикова А.И. Сущность суицида и его социальные детерминанты // Здравоохранение и образование в XXI веке. – 2016. – Т. 18, № 2. – С. 761–764.

4. Сыроквашина К.В., Дозорцева Е.Г., Бадмаева В.Д. и др. Клинические и психологические подходы к исследованию проблемы суицидов у подростков // Российский психиатрический журнал. – 2017. – № 6. – С. 24-31.
5. Положий Б.С. Концептуальная модель суицидального поведения // Суицидология. – 2015. – № 1 (18). – С. 3-7.

## Особенности религиозности пациентов с психическими расстройствами – участников специальной военной операции

**Аннотация:** Целью нашего исследования стал анализ особенностей религиозности пациентов клиники психиатрии ВМедА, которые принимали участие в специальной военной операции (СВО). Среди пациентов с психическими расстройствами – участников СВО, которые активно посещали храм при клинике психиатрии Военно-медицинской академии, отмечалось преобладание невротических и связанных со стрессом расстройств. Также довольно часто у данного контингента больных отмечались расстройства шизофренического спектра и расстройства, связанные с употреблением алкоголя и психоактивных веществ, при которых выявлялись своеобразные особенности религиозности. Большинство православных пациентов можно было отнести к людям малоцерковленным и имеющим крайне ограниченные познания о своей религии.

**Ключевые слова:** Религиозность военнослужащих, специальная военная операция, психические расстройства у комбатантов, духовно-ориентированная психотерапия.

Нами было проведено изучение структуры психических расстройств и особенностей религиозности у 55 пациентов, которые принимали участие в специальной военной операции на территории Украины (СВО) в 2022-2025 гг., после чего проходили обследование и лечение в клинике психиатрии ВМедА и активно посещали храм при клинике. Структура психических расстройств у данной категории пациентов представлена в таблице 1.

Таблица 1. Структура психических расстройств у пациентов – участников СВО, посещавших храм.

Рубрики МКБ-10	Количество пациентов (%)
F01-F09	3 (5,5 %)
F10- F19	8 (14,5 %)
F20-F29	17 (30,9 %)
F30-F39	1 (1,8 %)
F40-F49	27 (49,1 %)

Почти у половины данной категории пациентов (49,1 %) в клинической картине отмечалась преимущественно тревожно-депрессивная и (или) конверсионная (диссоциативная) симптоматика в рамках невротических и связанных со стрессом расстройств (F40-49 по МКБ-10). Многие пациенты данной подгруппы говорили о том, что на войне их вера в Бога усилилась, рассказывали о различных чудесах, о том, что они были свидетелями мироточения икон, чудесного сохранения икон в том случае, если часть здания была разрушена, о спасении их жизни в безвыходных, казалось бы, ситуациях. Среди этого контингента больных посещение храма и обстановка спокойствия и молитвы вызывали, как правило, снижение уровня тревоги и способствовали постепенному регрессу депрессивной симптоматики невротического уровня. К сожалению, ближе к выписке у части пациентов отмечалось ухудшение психического состояния с возвратом невротических симптомов, так как многие из них негативно воспринимали необходимость продолжения военной службы,

боялись возвращения в зону боевых действий. Некоторые из них воспринимали посещение храма как некую гарантию, что «Бог поможет не возвращаться к военной службе», а если их признавали годными к продолжению службы, говорили о чувстве обиды: «Я молился, но не помогло». На такую позицию пациентов, неглубоко вошедших в православную традицию и магически воспринимающих церковные молитвы, обряды и таинства, по нашим наблюдениям повлияли мифологемы, транслируемые в СМИ и соцсетях. В беседе или исповеди священник сразу обозначает пределы своей компетенции: духовенство и врачи стремятся помочь пациенту, каждый в меру своих сил, и священнику невозможно повлиять на итоги лечения или выводы ВВК.

Некоторые пациенты, страдающие невротическими расстройствами, посещали храм только для того, чтобы «поставить свечку и помолиться о погибших друзьях», но при этом отказывались, например, исповедоваться, говоря: «Зачем, я все равно вернусь туда...», «Какая исповедь, о чем Вы говорите, я людей убивал». Несмотря на то, что больные посещали церковные службы, а многие также участвовали в таинствах церкви, у части пациентов в период госпитализации имели место суицидальные мысли и намерения. Как правило, наличие таких мыслей являлось следствием тревожно-депрессивной симптоматики и выраженного чувства вины. Некоторые из них говорили о том, что наряду с верой у них существует и обида на Бога, «почему не помог» в той или иной сложной ситуации, «почему не спас ребят, которые погибли». У ряда пациентов вера была недостаточно глубокой, скорее отмечалось желание заполучить те или иные «религиозные обереги», особенной популярностью у них пользовались различные кольца с надписями «Спаси и сохрани». Один из больных сообщил, что в Бога он, в общем-то, и не верит, но носит крест «как оберег». Но большинство пациентов, посещавших храм, считали себя православными и стремились молиться и участвовать в таинствах. Правда, подготовка к таинствам у большинства из них вызывала определенные затруднения. Особенно сложно им было отказаться от курения перед службой. Для малоцерковных пациентов, да и для более ясного понимания богослужений всеми прихожанами, общиной и духовенством храма было принято решение о совершении всех служб на церковнорусском языке<sup>1</sup>. Такие богослужения проводятся в храме уже более пяти лет, и для многих пациентов они отчасти восполняют отсутствие начальной катехизации.

Вторая по численности подгруппа – это пациенты с расстройствами шизофренического спектра и бредовыми расстройствами (F20-29 по МКБ-10). Таких больных было 30,9 %. Столь высокий процент больных с психозами среди данной категории военнослужащих может, предположительно, объясняться несколькими причинами. В первую очередь — отсутствием профессионального отбора для большинства участников СВО, среди которых преобладают не кадровые военнослужащие, а лица, заключившие контракт с Минобороны России уже после начала спецоперации. К сожалению, нередко при подписании контракта у данной категории лиц медицинский осмотр проводился формально. Некоторым больным удавалось скрыть факт наблюдения у психиатра, приема нейрорепитивной терапии. Решение об участии в СВО нередко принималось такими пациентами спонтанно, необдуманно, без учета возможных последствий: «Я увидел по телевизору беспилотник, летящий над Кремлем, и понял, что

---

<sup>1</sup> Церковнорусский язык – это перевод на литературный русский язык традиционных богослужебных текстов с полным сохранением их смыслового, догматического и вероучительного содержания и адаптированных для понимания нашими современниками.

должен подписать контракт». В частности, они не думали о том, что во время боевых действий у них не будет возможности принимать поддерживающее лечение. У них заканчивались нейролептики, и через непродолжительное время возникало обострение психоза. Некоторые больные подписывали контракт по бредовым мотивам. Они считали, что могут одним взглядом сбивать самолеты и дроны и поэтому «просто обязаны идти туда, чтобы помочь ребятам». У некоторых больных имели место идеи «религиозного всемогущества», когда пациент, например, считал себя Богом или Архангелом Михаилом. Но у большинства пациентов данной группы преобладали бредовые идеи персекуторного характера. Напряженная атмосфера, необходимость постоянно быть начеку, страх, наличие витальной угрозы, нередко сложные отношения с сослуживцами (в том числе ввиду особенностей характера и поведения больных) постепенно вели к нарастанию тревоги и появлению бредовых идей отношения и преследования.

Такие пациенты, поступив в клинику психиатрии, нередко стремились пойти в храм в остром психотическом состоянии. Временное отстранение их лечащим врачом от посещения церковных служб вызывало у них негативную реакцию и воспринималось как нарушение их религиозных прав и свобод. В ряде случаев приходилось идти навстречу желанию больных и приглашать священника к ним на отделение или, если позволяло состояние, приводить их в храм еще до полного купирования психотической симптоматики. Результаты при этом отмечались неоднозначные. Некоторые больные довольно спокойно присутствовали на службе, ничем не выделяясь в своем поведении. У других, особенно при наличии религиозно-бредовой симптоматики, усиливались ощущения преследования со стороны «злых сил», идеи одержимости. Исповеди и беседы со священником таких пациентов в психотическом состоянии, как правило, были малопродуктивными. В то же время, некоторые пациенты постепенно на фоне лечения выходили из психотического состояния и охотно продолжали посещать храм. Другие же после купирования бредовой симптоматики быстро теряли интерес к религии.

В качестве клинического примера приводим случай пациентки-военнослужащей, страдающей параноидной шизофренией.

*Больная К., 42 года. Наследственность психопатологически неотягощена. В детстве развивалась без особенностей. В школе училась отлично, в дальнейшем окончила медицинский колледж. В возрасте 24 лет впервые развилось психотическое состояние с преобладанием аффективно-бредовой симптоматики. Лечилась в психиатрическом стационаре по месту жительства, получала нейролептическую терапию. После выписки поддерживающее лечение принимать быстро прекратила. Работала по специальности медсестрой. За специализированной помощью не обращалась. Осенью 2022 года добровольно поступила на военную службу по контракту. При подписании контракта скрыла факт госпитализации в психиатрический стационар. Принимала участие в СВО, была медсестрой, неоднократно подвергалась витальной угрозе, видела гибель сослуживцев. Через полгода появилось ощущение, что окружающие настроены против нее и считают ее «украинским агентом». Стала подозрительной, тревожной, нарушился сон. Доставлена в военный госпиталь с предварительным диагнозом шизофрения. Лечилась в клинике психиатрии ВМедА и ГПБ № 3, в клинической картине выявлялись бредовые идеи преследования. Считала, что за ней «следит ФСБ, чтобы посадить в тюрьму и убить», поэтому ей «лучше выброситься из окна». Сообщала об обманах восприятия, видела «солдат без головы и рук». Говорила, что от нее «хотят избавиться в батальоне, чтобы занять ее место». Выявлялись структурные нарушения мышления в виде соскальзываний, паралогичности. Жаловалась на тревогу, неустойчивое*

*настроение, путаницу мыслей. Состояние постепенно улучшилось на фоне нейролептической и нормотимической терапии. После улучшения психического состояния неоднократно посещала богослужения в храме. Прошла ВВК, была признана негодной к военной службе.*

Третья по численности подгруппа пациентов (14,5 %) – это больные с алкогольной и наркотической зависимостями и с психическими расстройствами (в том числе психотического уровня) в результате употребления психоактивных веществ (рубрики F10-F19 по МКБ-10). Среди этих больных чаще, чем в других подгруппах, встречались лица, заключившие контракт в местах лишения свободы. При этом такие пациенты могли отличаться большим интересом к религии, который проявлялся своеобразно, в частности, они наносили на тело многочисленные татуировки с религиозной тематикой. Критическое отношение к злоупотреблению алкоголем и психоактивными веществами у них, как правило, было снижено. Нужно отметить, что многие пациенты воздерживались от употребления алкоголя и наркотиков непосредственно во время боевых действий, понимая, что это может привести к быстрой гибели. Однако после попадания в госпиталь или получения отпуска они практически сразу начинали употреблять алкоголь или наркотические вещества. В то же время среди данной категории пациентов встречались люди глубокой веры, воцерковленные и искренно сожалеющие о том, что не могут справиться самостоятельно с тягой к психоактивным веществам. Такие пациенты регулярно ходили на службы, исповедовались и причащались, читали религиозную литературу. Со стороны духовенства таким пациентам всегда предлагается после выписки из клиники сопровождение в терапевтических группах или специализированных центрах. Однако лишь немногие из них обращаются за дальнейшей помощью в преодолении зависимостей.

Обращает на себя внимание факт, что среди пациентов, посещавших храм, было совсем немного больных с органическими расстройствами (5,5 %). Объяснить это можно, в первую очередь, тем, что такие пациенты проходят лечение после ранений и травм головы преимущественно в клиниках неврологии и нейрохирургии, там же им проводится ВВК, а психиатр их консультирует и, если есть необходимость, назначает лечение. Наш храм находится территориально в клинике психиатрии. Иногда на богослужение приходят больные из других клиник академии, но это скорее исключение, чем правило. В дальнейшем мы планируем активнее сотрудничать с ближайшими клиниками для того, чтобы пациенты, которые проходят там лечение и имеют возможность свободного выхода на территорию академии, чаще посещали храм. Вероятно, большинство из них также нуждается в духовно-ориентированной психотерапии и пастырском консультировании.

Мы также провели анкетирование 30 пациентов, на момент анкетирования не посещавших храм, которые находились на лечении в клинике психиатрии после участия в СВО. По результатам анкетирования 24 человека (80 %) считали себя православными, 4 (13,3 %) атеистами, 2 (6,7 %) исповедовали ислам. Таким образом, православных было большинство. При этом значительную часть православных пациентов нельзя было отнести к воцерковленным людям. Когда-либо читали Ветхий или Новый Завет только 54,2 % православных. Практически ежедневно молились 41,7 % православных, 29,2 % молились редко и в основном своими словами (не знали даже «Отче наш»). Вообще не молились 29,2 % православных пациентов. Из всех православных 37,9 % никогда не исповедовались и не причащались (и большинство из них даже не знали, что такое исповедь и причастие), изредка причащались 25 % больных, регулярно (раз в год и чаще) 37,5 % православных. Большинство православных пациентов были

крещены в детском возрасте, и лишь 1 пациент крещен взрослым, соответственно большинство не проходили какую-либо катехизацию.

**Заключение:** Таким образом, среди пациентов с психическими расстройствами – участников СВО, которые активно посещали храм при клинике психиатрии Военно-медицинской академии, отмечалось преобладание невротических и связанных со стрессом расстройств. Также довольно часто у данного контингента больных отмечались расстройства шизофренического спектра и расстройства, связанные с употреблением алкоголя и психоактивных веществ, при которых выявлялись своеобразные особенности религиозности. Большинство православных пациентов можно было отнести к людям малоцерковленным и имеющим крайне ограниченные познания о своей религии. Можно предположить, что оба этих фактора влияют на саморефлексию и мотивацию при возникновении возможности выбора собственной позиции по религиозным вопросам вне экстремальных боевых условий.

#### **Использованная литература:**

1. Белова, Е.В. Особенности религиозности представителей профессий экстремального профиля (на примере пожарных) / Е.В. Белова, И.В. Афанасенко, Е.В. Зинченко, А.В. Броварь, Л.И. Кобылянская, И.Г. Самойлова // Российский психологический журнал. – 2016. – Т. 13. – № 4. – С. 16–35.
2. Веремчук, В.И. Религиозная ситуация в вооруженных силах / В.И. Веремчук, Д.С. Крутилин // Социс (Социологические исследования) – 2016. – № 4(384). – С.79 – 88.
3. Данильченко, С.А. Отношение к смерти и бессмертию на войне: монография / С.А. Данильченко, Р.В. Кадыров, В.Е. Кулешов. – Владивосток: ТОМВИ им. С.О. Макарова, 2007. – 113 с.
4. Дубоград, Е.В. О некоторых аспектах взаимосвязи религиозности и здоровья военнослужащих вооруженных сил России / Е.В. Дубоград – Социология медицины, № 1(22), 2013.
5. Крюков, Е.В. Военная психиатрия. Учебник / Е.В. Крюков, В.К. Шамрей, Е.С. Курасов. – ГЭОТАР-Медиа, 2025. – 584 с.
6. Образцов, И.В. Религиозная ситуация в Вооруженных Силах РФ: состояние и прогноз. / И.В. Образцов, С.С. Соловьев // Российская армия: от Афганистана до Чечни.– М., 1997. – С. 295.
7. Синелина, Ю.Ю. О динамике религиозности россиян и некоторых методологических проблемах его изучения (религиозное сознание и поведение православных и мусульман) / Ю.Ю. Синелина // Социологические исследования – 2013. – № 10. – С. 104.

## **Влияние мошеннических действий и периодов общей социальной напряженности на психическое здоровье (введение в проблему)**

**Аннотация:** Настоящее сообщение посвящено актуальной проблеме возникновения психических расстройств в ситуации мошеннических действий. Показано многофакторное влияние на духовное и психическое состояние, социальную стабильность. Выявлены особенности психических расстройств, как общие для всех возрастных групп, так и отличия. Установлено усложнение клинической картины психических расстройств, развившихся в актуальной ситуации, по мере увеличения возраста. Отмечена повышенная виктимность пострадавших старших возрастных групп, а также склонность к отрицательной динамике психического состояния, несмотря на разрешение ситуации. Обозначены риски стабильности духовного состояния в связи с прекращением полноценной евхаристической жизни. Определена роль специалистов психиатров и психологов, а также священнослужителей и духовных наставников. На представленном материале в очередной раз подтверждена необходимость совместных действий врача-психиатра, психолога и священника для решения актуальных проблем психического здоровья, особенно в условиях сложной общественной ситуации.

**Ключевые слова:** мошеннические действия, виктимность, психические расстройства, возрастные периоды, психофармакотерапия.

В последние годы, особенно с началом СВО, резко увеличилось количество правонарушений, связанных с мошенническими действиями, прежде всего, с телефонным мошенничеством. Поскольку проблема затрагивает все слои населения, научное сообщество, в первую очередь юристы, психологи и психиатры, не могло остаться в стороне. Они начали исследовать причины и модели поведения пострадавших. С 2020 г. по настоящее время, по данным РИНЦ, опубликовано более 200 работ по данной актуальной проблеме. Вместе с тем, исследования изменений психического состояния и личностных особенностей жертв дистанционного мошенничества пока немногочисленны и, в основном, касаются психологической составляющей [1,4,5,7,8]. В частности, исследование Н.В. Мешковой, В.Т. Кудрявцева и С.Н. Ениколопова выявило, что феномен виктимности охватывает спектр от «страха потерять» до «стремления обогатиться». При этом именно страх потери становится ключевым инструментом манипуляции, ставя жертву в фактически безальтернативное положение [3]. По мнению Ф.С. Сафуанова, О.Ф. Савиной, М.В. Морозовой, Ю.О. Переправиной, «на фоне значительного расшатывания личных границ и сужения личного пространства из-за внедрения в частную жизнь цифровых технологий лицам с развитым чувством долга, ответственности и чертами высокой тревожности свойственно неосторожное поведение». Авторы делают принципиально важный вывод о том, что основной характеристикой психологического состояния пострадавших является состояние заблуждения, в основе которого лежит ошибочное смысловое восприятие и оценка ситуации под влиянием психологического воздействия со стороны мошенников [6]. Наряду с этим, в условиях психотравмирующей ситуации материальных потерь (несоразмерные реальным платежным возможностям кредиты, утрата жилья и пр.) и правовых последствий (совершение уголовно наказуемых действий) у пострадавших, как правило, отмечается изменение психического состояния вплоть до клинически очерченных проявлений различных психических расстройств. В связи с

вышеуказанным **цель** настоящего сообщения – предварительное обобщение имеющихся данных о психических расстройствах у пострадавших от мошеннических действий и их последствий.

С начала 2025 г. в амбулаторных условиях обследовано 65 человек – 15 мужчин и 50 женщин, – не страдавших ранее какими-либо психическими расстройствами, которые были направлены к психиатрам в рамках правовых процедур; единичные изначально диагностически ясные случаи с тяжелыми хроническими психическими расстройствами, подразумевающими ухудшение состояния с обострением психопатологической симптоматики, в данную группу не включались. Возрастной диапазон обследованных лиц – от 18 до 82 лет. В ряде наблюдений удавалось уточнить отношение к религии, и обследованные позиционировали себя как православные христиане; 1 случай – католик, 1 – мусульманин. Согласно полученным данным, независимо от пола, возраста, образования, социального положения, религиозности первой и затем пролонгированной реакцией на действия мошенников был **страх**. Причем данное состояние имело как реальные основания (угрозы материальному благополучию, здоровью, в том числе и членам семьи, последующей участи с перспективой пребывания в пенитенциарных учреждениях), так и иррациональные. Практически во всех случаях обследованные отмечали, что они никогда подобного не испытывали. Имевшие определенный религиозный опыт в этой ситуации на какой-то период «полностью выключались», не вспоминая неоднократный призыв Господа «не бойтесь» (Мф. 10: 30-31, Мк. 5:36, Лк. 8:50) и даже не пытались молиться. Во всех случаях, даже у лиц, занимающихся научной и общественной деятельностью, наблюдались сложности с вербальным описанием своего актуального состояния. Также практически во всех наблюдениях констатировалось состояние «управляемости, манипулирования», что при попытке уточнения подробностей не позволяло установить более развернутый спектр переживаний. Помимо вышеуказанного состояния страха, обследованные отмечали тревогу, растерянность, колебания настроения в сторону пониженного, нарушения сна и аппетита, полное «подчинение» повседневной жизни «руководству» мошенников, трудности в выполнении обязанностей в работе и учебе. Воцерковленные люди на этот период фактически прекращали участие в евхаристической жизни. По сути, в таких ситуациях во многом утрачивалась способность к рассуждению и попыткам искать волю Божию и следовать ей – как писал св. Иоанн Лествичник: «Рассуждение в общем смысле в том и состоит и познается, чтобы точно и верно постигать Божественную волю во всякое время, во всяком месте и во всякой вещи» [2].

По данным предварительного анализа психического состояния, у обследованных наряду с вышеуказанными общими клиническими проявлениями отмечались и некоторые различия в зависимости от возраста. Так, у лиц молодого возраста при несколько облегченном отношении к ситуации в связи с некоторой незрелостью и субъективным ощущением поддержки со стороны старших родственников тревожно-депрессивные и диссомнические проявления были относительно непродолжительными, повседневный режим учебы/работы, как правило, менялся на короткое время, в отдельных случаях они обращались за амбулаторной психиатрической (неврологической) помощью. В большинстве таких наблюдений диагностировалась «кратковременная депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации» (F43.20 по МКБ-10).

В средней возрастной группе, определяющей социальную стабильность семьи, клиническая картина характеризовалась значительно выраженными и более продолжительными тревогой и депрессией со склонностью к дезорганизации поведения, идеями самообвинения за «непредусмотрительность», стойкими диссомническими расстройствами, более продолжительной реакцией

растерянности, трудностями критического осмысления текущей ситуации, что потребовало поддерживающей психофармакотерапии. Таким лицам устанавливались диагнозы: «Пролонгированная депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации» (F43.21 по МКБ-10), «Смешанная тревожная и депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации» (F43.22 по МКБ-10), «Смешанное расстройство эмоций и поведения, обусловленное расстройством адаптации» (F43.25 по МКБ-10).

Наиболее виктимными в исследуемой ситуации являются лица старших возрастных групп в связи с физиологически обусловленным снижением пластичности центральной нервной системы, сочетанной соматической патологией, обуславливающей «органический фон», ригидностью установок и сформированными стереотипами поведения. У лиц, не получавших психиатрической помощи до момента совершения в отношении них мошеннических действий, ретроспективный анализ психического состояния выявил наличие доинцидентных изменений, соответствующих следующим диагнозам: органическое тревожное расстройство (F06.4 по МКБ-10); органическое эмоционально лабильное (астеническое) расстройство (F06.6 по МКБ-10) и легкое когнитивное расстройство (F06.7 по МКБ-10). Развившиеся на этом фоне в условиях психотравмирующей ситуации депрессивные состояния сопровождались общей дезорганизацией с достаточно выраженным когнитивным дефицитом, стойкой бессонницей, идеями самообвинения и самоуничужения («подвели семью, детей»), не свойственными им ранее нелепыми формами реагирования, эмоциональной неустойчивостью, склонностью к своеобразной интерпретации действий близкого окружения. По настоянию родственников такие лица, как правило, обращались за психиатрической помощью и получали психофармакотерапию на протяжении достаточно продолжительного периода, в том числе и на момент обследования. Помимо вышеуказанных, относительно не тяжелых органических психических расстройств до совершения в отношении этих лиц противоправных действий, в актуальный период диагностировались: острая реакция на стресс (F43.0 по МКБ-10), смешанное тревожное и депрессивное расстройство (F41.2 по МКБ-10). В ряде случаев отмечалась отрицательная динамика с формированием к моменту обследования органического расстройства личности в связи со смешанными заболеваниями (F07.08 по МКБ-10), непсихотического смешанного расстройства органической природы (F06.37 по МКБ-10), что требовало консультативного психиатрического наблюдения и, в ряде случаев, стационарного лечения.

Имеющиеся данные свидетельствуют о значительном влиянии мошеннических действий, в том числе в условиях сложной общественной ситуации, на духовное и психическое состояние пострадавших различных возрастных групп и социальных слоев, их социальную стабильность. Потерпевшие, особенно в активном трудоспособном возрасте, которые никогда ранее не обращались за психиатрической помощью, часто испытывают сильный стресс. Они могут тяжело переживать этот факт и опасаться негативных последствий для своей карьеры. При отсутствии в большинстве случаев какой-либо «кредитной истории» ранее и имея решенный «жилищный вопрос», пострадавшие, в том числе профессиональные юристы и экономисты, также с немалыми трудностями принимают необходимость значительного изменения уровня и условий жизни, что само по себе является психотравмирующим фактором и затягивает восстановление психического здоровья. Вышеуказанные проблемы диктуют необходимость своевременной и достаточной психофармакотерапии в ходе динамического наблюдения врачами-психиатрами в сочетании с психотерапевтической и психокоррекционной работой специалистов-психологов для выработки адекватных стратегий совладания в

актуальной ситуации. Особое беспокойство вызывают случаи прекращения участия христиан в жизни Церкви (и иных конфессий в соответствующем формате), что определяет необходимость пристального внимания священнослужителей и духовных наставников к таким лицам для преодоления духовного кризиса.

### **Заключение**

Таким образом, мошеннические действия, особенно в условиях общественно напряженной ситуации, оказывают значительное влияние на духовное и психическое состояние людей различных возрастных групп и социального положения. Помимо значительного материального ущерба и вреда психическому здоровью, нередко наблюдается и духовный кризис, усугубляющий психическую и социальную нестабильность. Необходимость решения данной проблемы в очередной раз подтверждает тезис о наиболее эффективном подходе – совместной деятельности врача – психиатра, психолога и священника.

### **Использованная литература:**

1. Зотина Е.В. Претекстинг как прием социальной инженерии, используемый телефонными мошенниками: криминологический взгляд на проблему // Вестник Казанского юридического института МВД России. 2022. Т. 13. №4 (50). С. 93-99.
2. Лествица/Преподобный Иоанн Лествичник.- М:Сибирская Благовонница, 2016. – 573, [3].
3. Мешкова Н.В., Кудрявцев В.Т., Ениколопов С.Н. К психологическому портрету жертв телефонного мошенничества //Вестник московского университета. Серия 14. Психология. 2022. №1. С.138-157.
4. Мубаракова Е.Н. Психологические особенности жертв мошенничества //Молодой ученый. 2023. №43 (409). С.306-308.
5. Сафуанов Ф.С., Макушкин Е.В. Экспертная психолого-психиатрическая диагностика способности к саморегуляции обвиняемых и потерпевших по делам о психическом воздействии // Прикладная юридическая психология. 2017. №3 (40). С. 6-16.
6. Сафуанов Ф.С., Савина О.Ф., Морозова М.В., Переправина Ю.О. Предметные виды судебно-психологической экспертизы, назначенные в связи с телефонным мошенничеством // Теория и практика судебной экспертизы. 2024. Т.19. №1. С.6-19.
7. Ульянова Н.Э. Манипуляция в отношении жертв преступлений и иных правонарушений // Виктимология. 2019. №2 (20). С. 73-78.
8. Харитоновна Н.К., Васянина В.И., Русаковская О.А. Спорные вопросы судебной психолого-психиатрической экспертизы в отношении лиц, совершивших сделки в условиях телефонного мошенничества // Судья. 2025. №7. С.17-24.

## **О консультировании семей с психическими расстройствами на основе духовно-ориентированного подхода**

**Аннотация:** В статье рассматривается роль духовности и религиозности в контексте психических расстройств, а также их влияние на систему помощи семье пациента. Особое внимание уделяется психологическим и социальным характеристикам родственников психически больных, чей жизненный уклад трансформируется под влиянием болезни близкого человека. Показано, что включение духовно-ориентированного компонента в психотерапию способствует улучшению социального функционирования семей, коррекции созависимого поведения, снижению числа рецидивов и формированию осмысленного религиозного поведения. Представлена общая структура психотерапевтической модели, включающей духовно-ориентированный подход, который основывается на модели духовно-ориентированного диалога Т.А. Флоренской.

**Ключевые слова:** психические расстройства, духовно-ориентированный подход, консультирование семей, духовная поддержка, религиозное совладание, духовно-ориентированный подход Т.А. Флоренской.

В работах философов и психологов можно найти различные представления о месте духовности в жизни человека. Одни считают, что духовный мир человека является естественным проявлением осмысленного проживания им своей жизни. По мнению других, обращение к духовности наполняет содержание жизни глубокими смыслами, наполняет общение сущностным содержанием. Духовные ценности и смыслы имеют общечеловеческий характер, а мир вечных ценностей, универсальных символов и архетипов имеет культурную обусловленность, это «окно в духовный мир, язык вечности» [К.Юнг, изд.2019].

Духовность и религиозность могут являться значимой опорой в поддержке семей пациентов с психическими расстройствами. Некоторые исследователи отмечают, что духовность и религиозность могут способствовать решению проблем в области психического здоровья [В.Г.Каледа,2025], духовные ресурсы и религиозное совладание могут использоваться в духовно-ориентированных психотерапевтических подходах для психически больных [П.Ферхаген, 2019].

Религиозность больных с психическими расстройствами и религиозным мировоззрением имеет особые черты в силу своеобразного отпечатка, который накладывает психическая болезнь на личности больных. В нескольких исследованиях показано, что у верующих больных в некоторых случаях может отмечаться постепенная трансформация сверхценных идей религиозного содержания в религиозный бред [Г.И.Копейко, И.С.Самсонов, 2020], могут формироваться псевдорелигиозные концепции, представляющие нелепую и причудливую смесь идей из различных религиозных систем [Г.И.Копейко, П.В.Орехова, 2021]. В результате развития психического заболевания пациенты с религиозным мировоззрением могут дистанцироваться как от людей, придерживающихся традиционных для данного общества ценностей, так и от собственной семьи [Т.В.Владимирова, Е.В. Смирнова., А.Г. Алексеева, 2025].

Родственники психически больных, как правило, также отличаются своеобразием психологических и социальных характеристик, что требует применения специальных методов психотерапии [А.Б.Холмогорова, 1993]. Так, к примеру, отмечаются характерные эмоциональные реакции с формированием недоверия и оппозиционности по отношению к окружающим, зачастую имеются трудности в эмоциональной регуляции и фиксация на негативных переживаниях;

в интеллектуальной сфере могут отмечаться трудности когнитивной деятельности, нарушение концентрации внимания и памяти, склонность к категоричным суждениям [Н.М.Ривкина, Л.И.Сальникова, 2009]. Мировоззрение и жизненный уклад такой семьи изменяются вследствие сосредоточенности родственников на интересах больного и желании сохранить его психическое здоровье [С.А.Судьин, 2016].

С внедрением в последние десятилетия в психиатрическую теорию и практику новой четырехчастной биопсихосоциодуховной модели отмечается тенденция к поиску современных подходов помощи семье и разработке методов семейного консультирования. Признанный Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) духовный компонент как составляющая биопсихосоциодуховной модели обеспечивает значительные ресурсы для преодоления сложившейся тяжелой ситуации в связи с психическим заболеванием не только для самого пациента, но и для его близких, что должно учитываться при проведении реабилитационных программ [Т.А.Солохина, 2025].

«В последние десятилетия получила развитие новая парадигма отношения к семье психически больного, в соответствии с которой родственники рассматриваются в качестве партнеров, а также естественных помощников на всех этапах оказания помощи психически больному. Семьи как партнеры в помощи могут оказывать друг другу эмоциональную поддержку, распознавать ранние симптомы рецидива болезни, мотивировать пациентов обращаться за помощью, способствовать их интеграции в жизнь семьи и общества, вносить вклад в борьбу со стигмой и дискриминацией, участвовать в совершенствовании законодательства» [Т.А.Солохина, А.И.Цапенко, С.В.Трушкина, 2015]. В журнале Европейской психиатрической ассоциации все чаще можно встретить работы, в которых сообщается об использовании духовно-ориентированного подхода и религиозных форм поддержки в семейном консультировании [Т.Тurgut, F.Ekşi, 2020].

Немаловажной для пациентов, страдающих психическим заболеванием и их семей является поддержка церковной общины. Возникающие отношения внутри церковной общины, чувство общности религиозной среды позволяет такой семье получать как моральную, так и материальную поддержку. Ощущение сплоченности и проникновение в сопереживание и сочувствие открывают возможность для непосредственного усвоения принципов религиозной жизни, что связано с ценностными основаниями религиозной веры и настроенностью членов церковной общины на милосердное служение ближним. Страдание в результате психической болезни в этом случае понимается как возможность стать ближе к Богу, а обращение семьи за помощью в меньшей степени связано с сопротивлением перед открытием своего страдания.

Место духовных смыслов и религиозных преставлений в процессе совладания с психическим заболеванием исследовалось у больных шизофренией и коморбидной патологией и у зависимых, а также у членов их семей. Было показано, что у религиозных пациентов ценностные ориентации отличаются большей сохранностью по сравнению с выборкой нерелигиозных пациентов, а обращение к духовности и религиозности обладает способностью сохранять психическое здоровье [Г.И. Копейко., О.А. Борисова, О.Ю. Казьмина, 2016]. В ходе семейной терапии больных с коморбидной патологией и болезнями зависимостей обращение к духовно-ориентированной поддержке повышало эффективность реабилитационных мероприятий вследствие влияния на жизненные смыслы участников семейных клубов трезвости [А.Н. Бабурин с соавт., 2023].

О важности семейных отношений в семьях с лицами, страдающими психическими расстройствами, говорится в документе «Пастырское попечение в

Русской Православной Церкви о психически больных», в котором отмечается, что противоречия в семье верующих могут способствовать усугублению психических расстройств. Необходимость оказания помощи лицам с психическими расстройствами, имеющим религиозное мировоззрение, и их семьям, ставит перед исследователями задачи разработки эффективных технологий помощи и медико-социальной реабилитации, в которых сочетались бы возможности мультидисциплинарного диалога представителей профессионального сообщества и специалистов духовного звания.

Эффективность психотерапевтических методов, включающих духовно-ориентированный компонент, при работе с религиозными семьями выше, чем при отсутствии такого вида поддержки, что подтверждается опытом работы семейных программ, разработанных для людей с религиозным мировоззрением [А.И.Магай, 2024]. Одним из перспективных направлений такого взаимодействия является консультирование, основанное на духовно-ориентированном диалоге Т.А. Флоренской, адаптированном к работе с семьями психически больных [А.И.Магай, Т.Б.Рязанова, 2023].

Духовно-ориентированный подход, который обозначается в тезаурусе Т.А. Флоренской как диалогический подход в практической психологии, «исходит из признания духовного мира человека и направлен на переосмысление его психической жизни, развитие и преобразование личности на основании этого принципа» [Т.А.Флоренская, 2001]. В этой связи автором вводятся понятия «потенциального, духовного Я» и «актуального, наличного Я», которые определяют обращенность личности к высшим духовным смыслам в случае «духовного Я» и захваченность наличными переживаниями, доминанту на низших эго-смыслах.

«Наличное Я» и «духовное Я» в духовно-ориентированном подходе созвучны принятым в гуманистической психологии понятиям «реального Я» и «идеального Я». Различие в них, по мнению Флоренской, заключается в том, что «духовное Я» в духовно-ориентированном подходе в отличие от «идеального Я» у К. Роджерса «не является сознательным образом-идеалом..., но способно актуализироваться в процессе развития личности». Она продолжает: «Духовное Я» - это сущностное ядро личности, к которому мы обращаемся как к голосу совести, как к творческой интуиции. Следование «внутреннему голосу», «зову» своего «духовного Я» - необходимое условие нормального развития человека [Т.А.Флоренская, 2001]. В случае развития в направлении реализации «духовного Я» «можно говорить о нормальном, гармоничном развитии личности». В случае, если человек действует вопреки ему, «неизбежны отклонения и трудности в его душевном состоянии – вплоть до распада и патологии личности».

Т.А. Флоренской был разработан метод духовно-ориентированного диалога. В структуре диалогической беседы она выделяла метод диалогического выслушивания собеседника, метод постановки вопросов для развертывания диалога, создание проблемной ситуации, метод катарсиса. Адаптация данного метода для родственников психически больных позволила разработать метод консультативной беседы, включающей четыре этапа: знакомство, формулирование запроса, этап поддержки и обратную связь. Консультативные беседы также дополнялись психообразовательными занятиями.

Необходимо отметить, что эффективность такого консультирования отмечена как среди родственников пациентов с эндогенными психическими заболеваниями, так и среди родственников больных с коморбидными расстройствами и страдающих зависимостями. К основным достижениям метода относятся улучшение социального функционирования и качества жизни семьи с религиозным мировоззрением, формирование социальной сети семей и групп родственников, уменьшение числа обострений и рецидивов у пациентов,

коррекция созависимого поведения у родственников, повышение информированности семьи о способах поддержки и совладания с психической проблемой, особенностях заболевания и жизни рядом с человеком с психиатрическим диагнозом, изменение духовного и религиозного поведения, выражающееся в более глубоком и осознанном восприятии духовных и религиозных смыслов.

**В завершение** хотелось бы отметить необходимость дальнейшей разработки методологии консультирования, основанного на духовно-ориентированном подходе. Перспективным направлением в такой работе, на наш взгляд, может стать интеграция различных форм семейных интервенций, дифференцированный подход к ближайшему окружению с учетом особенностей каждой отдельной семьи, проведение количественных и качественных исследований, оценивающих эффективность такой работы.

### **Использованная литература:**

- 1.Владимирова Т. В., Смирнова Е. В., Алексеева А. Г. Бред виновности и суицидальное поведение при депрессивно-бредовых психозах у пациентов с религиозным мировоззрением //Современный взгляд на религиозные переживания в норме и патологии. – 2025. – №. 1. – С. 103-107
- 2.Каледа В. Г. Церковь и психиатрия: история сотрудничества (русский опыт) //Современный взгляд на религиозные переживания в норме и патологии. – 2025. – №. 1. – С. 8-16
- 3.Копейко Г. И., Борисова О. А., Казьмина О. Ю. Религиозные копинг-стратегии в реабилитации психически больных //Психиатрия. – 2016. – №. 2. – С. 40-49.
- 4.Копейко Г. И., Орехова П. В. Религиозный фанатизм и религиозный бред //П86 Психическое здоровье и религиозность. Материалы. – 2021. – Т. 26. – С. 145
- 5.Копейко, Г. И. Религиозная вера и религиозный бред / Г. И. Копейко, И. С. Самсонов // Психическое здоровье и религиозный мистический опыт : Материалы международной конференции, Москва, 07–08 ноября 2019 года / отв. ред.: Г. И. Копейко, О. А. Борисова. – Санкт-Петербург: ООО "Скифия-принт", 2020. – С. 123-132. – EDN JAPCWY
- 6.Магай А. И., Рязанова Т. Б. Диалогический подход в понимании проблем психического здоровья //Гуманитарное пространство. – 2023. – Т. 12. – №. 3. – С. 367-384.
- 7.Магай, А. И. Опыт интеграции духовно-ориентированной психотерапии в семейные реабилитационные программы для больных с психическими расстройствами и расстройствами поведения и религиозным мировоззрением / А. И. Магай // Психическое здоровье. – 2024. – Т. 19, № 7. – С. 66-82. – DOI 10.25557/2074-014X.2024.07.66-82. – EDN CVRPUTP
- 8.Ривкина Н. М., Сальникова Л. И. Работа с семьями в системе психосоциальной терапии больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра с первыми психотическими эпизодами //Социальная и клиническая психиатрия. – 2009. – Т. 19. – №. 1. – С. 65-75.
- 9.Семейная терапия больных с коморбидными расстройствами поведения и религиозным мировоззрением / А. Н. Бабурин, А. И. Магай, О. А. Борисова, Г. И. Копейко // Глобальные вызовы современности и духовный выбор человека : материалы мультидисциплинарных конференций, проводившихся в рамках программы XXXI Международных Рождественских образовательных чтений, Москва, 21–24 января 2023 года. – Москва: ООО "Скифия-принт", 2023. – С. 68-73. – DOI 10.53454/9785986206226\_68.
- 10.Солохина Т. А. Комплексная медико-реабилитационная помощь пациентам с тяжелыми психическими заболеваниями и членам их семей: биопсихосоциодуховный подход //Возрастные аспекты психических расстройств и особенности их пастырского окормления. – 2025. – №. 1. – С. 169-177
- 11.Солохина Т. А., Цапенко А. И., Трушкина С. В. Семья и психическое заболевание: проблемы и их решения //Проблемное поле современной семьи. – 2015. – С. 48-53

12. Судьин С. А. Семья и психическое здоровье (по материалам зарубежных исследований) // Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Общественные науки. – 2016. – №. 1 (37). – С. 153-162
13. Ферхаген П. Религия и психотерапия: понимание и религиозно-адаптированные психотерапевтические стратегии помощи душевнобольным // Психиатрия и религия. – 2019. – С. 155-164
14. Флоренская Т. А. Диалог в практической психологии: Наука о душе // М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС. – 2001. – Т. 208. – С. 6.
15. Флоренская Т. А. Диалоги о воспитании и здоровье: духовно ориентированная психотерапия. – 2001.
16. Холмогорова А. Б. Психотерапия шизофрении за рубежом // Консультативная психология и психотерапия. – 1993. – Т. 2. – №. 1
17. Юнг К. Архетипы и коллективное бессознательное. – ЛитРес, 2019.
18. Turgut T., Ekşi F. Spiritually-oriented cognitive-behavioral family therapy // Spiritual Psychology and Counseling. – 2020. – Т. 5. – №. 1. – С. 87-111.

## **Является ли зависимость смертельным заболеванием? Взгляд христианского аддиктолога**

**Аннотация:** Данная статья – это размышление на тему: в каком смысле можно сказать, что зависимость ведет к смерти? Алкоголизм и наркомания, очевидно, являются смертельно опасными заболеваниями. Но так ли обстоит дело с другими зависимостями, например, с поведенческими, – такими как игромания или сексоголизм? В статье показано, как можно ответить на данный вопрос с позиций христианской духовности. Ключевое понятие, которое рассматривается в статье, – неуправляемость.

**Ключевые понятия:** аддиктология, зависимость, смерть, христианское богословие, христианская аддиктология, неуправляемость.

### **Введение**

Данная статья – результат работы «Центра христианской аддиктологии», руководителем которого я являюсь и который существует уже несколько лет при Даниловом монастыре в Москве. Понятие аддиктология, как мне кажется, и в мире науки, и в общественном сознании уже не является какой-то диковинкой. Все больше этой дисциплиной интересуется отечественная наркологическая медицина. В ноябре 2025 года в Государственной Думе Российской Федерации ее вице-спикером было озвучено предложение по созданию в России профессии аддиктолог. Не за горами, наверное, то время, когда аддиктология будет официально признана и начнет активно развиваться. К сожалению, научных работ по данной дисциплине все еще очень мало. Наш Центр делает некоторые скромные шаги в этом направлении<sup>1</sup>.

Задача «христианской аддиктологии», некоего небольшого ответвления аддиктологии, состоит в том, чтобы соединить научные достижения аддиктологии и христианское богословие личности. Цель этой новой дисциплины – создание пространства продуктивного диалога между наукой, церковью и обществом, а также выработка научно обоснованного и одновременно церковного взгляда на проблему зависимости и ее преодоление.

На данный момент в нашем Центре два проекта мы считаем приоритетными: курс «Основы христианской аддиктологии» для будущих священнослужителей (читается с 2021 года), а также курс «Служение приходского консультанта по зависимостям» для социальных работников на приходе (читается с 2024 года). Сотрудниками Центра ведется постоянная теоретическая и исследовательская работа, направленная на укрепление научно-богословского фундамента дисциплины<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> Я благодарю за помощь в подготовке данной статьи сотрудника «Центра христианской аддиктологии» к. филос. н. Р. Ю. Кузьмина.

<sup>2</sup> См., например: Займовский (игумен Иона), Кузьмин Р.Ю. Богословие и зависимость. Опыт построения христианской аддиктологии. Научная монография. М.: Практика, 2021; игумен Иона (Займовский Л.Е.), Кузьмин Р.Ю. Профилактика зависимости в церковной общине: от соперничества к сотрудничеству // Наркология, 2024. № 11. С. 30–37; Займовский и др. Христианская аддиктология как новая область пастырского душепопечения // Сретенское Слово: научный журнал, М.: Издательство Сретенской духовной академии, 2022. № 2, С. 111-132; Иона Займовский и др. Богословие личности в арсенале христианской аддиктологии // Угрешский сборник. Труды преподавателей и магистрантов Николо-Угрешской православной духовной семинарии. Вып. 12. М.: Николо-Угрешская духовная семинария, 2022, С. 23-53; Иона игумен

Данная статья – это попытка продумать одну очень специфическую тему и посмотреть на нее глазами христианского аддиктолога. Нас интересует вопрос: «Является ли зависимость смертельным заболеванием и, если да, то в каком смысле?».

После эпидемии ковида SARS-Cov 2, которая в одночасье унесла жизни десятков миллионов людей по всему миру, разговор о смерти приобрел небывалую актуальность. Все чаще стали появляться исследования о том, насколько опасны те или иные болезни – не столько для жизни отдельного человека, сколько для человечества в целом. Не осталась в стороне и аддиктология.

Химическая зависимость, без сомнения, относится к тем заболеваниям, которые представляют смертельную угрозу в масштабах человечества. Очевидно, что алкоголизм и наркомания ведут к массовой преждевременной смерти. Именно злоупотребление ПАВ является причиной большинства автомобильных катастроф, тяжких и особо тяжких преступлений, смертей по неосторожности, не говоря уже о заболеваниях, напрямую вызванных злоупотреблением ПАВ.

Однако в отличие от рака, зависимость уже сегодня может быть излечена. И этот факт, на наш взгляд, – одно из величайших достижений XX века. Следует сказать точнее: зависимость нельзя полностью излечить, но ее течение можно приостановить и жить достойно, не возвращаясь к разрушительному поведению.

Об этом убедительно свидетельствуют достижения аддиктивной медицины, успех групп самопомощи, развитие индустрии реабилитации от зависимости. Если у человека есть желание, то в современном мире он может найти возможность остановить свое разрушительное поведение и жить достойно.

Доктор медицины Э. М. Джеллинек – пионер научного изучения алкоголизма и большой друг движения «Анонимных Алкоголиков» – отобразил динамику развития алкоголизма на схеме, известной как кривая Джеллинека (Рис. 1).

Размышления Джеллинека полны оптимизма, он полагает, что человечество нашло, наконец, решение еще одной мучительной проблемы – смогло найти способ остановить химическую зависимость. Этот оптимизм был вызван тем, что Джеллинек много лет работал с анонимными алкоголиками. Он воочию стал свидетелем чуда, когда десятки, сотни и тысячи алкоголиков переставали пить и обретали устойчивую ремиссию на долгие годы.

Заметим, что описание стадий алкоголизма согласно схеме Джеллинека дает целостный взгляд на болезнь и выздоровление, в отличие от глубоко продуманной, но все-таки медикалистской, односторонней схемы алкоголизма, выработанной советской наркологией.

Современная версия кривой Джеллинека, используемая во всех реабилитационных программах, имеет небольшое графическое дополнение, которое несет в себе при этом большой смысл – оно указывает на возможность смертельного исхода вследствие употребления. Этакий аппендикс смерти (Рис. 2)!

---

(Займовский Л.Е.), Кузьмин Р. Ю. Христианская аддиктология как новая область исследования // Вестник христианской психологии, 2023. № 1. С. 172-198; Иона, игумен (Займовский Л.Е.), Кузьмин Р. Ю. Созависимость в арсенале христианской аддиктологии // Вестник христианской психологии, 2024. № 2. С. 253-278.

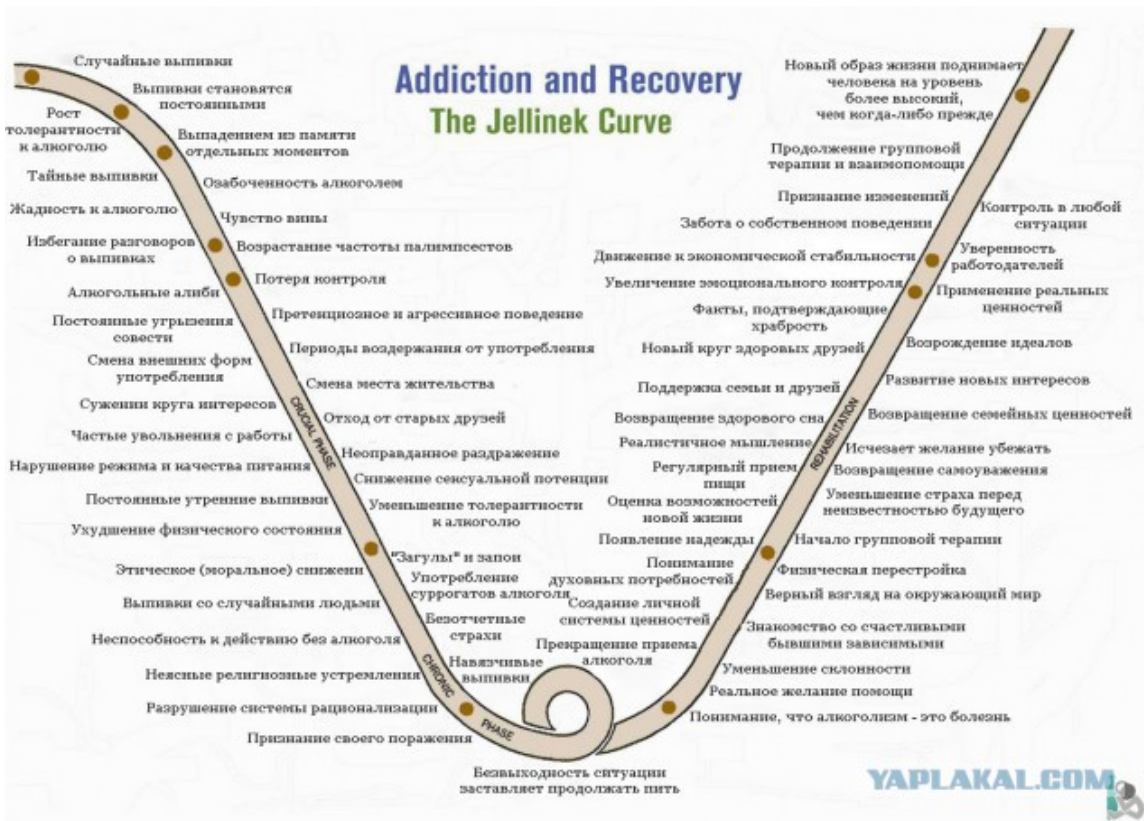


Рис. 1. Оригинальная «кривая Желлинека» на русском языке. На схеме мы видим подробное описание каждого этапа процесса болезни, реабилитации и выздоровления.

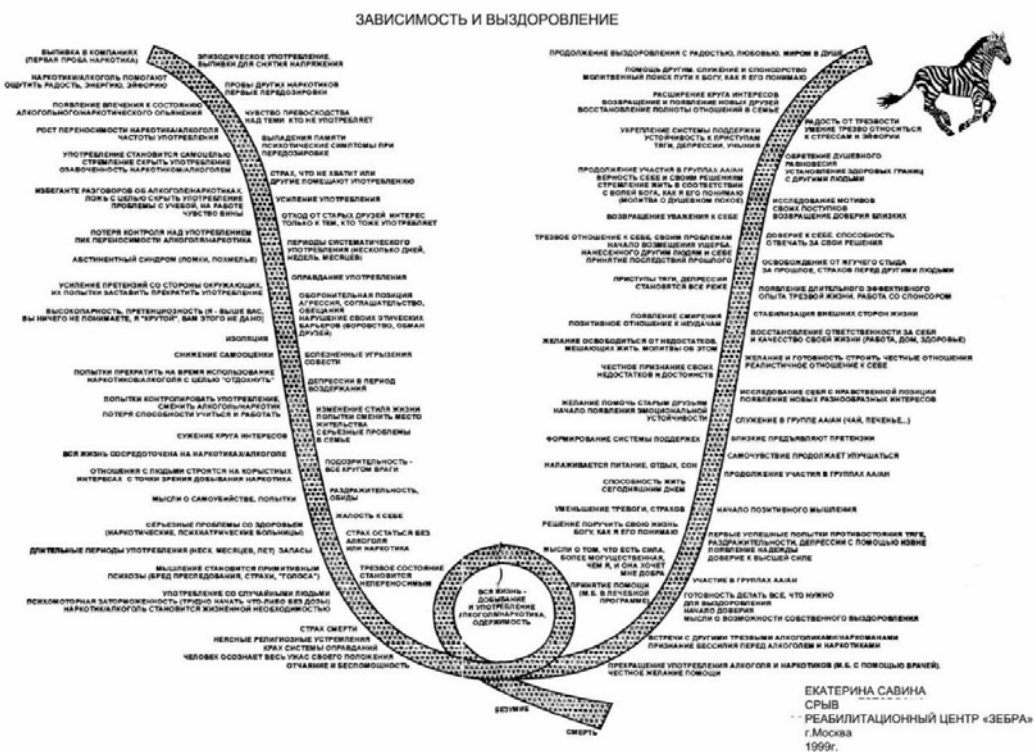


Рис. 2. Данная схема создана в российском реабилитационном центре «Зебра» в 1999 г.

Зависимый может пройти свое «дно» и при этом избежать смерти, встать на путь выздоровления, вернуться к полноценной жизни без употребления. Мы видим, что после достижения нижней точки параболы – «дна» – начинается стремительный подъем – фазы реабилитации и выздоровления.

Но почему же оптимизм Джеллинека не коррелирует с действительностью? Тот факт, что болезнь может быть купирована, излечена, остановлена, не означает, что она перестала быть смертельной угрозой для человека и человечества.

Напротив, несмотря на успешное развитие аддиктивной медицины, на мощное и развитое реабилитационное движение, смертельная опасность, которую несут в себе зависимости, только возрастает, приобретая поистине планетарный масштаб. Упомянем в качестве примера две чудовищных фентаниловых эпидемии в Америке в 2021-2023 гг., которые унесли жизни более сотни тысяч молодых людей. В области употребления ПАВ ничего подобного прежде человечество не знало.

На схеме мы видим, что зависимому самой жизнью предложено два пути: один ведет к преждевременной смерти вследствие употребления, а другой – к полноценной жизни без употребления.

Мне кажется, что на этой схеме отражена самая суть зависимости – не только ее медико-психологические стадии, но ее экзистенциальное ядро. Сегодня схема Джеллинека используется повсеместно, и ее применяют для описания какой угодно зависимости (Рис. 3).



Рис. 3. Современный унифицированный вид «кривой Джеллинека». На схеме отражены общие фазы любой зависимости: прогрессивная, критическая, хроническая, а также для вставших на путь выздоровления – фаза реабилитации и фаза выздоровления.

Расширительное понимание схемы доктора Джеллинека стало возможным благодаря формированию главной гипотезы аддиктивной медицины, а именно, гипотезы о том, что все зависимости имеют один и тот же биохимический механизм, развиваются по одним и тем же законам и могут быть описаны в рамках одной общей модели.

Но если это так, и если мы доподлинно знаем о смертельной опасности алкоголизма и наркомании, то в каком смысле это применимо к другим зависимостям? Что же означает эпитет «смертельный» в отношении зависимости

как таковой? Что значит, что зависимость – смертельная болезнь? Каждый ли зависимый стоит перед роковым выбором?

Ответ не так уж очевиден, как могло бы показаться с первого взгляда. Ведь даже в случае алкоголизма мы не всегда и не обязательно имеем дело со смертельным исходом. Многие действующие алкоголики и наркоманы спокойно доживают до седин. К тому же употребление алкоголя – это часть культуры, элемент религиозных священнодействий; алкоголь находится в свободной продаже в большинстве стран мира.

Хотя с наркотиками дело обстоит не так, но есть некоторые сходства: с одной стороны, существуют наркотики, которые строжайше запрещены законом, их хранение карается тюремным сроком, их употребление очень часто заканчивается летальным исходом. С другой стороны, некоторые наркотики, напротив, кое-где в мире легализуют. А фарминдустрия разрабатывает все более тонкие и сложные «медицинские» наркотики, разрешенные к применению по рецепту врача. Что же тогда означает эта избирательность?

С поведенческими зависимостями все обстоит еще сложнее. Разве можно уверенно сказать, что компьютерная игра, переизбыток или порнозависимость приведут зависимого к смерти? Может быть, все-таки тезис о том, что зависимость ведет к смерти, применим только к некоторым видам зависимости, да и то в особо тяжелых формах? Но не потеряет ли тогда ключевая идея аддиктологии о единстве и родстве всех зависимостей свою силу? Именно из-за таких обобщений и допущений на аддиктологию смотрят косо в мире доказательной медицины.

Однако ключ содержится в духовной природе проблемы. Мы считаем, что в определенном смысле любая зависимость является болезнью, ведущей к смерти – вот тезис христианской аддиктологии. В каком же смысле следует это понимать?

Аддиктологи единодушны в том, что главный, ключевой признак зависимости – это утрата контроля над употреблением, которая приводит к неуправляемости<sup>3</sup>.

Об этом же свидетельствует и Первый Шаг любой программы 12 Шагов – «мы ...потеряли контроль над собой», то есть стали неуправляемы.

Любой нарколог или консультант может рассказать множество трагических историй из жизни зависимых. В каждой подобной истории мы видим, как проявляется неуправляемость и как эта неуправляемость приводит сначала к невосполнимым утратам, а затем (во многих случаях) и к летальному исходу.

Но что из себя представляет эта неуправляемость, непреодолимая тяга, одержимость? Можем ли мы сказать, что психология или психиатрия знает ответ на этот вопрос? Этот феномен изучает психология, девиантология, педагогика и психиатрия. Но, как и в отношении всех феноменов человеческого сознания, глубинная сущность и причины данного явления не имеют исчерпывающего научного объяснения.

---

<sup>3</sup> «Потеря контроля – определяющий симптом зависимого поведения. Человек клянется, что больше безобразных ситуаций, связанных с пьяным поведением, не будет, что он или она пойдет на вечеринку и выпьет две кружки пива. Тем не менее, человек пьет до тех пор, пока у него или нее не отключается сознание, и на следующее утро клянется: «Никогда больше!» – только для того, чтобы повторить это в следующий раз. Человек находит силы на какое-то время прекратить или контролировать употребление наркотиков, но всегда будет возвращаться к компульсивному, неконтролируемому употреблению». Цит. по: Handbook of Addictive Disorders. A practical Guide to Diagnosis and Treatment. Ed. by Robert Holman Coombs. John Wiley & Sons, Inc., Hoboken, New Jersey. 2004, P. 5.

При этом в аддиктологии, в аддиктивной медицине понятие «неуправляемости» является одним из центральных. Можно сказать, что когда мы имеем дело с аддиктивным расстройством личности, неуправляемость заявляет о себе во весь голос. Внешне здоровые, дееспособные, адекватные люди совершают постыдные, опасные и деструктивные поступки, причину которых они не могут объяснить ни себе, ни другим.

Специфика неуправляемости в области аддикции состоит в том, что ее нельзя охарактеризовать исключительно социальными, биографическими, психологическими или психиатрическими причинами. По всей вероятности, она коренится в самой тайне человеческой личности.

Вот почему одни только социальные меры (даже разнонаправленные, такие как политика «снижения вреда», декриминализация и легализация наркомании, с одной стороны, ужесточение наказаний за наркотики, политика «сухого закона», с другой, наконец, профилактическая работа – между ними), принимаемые обществом и государством в сфере контроля зависимостей не могут решить проблемы, поскольку зависимость не является исключительно медицинской или социальной проблемой. Мы утверждаем, что феномен неуправляемости должен быть понят, прежде всего, как явление духовного порядка.

Важное свидетельство о том, что зависимость – это смертельная болезнь и что зависимый теряет контроль над своей жизнью, мы находим в специализированной литературе разнообразных программ, работающих по 12 Шагам. Удивительное единomyслие можно обнаружить в том, как описаны неуправляемость и влечение к смерти в литературе алкоголиков, наркоманов, зависимых от еды и никотина, от игры и от похоти. Мы провели подробный анализ этих книг и установили, что во всех без исключения так называемых «базовых» текстах для выздоравливающих аддиктов болезнь описывается как смертельная, а жизнь зависимого как неуправляемая. И это свидетельство сотен тысяч, если не миллионов людей по всему миру.

Мы утверждаем, что, с духовной точки зрения, неуправляемость может быть парадоксальным образом описана как противоположный процесс – как своего рода «управляемость».

В болезни человеком начинают управлять определенные духовные силы, стоящие за зависимостью. Эти силы направляют человека всегда и только в одну сторону – в сторону умирания в биологическом, психологическом и социальном смысле, в сторону физической и духовной смерти.

Данное утверждение невозможно доказать, оставаясь в плоскости науки. Но его можно раскрыть и понять через опыт христианского Откровения.

В учении Иисуса Христа говорится явно, что мир отдан во власть «князя мира сего» (Ин. 14:30), князя тьмы, который хочет «украсть, убить и погубить» (Ин. 10:10). В Евангелии Господь Иисус Христос так описывает роль дьявола в жизни человека и человечества: он – «человекоубийца от начала» (Ин. 8:44), в послании апостола Петра читаем, что дьявол – это «рыкающий лев, который ищет, кого поглотить» (1 Пет. 5:8). Согласно христианскому богословию, дьявол ополчился на человека, поскольку человек является любимым творением Бога. Причиняя вред людям, дьявол стремится нанести урон их любящему небесному Отцу<sup>4</sup>.

---

<sup>4</sup> Блаженный Августин в сочинении «О граде Божьем» рассматривал зависть дьявола как корень его действий против человека.

Почему же сатана имеет власть «украсть, убить и погубить»? Он приобретает власть над каждым, кто так или иначе согрешил, отступил от Бога. Противник Бога имеет законное право преследовать тех, кто нарушил Божий закон. Такая угроза нависла надо всеми людьми без исключения, поскольку «все согрешили и лишены славы Божией» (Рим. 3:23). Грех открывает двери дьяволу, а «расплата за грех – смерть» (Рим. 6:23). Грех – это наше выраженное согласие на смерть. Св. Иоанн Дамаскин говорит, что через грех вошла в мир и смерть, пожирающая, подобно дикому и неукротимому зверю, жизнь человека<sup>5</sup>. Крестная жертва Господа Иисуса Христа искупила человека от смерти, но об этом искуплении нужно знать, его нужно принять и реализовать в своей жизни.

Бог не творил смерти, но в падшем мире смерть неизбежна. В христианском богословии телесная смерть сама по себе не является очевидным злом. Смерть Господа Христа на кресте, смерть его свидетелей, не отрекшихся от своей веры, – это победа, а не поражение.

Телесная, физическая смерть оказывается злом, когда человек не успевает реализовать свое человеческое предназначение, когда его жизнь растрочена впустую, когда вместо жизни он выбирает медленное и мучительное умирание. Именно это и происходит в зависимости. Именно духовное умирание человека (то есть полное отделение от Бога) является конечной целью работы сатаны. И если человек все больше и больше отдается зависимости, то его физическое умирание может вполне совпасть с его духовной смертью. Это поистине страшные слова!

Каждый зависимый хорошо осознает, что в своей болезни он или она реализует программу самоуничтожения, умирания прежде смерти.

Смерть – это законная участь тех, кто отдал свою жизнь под управление противника Бога.

Но евангельская керигма состоит в следующем: Бог ненавидит смерть, она противна Его замыслу, она есть «последний враг», который будет побежден (1 Кор. 15:26). Иисус сказал: «Я – Воскресение и Жизнь. Тот, кто верит в Меня, даже если умрет, будет жить. А всякий, кто жив и верит в Меня, вовек не умрет» (Ин. 11:25-26).

Послание христианской аддиктологии можно сформулировать в четырех словах: Бог исцеляет от зависимости. Бог избавляет от неуправляемости тех, кто обращается к Нему. Однако сила зависимости велика. Вот почему зависимому нужно проявлять постоянство, упорство, стойкость, верность и веру. Вот почему важны реабилитационные программы и группы самопомощи, работа по Шагам, служение и так далее.

Но победа над смертью – это прерогатива Бога, и Бог уже одержал ее в жизни каждого человека. В книге Второзакония читаем: «Жизнь и смерть предложил Я тебе, благословение и проклятие. Избери жизнь, дабы жил ты и потомство твое...» (Вт. 30:19). «Христианская аддиктология» дает нам возможность увидеть глубокий библейский смысл, скрывающийся в вопросе, вынесенном в начало этой статьи. Парабола доктора Джеллинека – графический символ зависимости и выздоровления от нее – также несет в себе имплицитно библейскую весть о падении и восстании, о возвращении блудного сына в Дом Отца. Зависимость – это смертельно опасная болезнь, в первую очередь, в том же смысле, в каком смертельно опасным является поле битвы. И это поле битвы Бога и его противников. Но победа все равно будет за Богом!

---

<sup>5</sup> Дамаскин Иоанн, свт. Точное изложение православной веры. М.: Изд-во Сретенского монастыря, 2019. С. 88.

### **Использованная литература:**

1. Займовский (игумен Иона), Кузьмин Р. Ю. Богословие и зависимость. Опыт построения христианской аддиктологии. Научная монография. Издательство «Практика», 2021.
2. Профилактика патологических форм зависимого поведения в 3-х томах. Под общей редакцией О. В. Зыкова. Общероссийский общественный благотворительный фонд «Российский благотворительный фонд «Нет алкоголизму и наркомании»». М.: РБФ НАН, 2010.
3. Drugs, Brain and Behavior: Science of Addiction. U. S. Department of Health and Human Services; National Institute of Drug Abuse (NIDA). 2020.
4. Jellinek E. M. The Disease Concept of Alcoholism. Hillhouse Press. New Haven, Connecticut. 1960.
5. Jellinek E. M. Alcoholics Anonymous: The Story of How More Than One Hundred Men Have Recovered from Alcoholism. Yale Center of Alcohol Studies // Yale Studies on Alcohol. 1946.
6. Handbook of Addictive Disorders. A practical Guide to Diagnosis and Treatment. Ed. by Robert Holman Coombs. John Wiley & Sons, Inc., Hoboken, New Jersey. 2004.
7. Анонимные алкоголики. М.: Единство, 2013.
8. Анонимные наркоманы (Пер. с англ. Без места, без года).
9. Анонимные игроки (Пер. с англ. Без места, без издательства). 2016.

## **Основные принципы проведения духовно-ориентированной терапии комбатантам**

**Аннотация:** В условиях оказания помощи раненым и больным и последующей медико-психологической реабилитации взаимодействие церкви и армии может играть ключевую роль. Духовная поддержка, формирование опоры на высокое божественное в человеке помогает преодолеть дезадаптивные проявления травматической болезни, особенно при наличии увечья.

Участие священнослужителя важно на всех этапах реабилитационного процесса: начальном, госпитальном, а также завершающих его этапах. Соединение усилий Церкви и медицины ускоряет достижение позитивных результатов реабилитационного процесса.

**Ключевые слова:** духовно-ориентированная терапия, медико-психологическая реабилитация, комбатанты, травматическая болезнь.

Сотрудничество армии и Церкви в России имеет многовековую историю. Православная вера стала духовно-нравственной опорой русских воинов. Христолюбивое воинство и верующий полководец вкуче являли собой идеальный образ русской армии.

Особое значение приобретает взаимодействие церкви и армии в условиях оказания помощи раненым и больным и последующей медико-психологической реабилитации. Духовно-ориентированная терапия для участников боевых действий является важным направлением психологической помощи, которая имеет своей целью восстановление эмоционального состояния, повышение уровня осознания своего места в мире и обретение смысла своей жизни.

Основные принципы духовно-ориентированной терапии включают:

1. Индивидуализация подхода. Каждый пациент уникален, поэтому важно учитывать индивидуальные особенности каждого участника боевых действий. Терапия должна строиться исходя из личностных качеств пациента, его религиозных убеждений, культурных традиций и жизненных обстоятельств.

2. Принцип гуманизма. Человек рассматривается как уникальная личность, обладающая достоинством и правами. Важна эмпатия и уважение к пациенту, стремление поддержать его внутренний мир и способствовать раскрытию потенциала.

3. Осознанность и принятие себя. Пациент должен осознать свои чувства, мысли и поступки, принять свою историю и травмы, чтобы начать процесс исцеления. Это включает работу над чувствами вины, стыда, страха и тревоги.

4. Преодоление кризиса смыслов. Участникам боевых действий часто приходится сталкиваться с экзистенциальными кризисами, такими как потеря смысла жизни, вера в несправедливость мира, чувство бессмысленности существования. Задача терапевта – помочь человеку восстановить утраченные смыслы, вернуть веру в жизнь и будущее.

5. Поддержка духовного роста. Помощь пациенту в развитии духовной сферы способствует улучшению психологического здоровья. Сюда входит работа с религиозными верованиями, моральными ценностями, нравственными ориентирами и жизненными целями.

6. Целостность личности. Цель терапии заключается в восстановлении целостности личности, включая физическое здоровье, психическое благополучие, социальную адаптацию и духовное развитие. Важно поддерживать гармонию всех аспектов жизни пациента.

7. Работа с травмой. Необходимо помочь пациентам справиться с травматическими переживаниями, минимизировать последствия стресса и адаптироваться к нормальной жизни.

В условиях боевых действий мы сталкиваемся с боевой психической травмой и боевой психической патологией. При этом, боевая психическая травма представляет собой психогенно обусловленные (стресс-ассоциированные) расстройства, возникающие вследствие воздействия специфических факторов боевой обстановки в условиях непосредственных боевых действий.

К боевой психической патологии относятся все психические расстройства (в том числе и стресс-ассоциированные), развившиеся и манифестировавшие на театре военных действий (ТВД).

Особую группу представляют комбатанты, у которых создаются дополнительные условия для формирования вышеперечисленных видов расстройств. Оказание медицинской помощи и последующая реабилитация осуществляются на различных этапах оказания помощи (рис.1).

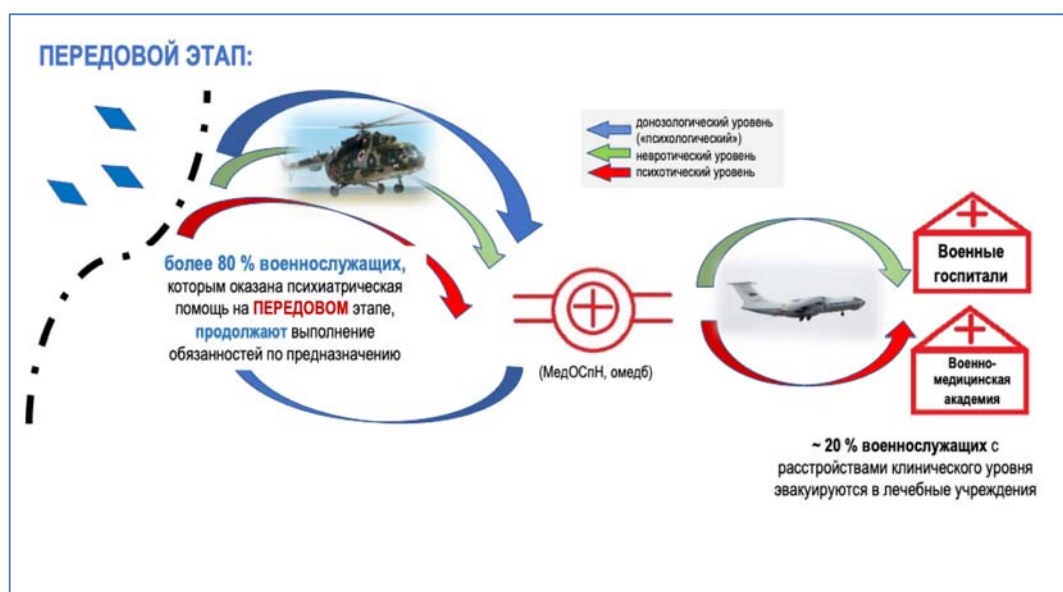


Рис. 1. Схема оказания медицинской помощи в условиях боевых действий.

На каждом этапе особое значение приобретает проведение мероприятий медико-психологической реабилитации. При этом особая роль отводится священнослужителям, участвующим во всех этапах оказания помощи комбатантам.

В остром периоде при заболеваниях и травмах сама человеческая душа не меняет своих качеств, она по-прежнему бесценна и драгоценна в глазах Бога Отца: «Благодать Святого Духа проникает в человеческую душу, ибо благодать нетварна. Ничто же тварное не может соединиться с душой. Даже если удаётся прилепиться к душе грешника злым духам, будучи тварными, они не могут соединиться с ней» (Святитель Григорий Палама).

В этих условиях особую роль приобретает духовная поддержка, формирование опоры на высокое божественное в человеке.

Священнослужитель оказывает неоценимую помощь больным и раненым, разъясняя, что травма – это не наказание, а промысел. В молитве «умоляйте Бога не оставлять Вас беспомощным, не стесняйтесь просить Его»<sup>6</sup>.

На передовом этапе духовное попечение, духовно-ориентированная терапия играют существенную роль при оказании помощи при острых реакциях на стресс, кратковременных (прогностически благоприятных) невротических расстройствах (тревожных, тревожно-фобических, конверсионных); кроме того, имеется категория лиц с пагубным употреблением психоактивных веществ без признаков зависимости.

В этих и подобных им непростых случаях перед священником встает дополнительная задача – сформировать взаимно доброжелательные, доверительные отношения с военнослужащими. На начальном этапе развивающегося психического расстройства появляется реальная возможность замедлить развитие болезни, восстановить и укрепить адаптационные свойства личности больного и помочь его реабилитации.

На последующих этапах оказания медицинской помощи комбатантам и проведения медико-психологической реабилитации роль священнослужителя остается не менее важной, а в большинстве случаев приобретает особое значение. В процессе травматической болезни, при наличии увечья могут заостряться различные черты характера, создаются условия для уныния, недостаточного упования на Господа. Нередко при этом священнослужитель становится самым близким человеком, которому доверяют все свои мысли чаяния.

На этапе медико-психологической реабилитации могут возникать различные аффективные нарушения. Симптоматика аффективных расстройств представлена различными симптомокомплексами: астено-тревожно-депрессивным, церебралестическим, тревожно-депрессивно-ипохондрическим, гипоманиакальным, маниакальным. Наиболее часто встречаются депрессивные расстройства. При этом интерес к окружающему миру снижен или отсутствует. Отмечается дистимия, дисфория. Патологию осложняют вегетососудистые нарушения: головокружение, мышечная слабость, головная боль. Человек быстро утомляется. Он не в состоянии сосредоточиться. Психические процессы замедлены. Отмечаются нарушения сна, бессонница, кошмары. Превалирует идея о бесплезности существования, суицидальные настроения, вина, разочарование.

В данном случае особо важно взаимодействие медицинского работника и священнослужителя. У заболевшего снижен антисуицидальный барьер, и возрастает риск совершения суицида. Необходима кропотливая психокоррекционная работа с такого рода пациентами.

Гипоманиакальные и маниакальные состояния, возникающие на органическом фоне, наоборот, сопровождаются завышенной самооценкой, импульсивным поведением. Если человек сталкивается с трудностями, сопротивлением, он испытывает негативные эмоции, злость, приступы агрессии. При этом мероприятия духовно-ориентированной терапии должны быть направлены на коррекцию когнитивных установок. Духовное окормление при этом играет ключевую роль.

Таким образом, духовно-ориентированная терапия представляет собой комплексный подход, учитывающий физическую, психологическую и духовные сферы человеческой природы. Она направлена на улучшение качества жизни

---

<sup>6</sup> Иеромонах Михаил (Чепель) [URL: <https://solba.ru/news/kak-pomoch-stradayushemu-starcheskoj-demenciej>]

пациентов, снижение проявлений психотравмы, возвращение к полноценной социальной активности.

В заключении хочется привести высказывания протоиерея Сергия Филимонова: «...в наши дни, видимо, пришла пора объединить усилия Церкви и медицины, священник и врач действуют в едином направлении. Задача пастыря – указать человеку путь, нравственный и духовный, по которому можно было бы приблизиться ко Господу и обрести в будущем вожделенную свободу и бессмертие; задача врача — восстановить душевное равновесие человека, помочь найти внутреннюю гармонию, которая, в свою очередь, вряд ли достижима без Божией благодати. Вот и возникает необходимость создания своеобразного тандема священника и врача-психиатра: духовного наставника и «душевного корректора».

#### **Использованная литература:**

1. Военная медицина в войнах нового типа / под ред. А. Я. Фисуна. — Москва: Юстицинформ, 2025. — 360 с.
2. Военная психиатрия в XXI веке: современные проблемы и перспективы развития / под ред. Е.В. Крюкова и В.К. Шамрея. – Санкт-Петербург: СпецЛит, 2022 – 367 с.
3. Военная психиатрия: учебник / под ред. Е.В. Крюкова, В.К. Шамрея. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2025. – 584 с.
4. Психиатрия войн и катастроф: учебное пособие / под ред. В.К. Шамрея – СПб.: ВМедА, 2013 – 194 с.
5. Филимонов С. Чем полезно для больных и врачей практического здраво-охранения взаимодействие церкви и медицины // Церковь и медицина.- 2010, №7.- С. 33-36.

## СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Алексеева Анна Григорьевна – к.м.н., с.н.с. отдела транскультуральной психиатрии ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» (НЦПЗ)<sup>1</sup> (Москва).

Альварес Сегура Мар – д.м.н., профессор Университета Абат Олиба CEU, отделение детской и подростковой психиатрии, больница Сан-Жоан-де-Деу (Барселона, Испания).

Андрианова Людмила Владимировна – практикующий психолог, член Ассоциации понимающей психотерапии, автор и ведущая обучающих курсов по детской и подростковой психотерапии, монографии, посвященной понимающей психотерапии детей и подростков (Москва).

Армиа Ремонда Эшая – к.псх.н., доцент Университета Дахука, Ассирийская Церковь Востока (Республика Ирак).

Бакушкин Иоанн, иерей – председатель Отдела по миссионерской работе и делам молодёжи Коломенской епархии (Московская митрополия), клинический психолог социальный педагог, магистрант Общецерковной аспирантуры и докторантуры им. свв. равноап. Кирилла и Мефодия (Москва).

Бегматов Руслан Ильхомович – ассистент кафедры психиатрии и медицинской психологии института нейронаук и нейротехнологий РНИМУ им. Н.И. Пирогова (Москва).

Бекназарян Давид Юрьевич – к.м.н., практикующий врач, иподиакон, Армянская Апостольская Церковь (Москва).

Борисова Ольга Александровна – к.м.н., в.н.с. отдела транскультуральной психиатрии НЦПЗ (Москва).

Великанов Павел, протоиерей – кандидат богословия, ведущий доцент Московской духовной академии, эксперт Федерального центра гуманитарных практик Российского государственного гуманитарного университета (Москва).

Виал Мена Венсеслао Доминго, священник – д.м.н., д.ф.н., профессор Папского университета Святого Креста, Рим (Италия).

Владимирова Татьяна Витальевна – к.м.н., с.н.с. отдела транскультуральной психиатрии НЦПЗ (Москва).

Войнов Вячеслав, иерей – доцент Николо-Угрешской духовной семинарии, аспирант Сретенской Духовной Академии, к.техн.н., заместитель директора НИИ «Технобиомед» МГМСУ им. А.И. Евдокимова, доцент цифровой кафедры

---

<sup>1</sup> ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» – далее в этом разделе – НЦПЗ.

Российского университета медицины, доцент кафедры «Компьютерные системы автоматизации производства» МГТУ им. Н. Э. Баумана (Москва).

Воскресенский Борис Аркадьевич – к.м.н., доцент кафедры психиатрии и медицинской психологии РНИМУ им. Н. И. Пирогова, Свято-Филаретовский институт (Москва), ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Москва).

Гедевани Екатерина Владимировна – к.м.н., с.н.с. отдела транскультуральной психиатрии НЦПЗ (Москва).

Громова Наталья Владимировна – заместитель директора по идеологической работе ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья» (Минск, Республика Беларусь).

Иона (Займовский), игумен – насельник Данилова монастыря (Москва), кандидат богословия, клинический психолог, руководитель профилактической программы «Метанойя» и Центра христианской аддиктологии при Даниловом монастыре (Москва).

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, руководитель отдела юношеской психиатрии, профессор кафедры практического богословия Православного Свято-Тихоновского гуманитарного университета, председатель секции Российского общества психиатров по клинической психиатрии религиозности и духовности, член Правления Российского общества психиатров (Москва).

Колчев Александр Иванович – д.м.н., профессор, доцент кафедры психиатрии ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова» Минобороны России (Санкт-Петербург).

Копейко Григорий Иванович – к.м.н., руководитель отдела транскультуральной психиатрии НЦПЗ (Москва).

Курасов Евгений Сергеевич – д.м.н., профессор кафедры психиатрии ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова» Минобороны России (Санкт-Петербург).

Куриан Манош – д.м.н., директор Комиссии Церквей по вопросам здоровья и исцеления, Всемирный совет церквей (Женева, Швейцария).

Лазько Наталья Викторовна – к.м.н., психиатр, сотрудница ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России (Москва).

Магай Андрей Игоревич – м.н.с. отдела транскультуральной психиатрии НЦПЗ (Москва).

Немцев Алексей Викторович – к.псх.н., и.о. заведующего кафедрой фундаментальной психологии и поведенческой медицины СибГМУ Минздрава России (Томск).

Пальчиков Максим Александрович – к.м.н., доцент кафедры психиатрии с наркологией, Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко (Воронеж).

Пуннус Эшли Мариам – доцент Колледжа Св. Берчмана Чанганассерри, Керала, Индия).

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 – к.м.н., психотерапевт ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» (Санкт-Петербург).

Сергий (Фомин), митрополит (Воронеж).

Сердюк Павел, протоиерей – председатель Синодального отдела по вопросам семьи, защиты материнства и детства (Минск) Белорусского Экзархата Московского Патриархата, настоятель прихода храма свт. Николая Японского в г. Минске (Республика Беларусь).

Тауфик Захер Рафаэль, священник – к.псх.н., профессор психологии и психиатрии Православного богословского колледжа, Коптская Православная Церковь (Египет).

Устинов Николай, иерей – клирик храма преп. Евфросинии, Вел.кн. Московской в Котловке, руководитель Душепопечительского центра им. сщмч. Владимира (Богоявленского) (Москва).

Хуанола Жоан Д'Авила Кадена – д.псх.н., директор программы бакалавриата по психологии, факультет психологии, Университет Абат Олиба CEU (Барселона, Испания).

Шамрей Владислав Казимирович – д.м.н., профессор, главный психиатр Минобороны РФ, заслуженный врач РФ, заведующий кафедрой психиатрии Военно-медицинской академии им. Кирова (ВМА) (Санкт-Петербург).