

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.
Депрессии: задачи психиатра,
психолога и священника**

*Материалы
международной конференции*

15-16 декабря 2022 года

**Москва
2023**

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.
Депрессии: задачи психиатра,
психолога и священника**

**Материалы
международной конференции**

15-16 декабря 2022 года

Москва, 2023

Попечение Церкви о душевнобольных. Депрессии: задачи психиатра, психолога и священника. Материалы международной конференции, 15-16 декабря 2022 года: Сборник докладов. – М., 2023. – 179 с.

Настоящий сборник включает в себя материалы IV международной конференции «Попечение Церкви о душевнобольных. Депрессии: задачи психиатра, психолога и священника». В нем собраны доклады представителей православных, католических и протестантских религиозных организаций – богословов, психиатров, священнослужителей, преподавателей духовных школ, сотрудников государственных медицинских учреждений из России, Нидерландов, Италии, Испании и Бразилии.

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

СОДЕРЖАНИЕ

ДОКЛАДЫ

Митрополит Сергей Воронежский и Лискинский.....	5
Каледа В. Г. Депрессия – вызов современности	7
Борисова О.А., Смирнова Е.В. Феноменологические особенности депрессии с религиозным содержанием.....	13
Копейко Г.И., Владимирова Т.В., Алексеева А.Г. Духовный кризис или переживание покинутости Богом в состоянии депрессии.....	18
Алексеева А.Г., Владимирова Т.В. Сравнительно-возрастные особенности депрессий	22
Протоиерей Илия Одяков, протоиерей Николай Мартинкевич Особенности построения Исповеди людей, страдающих депрессией.....	28
Франсиско Гарсия Мартинес Мир печали и гнева, предзнаменование радости и примирения.....	38
Виал Мена Венсеслао Доминго Выгорание как форма депрессии в пастырской работе.....	43
Иванин Д.А. Пастырская поддержка в духовном преодолении депрессивных состояний.....	49
Павлова О.С. Этическое и духовное осмысление депрессии в исламской традиции.....	56
Александр Морейра-Альмейда Био-психо-социо-духовный подход к депрессии	64
Протоиерей Виктор Гусев Два понимания религиозности. К осознанию парадигмы	70
Лебедева А.А., Витко Ю.С., Шаньков Ф.М., протоиерей Павел Великанов, Гедевани Е.В., Борисова О.А. Опыт тематического анализа взаимодействия психиатра, психолога и священника при обсуждении верующего пациента с депрессией.....	80
Немцев А.В. Взаимосвязь религиозности и депрессии в свете современной психологии.....	90

Пальчиков М.А. Психотерапевтический процесс и религиозность	95
Магай А.И. Духовно-ориентированная реабилитация психически больных с депрессивными расстройствами: подходы и основные принципы.....	98
Барт ван ден Бринк Суицидальность, психопатология, религия и духовность	106
Надюк Р.И. Библиотерапия и душепастырская работа с глубинными смыслами в духовно- психологической помощи людям, переживающим депрессивные состояния.....	113
Беланова А.М., Фаттахова Т.А., Тарумов Д.А. Опыт оказания психолого-психиатрической помощи участникам боевых действий, находящимся в военном госпитале: взгляд врача, психолога и сестры милосердия на депрессию и тревогу.....	125
Протоиерей Алексей Бабурин Пастырский взгляд на суицид с точки зрения канонического права и психиатрии	130
Шамрей В.К., Курасов Е.С., Рутковская Н.С. Психические расстройства, суицидальное поведение и религиозность.....	138
Гедевани Е.В., Копейко Г.И., Борисова О.А. Экзистенциальный побег в монастырскую жизнь при депрессии	144
Ферла Мария Тереза Депрессия: духовные, экзистенциальные и психопатологические аспекты. Терапевтическая модель	149
Лазько Н.В. Особенности депрессивных расстройств в условиях социально значимой ситуации (последствия COVID-19 и СВО).....	158
Протоиерей Павел Великанов «Темная ночь души» и депрессия: к вопросу о растождествлении понятий.....	163
Осипова Н.Н., Машкова И.Ю., Барденштейн Л.М. Аффективные расстройства и коморбидная патология (био-психо-социо- духовный подход).....	169
Священник Хосе Антонио Фортеа Кукурулл Депрессия и дух. Размышления о способности духовной жизни исцелять депрессию.....	172
СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ.....	177

ДОКЛАДЫ

Митрополит Сергей Воронежский и Лискинский

Уважаемые участники конференции!

Духовенство и врачебное сообщество обеспокоены темпами распространения психических заболеваний. По оценке специалистов, депрессивными расстройствами страдает не менее 5 % взрослого населения планеты. Эффективной помощи больным с депрессиями препятствуют различные обстоятельства: нехватка ресурсов, дефицит квалифицированных медицинских работников и социальная стигматизация, связанная с психическими болезнями. Пациенты всё чаще обращаются за утешением и поддержкой в храм.

В этой связи духовенству необходимо отличать депрессии от изменений настроения, связанных с кратковременными душевными реакциями на вызовы современной жизни. Священнику, не осведомленному о психических расстройствах, сложно разобраться в душевных переживаниях прихожан, страдающих депрессиями, и дать им нужные пастырские советы. Духовенству следует иметь необходимую подготовку для того, чтобы поддержать людей, нуждающихся в восстановлении психического здоровья, разграничивая при этом сферу компетентности Церкви и психиатрии, налаживая диалог с врачами-психиатрами и психологами.

Вместе с тем, в православной практике состояния, описываемые в психиатрии как депрессии, рассматриваются с иной точки зрения.

Невозможность Богообщения и Боговедения, которые были известны Адаму, причиняют тоску и душевное страдание. Душа христианина переживает глубокую скорбь и печаль от осознания утраты, которую понесло человечество после грехопадения. Печаль христианского подвижника не есть патологическое явление. Она не является ни следствием психологических конфликтов, ни результатом неудовлетворенных желаний, ни повреждений человеческой природы. Печаль и скорбь христианина являются естественной реакцией на то, что человек живет не так, как он жить должен, как мог бы жить. Человеческая душа испытывает печаль как переживание своего недостойного состояния. Мы подавлены и угнетены грехом. Депрессия – это недовольство души тем, что ей не хватает Христа.

В современном мире человек тоскует по истинной цели своей жизни. Ее не могут дать ни наука, ни технологии, ни светское общество. Первопричина депрессии состоит в том, что мы оставили Бога и подменили союз с Ним земными вещами. Забывающие это в своей недалёковидности всегда будут продолжать тосковать по чему-то земному и временному. И эта печаль не может быть исцелена средствами медицины.

Сегодняшняя встреча представителей духовенства и специалистов в области психического здоровья предоставляет возможность совместить церковную и медицинскую точки зрения на депрессию и вселяет уверенность в том, что Церковь и медицина могут совместными усилиями помочь людям. Насыщенная и интересная программа нашей встречи нацелена на обсуждение конкретных способов взаимодействия пастырей и врачей-психиатров. Желаю всем участникам конференции плодотворной работы и призываю на вас Божие благословение!

Депрессия – вызов современности

Депрессивные состояния являются одной из самых актуальных проблем как психиатрии, так и в целом, современного общества. Она находит свое отражение как в средствах массовой информации, так и в многочисленных научных исследованиях. Описанные впервые несколько тысячелетий назад, депрессивные состояния воплотились в многочисленных памятниках культуры, начиная с эпохи античности и древнего Египта.

По данным ВОЗ, к 2030 году депрессия станет самым распространенным заболеванием и второй причиной инвалидности; во всем мире депрессией страдает порядка 280 миллионов человек, т.е. 3,8% населения, в том числе 5% взрослых и 5,7% лиц старше 60 лет¹. «Век меланхолии», предсказанный почти сорок лет назад О.Нagnell с соавт. (1982), можно считать наступившим.

Депрессия является одной из самых многоликих патологий, на проявления которой накладывают отпечаток как возрастные и культуральные факторы, так и патогенетические и нозологические аспекты. Кроме этого, существенное влияние на проявление депрессий оказывает коморбидная патология.

В пастырской практике депрессивные состояния приобретают особое значение, так как могут быть ошибочно расценены как обычное плохое настроение, «лень», «уныние», «слабоволие» и др. Более того, некоторые депрессивные проявления, такие как заниженная самооценка, а в религиозном контексте — ощущение своей особенной греховности, — могут быть положительно расценены как проявления духовной жизни, «печаль о грехах», смирение. Тем не менее, тяжелые депрессивные состояния угрожают жизни из-за повышенного риска суицидальных поступков. Неадекватное пастырское вмешательство в случае тяжелого депрессивного состояния может сыграть критическую роль и привести к необратимым последствиям.

Распространенность депрессии сегодня очень велика. По современным статистическим данным, в России от этого заболевания страдают около 9 миллионов человек.

Депрессия (от лат. *depressio* — подавление, угнетение) — психическое расстройство, характеризующееся патологически сниженным настроением (гипотимией), интеллектуальной и моторной заторможенностью, снижением жизненных побуждений, пессимистической самооценкой, снижением аппетита и сексуальных влечений. Выделяется триада основных проявлений депрессии: сниженное настроение, замедленное мышление, двигательная заторможенность.

По механизму возникновения депрессии могут быть психогенными, как реакция человека на психотравмирующую ситуацию (лишение желаемого в широком смысле слова), соматогенными (при наличии тяжелого соматического заболевания) и эндогенными, которые возникают без какой-либо видимой причины и являются генетически-обусловленными. Прп. Иоанн Кассиан Римлянин уже в V веке выделял «беспричинную печаль»².

В настоящее время всеобщее признание приобретает био-психо-социально-духовная модель возникновения депрессии (R.Nefti, 2013), которая учитывает наряду с биологическими, психологическими и социальными факторами, утрату духовных ценностей и моральную деградацию.

¹ <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/depression>

² Прп. Иоанн Кассиан Римлянин. Собеседования египетских подвижников. 5.11. Цит. по: Жан-Клод Ларше.

Основными симптомами депрессивного состояния являются гипотимия — стойкое беспричинное снижение настроения, ангедония — потеря способности испытывать радость, удовлетворение от того, что ранее ее доставляло, астения — чувство потери сил, повышенная утомляемость, усталость длительностью не менее двух недель практически ежедневно на протяжении большей части дня. Следует знать, что для подозрения на депрессию, которая требует обязательного медицинского лечения, достаточно двух вышеуказанных симптомов из трех. Дополнительными симптомами депрессии являются трудности сосредоточения и осмысления, чувство неуверенности в себе, снижение самооценки, идеи самообвинения и унижения, мрачное и пессимистическое видение будущего, мысли о самоубийстве или нежелание жить. Нередко при депрессии субъективно отмечается «отсутствие чувств». Больные нередко воспринимают ослабление чувств любви, привязанности, моральной чувствительности, ощущение безразличия как проявления своей греховности, моральной испорченности и обращаются с этим к священнику; замечают изменения в себе (в негативную сторону), снижение интеллектуальных способностей, «отупение», испытывают тревогу, в том числе за свое физическое здоровье, апатию — дефицит побуждений с вялостью, безразличием ко всему окружающему, дисфорию — мрачную угрюмость, брюзжание, с вспышками раздражения и претензиями по отношению к окружающим.

Опорой при выявлении подозрения на депрессию могут служить физические, телесные ее проявления — прежде всего, стойкие нарушения сна, о чем проще всего поинтересоваться при доверительном общении с человеком (трудности засыпания, частые пробуждения в течение ночи, раннее пробуждение без чувства отдыха, все вместе или по отдельности), нарушения аппетита (повышение аппетита, чаще при легких депрессивных состояниях, сменяющееся затем чувством безразличия, потери вкуса — «вся еда стала безвкусной», — и отвращение к еде, ведущее к отказу от пищи при тяжелых депрессивных состояниях), снижение полового влечения.

Депрессивные состояния могут иметь разную степень выраженности, в связи с чем выделяют легкую (субдепессию), умеренную и тяжелую депрессию. В зависимости от степени выраженности настроение может варьироваться от легкой грусти до мрачного, подавленного с утратой жизненной перспективы и появлением суицидальных мыслей.

При депрессиях легкой степени выраженности (субдепрессия) сохраняется способность контролировать свои эмоции, выполнять социально-трудовые и учебные обязанности. Окружающие, как правило, не замечают изменения состояния.

Депрессия умеренной степени выраженности в большинстве случаев уже заметна окружающим. Большую часть времени преобладает подавленное настроение, человек замыкается в своих переживаниях, с трудом ходит на работу или учебу, не полностью справляется со своими обязанностями. Нарушается сон, голова занята неприятными мыслями.

Больные с тяжелой депрессией, как правило, выглядят «поникшими», отрешенными, погруженными в себя, говорят еле слышным голосом, на вопросы дают краткие, односложные ответы с большими паузами, часто замолкают, ссылаясь на бессилие или нежелание говорить. Нередко сутулятся, движения их замедлены, походка шаркающая, взгляд «потухший», при этом отмечаются запоры, тахикардия, расширение зрачка. Отмечается отчетливая социально-трудовая дезадаптация.

Несмотря на вышесказанное, следует учитывать, что особенно в юношеском возрасте встречаются выраженные депрессии, в том числе и с

суицидальными намерениями, когда ближайшее окружение не замечает каких-либо внешних признаков тяжелого внутреннего состояния.

При расспросе больные нередко указывают на особое чувство «сердечной», витальной тоски, доходящее до степени физической боли, как правило, локализующееся за грудиной. У людей верующих нередко возникает ощущение богооставленности: они будут говорить о том, что им трудно сосредоточиться на молитве, они утратили чувство благодати, чувствуют себя на краю духовной гибели, что у них «холод на сердце», «окамененное бесчувствие». Они даже могут говорить о своей особой греховности и утрате веры.

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

Для *меланхолических (или тоскливых)* депрессий характерно преобладание подавленного настроения с интеллектуальной и моторной заторможенностью. Больной жалуется на гнетущую безысходную тоску, которая часто сопровождается тягостными физическими ощущениями в эпигастриальной области и в области сердца. Его ничто не радует, он считает себя неудачником, обузой близким, прошлое рассматривает как цепь ошибок, испытывает чувство бесперспективности, отчаяния. Может отмечаться заторможенность, больной не поднимается с постели или сидит практически без движений в течение дня. Речь тихая, монотонная.

Тревожные депрессии сопровождаются появлением тревоги, мучительного ожидания надвигающегося несчастья, катастрофы. Больной пребывает в напряжении и не может найти себе места – ему «не сидится и не лежит», он постоянно находится в движении. При этом в некоторых случаях он, напротив, может подолгу сидеть неподвижно, только постоянные движения пальцами и кистями рук будут выдавать его внутреннее напряжение.

Для так называемых *анестетических депрессий* характерно преобладание утраты эмоциональных реакций на окружающее. Больной высказывает жалобы на отсутствие эмоционального резонанса с появлением мучительного чувства внутренней опустошенности и утратой всех чувств, включая тоску; говорит, что стал «деревянным», «окаменел», «отупел». Возникает ощущение изменения восприятия окружающего: оно теряет краски, воспринимается «как сквозь тусклое стекло».

При *адинамических депрессиях*, в первую очередь, отмечается слабость, бессилие, выраженные затруднения при выполнении физической и умственной работы с сохранением стремления к деятельности. Больной жалуется на отсутствие физических сил, чувство разбитости, вялости и бессилия.

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

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

При *сенестопатических депрессиях* (соматизированные депрессии, «депрессия без депрессии», маскированные депрессии), основными являются жалобы на неприятные, тягостные ощущения в различных частях тела. Больной сосредоточен на своем физическом здоровье, при этом собственно подавленное

настроение отступает на второй план или воспринимается больным как естественное следствие телесных недомоганий. Существуют некоторые признаки, позволяющие заподозрить данный вид депрессии: больной длительно и упорно лечится у врачей различных специальностей, которые, несмотря на применение современных методов диагностики, не находят у него какого-либо конкретного заболевания (могут быть поставлены малоопределенные диагнозы типа «вегето-сосудистая дистония»); несмотря на неудачи в лечении, он упорно продолжает обследования и посещение врачей.

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

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

С точки зрения наибольшего риска суицида, самыми опасными являются тоскливая, тревожная и анестетическая формы депрессий. Исходя из клинических наблюдений, такие депрессии переносятся больными наиболее тяжело. Может быть, уместны были бы слова преподобного Исаака Сирина, сказанные по поводу уныния, что «это есть вкушение геенны»³ для души.

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

В подростково-юношеском возрасте депрессии характеризуются выраженными проблемами с концентрацией внимания, трудностями сосредоточения и осмысления, повышенной фиксацией на своей внешности, антивитальными размышлениями с утратой смысла жизни и высокой частотой возникновения суицидальных мыслей и намерений. Кроме этого, отмечаются нарушения сна, аппетита, головные боли, запоры, многочисленные ипохондрические жалобы. Для мальчиков характерна раздражительность, для девочек — слезливость и вялость.

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

³ Исаак Сирин, преп. Слова подвижнические. - М., 1993, (репр. переизд.: Сергиев Посад, 1911). Слово 79 «О гордости», с. 391.

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

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

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

При терапии депрессивных состояний применяется строго индивидуальный подход. Необходимо помнить, что для лечения депрессии требуется определенное время. Не следует ждать полного излечения уже в первые дни приема препаратов. Все современные антидепрессанты начинают действовать не ранее чем через 1-2 недели. Курс приема антидепрессантов обычно составляет несколько месяцев. Назначение, смена и отмена антидепрессанта должна проводиться только врачом. Частой ошибкой является преждевременная отмена лекарств вскоре после существенного улучшения состояния или вследствие «забывчивости».

Важным в лечении депрессии является сочетание фармакотерапии с психотерапевтической работой, включающей индивидуальные беседы, групповую и семейную терапию, что позволяет больным получить помощь в понимании своих проблем, осознать, что они не одиноки в своем несчастье, увидеть возможности личного участия в реабилитационных мероприятиях и в общественной жизни.

Священник, выявивший у человека депрессивное состояние, ни в коем случае не должен осуждать и поддерживать идеи самоосуждения, в том числе сосредотачиваясь на поисках возможных истоков депрессивного состояния в поведении и характере больного; напротив, следует напомнить страдающему о милосердии Божиим, об уникальности и ценности каждого человека, в том числе и «негодного» и «никому не нужного», о том, что не нам принимать решения о таковой ценности либо отсутствии оной, оказать посильную поддержку. Следует подсказывать человеку, что дело не в том, что он неуверен, нерешителен и слаб, а в том, что на него нашло болезненное состояние, в котором любой человек чувствовал бы себя похожим образом. Важно, чтобы человек в депрессии понимал, что мир лишь кажется ему пустым и тягостным. В этом состоянии нельзя принимать никаких жизненно важных решений (уход с работы и др.), их нужно отложить до полного выхода из депрессии.

В случаях отчетливой депрессии необходимо убедить обратиться к врачу, постаравшись снять барьер страха и недоверия перед врачом-психиатром. Вполне возможно, что в этом случае потребуется практическая помощь в организации этого обращения. Существует немало примеров, когда священник лично сопровождал больного к психиатру и навещал его в дальнейшем в больнице.

Очень важно установить неформальный, доверительный контакт, чтобы человек в состоянии депрессии ощущал, что ему сочувствуют, тепло относятся, искренне заботятся о нем. В депрессии даже некоторые взрослые ощущают себя беспомощными детьми, поэтому в интонациях возможна ласковость, добрая

покровительственность. Сочувствие и тепло способны «рассасывать» тоску и тревогу, снимать ощущение одиночества, свойственное для депрессии.

Необходимо неустанное ободрение больного, даже если оно воспринимается им как будто бы безразлично. Если данное депрессивное состояние повторное, то нужно помочь больному, опираясь на опыт его болезни, проникаться *терпеливым ожиданием*, что и эта фаза также полностью пройдет, как проходили все предыдущие.

Кроме ободрения и душевной поддержки большую роль играет мягкое активирование. Можно предложить больному посильную работу или послушание при храме. Больного нельзя отправлять в дом отдыха, в паломническую поездку, отправлять на «послушание» в монастырь, так как там он лишь острее ощутит свою депрессивную отдаленность от людей. Помогайте человеку просветляться воспоминаниями детства, когда не было никаких депрессий. Пусть он слушает созвучную музыку, смотрит любимые фильмы, картины, читает созвучную литературу.

Полезно составлять режим дня. Смысл этого в том, что больному не хватает внутреннего волевого толчка, и необходимый стимул он может получить извне, в мягкой, но настойчивой форме. Иногда больные сами просят, чтобы их «подталкивали». Важно начинать с малого и двигаться к большему. Желательно, чтобы движение шло от успеха к успеху, что помогает включиться внутренним ресурсам.

Использованная литература:

1. Жан-Клод Ларше. Исцеление психических болезней: Опыт христианского Востока первых веков. М.: Сретенский монастырь, 2007. С. 126.
2. Hagnell O. Lanke, J., Rorsman, B., & Öjesjö, L. Are we entering an age of melancholy? Depressive illnesses in a prospective epidemiological study over 25 years: the Lundby Study, Sweden //Psychological Medicine. – 1982. – V. 12. – №. 2. – P. 279-289.
3. Hefti R. The Extended Biopsychosocial Model: A whole-person-approach to psychosomatic medicine and psychiatry //Psyche & Geloof. – 2013. – V. 24. – №. 2. – P. 119-29.

Феноменологические особенности депрессии с религиозным содержанием

Аннотация: Важность изучения депрессивных состояний с религиозным содержанием связана с их высокой распространенностью, трудностью выявления этих состояний на ранних этапах заболевания в силу специфики эндогенных депрессий и наличия религиозного контента.

В рамках изучения особенностей психопатологии депрессивных состояний были описаны специфические религиозные феномены, встречающиеся как при простых депрессиях (меланхолических, тревожных, апато-динамических), так и при сложных состояниях (депрессии с деперсонализационным и анестетическим компонентами, ипохондрические депрессии), к которым можно отнести сверхценные идеи греховности, богооставленности, феномен конфессиональной амбивалентности; феномен «духовной ипохондрии», с убежденностью в искаженности собственной веры и причинении духовного ущерба окружающим.

Стоит отметить, что депрессивные состояния с религиозным контентом зачастую своевременно не диагностируются как психическое расстройство, требующее помощи врачей, в силу специфического содержания переживаний. Это приводит к позднему обращению к психиатрам и тяжелым негативным последствиям, в частности, к суицидальным попыткам и развитием ауто- и гетероагрессивного поведения.

Ключевые слова: эндогенные депрессии, религиозность, суицидальная опасность, духовная ипохондрия, вина и греховность, богооставленность.

В клинической практике достаточно редко встречаются симптомы одного регистра, только одной глубины поражения психической деятельности. Например, чисто аффективные расстройства могут определять клиническую картину состояния. В большей же части случаев, расстройства различной глубины поражения сочетаются между собой, образуя единый симптомокомплекс. При аффективной патологии часто встречаются нарушения мышления в виде патологических суждений, которые являются либо соответствующими аффекту и религиозному мировоззрению пациентов, т.е. конгруэнтными, либо выходящими за рамки соответствия аффекту патологическими убеждениями, представляющими собой уже самостоятельные бредовые построения, с различной тематикой, в том числе и религиозной.

В настоящем сообщении рассмотрены особенности и типология депрессивных состояний с конгруэнтными патологическими суждениями религиозного содержания, достигающими уровня сверхценных идей и сверхценных бредовых построений.

Сложности в диагностировании депрессивных состояний с религиозными переживаниями и ведение этих пациентов могут быть разнообразными. С одной стороны, в религиозной среде, в которой верующим больным с депрессивными состояниями приходится находиться и общаться, их переживания нередко могут рассматриваться как проявления греха уныния и печали, с которыми рекомендуют бороться, в том числе, и волевыми усилиями (Гумеров П., 2008). Таким образом, происходит замещение оказания необходимой медицинской помощи борьбой с грехом. Трактовка проявления болезни как личной греховности, приводит к духовным терзаниям пациентов, что заставляет их прибегать к негативным способам религиозного совладания (Koenig H.G., 2012; Шаньков Ф.М., 2015). С другой стороны, при отсутствии понимания со стороны врача-психиатра личных

духовных устремлений и ценностей пациента больной, как правило, склонен проявлять недоверие к терапии, что приводит к некомплаентности в отношении лечения, и негативно сказывается на эффективности терапевтической помощи (Prest L.A., Robinson W.D., 2006).

Кроме того, стоит отметить особенности поведения религиозной группы пациентов: позднее обращение к врачу, так как болезненное состояние трактуется как маловерие, признак греховности; позднее получение медицинской помощи, так как для обращения к врачу требуется благословение духовника, которое может быть получено далеко не во всех случаях, что связано с отсутствием должного понимания со стороны священника; быстрое развитие порочного круга: усугубление депрессивных переживаний – более редкое посещение храма и соблюдение церковных обрядов и таинств больным – усиление обвинений в греховности, маловерии и возникновение чувства богооставленности (Копейко Г.И., 2020).

Таким образом, выявление особенностей психопатологических и феноменологических проявлений религиозных переживаний у депрессивных больных необходимо для осуществления ранней диагностики психических расстройств, маскированных религиозными переживаниями, для облегчения страдания пациентов и предотвращения суицидальной активности.

Материалы и методы исследования. Настоящее исследование выполнено группой по изучению особых форм психической патологии отдела юношеской психиатрии ФГБНУ в период с 2012 по 2022 гг. Общая когорта составила 109 пациентов с религиозным мировоззрением (38 мужчин, 71 женщин), которые страдали депрессиями, глубина которых была умеренной и тяжелой (от 17 до 38 баллов по шкале Гамильтона). Пациенты находились как на стационарном, так и на амбулаторном наблюдении.

Результаты и обсуждение. В зависимости от психопатологической структуры эндогенных депрессивных состояний (Тиганов А.С., 2017) были выделены пять типов депрессий: меланхолические (46%), тревожные (13,9%), апато-адинамические (3,6%), относящиеся к простым депрессиям; и депрессивные состояния с деперсонализационным и анестетическим компонентами (28,7%), а также ипохондрические депрессии (7,8%), относящиеся к сложным депрессиям. Преобладающими среди всех типов депрессий являлись меланхолические депрессии (46%).

При изучении депрессивно-бредовых состояний мы наблюдали пациентов, у которых депрессивный аффект сочетался с конгруэнтными бредовыми идеями самоуничтожения, самообвинения, моральной и физической неполноценности, собственной несостоятельности, виновности, обнищания. Наряду с этим имели место также специфические религиозные феномены, такие как бредовые идеи греховности, богооставленности, феномен конфессиональной амбивалентности; феномен «духовной ипохондрии», с убежденностью в искаженности собственной веры и причинении духовного ущерба окружающим (Копейко Г.И. и соавт., 2021).

Депрессивные состояния с конгруэнтными религиозными идеями вины и греховности наиболее часто возникали в рамках меланхолических депрессий, характеризующихся тоскливым аффектом с образованием идей виновности. При таких состояниях выраженное снижение настроения сочеталось с появлением чувства тоски, сопровождавшейся витальными проявлениями. Пациенты высказывали идеи собственной малоценности, самообвинения. При этом «индивидуальная шкала ценностей» определяла тематику депрессивных идей (Janzarik W., 1957). В связи с преобладанием в ценностно-смысловой сфере у больных с религиозным мировоззрением аспекта вины пациенты переоценивали

все свои проступки с религиозной позиции, обвиняя себя в том, что жили не по церковным канонам, упрекали себя в невыполнении своих обязанностей, недостаточной заботе о своей семье. Чувство вины в этих случаях было направлено в отношении конкретной инстанции: не семейной, судебной, или профессиональной группы лиц, а так называемой Божественной инстанции (Hole G., 1977). При усложнении психопатологической картины и утяжелении состояния происходила трансформация идей виновности в убежденность в собственной греховности (совершении смертного и непрощаемого греха, «греха против Святого Духа»).

На высоте депрессии у пациентов с религиозными переживаниями вины и греховности возникали чувства безнадежности, отверженности и отчаяния, сопровождавшиеся мыслями о нежелании жить, развитием суицидальных намерений.

Кроме того, у пациентов наравне с бредовыми идеями греховности имели место проявления богооставленности и ощущение потери чувства «живой веры». Пациентами в этих состояниях особо остро ощущалась «потеря милости Божией», они говорили, что исповедь более не приносит облегчения, не избавляет от содеянного греха, заявляли о недоступности покаяния или об отсутствии полноты чувства покаяния, прощения. При этом Бог воспринимался как жестокий, неумолимый, немилосердный. Когнитивные расстройства выражались в том, что больные не могли молиться, испытывали чувство безрезультатности молитвы и «религиозное опустошение». Некоторые больные говорили о тягостном чувстве присутствия некой «стены», отделяющей их от Бога, который «отвернулся от них», о «пустоте в душе», тягостном неверии, потере «живого упования на Бога».

Проведенный анализ показал, что наиболее часто подобные болезненные проявления отмечались при депрессиях, сопровождающихся преобладанием расстройств деперсонализационного круга с анестетическим компонентом, а также при меланхолических депрессивных состояниях.

У больных с депрессивными идеями греховности и богооставленности в 67 % случаев наблюдались суицидальные мысли и намерения, и в 21% - суицидальные попытки. Синдромологически описанные состояния можно было квалифицировать как депрессивно-бредовую симптоматику с конгруэнтными бредовыми идеями в рамках депрессивной фазы при аффективном психозе.

Одним из вариантов развития депрессивного состояния с конгруэнтными сверхценными идеями являлись депрессивные фазы с развитием феномена конфессиональной амбивалентности. Подобные приступы наблюдались после ряда перенесенных выраженных аффективных фаз у пациентов, пришедших к вере в доманифестный период, когда в период очередного депрессивного состояния появлялись сомнения в истинности и правдивости исповедуемой ими православной веры. Данные депрессивные фазы преимущественно сопровождались тревожным (63,6%), тоскливым (18,2%) и апато-динамическим (18,2%) аффектом.

Подобные сомнения были вызваны чрезмерной фиксацией пациентов на конкретных негативных моментах церковной жизни, как правило, широко освещаемых в СМИ, при этом другие мнения игнорировались. Сомнения в правильности выбора вероисповедания постепенно приобретали все большее значение в жизни больных и носили сверхценный характер, в ряде случаев достигая уровня сверхценного бреда (около 40%), в высокой степени определяющего их дальнейшее поведение. Основным внутренним переживанием пациентов являлось чувство вины за ошибку в выборе веры и страх того, что из-за неистинности веры они не смогут спастись, появлялись мысли о необходимости перехода в другую конфессию или даже вероисповедание. Фон настроения при

подобных состояниях был подавленным, с преобладанием тревожного аффекта. В ходе лечения антидепрессантами (без назначения нейрорептиков) депрессивная симптоматика постепенно угасала (литически) и вместе с этим снижалась актуальность описанных переживаний.

Особо можно выделить депрессивные состояния, сопровождающиеся развитием «духовной ипохондрии» (7,5%), в сложной структуре которых сочетались аффективные расстройства с ипохондрическими (77,8%), тревожными и меланхолическими проявлениями (11,1%). Помимо типичных проявлений депрессивных расстройств, ведущими являлись не сенестопатические проявления, как в классических сенесто-ипохондрических депрессиях, а навязчивые сомнения в истинности своей веры и убеждения в ее изъяде, которые основывались только на восприятии собственной духовности пациентом. Подобные состояния сопровождались своеобразным поведением с многочисленными проверками у религиозных экспертов, авторитетных духовников, что имело значительное внешнее сходство с поведением пациентов, страдающих ипохондрическими расстройствами, но в этих случаях отмечалась уверенность в духовном нездоровье. Следует отметить, однако, что пациенты говорили о состоянии «духовного голода» или «духовного ослепления», находя сравнения для описания собственных переживаний в физической реальности.

Пациенты были убеждены в «некачественности», «испорченности» своей религиозной веры. Такая озабоченность своим духовным состоянием, убежденность в существовании «изъяде веры», «духовного недуга» приводила к ипохондрически стигматизированному бредовому поведению. Несмотря на то, что пациенты постоянно перепроверяли соответствие своей религиозности и обращались за консультациями к духовникам в различных монастырях, они не обретали успокоения. По мере усугубления бредовых расстройств появлялось убеждение об «испорченной» вере, которая свидетельствует о предательстве Бога, «подобии Иуде-предателю». Испытывая тревогу, они пытались найти более авторитетных священнослужителей, совершая паломнические поездки в труднодоступные уединенные места, при этом все больше убеждаясь в изъяде собственной религиозности. Подобные состояния фактически были сопряжены с чрезмерным потреблением финансовых ресурсов самих больных, их родных и знакомых.

Исследование выявило, что подобные расстройства чаще всего отмечались на фоне тревожно-подавленного настроения. Свое состояние пациенты трактовали как признак греховности, что приводило к запоздалому обращению к врачу; помимо этого они нуждались в благословении духовника на обращение за врачебной помощью, которое, как правило, не могло быть получено вовремя, что приводило к быстрому развитию порочного круга и усугублению психического состояния.

Выводы. В связи со специфическим содержанием депрессий, связанным с религиозными переживаниями, нередко они не диагностируются как психическое расстройство, требующее помощи у врачей. Это приводит к утяжелению состояния и позднему обращению к психиатрам, что объясняется трудностями различения нормального религиозного мировоззрения и патологической псевдорелигиозности, и сопровождается негативными последствиями, в частности, суицидальными попытками.

Использованная литература:

1. Hole G. Der Glaube bei Depressiven: religionspsychopathologische und klinischstatistische Untersuchung. Forum der Psychiatrie. Enke. 1977.

2. Janzarik W. Die zyklotyme Schuldthematik und das individuelle Wertgef- uge.Schweiz Arch Neurol Psychiatr. 1957; 80:173-208.
3. Koenig HG. Religion, spirituality, and health: The research and clinical im- plications. International Scholarly Research Notices. 2012.
4. Prest LA, Robinson WD. Systemic assessment and treatment of depression and anxiety in families: The BPSS model in practice. Journal of Systemic Therapies. 2006;25:3:4-24.
5. Борисова О.А., Копейко Г.И. Патологическая религиозность у больных с психическими заболеваниями. Психиатрия и религия. 2019;11-23.
6. Гумеров П. (священник) Восемь смертных грехов и борьба с ними [электронный ресурс]. 2008.
7. Копейко Г.И., Борисова О.А., Гедевани Е.В., Каледа В.Г. Влияние фактора религиозности на депрессивные состояния и суицидаль- ное поведение. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2020;120(1):103-110.
8. 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;121(9):712.
- Тиганов А.С. Аффективные синдромы // Руководство по психиатрии / Под ред. А.С. Тиганова.-М.: Медицина, 2012.-т.1.-с.40-46.
10. Шаньков Ф.М. Религиозное и духовное совладание. Обзор западных исследований. Консультативная психология и психотерапия. 2015;23(5):123-152.

Духовный кризис или переживание покинутости Богом в состоянии депрессии

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

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

Духовный кризис у христианина часто сопровождается ощущением покинутости Богом или богооставленности. Богооставленность (по-гречески *θεϊκή εγκατάλειψη*) – чувство удаленности от Бога и Его благодати, воспринимаемое с отчаянием и душевной болью.

В творениях Отцов Церкви часто встречаются свидетельства и размышления об этом. В частности, мы находим упоминания о духовном кризисе с переживанием богооставленности у св. Аммония, св. Макария Египетского, св. Иоанна Кассиана, св. Диадоча Фотикийского, св. Симеона Нового Богослова, св. Исаака Сирина, а в более близкое к нам время – у св. Софрония Сахарова и св. Силуана Афонского.

Явления богооставленности описаны в святоотеческой литературе и расцениваются как закономерный этап духовной жизни, приводящий, как правило, к дальнейшему духовному росту, становлению более зрелой религиозной веры. Более зрелая религиозная вера, возникающая после пережитого кризиса богооставленности, оказывается основанной на осознанном и глубоком доверии к Богу как Промыслителю нашего спасения. Состояния богооставленности были описаны и в Ветхом завете в книге Иова, когда он переживал молчание Бога, не получая ответа. Опыт св. Симеона Нового Богослова и св. Силуана Афонского соответствует самым многочисленным случаям, когда чувство покинутости Богом следует за ярчайшим первоначальным опытом благодати, переживаемым в полноте как видение Бога.

Силуан Афонский во время молитвы перед иконой Спасителя пережил краткое мистическое явление Спасителя, наполнившее его душу светом, вслед за которым мир и радость, которые он носил в сердце, угасли и уступили место смятению, затем мрачности, подавленности и отчаянию. Он очень часто говорит о страдании, которое приносит ему эта потеря: «Когда душа, которую взыскал Господь и дал ей Свою благодать, по какой-нибудь причине потеряет ее, то сильно скорбит по ней». «О, братья, если бы вы могли разуть томление души, которая носила Духа Святого, а потом потеряла Его. Томление это нестерпимо.

Душа тогда в неопишумемой скорби и печали». Эта скорбь принимает вид великой печали, подавленности, сокрушения, темноты, сухости, которые наполняют душу и контрастируют с радостью, умиротворенностью, сладостью и светом, сопровождающимися присутствием благодати. Св. Силуан прибегает к разного рода образам, чтобы выразить скорбь, уныние и сокрушение, вызванные в нем чувством богооставленности и утраты благодати. В частности, он сравнивает свое внутреннее состояние с состоянием маленького ребенка, потерявшего мать, или с состоянием родителей, потерявших возлюбленное чадо, но чаще всего – с состоянием Адама, изгнанного из Рая. Утрату благодати св. Силуан связывает со своей виновностью, своей недостойностью, своими грехами, своим страстями и дурными помыслами.

Св. Силуан тоже усматривает в богооставленности форму божественной педагогики. Христос, прежде всего, хочет научить душу смирению, показывая невозможность вновь обрести благодать своими силами. Господь хочет научить душу терпению, укрепить ее упование (Архимандрит Софроний Сахаров, 2011).

Исаак Сирийский пишет, что богооставленность появляется и по не зависящим от человека причинам. В частности, периоды оставленности, упадка, помрачения и отчаяния бывают у подвижников, живущих в безмолвии. В этом случае причина – неисповедимый Промысел Божий: «В то время как бываем в омрачении, не будем смущаться, особенно если причина этому не в нас. Приписывай же это Промыслу Божию, действующему по причинам, известным одному только Богу. Ибо в иное время душа наша задыхается и бывает как бы среди волн, и, читает ли человек Писание, совершает ли службу, во всяком деле, каким бы ни начал заниматься, принимает он омрачение за омрачением. Он оставляет молитву и не может даже приблизиться к ней. Он совершенно неспособен представить, что наступит изменение, и он опять будет в мире. Этот час исполнен отчаяния и страха, надежда на Бога и утешение веры в Него совершенно отходят от души, и вся она всецело исполняется сомнения и страха... Во времена этих искушений, когда так помрачен человек, он должен пасть на лицо свое в молитве и не вставать до тех пор, пока не придут к нему с неба сила и свет, который поддержит сердце его в несомненной вере». Еще один совет – читать Священное Писание и «книги учителей», т. е. писания святых отцов. Но бывает такая степень оставленности и помрачения, при которой человек не находит в себе сил ни читать Писание, ни молиться. На этот случай Исаак Сирийский дает следующий совет: «Если не имеешь ты силы совладать с собой и пасть на лицо свое в молитве, накрой голову мантией своей и спи, пока не пройдет для тебя этот час омрачения; только не выходи из келии своей» (Исаак Сирийский Ниневийский, 2008).

В римско-католической церковной традиции богооставленность описывается как «темная ночь души», как духовный кризис на пути к единению с Богом, подобный описанному св. Иоанном Креста. Хотя этот духовный кризис обычно временный, он может длиться долго. «Темная ночь» святого Павла Креста в 18 веке длилась 45 лет, после чего он, в конце концов, выздоровел. Темная ночь Св. Терезы Калькуттской, чье собственное имя в религии она выбрала в честь святой Терезы, «может быть самым обширным подобным случаем в истории», продолжавшимся с 1948 года почти до её смерти в 1997 году, лишь с краткими перерывами в облегчении, согласно её письмам.

Из дневников и переписки матери Терезы Калькуттской:

«Невыносимая оставленность – тьма, которую и описать невозможно, одиночество, постоянная тоска по Богу и боль, раздирающая сердце. Темень такая, что я и в самом деле ничего не вижу, ум, сердце, все слепо. В душе вместо Бога пустота, Его нет во мне. Все, что чувствую, что Ему я не нужна, Его здесь нет. Все во мне кричит, а в ответ ничего – боль и мука такая, что описать

невозможно. В душе жуткая пустота, кажется, будто Бог меня совсем оставил. Страданиям не видно конца, но Ему я не нужна, отвергнута, так пусто: ни веры, ни любви, ни рвения. Тоска по Богу невыносима, и тьма сгущается, тягостное смятение в душе... Даже там, на самом доньшке души – ничего, только тьма и пустота, мучительная боль, которая не проходит. Небеса – пустое место, я вообще не думаю о небе, зачем, если нет надежды. В сердце нет ни веры, ни любви, ни упования, только много боли – от одиночества, от того, что я не нужна. Больше не могу молиться, молитва не связывает меня с Богом. В работе – ни радости, ни рвения, ни смысла. У меня нет веры, я больше не верю» (Мать Тереза, 2010).

Необходимо подчеркнуть, что некоторые кризисы веры настолько тяжелы, что требуют особой духовной поддержки. В ряде случаев существует пересечение между переживанием богооставленности, как выражением специфической формы религиозного кризиса, и депрессивным состоянием с утратой смысла жизни и чувством духовной пустоты (Büssing A., 2022).

Многие духовные переживания, встречающиеся в нормальной духовной религиозной жизни, в период болезни приобретают особо мучительный патологический характер. Так, эсхатологические переживания и мысли об Апокалипсисе, свойственные нормальному религиозному сознанию, в болезненном состоянии приобретают характер бредовой убежденности в конце света, когда больной целиком поглощен этими переживаниями и видит вокруг себя признаки уже наступившего конца света, сопровождающиеся галлюцинациями, состояниями нарушенного сознания, страхом и бредовым поведением (Копейко Г.И. с соавт., 2021).

В специальной медицинской (психиатрической) литературе 20-го века встречаются отдельные упоминания и краткие описания феномена богооставленности у психически больных W.Schulte (1954), G. Hole (1989).

В последние десятилетия в работах англоязычных психиатров много исследований посвящено изменению образа Бога при психических расстройствах. При бредовых, депрессивных, шизофренических психозах изменяется представление пациентов о Боге: образ Любящего Спасителя трансформируется в холодного и строго Судью (Pargament et al., 1998).

В отделе Особых форм психических расстройств ФГБНУ НЦПЗ за 30 лет наблюдения пациентов с религиозным мировоззрением и психическими заболеваниями проявления чувства богооставленности наблюдались достаточно часто. Как показал анализ, указанный феномен встречается в подавляющем большинстве у пациентов с религиозным мировоззрением при депрессии, тяжелых депрессивно-бредовых состояниях и хронических дистимиях с явлениями моральной ипохондрии.

Обычно больные описывают это состояние как то, что Бог их не слышит, отвернулся, оставил. Особенно остро описывают больные свои переживания во время молитвы. Так, меняется молитвенное состояние, теряется молитвенная связь с Богом, пациенты испытывают «окамененное бесчувствие», «механичность молитвы» или сухость в молитве, потерю живого отклика от Бога или чувство, что «молитва не доходит до Бога». В такие периоды происходит изменение образа Бога – в отличие от ранее воспринимаемого Бога как милосердного, всепрощающего, любящего, Он начинает представляться безразличным, холодным, молчаливым, равнодушным, реже – наказующим. При этом пациенты сообщают, что у них оказывается потерянным сам смысл существования, потеряно самое главное в жизни – Вера в Бога и надежда на Спасение и Промысл Божий, и «в жизни их ничего не держит».

Обращает на себя внимание крайне высокая субъективная значимость подобных переживаний, воспринимаемая с мучительной болью в душе и потерей

смысла существования. Пациенты чувствуют себя духовно неполноценными, ущербными, имеющими неисправимый духовный дефект. В некоторых случаях чувство богооставленности сопровождается чувством греховности и мыслями о наказании Богом. В некоторых случаях пациенты поглощены переживаниями собственной вины из-за «гордости», «собственной самости», в которых они винят себя и которые невозможно исцелить молитвой и духовными таинствами, потому что «Бог отвернулся» и не дает исцеляющей благодати.

При этом имеет место патологическая религиозность и чрезвычайно высок суицидальный риск депрессивных пациентов с феноменом богооставленности, так как в данном состоянии пропадают базовые смысловые ценности, и Вера утрачивает свою протективную антисуицидальную роль.

Заключение. Как показал проведенный анализ, феномен богооставленности может представлять собой целый спектр состояний от духовно-мировоззренческого кризиса до болезненного состояния с различным спектром тяжести психопатологических расстройств: сверхценных переживаний, анестетических и деперсонализационных непсихотических депрессий, а также бредовых состояний в рамках психотического депрессивно-бредового приступа.

Феномен богооставленности требует дальнейшего клинико-психопатологического изучения, междисциплинарного осмысления для правильного и своевременного оказания психиатрической, психотерапевтической помощи и адекватной тактики пастырского душепопечения.

Использованная литература:

1. Архимандрит Софроний (Сахаров). Преподобный Силуан Афонский. 3-е изд. // Сергиев Посад: Свято-Троицкая Сергиева лавра, 2011. С. 528.
2. Исаак Сирийский. Слова подвижнические // Сергиев Посад: Свято-Троицкая Сергиева Лавра, 2008. С. 632.
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. 7-12.
4. Мать Тереза. Будь мой светом: дневники и переписка матери Терезы Калькуттской (пер. с англ.) // Книжный клуб, 2010. С.416.
5. Büssing A. Das Erleben geistlicher Trockenheit // Nervenheilkunde. 2022. No. 41. P. 835–845
6. Hole, G. (1989). Schuld und Schuldgefühle. In W. Pöldinger, W. Wagner (Hrsg.), Aggression, Selbstaggression. Familie und Gesellschaft. 1989. P. 82-96.
7. Pargament K.I. The psychology of religion and coping: Theory, research, practice // New York: Guilford press, 2001.
8. Schulte, W. Das Glaubensleben in der melancholischen Phase // Der Nervenarzt, 1954. No 25(10). P. 401-407.

Сравнительно-возрастные особенности депрессий

Аннотация: Клиническая картина депрессий в различных возрастных группах имеет существенные отличия. Возраст вносит значительный вклад в видоизменение депрессивных проявлений. В докладе изложены основные клинико-психопатологические особенности депрессивных состояний в раннем детском, юношеском, старческом возрастах. Приведено описание особенностей и характерных черт депрессий для каждого возрастного периода. Знание особенностей депрессии и ее клинических проявлений в каждом возрастном периоде играет важную роль для своевременного распознавания болезни, правильного лечения и медикаментозного и психолого-психиатрического подходов, особых для каждой возрастной группы форм духовной поддержки.

Ключевые слова: депрессия, возрастные особенности, влияние возрастного фактора, клинические проявления, психопатологические особенности, тактика пастырского душепопечения.

Выделение возраста как особого фактора, оказывающего модифицирующее влияние на клиническую картину болезни, известно давно. Так, уже в XVI-XVII веках как отдельная наука начала формироваться медицинская специальность, изучающая детский возраст – педиатрия, а в XVIII веке – гериатрия, изучающая процессы старения. С течением времени и в психиатрии, как в одном из направлений медицины, укрепилось выделение психиатрии детского и подросткового возраста, геронтопсихиатрии, а также психиатрии, изучающей психические расстройства зрелого возраста. Такое выделение оправдано не только в связи с наличием существенных возрастных физиологических и нейробиологических особенностей, но и из-за наличия патопластического влияния каждого возрастного этапа на клиническую картину психической патологии.

Видоизменение клинической картины аффективных состояний в психиатрии в зависимости от возраста пациента требует пристального внимания. Известно, что характерные возрастные проявления депрессии приобретают утрированный, порой гротескный характер, что безусловно затрудняет правильную их диагностику. Поэтому знание возрастных особенностей проявлений депрессии имеет огромное значение для своевременного выявления и правильной диагностики симптомов болезни (Тиганов А.С., 2012).

Исследования последних десятилетий показали, что появление депрессивных расстройств у маленьких детей не является новостью. Еще Е. Кгаерелін в начале XX века писал о начале болезни в возрасте 10 лет. В настоящее время в научной литературе встречаются описания депрессивных состояний у детей раннего детского возраста. Исследователи подчёркивают, что депрессии в детском возрасте встречаются чаще, чем диагностируются. Для маленьких детей характерны нарушения, затрагивающие соматовегетативный уровень реагирования (Ковалев В.В., 1995). Характеризуя депрессивные проявления у детей, необходимо подчеркнуть ряд возрастных особенностей. К ним относятся: мозаичность клинической картины, которая обусловлена сочетанием психопатологических симптомов с теми или иными формами нарушенного развития психических функций, а также тесной спаянностью психических расстройств с неврологическими нарушениями, что позволяет говорить о едином психоневрологическом симптомокомплексе. Поэтому проблемы у маленьких детей чаще всего оказываются в поле зрения педиатра и невролога. Для

аффективных расстройств детского возраста характерна рудиментарность. Незавершенность и парциальность разнообразной психоневрологической симптоматики проявляется вследствие незрелости психических функций и всех морфофункциональных систем головного мозга. Для клинических проявлений депрессий у детей характерны транзиторность и волнообразность. Так, кратковременные непродолжительные болезненные эпизоды могут перемежаться с длительными «спокойными» промежутками между ними. Отличительными особенностями депрессии младенческого и раннего возраста являются нарушения поведения в диаде «мать-дитя» и сопутствующий депрессии общий психический дизонтогенез по дефицитарному, искаженному, диссоциированному или задержанному типу. Симptomатике детской депрессии свойственна изменчивость под воздействием внешней среды, а также частое несоответствие между поводом и выраженностью эмоциональных реакций (Башина В.М., 1989; Голубева Н.И., Козловская Г.В., Калинина М.А., 2005).

Для клинической картины младенческих депрессий характерно сниженное настроение с периодами ухудшения состояния и появлением плача после сна. У ребенка отмечаются несвойственные вялость, отсутствие интереса к игре, общению и даже еде. Тревожный аффект проявляется выраженным беспокойством, хаотичными движениями малыша, не связанными с внешними событиями, нарастанием интенсивности и длительности периодов плача, особенно после сна. Нарушается нормальный цикл сна-бодрствования, появляются выраженные проблемы со сном в целом: трудность засыпания в вечернее время или инверсия сна. Дети отказываются от грудного вскармливания, теряют в весе. Развиваются соматовегетативные нарушения, отмечается ослабление иммунных реакций. В результате депрессивных проявлений отмечается задержка формирования когнитивных навыков. Особым видом детских депрессий является «анаклитическая депрессия», которую описал Рене Шпиц, австро-американский психиатр, для обозначения реакции младенца на разлуку с матерью. Он обнаружил, что дети, попадая в больницу или детский дом и теряя в результате контакт с матерью, становились крикливыми, а потом отказывались от контактов с окружением, теряли вес, плохо спали и болели. Это состояние прекращалось, если появлялась мама или удавалось найти ей замену (Голубева Н.И., Лобачева М.В., 2019).

Важным отличием детских депрессий (старше 4 лет и младший школьный возраст) является психогенный запуск. Это нарушения внутрисемейных отношений с родителями, близкими и/или результат перегрузки. Основными проявлениями депрессии у таких детей являются соматические жалобы, которые оказываются столь выраженными и массивными, что порой только они и определяют клиническую картину и заслоняют само депрессивное настроение. Дети жалуются на сердцебиение, головокружение, тошноту, головную боль, боли в животе, спине, ногах, руках, сердце и т. д. Такие проявления депрессии с большим удельным весом вегетативно-соматических расстройств в структуре детских депрессий (нарушения пищеварения, бессонница, зуд, головные боли, замедленная моторика, плаксивость, отсутствие интересов) отмечала один из основателей детской психиатрии Г.Е.Сухарева, описав тем самым так называемую ларвированную (маскированную) детскую депрессию (Сухарев Г.Е., 1974). Для детей характерно преобладание аффекта тревоги и страха при отсутствии жалоб на тоску, которые нарастают, как правило, в вечернее и ночное время. Неопределенная, беспредметная тревога, может сопровождаться общим беспокойством и перерасти в конкретный страх: остаться одному, потерять маму, страх, что мама не придет за ним. Такие фобии очень близки к физиологическим страхам и сопровождаются поведенческими нарушениями.

Характерным и часто встречающимся симптомом также является повышенная слезливость, постоянная готовность к плачу, повышенная аффективная возбудимость.

Значительное место среди больных депрессиями занимают юноши. В юношеском возрасте особое значение имеют нейрогормональные процессы, приводящие к резким перестройкам гипоталамо-гипофизарно-гонадной и гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой систем. Эти изменения выражены настолько сильно, что получили название «гормональной бури» или «взрыва». В головном мозге продолжается пролиферация глиальных клеток, идет бурный рост числа контактов между нервными клетками, наблюдается увеличение их плотности, а также завершается развитие функциональной асимметрии полушарий. На фоне значительных биологических перестроек в юношеском возрасте происходит формирование комплекса сложных психологических реакций и возникновение расстройств, соответствующих эмоционально-идеаторному уровню нервно-психического реагирования. Возрастная перестройка мышления, изменение поведения, эмоциональная нестабильность в сочетании с недостаточностью психосоциальной зрелости вызывают опасность в реализации суицидальных тенденций. Все эти предпосылки способствуют формированию особых клинических типов депрессивных состояний, свойственных юношескому возрасту (Цуцурьковская М.Я., Копейко Г.И., Олейчик И.В., Владимирова Т.В., 2003).

В клинической картине депрессивных состояний в юношеском возрасте преобладают безразличие, апатия, скука или угрюмо-раздражительный фон настроения. В состоянии часто представлены две разновидности аффекта, например, безразличие или апатия, сменяющаяся тревогой. Особенно часто в юношеских депрессиях встречаются когнитивные расстройства. Затруднение усвоения и запоминания учебного материала, повышенная отвлекаемость приводит к снижению успеваемости в школе. Подросток не может сосредоточиться, «собраться», сдать необходимые дисциплины в учебном заведении. Появляются учебные задолженности, что также оказывает негативное влияние на состояние в целом, и настроение снижается еще сильнее. Такие состояния обозначают как депрессии с картиной юношеской астенической несостоятельности. Проявления тревоги в структуре юношеских депрессивных состояний встречаются чаще всего в рамках психастеноподобных депрессий. В клинической картине доминируют робость, неуверенность в себе, застенчивость. На фоне сниженного настроения и трудностей с общением возникают явления социальной фобии. Такие состояния часто сопровождаются идеями малоценности и самоуничтожения (Олейчик И.В., 2011).

Изменения процессов мышления в юношеском возрасте создают предпосылки для формирования сверхценных расстройств. Пристальное внимание к своей внешности, свойственное юношам, может перерасти в мысли о наличии дефекта внешности. Озабоченность по поводу своего облика, физического развития тела, поиски «недостатка» внешности в сочетании с депрессивным фоном настроения развиваются в рамках дисморфофобических депрессий. Размышления юноши могут захватить экзистенциальные мысли. Поиски смысла жизни на фоне депрессивного аффекта превращаются в идеи о бессмысленности существования, неизбежности смерти. Переживания утраты смысла бытия, которыми охвачен подросток, заслоняют всю остальную жизнь, сопровождаются сниженным настроением с формированием особого депрессивного мировоззрения. Такие состояния, особенно свойственные юношескому возрасту, обозначаются как метафизические депрессии (Олейчик И.В., Владимирова Т.В., 2005).

Юношеские депрессии с психопатоподобными расстройствами проявляются нарушениями поведения. Стремление к самостоятельности сочетается с игнорированием авторитетов, утрированной оппозицией к старшим, родителям и учителям, с протестом по отношению к традиционным ценностям в обществе. В таких состояниях юношам свойственна неравномерность и противоречивость влечений, склонность к делинквентному поведению, конфликтность на фоне сниженного настроения с раздражительностью, дисфоричностью и недовольством окружающими в целом (Мелешко Т.К., Критская В.П., Олейчик И.В., Копейко Г.И., 2007).

Процессы старения также оказывают существенное влияние на клинические проявления депрессивных состояний. Предрасположенность больных пожилого возраста к возникновению депрессивных расстройств выше, по данным разных авторов, в 2-3 раза, чем у молодых людей. Это определяется, в первую очередь, специфическими биологическими факторами старения и прогрессирующим старением мозговых структур. Гормональная и метаболическая перестройки организма, происходящие в пожилом возрасте, отражают возрастные физиологические изменения в организме. Немаловажную роль играют также соматическая и органическая патологии, на фоне которых возникают вторичные депрессии. Исследователи также обращают внимание на наличие так называемых малых, «подпороговых» форм депрессивных состояний у пожилых, которые широко распространены в амбулаторной и общей медицинской практике, и могут не попадать в поле зрения психиатра. Массивная непсихотропная терапия хронических болезней, огорчения и потери, присущие этому возрастному периоду, социальная изоляция – все эти факторы являются предпосылками для развития депрессии в позднем возрасте (Сафарова Т.П., Яковлева О.Б., Шипилова Е.С., 2015).

Клинические проявления депрессий позднего возраста также имеют ряд существенных отличий. Патопластическое влияние старения проявляется наличием специфических возрастных особенностей депрессий. На фоне общей подавленности, упадка побуждений и инициативы, мрачных размышлений, чувства вины, расстройств сна, снижения аппетита и массы тела возникает характерный для позднего возраста комплекс симптомов – это тревога, ипохондрия, а также присоединяются особые, свойственные пожилым, бредовые расстройства в структуре депрессивного состояния. Для тревожно-ажитированной депрессии характерно сочетание подавленности с переживанием страха и явлениями двигательного возбуждения от уровня внутреннего беспокойства до резко выраженных приступов ажитации. У таких больных особенно ярко выражено беспокойство по различным поводам, нарушения сна с трудностями засыпания, частыми просыпаниями среди ночи, ранним пробуждением. Тревога касается простых бытовых проблем и может затрагивать любые сферы жизнедеятельности пожилого человека. Ипохондрическая депрессия также характеризуется наличием тревоги и подавленности, к которым присоединяются опасения за свое состояние здоровья. Внимание больных фиксировано на проявлениях самого депрессивного синдрома – на нарушениях функции кишечника, расстройствах аппетита, снижении массы тела. Эти симптомы обычно становятся содержанием канцерофобии. Переживания также могут быть связаны с симптомами реально существующих хронических заболеваний, а также сочетаться с различными патологическими ощущениями и алгиями (сенестопатиями и сенестоалгиями). Характерной особенностью этих клинических разновидностей депрессии является тенденция к трансформации ипохондрических опасений в нигилистический бред, который представляет собой ипохондрические мысли крайней степени выраженности. Больным кажется, что

их органы отказывают, появляются идеи о гибели заживо. Депрессивно-бредовые состояния у пожилых сопровождаются появлением на фоне депрессивного аффекта характерных для пожилого возраста бредовых расстройств. Больным кажется, что родственники или люди из их ближайшего окружения портят их вещи, царапают мебель, воруют и т.д. Они замечают, что кто-то проникает в их комнату, переставляет вещи с положенных мест, обнаруживают пропажу того или иного предмета. Бредовые нарушения включают в себя широкий спектр возрастной тематики – идей вины, ущерба, унижения, греховности, наказания. Их выраженность в отдельных случаях может достигать мегаломанических нигилистических и меланхолических переживаний. В пожилом возрасте также встречаются апатические депрессии. Для таких состояний характерен подавленный фон настроения с малой выраженностью или полным отсутствием аффекта тоски, снижением витального тонуса и неглубокими явлениями моторной и идеаторной заторможенности, проявляющейся в основном в виде ощущений вялости, слабости и бессилия (Концевой В.А., Медведев А.В., Яковлева О.Б., 2005).

Одной из важных особенностей депрессивных состояний в целом в позднем возрастном периоде является наличие психоорганических симптомов или состояния «депрессивной псевдодеменции» или «обратимой деменции». Клиническая картина таких состояний проявляется снижением памяти, обеднением речи, трудностями ориентировки, неполным осмыслением ситуации, беспомощностью, эпизодическими состояниями спутанности в ночное время с последующей их амнезией. В большинстве случаев эти расстройства обратимы, они исчезают при уменьшении выраженности депрессии. Кроме того, у пожилых пациентов часто отмечается нарушение поведения в виде проявлений психопатических черт. Больные становятся капризными, выражают недовольство по любому поводу. Такой фон настроения оценивается как дистимический, а при наиболее тяжелых состояниях статус больных приобретает грубый истероформный оттенок с психомоторным возбуждением (Концевой В.А., Медведев А.В., Яковлева О.Б., 2007).

Выделение возрастных особенностей депрессий имеет важное значение для разработки критериев прогноза и принципов терапии депрессии. Знание возрастных особенностей депрессивных состояний позволяет своевременно распознавать эти расстройства, что чрезвычайно актуально как для психолого-психиатрической помощи, так и для пасторского душепопечения. Указанные психопатологические особенности депрессий требуют различного медикаментозного и психотерапевтического подходов, а также особых специфических для каждой возрастной группы форм духовной поддержки.

Использованная литература:

1. Башина В.М. Ранняя детская шизофрения (статика и динамика) // М.: Медицина. 1989. С. 43-67.
2. Голубева Н.И., Козловская Г.В., Калинина М.А. Депрессивные состояния в раннем детском возрасте // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. М. 2005. № 11. С.16-20.
3. Голубева Н.И. Клинико-динамические особенности депрессивных расстройств раннего детского возраста в онтогенетическом и клинико-биологическом аспектах. Клинико-биологические, психологические и социальные аспекты психических расстройств у детей и подростков. Сборник материалов Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвященная 100-летию со дня рождения профессора М.Ш. Вроно. Под ред. Н.В. Симашковой. 2018. С.122-123.

4. Голубева Н.И., Лобачева М.В. К особенностям аффективных нарушений в детстве // Психиатрическая наука в истории и перспективе Материалы Юбилейной Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвященной 75-летию Научного центра психического здоровья М. 2019. С. 85-87.
 5. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста: Рук. для врачей. 2-е изд., перераб. и доп // М.: Медицина, 1995. С. 558.
 6. Козловская Г.В. Со авто. Психические нарушения в детском возрасте. Психическая депривация// Тверь. 2020. С.208.
 7. Концевой В.А., Яковлева О.Б. Актуальные аспекты проблемы депрессий позднего возраста // Социальная и клиническая психиатрия. 1995. С.436.
 8. Концевой В.А., Медведев А.В., Яковлева О.Б. Депрессии и старение. Депрессии и коморбидные расстройства // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1997. № 2(49).С.114.
 9. Мелешко Т.К., Критская В.П., Олейчик И.В., Копейко Г.И. Патопсихологические особенности больных с эндогенными депрессиями юношеского возраста // Психиатрия. 2007. №6(30). С. 17-25.
 10. Олейчик И.В. Психопатология, типология и нозологическая оценка юношеских эндогенных депрессий (клинико-катамнестическое исследование)// Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2011. №111(2).С.10-18.
 11. Сафарова Т.П., Яковлева О.Б., Шипилова Е.С. Возрастные особенности клиники, течения, и терапии депрессивных фаз при рекуррентных депрессиях и биполярных аффективных расстройствах. XVI Съезд психиатров России. Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием "Психиатрия на этапах реформ: проблемы и перспективы". 2015.С.71-72.
 12. Сухарева Г. Е. Лекции по психиатрии детского возраста (Избранные главы) // М. 1974.С.183—288.
 13. Тиганов А.С. Аффективные синдромы // Руководство по психиатрии. Под ред. 14. А.С.Тиганова. М.:Медицина. 2012.№1.С.40-46.
 15. Цуцуйковская М.Я., Копейко Г.И., Олейчик И.В., Владимирова Т.В. Роль психобиологических характеристик юношеского возраста в формировании клинической картины депрессии и особенностях терапии // Психиатрия. 2003. №5(5). С. 21-28.
- Шевченко Ю.С. Детская и подростковая психиатрия: Клинические лекции для профессионалов. 2-е изд. М.:МИА. 2017. С.1124.

Особенности построения Исповеди людей, страдающих депрессией

Аннотация: В докладе представлены основные особенности депрессивных расстройств, описаны некоторые характерные признаки депрессии, заметные по внешнему виду человека, а также те, которые содержатся непосредственно в самих высказываниях пациента, и с которыми может столкнуться каждый священнослужитель в своей практике. Помимо этого освещены некоторые типичные ошибки, которые может допустить священник при неверном подходе к построению исповеди душевнобольного человека, а также содержатся подробные рекомендации о том, как строить общение с человеком в состоянии депрессии, способствовать избавлению его от ложных представлений о духовной жизни и заблуждений относительно возможного лечения, как поддержать и ободрить больного депрессией.

Ключевые слова: исповедь душевнобольного, пастырское душепопечение, депрессия, суицидальные тенденции.

Депрессия – одно из самых распространенных психических нарушений: по статистике ВОЗ, только клинической депрессией больны более 260 млн. человек в мире. Священнику часто приходится взаимодействовать с людьми, страдающими депрессией, которые обращаются к нему с просьбой помолиться, за советом или свидетельством на таинстве Исповеди. Нередко он первым понимает, что человек, доверивший ему сокровенное своей души, болен психическим расстройством. Поскольку депрессия – заболевание опасное, чреватое суицидом, очень важно отнестись к духовному состоянию кающегося внимательно, чутко, чтобы не только уделить ему достаточное время, но, если потребуется, и оказать необходимую помощь.

Однако при этом духовнику следует неукоснительно руководствоваться принципом «не навреди» и осознавать высокую степень ответственности за пастырское душепопечение больного человека. А для этого необходимо обладать соответствующими знаниями, иначе можно совершить ошибки, которые приведут к печальным последствиям в жизни и без того страдающего человека. Вот почему священник должен понимать, что депрессия – это самая настоящая психическая болезнь, с которой сам больной без помощи извне при всем его желании почти ничего не может поделать.

Выделяют несколько форм депрессии разной степени тяжести, но основные ее признаки при всех формах совпадают. К ним относятся сниженное (угнетенное, подавленное, тоскливое, тревожное, безразличное) настроение и частичная или полная утрата способности получать удовольствие. Обычно основным признакам сопутствуют те или иные из таких симптомов, как заниженная самооценка, потеря интереса к жизни и привычной деятельности, заметное снижение или утрата трудоспособности, безосновательное чувство вины, пессимизм, нарушение внимания, апатия, усталость, отсутствие энергии, расстройства сна и аппетита, суицидальные тенденции. У верующих людей к ним порой добавляется страх бесоодержимости.

Перечисленные симптомы позволяют обозначить наиболее уязвимые места больного, страдающего депрессией. Сразу подчеркнем: священнику важно всегда помнить, что главная опасность при депрессии – суицидальное поведение, угроза самоубийства.

О том, что человек страдает депрессией, можно понять как по его внешнему виду, так и по тому, что он говорит на Исповеди:

- лицо чаще всего малоподвижное или неподвижное, вялое, с отсутствием мимики;
- взгляд, обращенный «в себя», напряженность глаз;
- речь без эмоциональной окраски, неуверенная, ее подвижность снижена, темп замедлен;
- человек зажат, движения скованные, напряженные, напряжено и тело;
- в одежде преобладают темные цвета, украшения и косметика отсутствуют, нередко человек выглядит неряшливо;
- на Исповеди человек говорит о печали, унынии, отчаянии, ощущении богооставленности, «окамененном нечувствии», тревожности, страхе смерти, бессилии, о постоянном желании «прилечь и расслабиться», апатии, «отупении», отсутствии интереса к жизни, о наплыве тяжелых мыслей, часто связанных с нежеланием жить, нарушениях сна и аппетита, о неприятии супружеских отношений и попытках оставить семью, учебу, работу.

По поводу любого из перечисленных признаков надо задать уточняющий вопрос и при необходимости начать доверительный диалог, причем затрагивать ту или иную тему следует с осторожностью.

* * *

Священник, который не воспринимает депрессию как серьезное заболевание, может совершить существенные ошибки, характерные для неверного подхода к построению Исповеди, а именно:

- неприятие и непонимание сути слов кающегося человека о бессилии, «окамененном нечувствии» и «пустоте внутри души», его «жалоб на жизнь». Это с высокой вероятностью приведет к усилению у больного чувства неполноценности, вины и одиночества;
- отношение к депрессивному больному как к здоровому человеку, навязывание ему общепринятых духовных рекомендаций;
- попытка заставить больного вести образ жизни здорового человека;
- упреки, унижения, стремление любыми способами его «смирить»;
- сочувственное согласие священника с утверждениями о серости, пустоте и бессмысленности жизни, соболезнование в ответ на депрессивные мысли, признание, что «я и сам устал». Такое отношение способно вызвать у кающегося болезненный резонанс, вплоть до обострения суицидальных настроений: «Раз священник тоже унывает, значит, и Церковь бессильна мне помочь». А священник, весьма возможно, просто не имеет никакого представления о разнице между обычной печалью и гнетом депрессии. Важно знать, что даже среди самых близких больного едва ли найдется тот, кто в достаточной мере понимает его состояние, и человек возлагает свою последнюю надежду на Церковь. Но отчаявшись встретить понимание даже во «врачебнице душ» (свт. Иоанн Златоуст. Беседы на Книгу Бытия. Беседа 32), он невольно думает: «Если меня не понимают и в Церкви, как жить дальше? И вообще, зачем жить?!»

* * *

Крайне важно, чтобы все высказывания и замечания духовника, любая полемика с душевно ослабленным человеком ни в коем случае не породили и не усилили мысли, подталкивающие к суициду.

Конечно, при удобном случае вопрос по поводу мыслей о самоубийстве так или иначе следует задать. При этом необходимо спокойно, но твердо, без выражения ужаса или критики донести до человека мысль об абсолютной недопустимости самоубийства, а если у него уже были суицидальные намерения или попытки, помочь ему принести покаяние.

При наличии такого рода мыслей и действий в прошлом, особенно недавнем, священник обязан бить во все колокола, стараясь убедить и самого больного, и его родственников в необходимости неотложного психиатрического лечения. Сказать об экстренной психиатрической помощи необходимо и тогда, когда явных суицидальных намерений и действий еще не наблюдается, но такие настроения присутствуют, становясь устойчивым фоном жизни человека. В любом случае нужно помочь ему дистанцироваться от подобных мыслей, постараться придать им статус «помыслов», всеваемых от лукавого духа и абсолютно неприемлемых.

«Самоубийцы, пред самоубийством своим, совсем не знают, что около них стоит гадкий злой дух, понуждая их убить тело, разбить драгоценный "глиняный сосуд", хранящий душу до сроков Божьих. И советует этот дух, и убеждает, и настаивает, и понуждает, и запугивает всякими страхами: только чтобы человек нажал гашетку или перескочил через подоконник, убегая от жизни, от своего нестерпимого томления... Человек и не догадывается, что "нестерпимое томление" не от жизни, а от того, от кого и все мысли, "обосновывающие" убиение себя. Человек думает, что это он сам рассуждает, и приходит к самоубийственному заключению. Но это совсем не он, а его мыслями говорит тот, кого Господь назвал "человекоубийцей искони". Человек только безвольно соглашается, невидимо для себя берет грех дьявола на себя, сочетается с грехом и с дьяволом... Все ли люди, спасшиеся от убиения себя или от какого-либо другого греха, понимают, что около них стоял (а может быть, и еще стоит, или иногда к ним приближается) отвратительный злой дух, существо, обнаруживаемое только некоей духовной чуткостью и обостренным духовным вниманием?» (архиеп. Иоанн (Шаховской). «Семь слов о стране гадаринской»).

«В болезни не желай себе смерти, это грешно» (прп. Пимен Многоболезненный Печерский).

* * *

У депрессивных больных часто встречается тип поведения, который некоторые авторы называют «медленным (иногда – отложенным) самоубийством». Это саморазрушительные греховные пристрастия – различные зависимости от алкоголя, наркотиков, пищи и т.п.

При общении с таким зависимым от священника требуется особая осторожность и понимание того, что подобными способами больной пытается смягчить невыносимую душевную боль. Строгие оценки, выговоры и наказания могут стать последней каплей, переполнившей чашу представлений человека о тупиковости его жизненного пути. Духовнику нельзя становиться причиной возникновения или усиления подобных мыслей. Тем более, он ни в коем случае не должен устрашать кающегося угрозами или «предсказаниями» о возможных последствиях грехов, сопутствующих депрессии. При раскаянии в них следует сказать больному, что существуют различные способы преодоления зависимости и всегда есть реальная возможность от нее освободиться.

Дело осложняется тем, что на фоне мучительного ощущения собственной вины у зависимого возникает ложное представление о невозможности прощения Богом этих грехов и искаженное представление о Боге как о строгом, немилосердном, карающем Судии. Пастырю необходимо, учитывая различные состояния души кающегося, руководствоваться указаниями опытных духовников древности и нашего времени о дифференцированном подходе к таинству Покаяния. Например, прп. Иоанн Лествичник не раз говорил о том, что в состоянии отчаяния необходимо надеяться на неизреченное милосердие Творца. Еще один святоотеческий совет: спасение души совершается на царском пути

между страхом и надеждой. Если страх начинает вводить человека в отчаяние, пастырь обязан помочь ему осознать беспредельность Божия человеколюбия. Ибо Всеведущий Господь, сотворивший наш мир, предвидел все возможные грехи человечества, но при этом Он создал человеческий род не для гибели. Человек не мог быть сотворен с целью его покарать, поэтому никак нельзя допустить мысль, что Богом был предусмотрен какой-то грех, безоговорочно ведущий людей в ад.

Необходимо всегда помнить бесспорное евангельское утверждение: «Бог есть любовь» (Ин. 4:16). И если какая бы то ни было мысль о непростительности своего греха начинает безостановочно тревожить человека, ему нужно снова и снова вспоминать эти слова апостола Иоанна Богослова. Вплоть до того, что написать их на листке бумаги и иметь постоянно перед глазами, равно и в уме. И едва человек услышит нечто устрашающее из уст «псевдоцерковной мудрости» (именно этому «жанру» чаще всего бывают свойственны подобные запугивания), сразу возвращаться к словам «Бог есть любовь».

Даже если человек, основываясь на текстах Священного Писания, самостоятельно пришел к некоему угнетающему выводу, священник должен напомнить ему, что это свидетельствует лишь об одном: «Ты еще не до конца понял смысл прочитанных тобою слов, а также общий дух Писания... Всегда возвращайся в таких случаях к мысли, что Бог есть любовь, и начинай перестраивать все свои умозаключения от этой основы». В этот же арсенал можно включить и другую цитату из Евангелия: «Приходящего ко Мне не изгоню вон» (Ин. 6:35).

Следует лишний раз пояснить, что в таинстве Исповеди прощается любой грех: «Нет греха непростительного, кроме нераскаянного» (прп. Исаак Сирийский. Слова подвижнические. Слово 2. О благодарности Богу, с присовокуплением краткого изложения первоначальных учений).

Нельзя ни обвинять больного, ни поддерживать его убежденность в неизбежном наказании за грех той или иной зависимости – эту убежденность, наоборот, нужно пошатнуть. Сделать это непросто, так как очень часто подобные убеждения и страхи кратно усиливаются прослушиванием проповедей разнообразных интернет-проповедников, которые угрожают зависимым всяческими жуткими карами, чтением популярных псевдохристианских брошюр и книг. Для освобождения человека из ужасного узилища греховной зависимости необходимо учитывать весь опыт Церкви и тексты Священного Писания и Священного Предания (помня, однако, что зачастую они неоднозначны для поверхностного понимания).

* * *

Одна сторона болезни на первый взгляд может показаться неожиданной: депрессию часто сравнивают с унынием, а то и ставят между этими состояниями знак равенства. Действительно, депрессия вполне сопоставима с унынием, которое глубоко и всесторонне рассматривается в аскетической практике. Преподобный Иоанн Лествичник учит, что «уныние есть расслабление души, изнеможение ума, оболгатель Бога, будто Он немилосерд и нечеловеколюбив, <...> всепоражающая смерть» (прп. Иоанн Лествичник. Лествица, или Скрижали духовные. Слово 13. Об унынии и лености).

Отдельный важный пункт Исповеди человека в состоянии уныния – грех хулы на Духа Святого. Святые подвижники, изучившие тончайшие стороны болезненности человеческих душ, утверждают, что страсть уныния теснейшим образом сопряжена с хульными помыслами в адрес Создателя, которые сопровождаются сильным ослаблением веры, вплоть до полного неверия в

существование Бога и духовного мира. Если священник столкнулся с таким случаем, ему лучше не заострять эти проблемы, а просто принять их к сведению как факт Исповеди и в их обсуждение не вступать. Иными словами, не пытаться доказывать вещи, не нуждающиеся в доказательствах. Не исключено, что в будущем, по мере выздоровления человека и при необходимости, станет возможным вернуться к этой теме. Тогда можно будет пояснить, что Церковь ясно говорит: нет такого греха, который невозможно было бы исцелить покаянием. И, согласно словам Афанасия Великого, богохульство вовсе не является каким-то особым исключением из этого правила: «Заметить же надлежит, что Христос не сказал: не отпустится хулившему и покаявшемуся, но хулящему, то есть пребывающему в хуле. Ибо достодолжное покаяние разрешает все грехи» (свт. Афанасий Великий. Из бесед на Евангелие от Матфея. На Мф. 12:31).

Вообще при беседе с кающимся душевнобольным ни в коем случае нельзя декларативно увязывать какие-либо ошибки и прегрешения в его духовной жизни с его болезнью, находить здесь причинно-следственную связь. Напротив, нужно подчеркнуть, что болезнь не является следствием его личного греха. Ведь действительно, порой человек в болезненном состоянии мыслит, говорит, совершает зло в самых разных формах (грешит), так как в нем живет невообразимая боль, а его поступки и слова обусловлены состоянием внутренней безысходности. Важно дать ему понять, почувствовать: в том, что жизнь кажется такой жуткой, пустой, тягостной, бессмысленной, виновна болезнь. В любом случае следует выразить ему свое сопереживание, понимание его страданий и, если позволяют обстоятельства, вместе с кающимся помолиться Богу.

* * *

Основные правила при общении с больным депрессией на Исповеди:

- в первую очередь постараться определить «характеристики» каждого конкретного человека: его образование, круг жизненных интересов и т.п. При этом важно хотя бы приблизительно оценить для себя степень его способности к интеллектуальному восприятию (на текущий момент);
- почти в каждом случае уместны простота и обиходность речи, устоявшиеся словесные обороты, неторопливый темп разговора и даже некоторая мягкость общения. Самый неправильный подход в данном случае – быстрая речь, обилие информации и поспешные переключения с темы на тему;
- учитывать индивидуальные особенности собеседника, а также отслеживать «обратную связь»: контролировать, насколько человек осознает и усваивает то, что ему говорится, и в какой степени это ему интересно, важно, доступно и понятно;
- терпеливо и внимательно отнестись к многообразным сетованиям и болезненным ощущениям, на которые жалуется исповедник, и не игнорировать их как безделицу;
- проявить внимательность, чуткость, осторожность и, несомненно, любовь. Ведь если человек почувствует, что в Церкви его любят, для него это будет означать, что и Господь его любит – любит абсолютно, безоговорочно, безусловно.

* * *

Человек, страдающий депрессией, переживает глубокий внутренний разлад, он окружен множеством травмирующих мыслей и безответных вопросов: «Что со мной происходит? В чем причина? Что мне делать?» Не детализируя каждую отдельную мысль и вопрос, пастырь, тем не менее, может начать «наводить порядок».

Каждый священник знает основные пути духовной жизни, и здесь его опыт подскажет, с чего начать разговор. Приведем один из возможных вариантов начала общения: «Твое состояние – известно. Через такое испытание проходили и проходят многие люди. Святые подвижники говорят, что оно может быть одним из этапов духовного развития, и очень точно описывают подобное состояние и возможные духовные пути его преодоления. Однако не забывай, что человек – это сочетание и единство духа, души и тела. И врачевание человека может и должно происходить на всех этих уровнях».

Поскольку многие люди способны воспринимать духовные наставления не всегда и не сразу, при общении с ними вполне логично начать с тех проблем, которые беспокоят их здесь и сейчас, то есть с душевных и телесных. Именно на этом поле можно посеять зерно надежды, и именно в этот момент очень уместно упомянуть о высоких возможностях современной медицины.

Человек, страдающий депрессией, особенно в тяжелой, а часто – и умеренной форме, нуждается в серьезной психиатрической помощи. И если он ее по тем или иным причинам не получает, то священник просто обязан направить его к врачу, ибо, как уже говорилось выше, на фоне депрессии велика вероятность суицида. Если священник, исповедуя человека, понял, что имеет дело с больным депрессией, он должен направить его к психиатру, чтобы уберечь его жизнь. К сожалению, известны случаи, когда священник считал, что сможет избавить человека от болезни одними лишь духовными путями, а тот совершал самоубийство.

* * *

В связи с рекомендацией обратиться к врачу нередко возникают трудности, так как у многих людей имеются негативные заблуждения относительно медицинской помощи. Эти заблуждения порождаются недоверием психиатрическому лечению и врачам, а также широко распространенными слухам о бесполезности или вреде психотропных препаратов и о бесах.

Заблуждение 1. Недоверие к медицине и нежелание прислушаться к совету о необходимости обратиться к врачу.

Часто человек, нуждающийся в психиатрическом лечении, мотивирует это нежелание так: «Я уже был у психиатра, но никакой пользы от лечения не получил». Затем почти всегда выясняется, что человек не выполнял в точности сделанных ему назначений. Если ему были прописаны лекарства, он либо принимал их на свое усмотрение «по настроению», либо самовольно, не посоветовавшись с лечащим врачом, уменьшал или совсем прекращал прием препаратов.

В этом случае священнику нужно убедить больного в том, что врачу можно и нужно доверять, а также в том, что назначенные ему препараты и другие методы лечения эффективны. Надо объяснить отличие таблеток, «работающих» непосредственно сразу после приема, от тех, что оказывают воздействие после определенного времени, иногда продолжительного, условно говоря – «по мере накопления их КПД». Следует сказать о важности регулярного и последовательного их применения, без чего не достичь устойчивого лечебного результата, а также добросовестного выполнения иных назначений врача. При этом надо сделать акцент на отсутствии привыкания к антидепрессантам,

Необходимо поговорить с больным и о том, что врачам не только можно, но и должно доверять, невзирая на мнение «известных старцев и блаженных стариц». Вопрос тут простой: может ли людское мнение быть выше Священного Писания? Что бы «старцы и старицы» и прочие «авторитеты» ни заявляли, в Библии утверждается, что врачей нужно почитать: «Почитай врача честью по

надобности в нем, ибо Господь создал его, и от Всевышнего – врачевание... Для того Он и дал людям знание, чтобы прославляли Его в чудных делах Его: ими Он врачует человека и уничтожает болезнь его... В болезни твоей не будь небрежен, но молись Господу, и Он исцелит тебя... Дай место врачу, ибо и его создал Господь, и да не удаляется он от тебя, ибо он нужен. В иное время и в их руках бывает успех; ибо и они молятся Господу, чтобы Он помог им подать больному облегчение и исцеление к продолжению жизни» (Сирах. 38:1,6,7,9,12-14).

Заблуждение 2. Негативное отношение к психотропным препаратам.

Чаще всего люди выражают его практически одинаково: «Таблетки, которыми пичкают психиатры, делают человека овощем».

Здесь пастырь может применить двоякий подход. Для начала – вежливо улыбнуться: как известно, во всех глобальных вопросах лучше всего разбираются именно непрофессионалы, то есть люди, которые слышали звон, да не знают, где он. А затем спокойно и ненавязчиво попробовать объяснить принципы комплексного воздействия психотропных препаратов, уподобив его простым и наглядным житейским ситуациям.

К примеру, можно спросить: «Как вы думаете, если человек выбрался полуживым из пустыни и не способен даже к обычным разговорам, а тем более к восприятию духовных советов, то не надо ли его для начала, как в сказке, напоить, накормить да спать уложить? Вот так же и таблетки, которые выписывает психиатр, – поначалу они дают истощенной болезнью нервной системе и измученному мозгу возможность успокоиться, как бы поесть, поспать и восстановиться. Для этого врач назначает точно выверенную дозу препарата. А если не принимать препарат, то ситуация будет подобной той, когда изголодавшийся, не получивший возможности выспаться странник, вышедший из пустыни, продолжает испытывать прежние муки...».

Посредством различных аналогий священник может воззвать к простейшей логике и помочь больному понять, что врачи делают свою работу как профессионалы, в строгом соответствии с научно установленными и проверенными правилами. Но лечение будет успешным только при пунктуальном исполнении медицинских назначений. И тогда «смирением дается благодать» (см. 1 Петр. 5:5), и начинаются позитивные перемены. «Приготавливающий лекарства делает из них смесь, и занятия его не оканчиваются, и чрез него бывает благо на лице земли» (Сирах. 38:8).

Ведь никто не сомневается, что при различных болезнях, например гипертонии, таблетки действуют эффективно, а если их не принимать, то велика опасность возникновения инсульта или инфаркта. Так же и с нашей нервной системой, с мозгом: посредством медикаментозного воздействия им можно оказать огромную помощь. И если при той же гипертонии из-за «недобора» по качеству и/или количеству необходимых препаратов возникают самые серьезные негативные последствия, то и при лечении психотропными средствами необходимо неукоснительно соблюдать схему приема и во всем доверять лечащим врачам, то есть не верить ни чужим досужим суждениям, ни собственным представлениям о «правильности лечения».

Завершая разговор о первых двух заблуждениях, нужно уверенно сказать больному, что в настоящее время психиатрия достигла очень высокого уровня. Она способна оказать конкретную действенную помощь при различных душевных недугах. При соблюдении рекомендаций врача депрессия обычно имеет благоприятное течение. Это очень важная задача пастыря – поселить в человеке надежду на выздоровление.

«Против немощей естества даровано нам от Бога... врачебное искусство. Поскольку всем возмущаемое тело наше подвержено многообразным

повреждениям, и совне приключаящимся, и зарождаемым внутри... то распоряжающий всей нашей жизнью Бог дозволил нам врачебное искусство, которое, в образец душевного врачевания, имеет целью избавлять от излишнего и восполнять недостаточное» (свт. Василий Великий. Правила, пространно изложенные в вопросах и ответах. Вопрос 55. Согласно ли с целью благочестия пользоваться врачебными средствами?).

Заблуждение 3. Депрессия – результат действия бесов.

«Все болезни происходят от бесов, поэтому исцелиться можно только через их изгнание, а таблетки, как известно, на бесов не действуют». Такая точка зрения, увы, весьма распространена, и здесь священнику придется прибегнуть к какому-то авторитетному мнению или воззвать к здравому смыслу. Наиболее яркий пример совпадения авторитета и здравого смысла дает митрополит Антоний Сурожский: на сомнения родственников больного он ответил очень просто: «Если это одержимость, то психиатрическое лечение бесу никаким образом не повредит, а если это просто болезнь, то человек выздоровеет». Свое авторитетное мнение митрополит призвал проверить на практике и только потом делать выводы. Конечно, в подобном случае, чтобы не увязнуть в полемике об «авторитетах», священнику необходимо обладать соответствующими знаниями.

Иногда опорой в этом вопросе может быть мысль о том, что если человеку дорога данная ему Богом личность, включенная в Промысл Божий, то наиболее недопустимое из всего, что может произойти, – это самоубийство. Этот аргумент обращен, в первую очередь, в адрес тех «авторитетов», которые запрещают лечение у врачей и прием медицинских препаратов, игнорируя опасность суицида. Но разве может кто-то брать на себя ответственность такого уровня? Еще раз подчеркнем, что упоминать о самоубийстве возможно только в самый уместный момент, и при этом – крайне осторожно.

Если на Исповеди человек, страдающий депрессией, высказывает свои сомнения, не одержим ли он бесом, священник может сказать так: «Вы, должно быть, знаете, что одержимые бесами люди обычно ведут себя явно неадекватно, особенно в храме, в близости к святыне (например, ко кресту, святым мощам) и при участии в таинствах. А ведь мы с вами сейчас находимся именно в таком месте, и вы участвуете в таинстве. Так что можете сделать для себя конкретный вывод, и впредь пребывать спокойным».

В некоторых случаях в этот момент имеет смысл поинтересоваться, не слышит ли человек какие-то «голоса». Если нет – это вполне подходящий повод еще раз успокоить кающегося, заверить его, что им «никто не управляет». Если же он слышит «голоса», видит какие-то видения или переживает необычные ощущения, то необходимо указать его родным, чтобы они срочно приняли все меры по обращению за психиатрической помощью. В этой ситуации весьма вероятна угроза суицида.

В заключение темы одержимости коснемся так называемых «отчиток». Здесь священнику надо руководствоваться принятым 30 октября 2022 г. на Межсоборном Присутствии проектом документа «Отношение Русской Православной Церкви к современным практикам экзорцизма». В нем точно обозначено, в каких исключительных случаях допускается прибегать к подобному чину, и самое важное – кто имеет право его совершать. В данном случае пришедший на Исповедь человек должен определиться, является ли он членом Церкви и признает ли именно за Церковью право решать этот важнейший вопрос, или доверяет простонародным измышлениям и сомнительным установкам неофициальных целителей (к сожалению, нередко облаченных в монашеское или священническое одеяние).

* * *

Чрезвычайно важно показать страдающему депрессией человеку выход из жизненного тупика, помочь ему увидеть положительные перспективы душевного и духовного развития.

Важно, чтобы человек принял свою болезнь и понял: она не отрывает его от Бога, от себя и окружающего мира, подобно тому, как отрывает грех. Нужно утвердить его в мысли, что депрессия – это путь Креста, данного ему во спасение, Креста, который при смиренном его несении возводит к Богу; что депрессия – предназначенная именно ему уникальная стезя Промысла Божия, путь благого изменения, душевного и духовного роста.

Жизнь христианина утверждается в постоянном соработничестве с Богом. В этой связи необходимо указать на важность усердной молитвы не только о помощи себе самому, но и о своем враче, чтобы Господь «через ум и руки лекаря управил лечение и преподал нужное врачебное действие» (так говорится в молитве о врачах в Требнике) и даровал врачу мудрость для правильного подбора лекарств, а болящему – терпение на выбранном им пути исцеления. Следует поддерживать стремление к благодатной помощи Божией в общественных молитвах и таинствах (Соборование, Исповедь, Причастие) и призывать человека к участию в них.

При депрессии тяжело сосредоточиться на любой мысли, особенно во время молитвы и чтения Священного Писания. Нередко не приносит облегчения и участие в церковных таинствах. Священнику следует найти слова утешения, попытаться молиться вместе с больным, помочь ему увидеть в болезни тайну Божия милосердия, утвердить в мысли, что Бог и Сам нас любит, и от нас ждет любви, а не самобичевания и тоски.

Когда острота болезни спадет, нужно побуждать больного на активную борьбу со злом и недугом, держа в памяти наше призвание быть воинами Христовыми.

Весьма помогает совет составить список тех дел, которые до болезни приносили радость. А затем мало-помалу, но с усердием, выполнять их, будто епитимию (игры с животными, занятия музыкой, рисованием и иными искусствами, физической культурой и т.п.).

Порой в силу болезненного бессилия и безразличия ко всем и вся человек замыкается в себе. Здесь очень важно регулярно напоминать ему о целительном действии добродетели милосердия, оказании помощи ближнему, выраженной в самых разных делах любви. Цель – не позволить страждущему концентрироваться на своей слабости, бесчувствии и никчемности, а также помочь ему научиться не только оказывать помощь, но ценить и с благодарностью принимать ответную помощь от окружающих.

После выхода человека из острого периода болезни, при наступлении ремиссии, когда у него появляется возможность делать духовные шаги самостоятельно, можно посоветовать ему читать Святое Евангелие, выбирая из него благие мысли.

* * *

Рекомендуем пастырю иметь своего рода «аптечку первой помощи»: советы и жизненный опыт тех святых, которые либо систематизировали учение о страстях (преподобный Иоанн Лествичник, преподобный Иоанн Кассиан Римлянин и другие), либо сами переносили депрессивные состояния.

Что касается последних, очень полезны выписки из писем свт. Игнатия Брянчанинова, много страдавшего и почитавшего страдание своим священным

долгом. А по слову апостола Павла, «ибо... быв искушен, то может и искушаемым помочь» (Евр. 2:18).

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

первые слова: "Слава Богу за все";

вторые слова: "Господи! Предаюсь Твоей Святой Воле! Будь со мной Воля Твоя";

третьи слова: "Господи! Благодарю Тебя за все, что Тебе благоугодно послать на меня";

четвертые слова: "Достойное по делам моим приемлю; помяни мя, Господи, во Царствии Твоем"» (свт. Игнатий Брянчанинов. Письма к монашествующим. К отцу, постигнутому скорбными обстоятельствами. О борьбе с помыслами).

* * *

Подводя итог, назовем основные задачи священника при Исповеди больного депрессией:

- оказать человеку помощь при раскаянии в совершенных им грехах, а также постараться помочь осознать и почувствовать прощение, дарованное ему Богом в таинстве Покаяния;

- в процессе Исповеди ответить на ряд непростых вопросов и разъяснить различные недоумения, связанные с ложными представлениями о духовной жизни;

- освободить человека от мыслей о травмирующих его моментах или же максимально возможно облегчить такие мысли – это одна из главных целей общения священника с больным на Исповеди;

- помочь разобраться в ситуации, в которой он находится, прояснить общую картину его нынешнего положения, обозначив при этом основные жизненные и духовные ориентиры;

- поставить перед больным ближайшие достижимые задачи, а также очертить ключевые перспективы дальнейших действий;

- поддержать и ободрить исповедника, предложить ему и впредь обращаться за помощью и советами, так как многие вопросы, связанные с болезнью, вполне возможно планомерно решить, что поможет ему выбраться из депрессии и с помощью Божией следовать по жизненному пути в гармонии души и тела.

Мир печали и гнева, предзнаменование радости и примирения

Аннотация: На основании библейских текстов о сотворении мира, историй Каина, царя Саула, царя Ахава и Иезавели можно наблюдать, как человек постоянно стремится отождествить себя с целым творением, охватить его целиком и стать основой самого себя, забывая, что бытие изначально дано ему Богом и является плодом дара Его любви человеку. В современном обществе человек сталкивается с усталостью, порождаемой менталитетом нашего времени, который определяет его как абсолютного собственника, строителя себя самого, заставляя думать, что все зависит от его воли, что в конечном итоге и лишает его энергии. В этом и состоит причина подавленности, усталости и постоянной печали, является источником навязчивых представлений о вине других и приводит к насилию над собой и над другими. Современный человек пребывает в постоянном колебании между печалью о том, что он меньше, чем хочет быть, и насилием над собой, чтобы быть больше, чем он есть. Священное Писание показывает, что без самоограничения, отказа от склонности к тотальному владению пространством не может быть гармоничной жизни, а смирение – единственный путь, который может привести к радости и примирению.

Ключевые слова: парадепрессия, библейские повествования, апатия, уныние.

Утверждение о том, что мы живем в депрессивном обществе, похоже, уже стало темой для социологического анализа. Мы наблюдаем это в различных исследованиях и в разных вариациях. В любом случае депрессия стала не просто индивидуальной патологией, а симптомом социального неблагополучия, которое со всей очевидностью нарушает гармоничное отношение человека с самим собой. Современным людям угрожает то, что можно было бы назвать *парадепрессией*, то есть состоянием «усталости, скуки, тоски, печали, ... психической и телесной неудовлетворенности, уныния, апатии». Состояние, которое невозможно назвать симптомом личной патологии, оно внедряется в человечество как структура, определяющая жизнь субъектов (Cf.M.L.Rovaletti, M. Pallares, 2014).

По мнению Сержа Лесура, "идея психической усталости проникла в сферу работы, семьи, учебы, здравоохранения до такой степени, что она уже неотделима от нашего современного общества. Кажется, что вся культура покорена этим состоянием души, которое проявляется печалью, беспокойством, сомнением, бездельем... «меланхолизацией постмодернистского субъекта». По словам Кристиана Годена: "Человечество коллективно, повсеместно теряет желание жить. Беспрецедентное самообесценивание в мировом масштабе пронизывает человеческий род» (Terpynck C., 2012).

В своих кратких размышлениях мы попытаемся показать, как некоторые библейские тексты помогают раскрыть те элементы, которые очень близки к современной ситуации, являясь, в некотором смысле, ее архетипами, и как христианская духовность нашла способы совладания с этой депрессивной ситуацией. Способы, которые, не будучи собственно терапией, выражают терапевтическую силу христианского образа жизни в мире.

1. Радость и печаль быть творением и знать об этом

Начнем с рассказа о сотворении мира (Быт. 2:4-25). В нем Бог обращается к человеку словами, которые помещают его жизнь в контекст дара Творения. С этими словами связано недоумение, которое должно стать той точкой, в которой

человек обретает свою идентичность. Бог говорит: «От всякого дерева в саду ты будешь есть, а от Дерева познания добра и зла – не ешь от него, ибо в день, в который ты вкусишь от него, смертью умрешь» (Быт. 2:16-17). В первой части этого предложения человеку предлагается все, однако, во второй накладывается ограничение с указанием на то, что некая часть (плод Древа познания добра и зла) ему не принадлежит. Таким образом, человек оказывается между полным даром ему всей реальности и невозможностью отождествить себя со всей реальностью в целом. Это кажущееся противоречие является неотъемлемой частью человеческой жизни и испытанием, с которым человек должен столкнуться, чтобы постичь самого себя (по Cf.A.Wénin, 1999).

Все дальнейшее библейское повествование показывает, как разрешить этот парадокс, но в то же время демонстрирует, что человек теряется в нем, как в смертельном лабиринте. Священное Писание указывает нам на то, как человек привязан к ложному толкованию жизни, которое он должен преодолеть. В конечном итоге, этот парадокс станет понятным в жизни Христа – учителя и Спасителя.

Но вернемся к библейскому тексту: запретом вкушать с одного из деревьев Бог хочет помешать человеку отождествлять собственную жизнь со всем остальным творением. Таким образом, в тексте Писания содержится указание на необходимость пройти через радикальное самоограничение «я», которое постоянно стремится к отождествлению себя с целым творением. Познание творения в полноте, обещанное Еве змием, если она вкусит от запретного плода («нет, не умрете», Быт. 3:4), заканчивается смертью, потому что оно основано на обмане, а именно, на представлении о том, что «я» может охватить все творение целиком, и в этом случае стать основой самого себя. Это «близорукая» точка зрения на факт, что бытие человека изначально дано ему Богом, и является плодом дара Его любви к человеку.

Таким образом, без этого самоограничения «я», без этого отказа от склонности к тотальному овладению пространствами нет возможности для гармоничной жизни. Книга Бытия по сути констатирует, что человек с самого начала оказался втянутым в эту ситуацию и собирается прожить свою жизнь в постоянном колебании между *печалью* о том, что он меньше, чем хочет быть, и *насилием* для того, чтобы быть больше, чем он есть. Как мы увидим, именно смирение – это путь, предложенный Писанием как единственный, который может привести к *радости и примирению*.

Теперь давайте посмотрим на некоторые библейские повествования, которые конкретизируют эту точку зрения.

2. Странное огорчение Каина (Быт. 4:2-15)

В этой истории необходимо подчеркнуть странность, которую нельзя не заметить. При поверхностном прочтении нам кажется, что сильное огорчение, которое испытывает Каин («Каин сильно огорчился, и поникло лицо его»), не следует вменять Каину как проступок, поскольку это огорчение казалось бы проистекает из необоснованного произволения Бога.

Однако мы могли бы также сказать, что Каин не смог принять ограниченность своей жизни, которая никогда не может охватить все творение целиком. Таким образом, Каин находился в том же положении, что и Адам и Ева. Он стоял перед необходимостью ограничить свои желания и принять непреодолимую инаковость мира и других людей. Неприятие этой позиции вызывает у него уныние или печаль, а затем и убийство им брата Авеля, который владеет благословением Бога как тем, что Каин считает своим.

Бюнг Чул-Хан, анализируя кризис любви в наших обществах, утверждает, что именно «эрозия другого» со стороны нарциссического и потребительского субъекта современного общества порождает депрессию. «Депрессия, – утверждает он, – это нарциссическая болезнь. Нарциссическому субъекту мир представляется только как проекция самого себя. Он не способен познать другого в его инаковости и признать его в этой инаковости. [...вот почему] он бродит повсюду как тень самого себя, пока не утонет в себе» (Byung Chul-Han, 2017). Это современное описание Каина.

3. Саул и страх потерять престол

В библейских рассказах о начале израильской монархии мы находим историю, связанную с предыдущей, – это рассказ о Сауле. Благословение Божие, которого, казалось, жаждал Каин, теперь покоится на Сауле, – ведь он был избран царем и как таковой получил признание народа. Однако, несмотря на это, он приказывает убить своего сына (1 Цар. 14:44) и умертвить в Номве 85 священников (1 Цар. 22:18). Обладая всей полнотой власти, он не знает, как справиться собственными заблуждениями о своем всемогуществе над реальностью, и попадает в лабиринт зависти и насилия над Давидом, очень похожий на лабиринт отношений Каина с Авелем.¹

Затем возникает странная ситуация: Саул, наделенный властью, даже не верит в то, что он защищен и благословлен Богом. Другими словами, из этого рассказа мы можем убедиться, что в истории человечества жизнь пошла по спирали насилия, в которой, как мы упоминали в случае с Каином, никакое утверждение власти не может удовлетворить желание «я» овладеть всей реальностью. Именно подозрение в том, что его избрание не является гарантией его абсолютного господства, – поскольку он видит, что Давид получает признание части народа (1 Цар. 18: 7), – толкает Саула в воронку печали и насилия по отношению к Давиду.

Единственное, что выводит Саула из состояния тяжелой меланхолии, которое овладевает им, – это музыка. В тексте Писания говорится: *«И когда дух от Бога бывал на Сауле, то Давид, взяв гусли, играл, — и отраднее и лучше становилось Саулу, и дух злой отступал от него»* (1 Цар. 16:23). Нет необходимости подчеркивать, что музыка – это гармония звуков, поскольку речь идет о взаимосвязи разнообразных звуков, которые удается согласовать, сохраняя их различие. Возможно, музыка – это самая близкая естественная сакраментальная отсылка к тому Божию творению, где все *«добро зело»*, потому что все сохраняет свое различие, при этом будучи частью целого.

4. Ахав, Иезавель и смертельная воронка абсолютного субъекта (3 Цар. 21:1-16)

Маленький виноградник Навуфея связывает его со всем родом. Лишать себя виноградника – значит лишать себя родовой идентичности и потерять идентичность собственную. Вот почему на просьбу Ахава Навуфей отвечает: *«сохрани меня Господь, чтоб я отдал тебе наследство отцов моих!»* (3 Цар. 21:3).

¹ «... из всех ... источников гнева тщеславие и гордость являются главными... Когда уязвляют самолюбие человека, когда он чувствует себя униженным, оскорбленным, лишенным уважения (особенно в отношении выгодного образа самого себя, созданного им самим или ожидаемого от других), тогда он предается различным формам гнева» (Жан-Клод Ларше, Исцеление духовных болезней, Саламанка 2014) [URL: https://azbyka.ru/otechnik/Zhan_Klod_Larshe/istselenie-duhovnyh-boleznej/2]

Однако царь Ахав хочет присвоить себе этот виноградник, потому что тот граничит с его дворцом. Царю Ахаву не комфортно рядом с имуществом, которое граничит с его собственным и которое ему не принадлежит. Причина заключается, по-видимому, в том, что границы его дворца становятся напоминанием об ограниченности его власти и его собственной жизни. Виноградник изображен в этом рассказе в том же значении, что и дерево посреди сада, где жили Адам и Ева. Он появляется как пространство, в котором формируется истина о человеке как о бытии в отношениях.

Однако Ахав, как и нарциссический субъект нашего общества потребления, не довольствуется своими владениями, он всегда хочет большего, он хочет того, что есть у другого. Но в данном случае Навуфей проявляет твердость, защищая свою идентичность, символом которой является виноградник, – как знак Божия благословения, которое Ахав должен уважать.

Библейский текст указывает нам на то, что невозможность получить собственность Навуфея вызвала у царя Ахава состояние подавленности и грусти, которое описывается следующим образом: «И пришел Ахав домой встревоженный и огорченный тем словом, которое сказал ему Навуфей Израильтянин, говоря: не отдам тебе наследства отцов моих. И лег на постель свою, и отворотил лице свое, и хлеба не ел» (3 Цар. 21:4). Мы можем увидеть здесь аналогию с чувством, возникшим у Каина: появилась тревога, огорчение, но теперь добавляется еще и признак сильной депрессии: он лежал в постели, отвернувшись от жизни.

Таким образом, Ахав проявляет ту депрессивную грусть, которая проистекает из отождествления *ограниченности и незначительности*, в данном случае из-за его неспособности присвоить блага окружающего мира. Его жена Иезавель будет решительно реагировать на эту ограниченность. Как известно, она использует власть мужа, чтобы уничтожить Навуфея и присвоить его виноградник. В этом рассказе Каина как бы разделяется на два персонажа, дополняющих друг друга, – депрессивного Ахава и мстительно-агрессивную Иезавель. Мы хотели бы здесь заметить, что в социальных ситуациях, когда у населения появляются парадепрессивные симптомы, неудивительно появление харизматичных лидеров, которые, превознося идентичность, формируют ее тоталитарным и насильственным по отношению к другим образом.

5. Обетование радости и примирения

Иисус начинает свое служение в пустыне, безжизненном месте, где его обуревают голод и жажда. В этот момент ему предлагается пища, власть и признание. Кажется, что в этом нет ничего плохого. Несмотря на то, что это предлагал сатана, все это было необходимо его человеческой природе. Однако все должны пройти через самоограничение, через ограничение желаний слияния с миром и овладения им, которое в конечном итоге устраняет не только инаковость других, но и скрывает от человека дар собственной жизни и присутствие других личностей, наполняющих нашу жизнь своей любовью.

Жизнь Спасителя становится образом реализации истинно человеческой жизни. В этом смысле мы могли бы интерпретировать эпизод искушений в начале его миссии как формирование новой человеческой идентичности. Сорок дней, которые он проводит в пустыне, в конечном итоге проявляются как появление личностного, а не природного пространства, свободного от голода и жажды.

Современность, а затем и постмодерн поставили не только субъекта, который всегда сталкивался с этим испытанием, но и все общество в целом в положение самоутверждения и конструирования реальности единственным образом – навязчивыми попытками присвоения мира методами политики и

техники. Однако «какая польза человеку, если он приобретёт весь мир, а душе своей повредит?» (Мф. 16:26). С другой стороны, столкнувшись с социальным провалом этой обещанной полноты, человек замыкается в своей собственной потребительской индивидуальности, войдя в бесконечный лабиринт, в котором ему никогда не удастся найти ничего, кроме разных форм своей ограниченности, приводящих его в конечном итоге к печали.

Человек в современном обществе сталкивается с усталостью, порождаемой менталитетом нашего времени, который определяет его как абсолютного собственника и строителя самого себя, заставляя думать, что все зависит от его воли, что в конечном итоге и лишает его энергии. В этом состоит причина подавленности современного человека, его усталости и постоянной печали, которая является источником его навязчивых представлений о вине других и приводит к насилию над собой или над другими.

Мы живем в мире с невиданными ранее возможностями господства над реальностью, в мире, который должен был бы обеспечить всем сытную жизнь, но он, напротив, не перестает печалиться. Мы по-прежнему находимся в этом лабиринте печали и насилия, из которого ни современность, ни постмодерн не смогли помочь нам выбраться.

Как мы видим из Евангелия, именно смирение – это единственный путь, который может привести людей от печали и гнева к радости и примирению.

Использованная литература:

1. Byung Chul-Han, *La agonía del Eros*, Barcelona 2017, 21.
2. Larchet J.C., *Terapéutica de las enfermedades espirituales*, Salamanca 2014, 197
3. Rovalletti Cf. M.L. - M. Pallares, “La acedia como forma de malestar en la sociedad postmoderna”, *Revista Latinoamericana Psicopatología Fundamental* 17 (2014) 61-63.
4. Ternynck C. *L'uomo di sabbia. Individualismo e perdita di sé*, Milano 2012. P. 13-14.
5. Wénin Cf. A., *L'homme biblique. Anthropologie et étique dans le Premier Testament*, Paris 1999, 47-50: «La faute d'Adam et Ève (Gn 2-3)».

Выгорание как форма депрессии в пастырской работе

Аннотация: По мнению исследователей, в современном обществе наблюдается рост эмоционального выгорания как нездорового последствия длительного стресса, преимущественно на работе. Его признаками являются ощущение пустоты, истощения и перегрузки. Необходимо своевременно распознавать начальные проявления выгорания в группах риска для его предотвращения. Кроме того, с проблемой выгорания может столкнуться и священник в своем служении. Имеются некоторые конкретные факторы, которые необходимо своевременно обнаруживать и устранять. Так, первыми сигналами могут являться ежедневно испытываемые отрицательные эмоции (страх, грусть, чувство безысходности и т. д.). Для предотвращения выгорания необходимо возвращать собственную ответственность перед другими людьми: отвечать и нести тяжесть собственных решений; учитывать потребность в смысле и самоуважении; и заботиться о балансе активной и созерцательной жизни.

Ключевые слова: профессиональное выгорание, пастырское служение, депрессивные расстройства, профилактика профессионального выгорания.

В своем докладе я хотел бы кратко остановиться на проблеме выгорания, как форме депрессии в пастырской работе или служении. Как известно, в последней редакции Международной классификации болезней эмоциональное выгорание рассматривается как профессиональный феномен, а не как медицинский диагноз.

Давайте ненадолго обратимся к тому времени, когда Иисус жил на земле. Ученики нашего Господа были счастливы отдать себя за своего Учителя, но им требовался отдых. Иисус говорит тем, кто следует за Ним: «Придите ко Мне все труждающиеся и обремененные, и Я успокою вас; возьмите иго Мое на себя и научитесь от Меня, ибо Я кроток и смирен сердцем, и найдете покой душам вашим» (Мф. 11:28-29).

Мы можем в нескольких словах резюмировать то, как будем подходить к предмету, который нам предстоит обсудить: противоядие от усталости и летаргии в служении — это идти к Иисусу, отдыхать в Том, Кто дает миссию, источник мира и спокойствия.

Сначала мы рассмотрим формы выгорания и группы риска, а в конце скажем несколько слов о предотвращении выгорания.

Выгорание — это нездоровое последствие длительного стресса на работе. Выгорание буквально означает «сгореть», и раньше его отождествляли с умственной усталостью или переутомлением. Как и многие другие психологические проблемы, его можно распознать заблаговременно, как надвигающуюся бурю.

Сам человек, которому грозит выгорание, может уловить в себе тревожные сигналы: особенно в *учающемся появлении негативных эмоций, которые заразительны или комплементарны другим негативным эмоциям*, таким как гнев, чувство разочарования, грусти и уныния.

Герберт Фройденбергер, американский психолог немецкого происхождения, в 1974 году предложил более точное описание: он охарактеризовал эмоциональное выгорание как вид профессионального стресса, проявляющегося в виде усталости, вызванной недостижимыми ожиданиями. Он первым применил этот термин в медицине. Фройденбергер работал в клинике для наркозависимых и заметил, что некоторые добровольцы, поработав год, начинали

терять энергию и испытывали физическую и психологическую усталость, симптомы тревоги и депрессии, что позволило ему утверждать: *«Эти люди выглядят, ведут себя и кажутся подавленными»*.

В современном обществе наблюдается рост эмоционального выгорания, а некоторые считают его эпидемией. Бюнг-Чул Хан, философ корейского происхождения, указывает, что одной из причин роста развития депрессий и других психических заболеваний, является тренд на то, чтобы думать, говорить и действовать так, будто все возможно (2015). По словам Хана, мы живем в обществе эмоционального выгорания, в котором люди игнорируют понятие иммунной системы. Когда нет иммунной системы, нет реакции на угрозу или вред. Все изменения, все отличия считаются благом. Общество, зафиксированное на производительности, привилегиях или прибыли, порождает депрессивных людей и неудачников. По этой причине Б.-Ч. Хан утверждает, что активность и увеличение прибыли ведут к «инфаркту души».

В жизни священника также есть некоторые проблемы, которые необходимо правильно понять и решить. В одном из последних документов Католической Церкви об образовании священнослужителей перечислены шесть пунктов: переживание собственной немоги; опасность думать о себе просто как о раздачнике святыни, вызов современной культуры, соблазн власти и богатства, вызов безбрачия и полная преданность собственному служению.

Каждый из этих аспектов нужно регулярно контролировать, чтобы развивать свое призвание и предотвращать риск выгорания или *инфаркта души*.

1. Проявления выгорания

Триггером выгорания является стресс. Эта концепция заимствована из области инженерии и касается усталости, наблюдаемой в некоторых прочных материалах, таких как металл, которые могут разрушиться, подвергнувшись длительной нагрузке.

Чтобы понять, как развивается это заболевание, давайте посмотрим, как три человека, страдавшие от выгорания, рассказывают о своем опыте на страницах одной из книг на эту тему, написанной врачом Кристиной Маслач *«Выгорание. Цена заботы»*(2003):

- Кэрл, социальный работник, описывает свои переживания, сравнивая себя с чайником, наполненным водой, оставленным на огне; через некоторое время, когда вода выкипела, она говорит, что становится пустой, и продолжает гореть, рискуя сломаться.

- Джим, учитель, сравнил себя с батарейкой: сначала ученики берут от нее много энергии, и ее надо подзаряжать... эта задача с каждым днем усложняется, и подзарядка длится дольше, как это бывает с аккумуляторами в телефоне. В конце концов, аккумулятор необходимо заменить, потому что он выработался.

- Наконец, Джейн, медсестра, которой приходится каждый день заботиться о множестве страдающих людей; она считает, что она подобна электрическому кабелю, по которому течет электричество; подключений так много, что электрическая цепь перегружается, и кабель перегорает.

Мы обнаружили здесь три основных признака: ощущение пустоты, истощения и перегрузки.

Эмоциональное выгорание развивается медленно и постепенно. Надломы появляются понемногу и со временем становятся все больше. Поэтому его нельзя распознать, пока оно не приобретет внушительные размеры.

Д-р Маслач выделяет три компонента или этапа:

а) Первый этап – *эмоциональное истощение* как индивидуальная реакция на стресс: оно вызвано длительной рабочей нагрузкой. Это может быть,

например, священник или пастырь, который очень заботится о всех, кто имеет какие-то материальные или духовные нужды. В какой-то момент человеку кажется, что он больше не может отдавать себя другим, что он и так слишком много делает. Появляется безразличие к страждущим, и это истощает его способность к состраданию.

б) Второй этап – *деперсонализация или цинизм*: возникает негативная реакция на других людей и на работу. Постоянно присутствует недоверие к окружающим и их мотивации, и человек избегает тех, кто ищет его помощи (кающихся, например), встречается с ними неохотно и обращается холодно.

в) Последний этап – *низкая личная производительность* на работе или неэффективность: на этом последнем этапе происходит негативная оценка собственной работы. Разочарование приводит к апатии. Логическим следствием создавшейся ситуации и отношения к ней будет чувство неполноценности; например, как правило, человек думает: «Я не гожусь для такой работы»; некоторые решают сменить работу или отказаться от взятых на себя обязательств.

Спровоцировать выгорание могут различные факторы. Симптомы могут начаться после периода нереалистичного энтузиазма, вызванного определенными ожиданиями, не имеющими под собой реальной основы. Некоторым образом это связано с желанием доказать себе и окружающим способность выполнить определенную задачу. Поэтому человек усердно работает и может стать одержимым, оставляя другие дела и пренебрегая семьей, друзьями, отдыхом или молитвенной жизнью.

Отличие выгорания от простого факта усталости от работы в том, что после тяжелой и напряженной работы, утомительной, но наполненной смыслом, человек обычно бывает счастлив. Человек находит что-то привлекательное и приятное в работе, потому что она имеет смысл, и испытывает удовлетворение и радость, видя плоды. При выгорании возникает ощущение неудачи и отвращения.

Священник может испытывать такого рода грусть, когда тесно соприкасается с человеческими лишениями и страданиями, но не может изменить этих обстоятельств.

2. Люди, наиболее подверженные риску выгорания

С тех пор, как в 1970-х годах появилось понятие выгорания, было замечено, что оно может затронуть любого, кто стремится помочь людям, страдающим и испытывающим трудности. Наиболее распространенным фактором риска является столкновение с различными проблемами и потребностями и слишком эмоциональная вовлеченность в них. ***К истощению может привести не только перегрузка, но и отсутствие значимой работы или отсутствие эмпатии со стороны начальства или коллег.***

Сначала эмоциональное выгорание заметили у медсестер. Сегодня оно наблюдается во многих профессиях, занимающихся обслуживанием: у врачей (особенно в реанимационных отделениях), психологов, социальных работников, полицейских, учителей, священников. Оно наблюдается как у оплачиваемых работников, так и у волонтеров. В ряде публикаций (Schaufeli W. B., Enzmann D., Girault N., 2018; Dall’Ora, C., Ball, J., Reinius, M. С соавт., 2020) говорится о нарастании патологии среди миллениалов, которая усугубляется привитым родителями чрезмерным желанием конкурировать и превзойти самого себя, а также излишней конкурентностью, подстегиваемой социальными сетями. Миллениалы хуже реагируют на эмоциональную усталость, чем предыдущие поколения.

Увеличилось также количество случаев выгорания среди священников (Hotchkiss J. T., Leshner R., 2018; Galek, K. с соавт., 2003; Oliver, R., Hughes, B.,

Weiss, G., 2018). Исследование, проведенное несколько лет назад в одной итальянской епархии, описывает результаты анкетирования. Если кратко, то у двух из пяти священников были выявлены признаки эмоционального выгорания; а две трети священников в возрасте от 25 до 29 лет попали в одну из групп риска.

Выгорание называют «болезнью самоотдачи» или «синдромом разочарованного доброго самарянина».

Индивидуальные особенности, которые могут привести к данному виду патологии, связаны с некоторыми опасными чертами личности. Наиболее частыми являются перфекционизм, заниженная самооценка, низкая толерантность к фрустрации, неуверенность в себе, эгоцентризм и трудности в межличностных отношениях.

Обычно это касается тех, кто сильно устает на работе, потому что, как правило, в их работе отсутствуют упорядоченность и умеренность. Эта проблема может возникнуть у тех, кто испытывает поведенческие изменения, проблемы со сном, зависимости, аффективные расстройства или утрачивает уверенность в себе и идентичность.

Неправильная мотивация, стремление к успеху и деньгам вместо служения, также могут стать пусковым механизмом или детонатором патологического процесса.

3. Как предотвратить выгорание

Строгая и простая жизнь, построенная на твердом основании, а не на песке, будет лучшей профилактикой патологического истощения.

Задача профилактики и решения этой проблемы имеет **два уровня: личный и институциональный (учреждение, в котором трудится человек)**. Особого внимания требуют первые годы священнического служения, так как риск в этот период выше. Устранить симптомы и преодолеть выгорание можно, применяя на практике противоположное отношение – вовлеченность.

Вовлеченность противодействует истощению, цинизму и неэффективности. Одно из значений слова «вовлеченность» в его английском варианте – «engagement» – это «обещание вступить в брак, обручение». Эта многозначность весьма кстати, потому что жених и невеста стремятся к тому, чтобы любовь между ними не угасла, это важно для сохранения отношений. Точно так же работа, сделанная с любовью, предотвращает выгорание. Вовлеченность (**выполнение пастырского служения из любви**) имеет **три характеристики**: увеличение энергии, достижение большего участия и повышение эффективности.

На личном уровне необходимо способствовать укреплению надежды и осознания того, что мы дети Божии, оптимизма, дистанцирования от обстоятельств и собственных эмоций, нужно время от времени переоценивать ситуацию, заниматься делами, приносящими удовлетворение, и стараться больше думать о других.

Опасные признаки следует выявлять и устранять сразу же после их обнаружения. Определив ожидания, важно попытаться скорректировать крайности: либо очень низкие ожидания, близкие к нулю («Я никогда никого не смогу обратить, у меня это не получается...»), либо очень высокие и нереалистичные. Чрезмерно завышенные грандиозные ожидания рано или поздно приводят к краху. Заниженные ожидания, напротив, уничтожают инициативу или парализуют деятельность, что приводит к снижению самооценки.

О работе или служении пастыря: мы упомянули шесть проблем, с которыми сталкиваются священники. Для плодотворного служения важно найти средства для устранения каждой из них. Документ о даре священнического

призвания предлагает шесть мер по их преодолению. Первое решение — содействовать проведению братских встреч, поскольку мы призваны жить во взаимоотношениях с другими. Затем — духовное руководство и исповедь, духовные упражнения, совместная трапеза, совместная жизнь и вступление в священнические объединения.

Вот некоторые причины выгорания у священников, которые могут быть устранены при их своевременном обнаружении: отсутствие внутренней жизни, переутомление, впечатление, что предлагаешь что-то старомодное, стресс при преодолении непредвиденных ситуаций, отсутствие благодарности или признания по отношению к современным священникам, напряженные отношения в организациях, груз ответственности при принятии решений, чрезмерная самоотдача в годы становления.

Поэтому, чтобы предотвратить выгорание у любого человека, мы должны учитывать физиологические аспекты, такие как правильный сон и отдых, и духовные аспекты, которые я бы резюмировал так: формирование хорошего характера через добродетель и в добродетели, согласованность и целостность жизни, адекватность ожиданий, видение Бога в действии, наличие порядка, в том числе в благотворительности, и проект или план жизни. Это помогает найти смысл в работе и способствует устойчивости или дает возможность оправиться от любой психологической раны.

Для того чтобы предотвратить выгорание, нам особенно **нужны молитва** и созерцание. Примечательны **слова Блеза Паскаля**, когда он говорит о несчастье человека без Бога, который стремится отвлечься или развлечься многими вещами, которые мешают ему сосредоточиться на самом важном и познать реальность своего ограниченного состояния: «Я обнаружил, что все несчастья человека происходят от того, что он не желает спокойно сидеть у себя дома и молиться».

Все меры личной профилактики выгорания будут более эффективными, если они будут сопровождаться изменениями на институциональном уровне. По словам доктора Маслач, есть шесть сфер взаимоотношений человека и учреждения, которые требуют наблюдения: умеренная нагрузка работников и забота об их благополучии; обучение и уверенность; обеспечение достаточного количества вознаграждений; правильное распределение работы; справедливость по отношению ко всем сотрудникам; знакомство с ценностями каждого человека и избегание конфликтов.

Это вопрос создания подходящих условий для работы. При хорошей подготовке уровень стресса снижается, общение улучшается, а чувство долга укрепляется, что приводит к большей человеческой и духовной эффективности.

4. Выводы

Закончу свое выступление некоторыми выводами. Во-первых, необходимо распознавать тревожные сигналы, помня, что первый сигнал — это отрицательные эмоции (страх, грусть, чувство безысходности и т. д.); возвращать собственную ответственность перед другими людьми: отвечать и нести тяжесть собственных решений; учитывать потребность в смысле и самоуважении; и заботиться о балансе активной и созерцательной жизни. Отключение от избыточных внешних раздражителей, в том числе от Интернета, способствует установлению связи с другими людьми и с Богом. Именно в тишине мы слушаем Творца.

Я хотел бы закончить латинской фразой, которую часто пишут на солнечных часах: «sine sole sileo — без солнца я молчу». Таким образом, в пастырском служении, да и в любой профессии можно трудиться с радостью и помогать другим, только когда ясно осознаешь смысл.

Использованная литература:

1. Dall’Ora, C., Ball, J., Reinius, M. et al. Burnout in nursing: a theoretical review. *Hum Resour Health* 18, 41 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12960-020-00469-9>.
2. Galek, K., Flannelly, K.J., Greene, P.B. et al. Burnout, Secondary Traumatic Stress, and Social Support. *Pastoral Psychol* 60, 633–649 (2011). <https://doi.org/10.1007/s11089-011-0346-7>
3. Maslach C. *Burnout: The cost of caring.* – Ishk, 2003.
3. Han B. C. *The burnout society.* – Stanford University Press, 2015.
4. Hotchkiss J. T., Leshner R. Factors predicting burnout among chaplains: Compassion satisfaction, organizational factors, and the mediators of mindful self-care and secondary traumatic stress // *Journal of Pastoral Care & Counseling.* – 2018. – Т. 72. – №. 2. – P. 86-98.
5. Maslach C. *Burnout: The cost of caring.* – Ishk, 2003.
6. Maslach, C. *The truth about Burnout: How organizations cause personal stress and what to do about it* /C. Maslach, M.P. Leiter. – San Francisco: Jossey-Bass, 1997. – 200 p.
7. Oliver, R., Hughes, B., & Weiss, G. (2018). A Study of the Self-Reported Resilience of APC Chaplains. *Journal of Pastoral Care & Counseling*, 72(2), 99–103. <https://doi.org/10.1177/1542305018773698>
8. Schaufeli W. B., Enzmann D., Girault N. Measurement of burnout: A review // *Professional burnout: Recent developments in theory and research.* – 2018. – P. 199-215.

Пастырская поддержка в духовном преодолении депрессивных состояний

Аннотация: В данной статье рассматриваются роль и задачи православного священника в системе оказания комплексной помощи православным христианам, страдающим эндогенными депрессиями. Рассматривается потенциал православного вероучения и присущего ему типа духовного совладания, а также потенциал православного прихода. Выделяется специфическая область индивидуального пастырского душепопечения – выстраивание отношений с Богом, противостоящая возникающему при депрессии чувству «богооставленности».

Ключевые слова: Богословие депрессии, пастырское душепопечение, духовное совладание.

По предварительным оценкам Министерства здравоохранения Российской Федерации, депрессией страдает 20% лиц трудоспособного возраста, около 20% детей и подростков, 25% пожилых и около половины людей, страдающих соматическими заболеваниями¹. При этом отмечается, что выявление случаев депрессии врачами затруднено, а почти в половине случаев пациенты стараются умолчать о симптомах болезни. На фоне пандемии COVID-19 Всемирная организация здравоохранения зафиксировала рост числа людей, страдающих депрессивными расстройствами на 28%.²

Депрессия чаще всего проявляется ухудшением настроения – грустью, чувством опустошённости, потерей интереса к работе и любым занятиям, патологическим чувством вины или низкой самооценкой, негативным видением будущего, нередко сопровождается когнитивными нарушениями – снижением концентрации, нарушением сна, ощущением сильнейшей усталости, упадком сил и изменением аппетита в течение большей части времени на протяжении более двух недель (Тиганов А.С., 2016; Каледа В.Г., 2021). У верующих отмечаются сомнения в вере, оскудение религиозного чувства, безразличие к молитве, богослужению и таинствам Церкви, чувство «богооставленности» (Копейко Г.И., 2021). Таким образом, депрессия поражает все стороны жизни человека, негативно сказывается на его работоспособности, выполнении семейных обязанностей, духовной жизни. По данным Всемирной организации здравоохранения, люди с группой психических расстройств, куда отнесена и депрессия, живут на 10-20 лет меньше, чем в среднем по населению, подвержены высокому риску самоубийства. При этом, по статистике, в странах с низким и средним уровнем достатка 76% - 85% больных не получают необходимого лечения³.

Вопросы психического здоровья не могут не вызывать волнения со стороны Русской Православной Церкви. В настоящее время в результате сотрудничества Церкви и психиатрической науки изданы руководства для священнослужителей по Основам пастырской психиатрии; курсы по психиатрии и

¹ Сайт Министерства здравоохранения Российской Федерации. URL: <https://minzdrav.gov.ru/news/2017/04/07/5302-7-aprelya-v-rossii-i-vo-vsem-mire-otmechaetsya-vsemirnyu-den-zdorovya> (дата обращения: 10.09.2022)

² Mental Health and COVID-19: Early evidence of the pandemic's impact. Geneva: World Health Organization; 2022. URL: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-Mental_health-2022.1 (дата обращения: 17.09.2022)

³ United Nations Policy Brief: COVID-19 and the Need for Action on Mental Health, C.5. URL: https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/un_policy_brief-covid_and_mental_health_final.pdf (дата обращения: 13.11.2022).

психологии входят в программы обучения духовных семинарий и курсов повышения квалификации духовенства. Создан документ Комиссии Межсоборного Присутствия РПЦ «Пастырское попечение в Русской Православной Церкви о психически больных». Однако, несмотря на значительное внимание к данной теме, ощущается недостаточность богословского осмысления пастырского душепопечения страдающих депрессией и порождённых болезнью феноменов искажения духовной жизни, требует конкретизации и описание пастырских задач и путей их реализации в условиях современного городского прихода.

Церковь рассматривает психические заболевания как одно из проявлений общей греховной поврежденности человеческой природы. Внимание Православной Церкви к проблеме депрессии определяется не только заботой о психическом здоровье её членов, но и наличием в аскетическом наследии близких по симптоматике страстей печали и уныния (Ларше, 2007), последнее же Лествица именуется «смертью души» и худшим из того, что может случиться с подвижником. Причинами печали и уныния в святоотеческой литературе чаще всего называют лишение желаемого, гнев и воздействие бесов на ослабленную душу (Ларше Ж.-К., 2007). При этом уже преп. Иоанн Кассиан Римлянин отмечает, что печаль и уныние могут рождаться и «без всякого внешнего возбуждения», прп. Варсонофий Великий, отвечая на вопрос о том, откуда происходит уныние, указывает, что «есть уныние естественное, от бессилия, и есть уныние от беса», в чем, на наш взгляд, просматривается параллель с понятием эндогенной депрессии в современной психиатрии. Труд нашего практически современника, епископа Варнавы (Беляева) «Основы искусства святости. Опыт изложения православной аскетики», который до сих пор рекомендуется для изучения будущим пастырям, призывает различать уныние бесовское и уныние естественное.

В Основах социальной концепции Русской Православной Церкви говорится: "Выделяя в личностной структуре духовный, душевный и телесный уровни ее организации, святые отцы различали болезни, развившиеся "от естества", и недуги, вызванные бесовским воздействием либо ставшие следствиями поработивших человека страстей"⁴. При этом, митрополит Антоний Сурожский (Блум) отмечал: «Нельзя сказать, что где-то кончается душевное и начинается духовное: есть какая-то область, где самым нормальным образом совершается взаимное проникновение».

В целом, можно сделать вывод, что депрессия воспринимается Церковью как проявление наследуемой общей поврежденности человеческой природы при грехопадении, развивающейся как результат воздействия биологических, социальных, психологических факторов, так же как и личностных – ценностно-смысловой сферы, образа жизни, стратегий совладания, и т.п.

Положительная оценка влияния развитой религиозности или духовности (spirituality) на протекание депрессии отмечается в подавляющем большинстве и светских исследований (Braam A.W., 2019; Pargament K.I., 2009; Levin J., 2010; Koenig H.G., 2012.; Bonelli R., 2012; Копейко Г.И., 2020).

Позитивный эффект религиозности в них обычно связывается с:

- наделением проживания болезни значением; переосмыслением ситуации, себя;
- большей социальной поддержкой, которую имеют люди, включённые в религиозную общину;

⁴ Основы социальной концепции Русской Православной Церкви, URL: <http://www.patriarchia.ru/db/text/419128.html> (дата обращения: 3.11.2022).

- наличием аскетических практик, содержащих противостояние депрессивным симптомам;
- вызываемым религиозными практиками «релаксационным ответом», который может служить протективным фактором против вредоносного влияния стресса на тело.

В качестве факторов, присущих духовной жизни православных христиан, обладающих терапевтическим воздействием на протекание депрессии, нами выделяются направленность на развитие ценностно-смысловой сферы (Образ Божий, синергия, служение), наделение страдания и проживания болезни смыслом, практики покаяния (изменения ума), трезвения и борьбы с помыслами, внимание к нравственно-аскетическому состоянию, подразумевающему отделение болезни или страсти от человека, несводимость личности к природе и добродетель как цель и средство исцеления. Эти положения, несомненно, дают богатый инструментарий для противостояния чувствам бессмысленности жизни, безысходности, катастрофизации и одиночества, присущих депрессии и подкрепляемых стигматизирующим отношением общества к психическим заболеваниям. Немалую помощь православное вероучение может оказать и в «обезоруживании» псевдорелигиозных убеждений и мифов, что призвано лишить болезнь «одежд» религиозного содержания, зачастую встречающихся у воспитанных в российской популярной культуре, но не получивших христианского наставления в вере и невоцерковленных психически больных.

Однако считаем важным заметить, что под религиозным копингом (*spiritual/religious coping*) в светских исследованиях понимается «использование религиозных убеждений или практик с целью устранения или смягчения негативных последствий и выработки адаптивных форм поведения, поддерживающего психологическое равновесие в ситуации психической болезни». Выдающийся отечественный учёный Федор Ефимович Василюк в своей статье «Типы духовного совладания»⁵ называет такой тип совладания «инструментальным», поскольку сама кризисная ситуация рассматривается как проблема, как то, что необходимо разрешить, устранить, преодолеть. В этом случае осознанно или нет, целенаправленно или нет, совладание помогает справиться с ситуацией, но оставляет человека в той же плоскости бытия – плоскости адаптации, что, на наш взгляд, более соответствует области деятельности психотерапевта, чем священника.

Русская Православная Церковь также считает, что психическое здоровье людей является пространством совместной ответственности духовенства, врачей-психиатров и других специалистов служб психического здоровья.⁶ Теме депрессии было посвящено заседание секции XXVII Международных Рождественских образовательных чтений. На основании, посвящённых пастырскому окормлению христиан, страдающих депрессией, статей и интервью православных священников, которых имеют светское образование в области психиатрии и опыт работы психиатрами (Гусев В., 2019; Новицкий В., 2018; Одяков И., 2019; Филимонов С., 2009) можно выделить следующие задачи священника по помощи людям, страдающим от депрессии:

- Умение распознать болезнь. Понимание характера и этапов заболевания и стадий выздоровления.

⁵ Федор Ефимович Василюк (1953-2017), доктор психологических наук, который более 6 лет проработал в психиатрической больнице, заведовал лабораторией научных основ психотерапии Психологического института РАО.

⁶ Пастырское попечение в Русской Православной Церкви о психически больных (Документ Комиссии Межсоборного Присутствия РПЦ URL: <https://www.diaconia.ru/pastyrskoe-popechenie-o-psikhicheski-bolnykh> (дата обращения: 10.12.2022).

- Помощь в осознании человеком болезненного характера тех или иных переживаний и необходимости обращения к врачу-специалисту, обследования и, в случае необходимости, систематического лечения;
- Понимание куда конкретно направить человека и его родственников для получения психиатрической, психологической и иной помощи;
- Работа с родственниками для того, чтобы мягко, но настойчиво объяснить характер заболевания и необходимость врачебной помощи;
- Участие в духовно-ориентированных программах. Оказание духовной поддержки до, во время и после реабилитации, и включение страдающего человека в жизнь церковной общины.

В целом, эту часть деятельности пастыря можно охарактеризовать как поддержку в получении профессиональной помощи или, выражаясь терминами современной православной аддиктологии, – принцип делегирования. Это важная, обоснованная и эффективная и с точки зрения выздоровления, и с точки зрения милосердия к страдающему человеку позиция (ведь страдания при депрессии, как показывает опыт, даже у христианина могут стать выше его сил и привести если не к попыткам самоубийства, то к тайному желанию преждевременной смерти).

Зачастую именно православный приход совмещает в себе и возможность исповеди, и душепопечительной беседы у священника, наличие приходского православного психолога или консультанта и психиатра-члена прихода. Знакомство и принадлежность к одному приходу и одному ценностному полю позволяют наладить более эффективное взаимодействие трех специалистов.

При этом Православная Церковь считает, что даже при видимом отсутствии психопатологических симптомов «невозможно сохранить подлинное психическое здоровье, лишь принимая во внимание телесную природу и психосоциальное благополучие человека, игнорируя при этом его нравственно-аскетическое состояние, мировоззрение и его отношения с Богом»⁷.

Поэтому представляется важным особо выделить эту обладающую огромным потенциалом выздоровления задачу по осознанию и прояснению собственного мировоззрения и отношений с Богом. И здесь огромная помощь содержится в таких положениях церковного вероучения, как осознание цели христианской жизни в раскрытии образа Божия, ценности жизни в любом состоянии и с любыми «достижениями», исцеление поврежденной в грехопадении природы человека, в процессе соработничества Бога и человека (и даже влияние на все творение).

Именно в Церкви ситуация состояния невозможности, беспомощности и бессилия, беды, присущих депрессии, воспринимается под знаком тайны, открывает в этих обстоятельствах вход в новую реальность, в которой сами обстоятельства обретают, быть может, и трагичный, но глубокий жизненный смысл: «Несчастье, боль, болезнь остаются самими собой, но они мыслятся не как нечто случайное, внутренне не связанное с моей судьбой, а как какой-то «геологический разлом» бытия, который открывает невидимые до того корни и слои моей жизни, как нечто чреватое глубинным смыслом, новым поворотом в жизни, как вызов и зов. На место рационального подхода к тому, что происходит, личной проблемы, которую необходимо решить, приходит видение кризиса как тайны, открывающей возможность присутствия не только самого человека». В центре внимания оказываются отношения человека с Богом, их налаживание и развитие, исполнение замысла Бога о человеке.

Здесь стоит отметить, что духовная традиция Православной Церкви в

⁷ Пастырское попечение в Русской Православной Церкви о психически больных (Документ Комиссии Межсоборного Присутствия РПЦ URL: <https://www.diaconia.ru/pastyrskoe-popechenie-o-psikhicheski-bolnykh> (дата обращения: 10.12.2022).

своей сути видит «путь спасения» – исцеления повреждённой в грехопадении природы человека, в процессе *синергии* – соработничества Бога и человека, направленного на максимальное раскрытие образа Божия в человеке, предельную цель которого православная традиция видит в обожении (*theosis*), которое возможно только в таких отношениях с Богом, которые, в конечном счёте, можно описать как единение.

«Отношения с Богом» могут показаться довольно узкоцерковной областью, однако, все больше психиатров сегодня обращают внимание на искажения духовной жизни, проявляющиеся психопатологическими феноменами (Копейко Г.И., 2021):

- Пропадают поддерживающие религиозность чувства (утешения, оправданности, свободы, радости) от молитвы, таинств, жизни в Церкви.

- Ощущение греховности становится патологическим, вплоть до отчаяния и бреда вины. Человек не находит в себе веры в прощение, в загробную жизнь и воскресение.

- Возникает чувство богооставленности: «Бог меня не слышит, молитва не доходит, Бог оставил, гневается, а может Его просто нет».

Т.е. возникает искажение образа Бога и себя как образа Божия, что лишает человека не только духовной опоры в преодолении депрессивного состояния, но и основы бытия жизни христианина.

Причём поразительно, насколько именно на это обращается внимание в аскетическом наследии Православной Церкви: «Ибо в иное время душа наша задыхается... этот час исполнен отчаяния, надежда на Бога и утешение веры в Него совершенно отходят от души, и вся она всецело исполняется сомнения и страха», «Уныние есть оболгатель Бога, будто Он немилосерд и нечеловеколюбив».

На пути содействия выздоровлению, реабилитации и последующей профилактике, открывающемся в церковном сообществе, можно выделить и уникальные, присущие только ему свойства. Это евхаристичность церковного сознания, которая подталкивает к обнаружению способности благодарить, в том числе и за самую пережитую или даже переживаемую ситуацию. Ведущая роль покаяния рождает тенденцию к метанойе – потребности во внутренних изменениях, несогласие на возврат к прошлому, даже если оно и было лишено страдания. Соработничество как путь и соборный характер Церкви рождают ощущение, что не только телесно, но и духовно, и душевно, каким-то не до конца осознаваемым образом в ситуацию болезни человека и выздоровления вовлечены не только Бог, но и он сам и другие активные участники.

Таковыми образом, нам видится, что главным содержанием деятельности священнослужителя на пути помощи человеку в депрессии помимо приобщения его к таинствам Церкви, позиции делегирования и взаимодействия в связке священник-психолог-психиатр являются:

- поддержание у страдающего депрессией человека убеждённости в Христовой любви и собственном достоинстве как образа Божия, которые необходимы для правильного восприятия Бога и которые напрямую влияют на отношения с Ним;

- обучение навыкам подлинного духовного совладания, основанного на богословии Православной Церкви;

- такая организация приходской жизни, которая позволила бы страдающему человеку использовать все преимущества церковной жизни: евхаристичность, тенденцию к метанойе, соработничество и соборность.

Использованная литература:

1. Антоний (Блум), митрополит. Труды. Книга первая. — М.: «Практика», 2012. — 1112 с.
2. Борисова О.А., Гусев В.В., Дробашенко Т.Г., Пятницкая Л.Н., Слоневский Ю.А., Комиссарова С.А. Особенности проведения конфессионально-ориентированной реабилитационной работы с психическими больными, основанной на анализе их религиозного мировоззрения // Консультативная психология и психотерапия. М., 2010. №3. С. 176-187.
3. Варнава (Беляев), еп. Основы искусства святости: опыт изложения православной аскетике. В 4 т. — Т.2 — Нижний Новгород: Издание братства во им святого князя Александра Невского, 1998. —411с.
4. Василюк Ф.Е. Типы духовного совладания // Консультативная психология и психотерапия. 2014. № 5 (22). С. 139-152.
5. Гусев В., прот. Особенности пастырского окормления больных в психиатрической клинике. //Попечение Церкви о душевнобольных: Материалы международной конференции, 13-14 ноября 2018 года: Сб. докл. — М., 2019. — С. 108-116.
6. Ефрем Сирин, преп. Творения. Ч. 2. М., 1881. С. 182-184. Поучение 24. Об унынии и о терпении старцев.
7. Иоанн Кассиан Римлянин, преп. Писания. — Свято-Троицкая Сергиева Лавра, 1993. - 654 с.
8. Иоанн Лествичник, преп. Лествица, возводящая на небо. — М. : Изд-во Сретенского монастыря, 2013. — 592 с.
9. Иона (Займовский), игум., Кузьмин Р. Ю. Богословие и зависимость. Опыт построения христианской аддиктологии. — М.: Практика, 2021 —304 с.
10. Исаак Сирин, преп. Слова подвижнические. — М.: Свято-Троицкая Сергиева Лавра, 2008 — 635с.
11. Каледа В. Г. Основы пастырской психиатрии: Руководство для священнослужителей. —М.: Изд-во Московской Патриархии, 2021.—232 с.
12. Копейко Г.И., Борисова О.А., Гедевани Е.В. Место духовно-ориентированных подходов в комплексной реабилитации больных с психическими расстройствами. // Общественно-ориентированная психиатрия: научно-практические аспекты и векторы развития: материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвященной 20-летию создания общественной организации «Семья и психическое здоровье», 9 июня 2022 года — М. : Макс Пресс, 2022. — 252 с.
13. Копейко Г.И., Борисова О.А., Гедевани Е.В., Каледа В.Г. Влияние фактора религиозности на депрессивные состояния и суицидальное поведение. // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова 2020, т. 120, № 1, с. 103-110.
14. Копейко Г.И., Гедевани Е.В., О.А. Борисова, Шаньков Ф.М., Смирнова Б.В., Каледа В.Г. Эндогенные депрессивные состояния с религиозными переживаниями. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2021, 121 (5 вып. 2) с.55–60.
15. Ларше Ж.-К. исцеление психических болезней: Опыт христианского Востока первых веков. М.: Издательство Сретенского монастыря, 2007. -224 с.
16. Магай А.И., Бабурин А.Н., Копейко Г.И., Борисова О.А., Казьмина О.Ю. Опыт внебольничной амбулаторной реабилитационной программы для больных с коморбидной патологией на базе светских организаций и церковных приходов // Смоленский медицинский альманах. 2019. №4. С.110-113.
17. Новицкий Владимир, прот. Душевная болезнь — как пожар в доме. Портал «Пастырь», 2018 URL: https://priest.today/news/dushevnyaya_bolezn_kak_pozhar_v_dome_prot_vladimir_novickij (дата обращения: 19.11.2022)
18. Новицкий Владимир, прот. Каледа В.Г. Пастырская психиатрия: разграничение духовных и психических расстройств. Портал «Пастырь», 2016 URL: https://priest.today/news/pastirskaya_psychiatriya (дата обращения: 19.11.2022)
19. Одяков Илья, прот. Помощь пастыря при депрессиях. // Церковь и время. Том ХС. (Январь-Март 2020г) с.183-198

20. Основы социальной концепции Русской Православной Церкви, URL: <http://www.patriarchia.ru/db/text/419128.html> (дата обращения: 3.11.2022)
21. Пастырское попечение в Русской Православной Церкви о психически больных (Документ Комиссии Межсоборного Присутствия РПЦ URL: <https://www.diaconia.ru/pastyrskoe-popечenie-o-psikhicheski-bolnykh> (дата обращения: 15.10.2022).
22. Попечение Церкви о депрессивных больных. Материалы заседания секции XXVII Международных Рождественских образовательных чтений, 26 января 2019 года.
23. Преподобных отцов Варсонофия и Иоанна руководство к духовной жизни в ответах на вопрошения учеников. — М.: Сибирская Благовонница, 2013. —669 с.
24. Религиозность и клиническая психиатрия. Материалы Первой Московской Международной конференции, 20-21 апреля 2017 года.
25. Сайт Министерства здравоохранения Российской Федерации. URL: <https://minzdrav.gov.ru/news/2017/04/07/5302-7-aprelya-v-rossii-i-vo-vsem-mire-otmechaetsya-vsemirnyu-den-zdorovya> (дата обращения: 10.09.2022)
26. Тиганов А.С. Общая психопатология: курс лекций. –М.: Издательство «Медицинское информационное агенство», 2016. –184с.
27. Филимонов С., прот., Ваганов А.А. О душепопечении психически больных на приходе // Церковь и медицина. 2009. № 3. С. 47–51.
28. Филимонов Сергей, прот., Озерная И.П. Взаимодействие психиатра, психотерапевта и священника на приходе. Особенности сопровождения психических больных. // Церковь и медицина. 2015. № 1(15).URL: <https://www.mag.opvspb.ru/publications/materialy-meditsinskih-konferentsii--i-sezdov-opvr/148/> (дата обращения: 24.11.2022)
29. Bonelli R., et al. Religious and spiritual factors in depression: review and integration of the research. // Depression Research and Treatment. Volume 2012, doi:10.1155/2012/962860
30. Braam A.W., Koenig HG. Religion, spirituality and depression in prospective studies: A systematic review. // Journal of Affective Disorders 257 (2019) p.428-438.
31. Kheriaty A., Cihak J. The Catholic Guide to Depression. How the Saints, the Sacraments, and Psychiatry Can Help You Break Its Grip and Find Happiness Again. - Manchester, New Hampshire: Sophia institute press, 2012 – 247 p.
32. Koenig H.G., Pargament K.I., Nielsen J. Religious coping and health status in medically ill hospitalized older adults // The Journal of Nervous and Mental Disease. 1998. Vol. 186 (9). P. 513–521.
33. Koenig H.G., Religion, spirituality, and health: The research and clinical implications. // International Scholarly Research Network. ISRN Psychiatry 2012(8):278730 DOI: 10.5402/2012/278730
34. Levin J., Religion and mental health: Theory and research // International Journal of Applied Psychoanalytic Studies. 7(2), 2010, p.102 – 115 DOI: 10.1002/aps.240
35. Mental Health and COVID-19: Early evidence of the pandemic’s impact. Geneva: World Health Organization; 2022. URL: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-Mental_health-2022.1 (дата обращения: 17.09.2022)
36. Pargament K.I., Krumrei E.J. Clinical assessment of clients’ spirituality // Spirituality and the therapeutic process: A guide for mental health professionals. Washington DC: American Psychological Association Press, 2009 P. 93-120. <https://doi.org/10.1037/11853-005>
37. Repere practice în pastoratia persoanelor care suferă de depresie. Iasi: Doxologia, 2019 -70 p.
38. United Nations Policy Brief: COVID-19 and the Need for Action on Mental Health. URL:https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/un_policy_brief-covid_and_mental_health_final.pdf (дата обращения: 13.11.2022)/

Этическое и духовное осмысление депрессии в исламской традиции

Аннотация: в исламе поддержание здоровья, в т.ч. психологического и психического, считается обязанностью верующего, и существует многовековая традиция поддержания психологического благополучия («Аль-Афия») верующего. Многие мусульманские учёные-энциклопедисты, будучи наследниками Платона, Аристотеля, стоиков, развивали их учения применительно к исламу, в т.ч. в области психического здоровья. В Коране много внимания уделяется рассуждениям о том, почему человек печалится, и как избавиться от печали – «хузн» (под этим словом подразумевается депрессия, и оно встречается в Коране 42 раза). В исламе – двойное отношение к депрессии, связанное с видением ее причин: одна из них – «нездоровое сердце», загрязнённое дурными греховными поступками, негативными или лживыми мыслями, которое может заразить все тело; вторая – повышенная чувствительность, свойственная прозревшим сердцам, постоянно стремящимся поддерживать чистоту внутреннего мира и остро реагирующим на происходящее вокруг (т.н. депрессия благочестивых). В классической мусульманской литературе рассматривается проблема излечения от депрессии и даются простые и понятные рекомендации, как избавиться от печали. Первый мусульманин-психолог, живший в IX веке, Абу Зайд аль-Балхи, был первым специалистом по когнитивно-поведенческой терапии. Он разработал методiku «терапии прощения и терпения», работы со страхами и паникой, а также пошаговый алгоритм работы с депрессиями. Ольга Сергеевна рассказала о созданной в 2017 г. Ассоциации психологической помощи мусульманам, в которую входят психологи, психиатры и религиозные деятели, в т.ч. имамы.

Ключевые слова: депрессия, «терапия прощения и терпения», здоровье в исламе, Абу Зайда аль-Балхи, «медицина духа», психологическое благополучие.

Достижение счастья и переживание несчастья в исламской традиции

С точки зрения ислама, поддержание здоровья, как физического, так и психического, – это поклонение, поскольку мусульмане верят, что в Судный день будут спрошены за то, как расходовали собственное здоровье: «Раб не сдвинется с места до тех пор, пока не будет спрошен о четырех вещах: о его жизни, о молодости: на что он её потратил? и о его знании: как он применял его? и о его богатстве: откуда он взял его и на что потратил? и о его теле: как он его использовал?» (сборник хадисов Ат-Тирмизи). Психологическое и психическое здоровье в исламском мире всегда считалось тесно связанным с физическим здоровьем, поэтому его поддержание является важнейшей обязанностью мусульманина. Первые психиатрические больницы были построены арабскими мусульманами очень рано: в Багдаде в 705 году, в Фесе в начале VIII века и в Каире в 800 году, в Дамаске и Алеппо в 1270 году.

Представление о депрессии известно из трудов средневековых мусульманских ученых, в которых они не только осмысливали разные психологические состояния человека, но также и предлагали свои способы избавления от негативных состояний. Если в доисламский период такие термины, как «саада» (счастье) и «шакава» (горе, несчастье) связывались с положением звезд, то есть с везением и удачей, то с приходом ислама счастье или несчастье стали рассматриваться как результат старания и деятельности человека и решения Аллаха. Вечное счастье можно обрести лишь в последующей, вечной жизни. А обретение счастья в этом мире возможно при условии соблюдения основных

канонов ислама, а также поддержания гармонии души и тела, здоровья душевного, духовного и физического, поскольку в исламской психологии распространен био-психо-социо-духовный подход к здоровью человека (Rassool, 2021).

Термин «шакава», как и многие другие арабские слова, включает много значений, отражающих разновидности горя и несчастья: «хавф» – страх, «хамм» и «хузн» – печаль, недовольство, беспокойство, «хасра» – сожаление о потере и гибели, «дийк» – состояние и ощущение души при осознании невозможности возмещения, душевное беспокойство, сомнение и волнение. Похожее значение имеет и слово «гам», означающее беспокойство, скорбь. О разных состояниях человека можно черпать информацию в стихах (аятах) Корана, в частности, термин «хузн» (печаль) встречается в Коране 42 раза.

В трудах мусульманских ученых подробно раскрыто представление о достижении счастья как состояния, альтернативного состоянию печали и грусти. «Нам следует стремиться к тому, чтобы мы были счастливы, и беречь себя от того, чтобы стали несчастны» (аль-Кинди, 2022, с. 14) – таковы слова выдающегося мусульманского ученого, которого по праву называют первым мусульманским психотерапевтом, Абу Юсуфа Исхака аль-Кинди (около 803 – около 872). В десяти психотерапевтических советах мусульманского ученого-энциклопедиста изложены возможности формирования полезных для личности привычек, которые будут способствовать защите от несчастий. Среди этих полезных рекомендаций, например, совет: не делать то, что ввергает нас в печаль, а также относиться к различным негативным явлениям в нашей жизни как к временным и преходящим. Так же мы должны относиться и к благам, которые являются «арендованными нами у нашего Создателя». Абу Юсуф аль-Кинди рекомендует не стремиться к безудержному приобретению того, что возможно потерять и что впоследствии вызовет печаль и разочарование (в чем заметно использование опыта античных школ этики). Таким образом, мы видим в средневековом трактате мусульманского ученого рецепты формирования добродетелей, которые помогут сохранить наше душевное (психологическое) состояние благоприятным, то есть позволят почувствовать себя счастливым.

Вслед за аль-Кинди, мусульманские ученые обращали внимание на то, что в излечении душевных болезней следует прибегать к «медицине духа» – «*тыбб а-рухани*». Человек должен стремиться не к меняющимся и преходящим благам и возможностям, а к нравственным добродетелям и развитию разума, которые остаются с ним навсегда, а объекты для любви выбирать из «мира разума».

Важнейшим аспектом, с точки зрения аль-Кинди, является формирование полезных привычек на основе правильных убеждений. Нрав, то есть черты характера, можно изменить правильным воспитанием: если постоянно повторять один и тот же поступок, можно выработать привычку к нему и выполнять его с желанием.

Исламские ученые расценивали нравственность как искусство обретения счастья и избавления от несчастья. Когда психологической технике соответствует нравственная основа, именно это сочетание дает личности надежный фундамент психологической устойчивости. Подтверждение этому мусульмане черпают в аятах Корана:

- «Цель, с которой посылались Нами посланники, — порадовать [передать радостные вести] и предупредить [предостеречь от опасностей]. Кто уверует и исправится [станет лучше], тем нечего бояться (беспокоиться), они не будут опечалены» (Коран, 6:48).

- «Они [кто обращен, возвращается сознанием и душой ко Всевышнему] уверовали, и их сердца становятся умиротворенными во время упоминания

Господа. Не упоминанием ли Его успокаиваются [начинают чувствовать уверенность] сердца?!» (Коран, 13:28).

Работы Аль-Кинди положили начало развитию *фальсафы* – арабо-мусульманской философии, в которой множество выдающихся ученых совершенствовали свое представление о счастье. Категория «счастье» стала лейтмотивом, главной категорией всех размышлений о человеке, одной из основных характеристик фальсафы в целом, например: «О счастье» и «О достижении счастья» аль-Фараби и Ибн Сины, «О счастье и осчастливлении» аль-Амири ан-Нисабури. В работах фальсифа проектируется гармоничное общество, которое могут построить только гармоничные личности: «Добродетельный град» – у аль-Фараби, «Духовный град» – у «Братьев чистоты», «Справедливый град» – у Ибн Сины, «Совершенный град» – у Ибн Баджи, «Добродетельный град» – у Ибн Рушда (Павлова, 2020). Во всех этих трудах развивался эвдемонический взгляд на достижение счастья: путь обретения счастья рассматривался через нравственность и духовное становление человека, совершенствование разума и духа, формирование его способностей.

Так как психологи часто объясняют счастье через параметры психологического благополучия, то необходимо обратиться к представлениям ислама о психологическом благополучии.

Психологическое благополучие в исламском контексте

Согласно ВОЗ, «здоровье – это состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не просто отсутствие болезни или немощи»¹. Соответственно, здоровый человек должен обладать духовным здоровьем и социальным благополучием. И.Н. Хайбуллин обращает наше внимание на то, что одна из целей ниспослания Корана – психологическое здоровье мусульманина (Хайбуллин, 2021): «Ниспослали Мы [говорит Господь миров] тебе [Мухаммад] Коран не для того, чтобы ты был несчастен (мучился и страдал) [а потому не трактуй его с точки зрения усложнения жизни, “жертв во имя Бога”]. Заключительное Писание тебе и людям дано в облегчение, в нахождение гармонии и для приобретения душевного спокойствия и комфорта]» (Коран, 20:2). Именно обретшая покой душа является основным духовным состоянием зрелой личности (89:27–30) (Хайбуллин, 2021, с. 98); это душа, обретшая «мир, покой, близость ко Всевышнему (*«ихсан»*)» (там же, с. 98).

В исламе всестороннее здоровье описывают через понятие *«аль-афия»*, которое переводится как «благополучие, здоровье, хорошее самочувствие, жизненная сила». Это понятие из ислама, которое вполне соотносится с позитивной психологией, то есть это позитивная психология мусульманина. Таким образом, благополучие мусульманина включает физические, психологические, духовные и социальные аспекты.

Еще одним исламским понятием, имеющим коннотацию, связанную с психологическим благополучием личности, является понятие «сакина», которое дословно переводится как «спокойствие, успокоение, присутствие Божье», «покой». Упоминание об этом состоянии встречается в Коране шесть раз: 2:248; 9:26, 40; 48:4, 18, 26. Аллах низводит *сакину* на Мухаммада («И низвел Аллах Свой покой [sakīnatahu] на него», 9:40), на Мухаммада и на верующих («Низвел Аллах Свой покой [sakīnatahu] на Своего посланника и на верующих», 9:26; то же в аяте 48:26), а также непосредственно в сердца верующих: «Он узнал, что у них в сердцах, и низвел на них Свою сакину [al-sakīnata]» (48:18) – «Низвел сакину в

¹ Всемирная организация здравоохранения. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.who.int/ru/about/frequently-asked-questions> (дата обращения: 01.01. 2023).

сердца [al-sakīnata fī qulūbi] верующих, чтобы они увеличили веру с их верой» (48:4).

Таким образом, можно сделать вывод о том, что в Коране имеется важный контекст понимания психологического благополучия и связанных с этим понятий.

Современные зарубежные мусульманские ученые видят большой потенциал в изучении проблематики счастья с точки зрения ислама и психологии. Саид Мухаммад Накыб аль-Атас раскрывает исламскую концепцию счастья (saadah), определяя цель счастья как любовь к Богу (аль-Атас, 2001). В мирской жизни человеку доступны два уровня счастья: первый – «временные психологические состояния, связанные с материальным миром, которые можно охарактеризовать как чувства или эмоции, возникающие в связи с удовлетворением определенных нужд и потребностей, достигнутых благодаря добродетельному поведению.

Второй уровень – это перманентное, сознательно достигаемое духовное состояние, являющееся субстратом материального существования, которое есть не что иное, как испытание, проверка на добродетель поступков вне зависимости от благосклонности судьбы. Достижение второго уровня происходит параллельно первому, с той лишь разницей, что желания уже укрощены, а потребности удовлетворены. Второй уровень счастья – это подготовка к его третьему уровню, на который мы выходим уже в иной жизни и высшей точкой которого является созерцание Бога. Такое понимание счастья и опыт его переживания остаются в сознании истинно верующих неизменными на протяжении многих веков» (аль-Атас, 2001).

Излагая подробно концепцию счастья, аль-Атас большое внимание уделяет пониманию его антонима – несчастья (shaqawah), составными частями которого являются:

Khawf – страх перед неизвестностью, одиночеством и отсутствием общения, перед смертью; предчувствие ужаса;

Huzn – грусть, сожаление, тоска, душевное страдание;

Diq – страдание души и ума из-за невозможности понять причину сомнений и душевного волнения;

Hazrah – глубокая тоска об утраченном;

Ham – обеспокоенность, тревога, терзание сердца и ума из-за страха перед надвигающейся бедой или болезнью;

Gham – уже свершившаяся беда, когда страх превращается в сплошную боль;

Usr – трудные, тяжелые и неприятные обстоятельства (Аль-Атас, 2001, с. 113–114).

Анализируя эти состояния, аль-Атас подводит их к западному пониманию слова «трагедия», то есть «жизненная драма, которую телом и душой переживает человек, отвернувшийся от веры и отрекшийся от Бога» (там же, с. 114).

Мирское и высшее счастье связаны посредством веры (*iman*). «Корневая основа *amina* несет в себе идею пребывания в безопасности, освобождения от страха, а отглагольное от него имя *amin* означает “безопасность”, “свобода от страха”, который предстает как страх неизвестности, полного одиночества и отсутствия общения, как страх смерти и всего, что находится за ее гранью, как предчувствие грядущего ужаса, одним словом – как страх, связанный с конечной судьбой человека» (там же, с. 119). Только вера и добродетель могут спасти человека от этого состояния.

М. Джошанлу (Joshanloo, 2013) обращает наше внимание на то, что психологическое здоровье и благополучие во многом связаны с потенциалом культуры (религиозной, этнической), к которой принадлежит человек. Поэтому важно развивать религиозный потенциал эвдемонического пути к счастью через формирование исламских ценностей и добродетельного поведения в рамках

ислама. Поскольку ислам выстраивает для его последователей всеобъемлющий образ жизни, то дает свои рекомендации по построению добродетельного поведения и формированию «благородных удовольствий». Актуализация истинного человеческого потенциала способствует удовлетворению истинных человеческих потребностей. Джошанлу обращает наше внимание на то, что, придерживаясь исламского образа жизни, мусульмане испытают множество различных положительных эмоций и удовольствий (например, жизнерадостность, спокойствие, удовлетворенность, благодарность, радость и т.д.). «Они [кто обращен, возвращается сознанием и душой ко Всевышнему] уверовали, и их сердца становятся умиротворенными во время упоминания Господа. Не упоминанием ли Его успокаиваются (начинают чувствовать уверенность) сердца?!» (13:28).

Таким образом, по Джошанлу, религиозная вера, добродетельное поведение, баланс между индивидуальными и социальными ценностями, всестороннее развитие – духовное, интеллектуальное, физическое – все это является надежным фундаментом психологического благополучия, напрямую связанным с исламом.

А.А. Бадри и Ван Нейм Ван Мансур (Badri, Wan Mansor) указывают на то, что достижение счастья в современном исламском представлении должно стать одной из целей шариата – *макасид аль-алийя*. Они обращают наше внимание на то, что, несмотря на частые упоминания о счастье, духовном благополучии и многих других концептах в Коране, в исламской юриспруденции этому понятию не уделяется должного внимания. Авторы выводят из целого ряда аятов Корана, где говорится об устранении печали, свое доказательство того, что печаль – это отрицательный элемент в жизни, а счастье – положительный элемент. Таким образом, подразумевается, что счастье является одной из конечных целей верующих, как в этом мире, так и в будущем (Коран 2:112; 2:277; 41:30; 16:97; 13:37; 10:58; 30:4). Авторы предлагают свои практические рекомендации к достижению счастья как макасид аль-шариа:

1. Формирование сбалансированного мировоззрения, в котором максимальное внимание уделяется вере и духовности.
2. Практика размышления (*тафаккур*), благодарности (*шукур*), удовлетворенности (*ханаат*).
3. Повышение социального доверия и гармонии, практики повышения доверия и сплоченности в обществе.
4. Сохранение и улучшение окружающей среды.

Подходы к преодолению депрессии в трудах мусульманских ученых

Первой работой, посвященной анализу депрессии, была работа Абу Зайда аль-Балхи, мусульманского ученого-энциклопедиста, ученика известного арабского философа, математика, врача Абу Юсуфа аль-Кинди. Аль-Балхи родился в 849 году в персидской провинции Балх, которая сейчас является частью Афганистана. Современники описывают его как человека вдумчивого и замкнутого, что, по всей вероятности способствовало написанию научных трактатов, значительно опередивших свое время. Поскольку он был не только великим врачом, географом, но и выдающимся мусульманским богословом, его работа является источником знаний по духовно ориентированной психологии, в которой душа и тело существуют в неразрывной связи и не могут рассматриваться отдельно друг от друга. Именно поэтому его трактат, находящийся в Стамбуле, называется «Пища для тела и души». В части, посвященной здоровью тела, которая содержит 268 страниц, ученый рассматривает проявления психосоматических расстройств, способы их лечения;

рассматривает вопросы окружающей среды и общественного здравоохранения; пишет о пользе физической нагрузки и тренировки тела.

Выдающийся современный мусульманский психолог Малик Бадри в предисловии ко второй части книги «Пища для души», которая состоит из восьми глав, пишет о ней как о шедевре психологической мысли, который опередил развитие психологии на одиннадцать веков. Аль-Балхи был одним из первых специалистов, дифференцировавших различия между психическими и психологическими расстройствами, психозами и неврозами. Классифицировав неврозы, он дал подробное описание духовно-когнитивной терапии для лечения каждого из видов описанных им расстройств. Он пишет о важности поддержания здоровья *нафса* (души) в исламском измерении. «Гений психологической медицины», «пионер психосоматической медицины», «современный психолог-консультант», «пионер когнитивной терапии» – такими эпитетами описывает великого ученого Малик Бадри.

Он первым классифицировал эмоциональные расстройства, описывая, как рациональная и духовно-когнитивная терапия может использоваться для лечения данных расстройств. Ал-Балхи первым обнаружил разницу между эндогенной и реактивной депрессией. Современная классификация психиатрических симптомов DCV-IV описывает тип депрессии, которую называют «нормальной депрессией», а аль-Балхи называл ее «хузн» (грусть). Два других типа депрессии – это реактивная и эндогенная депрессия. Большая, или психотическая, эндогенная депрессия – это тяжелая форма депрессии, которая требует госпитализации и медикаментозного лечения. Реактивная (невротическая) депрессия не сопровождается, как в предыдущем случае, бредом и галлюцинациями, и не требует госпитализации, лечится когнитивной терапией. Аль-Балхи дает четкие рекомендации, в каких случаях когнитивная терапия должна сопровождаться медицинским вмешательством:

«Когда душа здорова, ее проявления будут спокойными, без признаков каких-либо психологических симптомов, таких как гнев, паника, депрессия и других»; «Человек должен научить себя не слишком остро реагировать на незначительные инциденты или вещи, которые он слышит или видит. Когда он приучит себя терпеть эти маленькие раздражающие переживания, это станет (со временем) привычным, и тогда он сможет терпеть вещи, которые являются еще более расстраивающими, и переживания, которые являются еще более раздражающими» (аль-Балхи, 2019).

Поскольку *дунья* (земная жизнь) – обитель тревог, грусти, бедствий и беспокойства, человеку не избежать переживаний. При этом в жизни, по мнению автора, психологические страдания встречаются гораздо чаще, чем физические. Страдания души могут быть тяжелее страдания тела.

Аль-Балхи рекомендует страдающему душевными недугами (депрессией) обратиться за помощью к специалисту, так как помощь, получаемая извне, при получении консультации, более эффективна, «чем внутренняя попытка человека (в лечении) посредством генерирования его собственных терапевтических мыслей» (аль-Балхи, 2019).

«Уравновешенные мысли и убеждения должны генерироваться не только во время болезни. Они могут возникать и развиваться в период психологического здоровья и расслабленности и храниться в памяти для того, чтобы вернуть их к осознанию тогда, когда кто-то страдает от эмоциональных проявлений».

Описывая разницу между депрессией и печалью, Балхи писал, что «Депрессия в острой форме похожа на пылающий костер, в то время как грусть аналогична углю, который продолжает светиться после того, как огонь погас» (аль-Балхи, 2019). Печаль (*хузн*) – это одна из сложностей мирской жизни, которая

подстерегает человека ежедневно. Пророк Мухаммад говорил: «О Аллах, я прошу у тебя защиты от беспокойства и печали, слабости и лени, малодушия и скупости». Одним из самых известных аятов Корана, в котором говорится об избавлении от напрасных тревог, являются четвертый и пятый аяты суры «аш-Шарх» (Раскрытие): «Воистину, за каждой тягостью наступает облегчение. За каждой тягостью наступает облегчение» (Коран, 94:5-6). Здесь мусульманин получает усиленное, повторяющееся подтверждение тому, что после каждой сложности наступает облегчение. Поэтому никогда нельзя отчаиваться и терять надежду: «И никогда не оставляйте надежды на успокаивающее Милосердие Аллаха: поистине никто не отчаивается в успокаивающем Милосердии Аллаха, кроме тех, кто не имеют веры» (Коран 12:87).

Развивая идеи средневековых авторов, современные психологи-мусульмане предлагают собственные методы работы с депрессией на основе когнитивно-поведенческой терапии. Так, разработанное руководство по лечению депрессии на основе религиозной когнитивно-бихевиоральной терапии содержит описание десяти сессий работы с мусульманским клиентом, которое может быть использовано также и специалистом-немусульманином, но в котором активно интегрируются религиозные ресурсы.

Вuwoud (2014) предполагает, что лечение депрессии или даже предотвращение депрессии в исламе может быть достигнуто с помощью нескольких методов или инструментов, таких как следование исламским принципам, благочестие или добрые дела, поклонение, терпение, молитвы и поминания Бога, удовлетворение и довольство тем, что у нас есть, раскаяние, приоритет позитивного мышления, знание того, как вести себя с токсичными людьми, и наличие надежды. Молитва и исламская медитация (*тафаккур*) могут существенно улучшить состояние человека, страдающего депрессией.

С точки зрения ислама, средоточием духовного здоровья и нездоровья является сердце, понимаемое как главный духовный орган человека. Пророк Мухаммад говорил: «И богатство, и бедность – от сердца. Богатому душой не навредят трудности, встречающиеся по жизни. Человеку же, у которого бедное (духовно) сердце, не хватит и огромного богатства, посылаемого судьбой». Поэтому духовным рецептом избавления от депрессии является поддержание духовной чистоты и веры, нравственное отношение к другим людям, оберегание себя от греховных (безнравственных, разрушающих духовность) поступков.

Заключение

Таким образом, в исламской традиции представления о различных психологических состояниях человека основываются на Коране и изречениях (хадисах) пророка Мухаммада, а забота о здоровье, в том числе психическом, является обязанностью мусульманина и рассматривается как форма поклонения. Представления о том, что религиозная вера, добродетельное поведение, баланс между индивидуальными и социальными ценностями, всестороннее развитие – духовное, интеллектуальное, физическое – являются надежным фундаментом психологического благополучия, напрямую связаны с теми знаниями о человеке, его вере и мотивах поведения, которые основываются на исламском понимании человеческой природы.

Мусульманские ученые развивали в своих трудах идеи о счастье как о цели существования мусульманина. При этом достижение счастья предполагает нравственное и духовное развитие личности. Как средневековые, так и современные мусульманские психологи рассматривают в своих трудах подходы к психологическому благополучию и способы его достижения на основе религиозных знаний и ценностей.

В средневековом трактате выдающегося мусульманского ученого Абу Зайда аль-Балхи (IX в.) представлено понимание депрессии как состояния, отнимающего у человека много сил и требующего вмешательства специалиста, а также дается классификация депрессий и предлагается пошаговое руководство по ее преодолению.

Временность страданий и осознание их конечности связано с пониманием временности земной жизни человека. А соблюдение образа жизни, предписанного исламом, и воздержание от грехов, способствует, по мнению мусульманских ученых и практиков, преодолению и даже защите от душевных недугов.

Использованная литература:

1. Аль-Аттас М.Н. Введение в метафизику Ислама: изложение основополагающих элементов мусульманского мировоззрения. Пер. с англ. Кямилев С.Х., Ибрагим Т.М. (ред.). Куала-Лумпур: Институт исламской цивилизации, Международный институт исламской мысли и цивилизации; 2001. 410 с.
2. Аль-Балхи Абу Зайд. Пища для души. Когнитивно-поведенческая терапия врача девятого века / Абу Зайд аль-Балхи; перевод и аннотация рукописи девятого века выполнены М. Бадри; перевод Л. Мамедова. – М.: Международный институт исламской мысли, ООО «Идрак», Ассоциация психологической помощи мусульманам, 2019. – 110 с.
3. Аль-Кинди. Как избавиться от печали : [трактат и научное исследование] / Фбу Юсуф ибн Исхак аль-Кинди. – Уфа : ООО «Читай-Умма», 2022. – 112 с.
4. Павлова О.С. Исламская концепция счастья: психологический анализ. *Minbar. Islamic Studies*. 2021;14(4):923-950. <https://doi.org/10.31162/2618-9569-2021-14-4-923-950>
5. Павлова О.С. Психология: исламский дискурс / О.С. Павлова. – М.: Ассоциация психологической помощи мусульманам, АНО НПЦ «Аль-Васатыя – умеренность», 2020. – 208 с.
6. Павлова О.С. Психология в трудах мусульманских ученых: учебное пособие / О.С. Павлова. – Болгар: Мусульманская религиозная организация духовная образовательная организация высшего образования «Болгарская исламская академия», 2022. – 240 с.
7. Рассул Г. Х. Исламское консультирование. Введение в теорию и практику. – М. : Институт интеграции знаний, Ассоциация психологической помощи мусульманам, 2022. 391 с.
8. Хайбуллин И.Н. Концепция благополучия (аль-афия) в Исламе. *Ислам: личность и общество*. 2021;(1–2):98–104.
9. Azhar, M. Z., & Varma, S. L. (1995). Religious Psychotherapy in Depressive Patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 63, 165-168. DOI:10.1159/000288954
10. Badri A. A., Wan Mansor Wan Naim. Happiness as an Objective of Shari'ah: Analysing its Operationalisation in Public Policy. *Islam and Civilisational Renewal*. [Electronic source]. Available at: <https://icrjournal.org/index.php/icr/article/view/247/231> DOI: [10.12816/0035263](https://doi.org/10.12816/0035263) (Accessed: 21.10.2021).
11. Bulut S., Hajiyousouf I. I., Nazir T. Depression from a Different Perspective. *Open Journal of Depression*. Vol.10 No.4, November 2021. DOI: 10.4236/ojd.2021.104011
12. Buwoud A. (2014, December). Aleilaj Alnafsi lil-Idhtirabaat Al-Nafsiyah Min Manzur Islami—Al-Ikti'aab Namudhaj [Psychotherapy for Mental Disorders from an Islamic Perspective—Depression for Instance]. *Social Sciences Journal*, No. 19, 199-209.
13. Ciarrocchi J. W., Pearce D. S. M. J., Koenig H. G., Vasegh S. 10-Session Treatment Manual for Depression in Clients with Chronic Physical Illness. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4457450/#R6>
14. Joshanloo M.A. Comparison of Western and Islamic Conceptions of Happiness. *Journal of Happiness Studies*. 2013;14(6):1857–1874. DOI: [10.1007/s10902-012-9406-7](https://doi.org/10.1007/s10902-012-9406-7)
15. Rassool G. H. *Islamic Psychology. Human Behaviour and Experience from an Islamic Perspective*. Routledge, 2021.

Био-психо-социо-духовный подход к депрессии

Аннотация: Доклад основан на книге «Духовность и психическое здоровье в разных культурах», опубликованной в издательстве Оксфордского университета; в частности, на I главе книги, в которой говорится о влиянии духовности на психическое здоровье и о различных способах и путях, посредством которых духовность может влиять на депрессию, включая биологические, психологические и социальные аспекты.

Ключевые слова: духовность, психическое здоровье, психическая болезнь, био-психо-социо-духовная парадигма, религиозная вовлеченность, внутренняя религиозная ориентация.

Следует начать с краткого изложения некоторых основных открытий, касающихся биологических, психологических, социальных и духовных аспектов психических расстройств и того, как интегрировать их в более комплексный подход к изучению депрессии. Основанием настоящего доклада явилась книга «Духовность и психическое здоровье в разных культурах», а также заявление позиции Всемирной психиатрической ассоциации о духовности и религии в психиатрии («World Psychiatry», 2016)¹.

Прежде всего, необходимо отметить значение религии или духовности. По сути, это то, что лежит в основе всех духовных традиций, всех культур и во все времена. Духовность – это связь или контакт со сферой трансцендентной реальности. Мы подчеркиваем, что сфера реальности может быть Богом, богами, духами, предками. Но в основе всех духовных традиций лежит вера в то, что они реальны, то есть считаются священными, высшей истиной или реальностью. А религия есть институт или общественный аспект духовности.

Важно помнить, что здоровье и болезнь – это динамическое равновесие между факторами, вызывающими заболевание (патогенными) и факторами, способствующими укреплению здоровья: биологическими, психологическими, социальными и духовными. Целью нашего лечения является уменьшение патогенных и приумножение положительно влияющих на здоровье факторов.

С целью изучения интегрированности всех перечисленных факторов в духовность была проведена очень интересная работа, в которой в течение 16 лет участвовали 74 000 человек (Li, S. с соавт., 2016). Было установлено, что среди тех, кто хотя бы раз в неделю посещает богослужения, отмечается более низкий уровень смертности (на 50% ниже) в сравнении с теми, кто не участвует в службах.

Духовность может воздействовать на здоровье разными путями, например, биологическим. Снижение смертности, по данным исследования, частично объяснялось, например, более низким уровнем курения табака, т.е. 22 % этого снижения смертности были связаны с фактором курения, биологическим фактором. Или, например, с социальными аспектами: социальная интеграция приводила к снижению смертности на 23 %. Психологические аспекты, такие как депрессия и оптимизм, ожидаемо составляли 11 и 90 % соответственно. Таким образом, можно увидеть, что специфическое воздействие религиозного поведения, в частности посещения религиозных богослужений, на здоровье оказывается разными путями — с помощью биологических, психологических и даже поведенческих механизмов.

¹ Имеется бесплатный доступ на сайте журнала «World Psychiatry».

Духовность оказывает влияние на различные аспекты депрессии, например, на суицидальное поведение. В ходе катamnестического 14-летнего исследования было выполнено наблюдение почти 90 000 человек; и те люди, которые посещали религиозные службы, умирали в результате совершенного суицида в шесть раз реже, чем те, кто никогда этого не делал (VanderWeele с соавт., 2016).

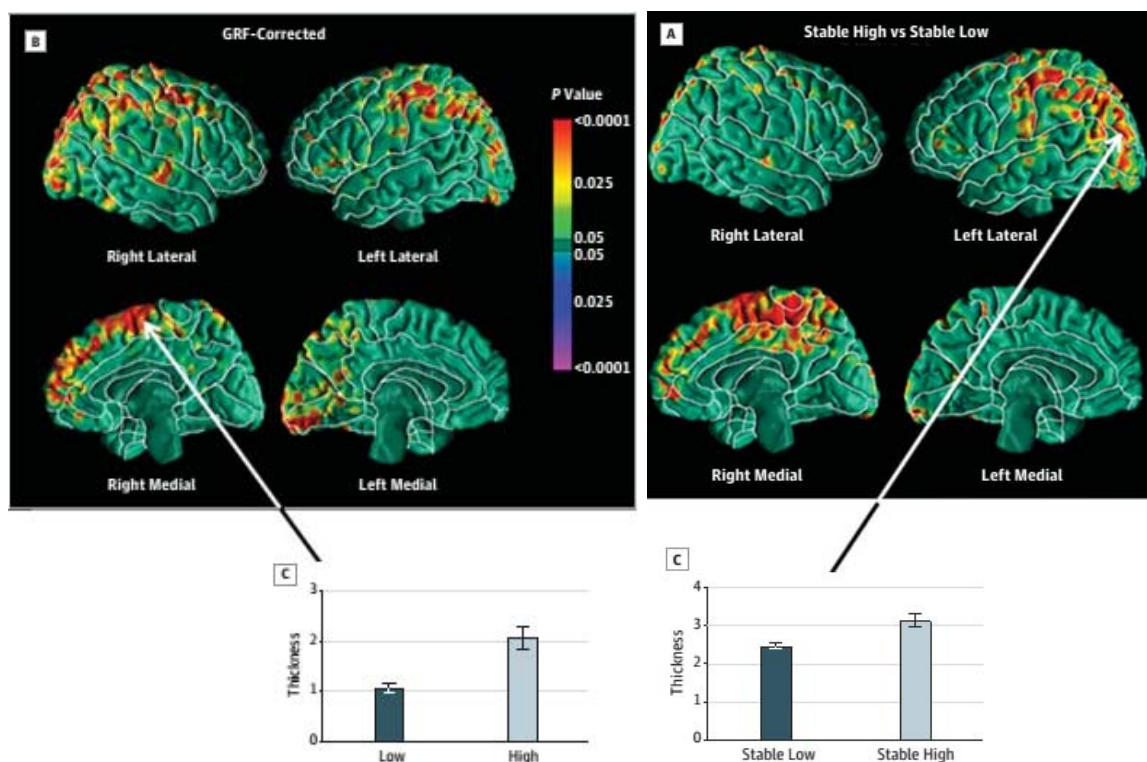
Можно также привести в пример детей пациентов, страдающих тяжелыми депрессиями: в случаях, когда религии или духовности придавалось большое значение, риск депрессии составлял меньшую вероятность (в 10 раз ниже), чем в случаях малой значимости религии (Miller, L., 2014).

Для исследования биологических аспектов в этой же выборке детей больных тяжелыми депрессиями мы исследовали толщину коры головного мозга. Было обнаружено, что у людей с высоким уровнем религиозной активности кора головного мозга была намного толще, в сравнении с теми, у кого уровень религиозной активности был низким (зоны красного цвета на рисунках 1 и 2).

Кора головного мозга была толще у тех, кто имел более высокий уровень религиозной вовлеченности. Это свидетельствует о важности воздействия религиозной вовлеченности на нейробиологические корреляты.

Рисунок 1. Взаимосвязь высокой значимости духовности и религиозности с толщиной коры головного мозга

Рисунок 2. Эффект стабильно сохраняющейся высокой значимости в течение 5-летнего периода

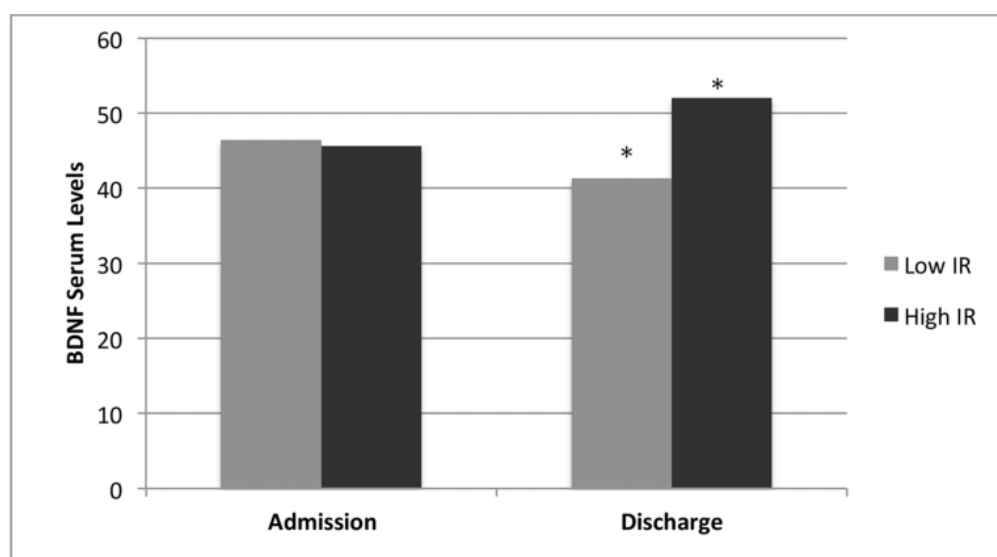


В 2019 году в Бразилии было опубликовано исследование результатов обследования около 100 стационарных пациентов с тяжелой депрессией (B.Schor с соавт., 2019), в котором проводилось измерение уровня нейротрофического фактора головного мозга (BDNF)², а также изучалась религиозность пациентов.

² BDNF [Brain-derived neurotrophic factor] – это нейротрофический фактор головного мозга, то есть фактор, вырабатываемый мозгом, связанный с нейропластичностью.

Мы обнаружили, что во время прохождения стационарного лечения в психиатрической клинике у пациентов, имевших более высокий уровень внутренней религиозной ориентации, повышение уровня BDNF отмечалось значительно быстрее, в отличие от пациентов со слабой внутренней религиозной ориентацией. При поступлении в стационар у пациентов были практически сходные уровни BDNF, однако, при выписке более высокий уровень внутренней религиозной ориентации сочетался с более высоким уровнем BDNF (см. рис. 3). Возможно, это тот путь, в результате которого религиозное участие может привести к более высокой нейропластичности, более быстрому выздоровлению. И, как уже упоминалось ранее, толщина коры головного мозга также может изменяться.

Рисунок 3. Связь высокой внутренней религиозной ориентации с повышенным уровнем нейротрофического фактора головного мозга (BDNF) у стационарных пациентов с депрессией.



В ходе исследования 160 амбулаторных пациентов с биполярным расстройством, проведенного нашей группой, мы обнаружили, что у пациентов с более высоким уровнем внутренней религиозной ориентации депрессии возникают в пять раз реже по сравнению с теми, у кого уровень внутренней религиозной ориентации ниже (A. Stroppa, A. Moreira-Almeida *Religiosity*, 2013).

После двухлетнего катамнестического наблюдения за этой группой пациентов с биполярным аффективным расстройством мы обнаружили, что положительное религиозное совладание в начале исследования предопределило более высокий уровень физического, умственного, социального и экологического качества жизни 2 года спустя. В то же время негативное религиозное совладание было значимым предиктором патологических изменений психического состояния и более низкого качества жизни пациентов. Поэтому способ религиозного совладания оказывал как положительное, так и отрицательное влияние. Это очень важно, так как в выборке исследования после двух лет наблюдения и лечения состояние большинства пациентов определялось эутимией (не отмечалось ни депрессии, ни мании), однако, качество жизни имело значимые различия. Полная терапевтическая ремиссия — это гораздо больше, чем просто отсутствие депрессивных или маниакальных симптомов, например, необходимо оценивать

качество жизни. Два года спустя религиозное совладание стало мощным предиктором качества жизни пациентов.

В этой связи все больше исследуется важность интеграции духовного подхода в лечение пациентов с психическими расстройствами. Системный обзор J.P.Gonçalves с соавт. (2015) демонстрирует эффективность интеграции духовных мероприятий в терапию пациентов с психическими расстройствами.

Основываясь на всех этих данных, Всемирная психиатрическая ассоциация опубликовала заявление с изложением позиции и основных принципов, которые рекомендованы психиатрам во всем мире: «Независимо от точных определений, духовность и религия связаны с основными убеждениями, ценностями и опытом людей. Поэтому рассмотрение их значимости для происхождения, понимания и лечения психических расстройств и отношения пациента к болезни должно занимать центральное место в клинической и академической психиатрии. Тактичное рассмотрение религиозных верований и обычаев пациентов, а также их духовности должно регулярно учитываться и иногда будет важным компонентом психиатрического анамнеза. Мы должны учитывать их при сборе анамнеза, а также при обследовании и в разработке плана лечения» («World Psychiatry», 2016).

Био-психо-социо-духовная парадигма подразумевает рассмотрение физической, ментальной и духовной составляющих. Исследование духовности пациентов должно быть непредвзятым, проводиться с искренним интересом и уважением к убеждениям, ценностям и переживаниям пациентов, никогда не должно сопровождаться предписыванием или навязыванием собственных религиозных или антирелигиозных взглядов. Клиницистам также необходимо исследовать собственное мировоззрение и духовную историю. Пациент-центрированный подход, прежде всего, ориентирован на больного и его ценности. Помимо этого, необходимо по возможности изучить каким образом религиозное поведение, убеждения и участие в жизни общины могут оказывать отрицательное или положительное воздействие на психическое состояние пациента.

Недавно нами был опубликован обзор рандомизированных контролируемых испытаний когнитивно-поведенческой терапии в сочетании с духовностью (M.de Abreu Costa, A.Moreira-Almeida, 2022). Этот систематический обзор показал, что духовно интегрированная когнитивно-поведенческая терапия эффективна при самых разных расстройствах психического здоровья. Нами были отобраны международные исследования, доказывающие эффективность данного подхода. Одним из важных аспектов является сбор духовного анамнеза: выяснение у пациентов исповедуют ли они какую-то религию или духовность, посещают ли религиозную общину или сообщество, практикуют ли религиозные обряды, молитвы, чтение религиозной литературы и т.д. Также очень важно выяснить, влияет ли и как именно – положительным или отрицательным образом – их религия или духовность на совладание со стрессорами и с психическими расстройствами. В лечении мы имеем возможность сотрудничать с пациентом, исследуя потенциал, «полезную» духовность или ресурсы, которыми он обладает. Например, привычка к чтению и размышлению над религиозными текстами производит когнитивный рефрейминг в более благожелательном смысловом ракурсе, что обеспечивается данной конкретной религиозной традицией и религиозной общиной пациента. Также имеют значение ритуалы, религиозные обряды, молитвы и медитации, в которых пациенты принимают участие, степень вовлеченности в религиозную деятельность, например, посещение богослужений или волонтерская работа, как то пение в церковном хоре или нечто другое. Вовлеченность в религиозную жизнь выполняет роль поведенческой активации и в жизни пациента, способствуя уменьшению депрессивной симптоматики.

Использование духовного подхода в то же время не подразумевает отвержения биологического, фармакотерапевтического и психотерапевтического факторов. Только объединение всех этих факторов вместе способствует более быстрому и полному выздоровлению пациента.

Необходимо отметить, что несколько ведущих академических журналов и изданий обсуждали важность партнерских отношений с религиозными общинами в вопросах общественного здравоохранения (C.Schumann, A.Stroppa, A.Moreira-Almeida, 2011; S.Barmania, S.M. Aljunid Faith-based health care, 2016; D.Oman, 2018; E.Idler, J. Levin, T. J.VanderWeele, A.Khan, 2019; K.N.Long, R.J.Gregg, T. J VanderWeele, D.Oman, L.D.Laird, 2019). Очень важно, чтобы представители общественного здравоохранения и люди, имеющие связи с религиозными общинами, работали вместе для укрепления здоровья и выздоровления наших пациентов³.

Можно выделить следующие основания для интеграции религиозности / духовности и психического здоровья (F.H.A. de Oliveira e Oliveira, J.R.Peteet, A.Moreira-Almeida, 2020):

- большая часть населения мира в той или иной степени связана с религией;
- является обычной стратегией совладания;
- религиозность / духовность оказывают влияние на здоровье;
- обращение к религиозности / духовности влияет на прогноз заболевания;
- пациенты ожидают от врача учета их религиозности / духовности;
- био-психо-социо-духовный подход является частью комплексного подхода к диагностике пациента;
- рекомендовано медицинскими организациями.

Таким образом, с учетом имеющихся данных, а также убеждений, поведения и ценностей большей части населения мира в отношении религиозности / духовности не только уместно, но и является научной и этической обязанностью интегрировать религиозность / духовность в клиническую помощь и общественное здравоохранение (A.Moreira-Almeida, B.P.Mosqueiro, D.Bhugra, 2021).

Использованная литература:

1. Barmania S., Aljunid S. M. Faith-based health care //The Lancet. – 2016. – V. 387. – №. 10017. – P. 429.
2. de Abreu Costa, M., Moreira-Almeida, A. Religion-Adapted Cognitive Behavioral Therapy: A Review and Description of Techniques. J Relig Health 61, 443–466 (2022). <https://doi.org/10.1007/s10943-021-01345-z>
3. de Oliveira e Oliveira F. H. A., Peteet J. R., Moreira-Almeida A. Religiosity and spirituality in psychiatry residency programs: why, what, and how to teach? //Brazilian Journal of Psychiatry. – 2020. – V. 43. – P. 424-429.
4. Gonçalves, J. P., Lucchetti, G., Menezes, P. R., & Vallada, H. (2015). Religious and spiritual interventions in mental health care: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled clinical trials. Psychological medicine, 45(14), 2937-2949.
5. Idler, E., Levin, J., VanderWeele, T. J., Khan, A. (2019). Partnerships between public health agencies and faith communities. American journal of public health, 109(3), 346-347.
6. Li, S., Stampfer, M. J., Williams, D. R., VanderWeele, T. J. (2016). Association of religious service attendance with mortality among women. JAMA internal medicine, 176(6), 777-785.

³ Программа обучения для психиатров-ординаторов тому, как включить духовность в свое обучение <https://www.youtube.com/nupesuffj>

Методические руководства и фактический материал: www.ufjf.br/nupes-eng

7. Long, K. N., Gregg, R. J., VanderWeele, T. J., Oman, D., & Laird, L. D. (2019). Boundary crossing: Meaningfully engaging religious traditions and religious institutions in public health. *Religions*, 10(7), 412.
8. Miller, L., Bansal, R., Wickramaratne, P., Hao, X., Tenke, C. E., Weissman, M. M., Peterson, B. S. (2014). Neuroanatomical correlates of religiosity and spirituality: a study in adults at high and low familial risk for depression. *JAMA psychiatry*, 71(2), 128-135.
9. Moreira-Almeida A., Mosqueiro B. P., Bhugra D. (ed.). *Spirituality and Mental Health Across Cultures*. – Oxford University Press, 2021.
10. Schor, B., Silva, S., De Almeida, A. A., Pereira, C. A. D. B., & Arida, R. M. (2019). Plasma brain-derived neurotrophic factor is higher after combat training (Randori) than incremental ramp test in elite judo athletes. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 52.
11. Oman D. (ed.). *Why religion and spirituality matter for public health: Evidence, implications, and resources*. – Springer, 2018. – V. 2.
12. Schumann C., Stroppa A., Moreira-Almeida A. The contribution of faith-based health organisations to public health // *International Psychiatry*. – 2011. – V. 8. – №. 3. – P. 62-64.
13. Stroppa A., Moreira-Almeida A. Religiosity, mood symptoms, and quality of life in bipolar disorder // *Bipolar Disorders*. – 2013. – V. 15. – №. 4. – P. 385-393.
14. VanderWeele, T. J., Li, S., Tsai, A. C., & Kawachi, I. (2016). Association between religious service attendance and lower suicide rates among US women. *JAMA psychiatry*, 73(8), 845-851.
15. «World Psychiatry» 15 (1):87-8, 2016; religionandpsychiatry.org

Два понимания религиозности. К осознанию парадигмы

Аннотация: Целью настоящего доклада является подробный анализ и сопоставление различных пониманий слова «религиозность». Подобный анализ направлен на осознание сущностей, смыслов и не будет ограничиваться только лишь рассмотрением теоретических и отвлеченных идей. Для понимания религиозности в контексте научных исследований и оценки полученных результатов важно, как именно исследователь мыслит о Боге и о Его взаимоотношениях с миром и человеком, каковы его мировоззренческие установки. Светский подход, довольно хорошо работающий в определенных областях, является абсолютно недостаточным и неадекватным в случае изучения религиозности человека, поскольку в нем либо отсутствует Бог, либо Он "занимает" не соответствующее Ему положение.

Ключевые слова: религиозность, светская религиозность, православная религиозность, отношение к религии.

1. Постановка проблемы

В ходе научных исследований вопрос о том, как мы относимся к религиозности, представляется достаточно принципиальным, что связано с контекстом, в котором мы рассматриваем религиозность: само исследование и получаемые в нем результаты могут принимать совершенно различные, прямо противоположные трактовки, контекст же зависит от той парадигмы, которой мы сознательно или неосознанно придерживаемся.

Например, если ученый не признает реальность Бога и, соответственно, не принимает возможность установления человеком реальных отношений с Богом, то различные религиозные переживания человека такой исследователь спокойно и «естественно» для себя может воспринимать как проявления бреда или сверхценных идей. Иначе говоря, от того как именно исследователь мыслит о Боге и о Его взаимоотношениях с миром и человеком, именно от этого принципиально зависит, как человек будет воспринимать и оценивать полученные им результаты. И здесь на первый план выходят не собственно результаты исследования как таковые, но мировоззренческие установки ученого.

Приведу короткую иллюстрацию. В свое время у меня состоялась беседа с одним человеком. Он обладал замечательными личностными качествами и моральными установками, но был при этом атеистом. Около двух часов мы говорили с ним о вере, и когда с моей стороны были исчерпаны все аргументы, свидетельствующие о существовании Бога, которые я мог привести, я спросил его: «Скажите, а Вы можете себе представить хоть какой-то факт, явление, чудо, который бы показал Вам, что Бог есть?» Ответ был мгновенным: «Нет!». То есть в данном случае дело было не в фактах, не в логике, не в окружающей его реальности, а в изначальной априорно принятой непоколебимой установке, о которую разбивались все аргументы.

2. Светское и православное понимание религиозности. Определения. Сравнение. Влияние на предмет исследования и его корректность

Итак, возвращаясь к вопросу о разных парадигмах, необходимо отметить, что в отношении к религиозности существует два принципиально различных подхода. Один из них можно назвать светским. Другой – собственно религиозным. Рассмотрим их.

2.1. Светский подход

В начале – о светском подходе. Приведу несколько примеров определения религиозности:

- «Религиозность — характеристика сознания и поведения отдельных людей, их групп и общностей, верующих в сверхъестественное и поклоняющихся ему»¹.
- «Религиозность – качество индивида или группы, проявляющееся в вере и поклонении сверхъестественному. Характерным признаком религиозности является религиозная вера, включающая знание и принятие религиозных идей, представлений, догматов в качестве истинных»².
- «Религиозность – мировоззренческая ориентация индивида и группы, выражающаяся в совокупности религиозных свойств сознания, поведения, отношений. Общим признаком, критерием религиозного сознания является религиозная вера, которая включает знание и принятие в качестве истинных религиозных идей, представлений, понятий, мифов и уверенность в объективном существовании сверхъестественного»³.
- «Религиозность – одна из основных категорий социологии религии, отражающая состояние сознания верующих – как на уровне индивида, так и социальной группы. Характерной чертой религиозности является вера в сверхъестественное, выступающее объектом поклонения»⁴.
- «Религиозность тесно связана с мировоззрением и религиозным сознанием, изменяющимися под влиянием свободы совести и трансформирующегося общества, применительно к современной религиозной ситуации в российском обществе»⁵.

Необходимо обратить внимание на то, как органично и естественно вписывается в этот ряд определение атеистическое, представленное в атеистическом словаре еще в 1986 году. Также следует отметить, что религиозность может рассматриваться как феномен (или социальное качество), связанный с мировоззрением или состоянием сознания человека или группы, так или иначе зависящий от общества.

Религиозность населения и процветание общества

Независимым американским исследователем G.Paul (2009) был выполнен комплексный кросс-национальный анализ влияния массовой религиозности на процветание общества. В анализ были включены только данные по благополучным, процветающим демократическим государствам «первого мира» с населением около 4 млн человек или более. Всего было учтено 17 стран: США, Ирландия, Италия, Австрия, Швейцария, Испания, Канада, Новая Зеландия, Австралия, Нидерланды, Норвегия, Англия, Германия, Франция, Дания, Япония, Швеция. Автор пришел к следующему выводу: чем увереннее и спокойнее чувствуют себя люди (прежде всего представители «среднего класса») в своем социальном окружении, чем меньше они тревожатся за свое экономическое благополучие, тем слабее их потребность искать утешение и защиту в религии. Полученные результаты, по мнению автора, свидетельствуют о том, что религиозность — относительно «поверхностный», гибкий, переменчивый психологический механизм, помогающий справляться со стрессом и тревожностью в малоэффективном обществе с низким уровнем социально-

¹ Энциклопедия социологии, 2009.

² Российская социологическая энциклопедия. — М.: НОРМА-ИНФРА-М. Г.В. Осипов. 1999.

³ Атеистический словарь.— М.: Политиздат. Под общ. ред. М. П. Новикова. 1986.

⁴ Религии народов современной России: Словарь / — 2-е изд., испр. и доп. — М.: Республика, 2002.

⁵ Религиоведы Кураев В.И., Кырлежев А.И, Синелина Ю.Ю. (по данным Храпова С.А., Самаевой А.К.).

экономической стабильности и защищенности. Массовый отход от веры в Бога, в свою очередь, является естественной реакцией людей на улучшение жизненных условий. Т.е. религиозность рассматривается как некий поверхностный, гибкий, переменчивый психологический механизм, помогающий справиться со стрессом, и не более того.

Некоторыми исследователями религиозность определяется как «чрезмерное или аффективное религиозное усердие» [D.K. McKim, 2014]. То есть религиозность воспринимается как некое аффективное проявление, в котором отсутствует достаточная интеллектуальная работа. Такая позиция не удивительна – она присуща людям современного секуляризованного общества – нерелигиозным и – самое главное – не-имеющим собственного реального религиозного опыта. В подобных случаях действительно отсутствует адекватное понимание сущности религии, религиозности вообще и религиозного опыта верующего человека.

Профессор Санкт-Петербургского государственного университета Е. А. Островская в своем интервью службе «Среда»⁶ определила религиозность следующим образом: «Я под религиозностью понимаю феномен сознания, мировоззренческую установку, приверженность определенной религиозной идеологии, воплощающиеся в деятельности и повседневном целеполагании. Как феномен, особое состояние индивидуального сознания и мировоззренческую установку религиозность изучают психология религии, философия религии и феноменология религии. В дисциплинарных рамках социологии религии религиозность доступна научному изучению в своих деятельностных, мировоззренческих, идеологических проявлениях».

В этом определении подчеркивается, что религиозность воплощается в деятельности человека и его целеполагании. «Вера без дел мертва», – учит нас Священное Писание⁷.

И, говоря о религиозности и целеполагании, не могу не отметить очень важный аспект. Точно так, как в психологии существует разделение ценностей на декларируемые и реально действующие, так же и религиозность может быть лишь декларируемой, но не оказывающей реального действия на жизнь человека. На самом деле, это отдельная и весьма нетривиальная задача – определить степень религиозности испытуемого. И думается, что решаться она должна исходя из того, как понимается религиозность. В этом смысле, методы, применяемые при оценке светской религиозности, едва ли будут применимы при изучении собственно религиозности. Требуется разработка особых подходов, ориентированных как на православную антропологию, так и на практику христианской жизни.

2.2. Два отношения к религии – светское и православное

Исходя из вышеизложенного, можно увидеть, что религиозность является как бы проекцией отношений человека с Богом на душу человека и на всю его жизнь. И то, на что ориентируется человек в этом мире, напрямую зависит от понимания Бога, отношений с Ним человека и от его отношения к религии вообще.

В современном мире существуют два совершенно различных подхода к религии.

В светском понимании *религия* (лат. religio) – одна из форм отражения действительности в фантастических образах, представлениях, понятиях⁸. То есть

⁶ В рамках конкурса исследовательских работ молодых ученых «Вера и религия в современной России» в 2014 году служба «Среда» начала серию интервью с исследователями религии.

⁷ Послание Иакова 2:17-20.

⁸ Новый словарь иностранных слов.- by EdwART, , 2009.

главным, определяющим признаком религии является вера в реальность сверхъестественного. Это обобщенное светское понимание религии и религиозности. И, говоря о религиозности, мы можем понимать ее примерно так, как было приведено выше, и изучать взаимосвязь такой религиозности и депрессии, например. Результаты, которые мы будем получать, вполне предсказуемо будут описывать не более чем одну из форм отражения.

Однако существует другой подход и к религии, и к религиозности, основанный не на теоретическом их изучении со стороны, а на реальном опыте человечества в процессе реального взаимодействия человека с Живым Богом; опыта, накопленного на протяжении нескольких тысяч лет.

Священномученик Михаил Чельцов определяет религию как «взаимообщение человека с ему подобным, но его высшим, таинственным существом, именуемым Богом, охватывающее всего человека и возводящее его до единения с Богом в молитве и до богоуподобления в жизни».⁹

Можно видеть, какие разные реальности стоят за этими двумя определениями. Какие разные опыт жизни, устройство души, смыслы, мировоззрения, отношения к другим, мотивы действий, способы справиться со сложностями в жизни.

Религиозность, основанную на последнем определении, можно назвать собственно религиозностью – православной – в отличие от светской, описанной ранее. И в этой религиозности мы видим, с одной стороны, безусловное принятие реально существующего Бога, вполне определенно понимаемого и воспринимаемого, и являющегося некоторой Основой всего; с другой стороны – теснейшую связь, живое взаимодействие человека с Живым Богом. И пытаюсь изучать собственно религиозность вне этого контекста, мы выпустим из внимания самую суть явления и, соответственно, все наши рассуждения и «измерения» станут пустыми.

То есть если мы хотим изучать реальную религиозность, то необходимо включить в свою парадигму Бога не просто как очередной теоретический концепт, но в Его реальном Бытии и в Его реальном взаимодействии с миром и человеком. Становится понятным, что, не отдавая себе отчета в том, какой вид религиозности мы собираемся исследовать, принципиально не может быть найден реальный адекватный путь к изучению. Поскольку каждый вид религиозности требует для своего изучения специфического подхода. И если не учитывать эту специфику, то мы можем уподобиться человеку, который, изучая глубокие психологические (или социально-психологические) явления – любовь, дружбу, например, – будет обращать внимание только на массу испытуемых или на физическое расстояние между ними.

2.3. Условия корректности исследований религиозности

Итак, для того чтобы наши исследования, так или иначе связанные с религиозностью, были корректными, совершенно необходимо, как минимум, чтобы исследователь:

- осознавал наличие двух видов религиозности;
- правильно понимал принципиальную их суть;
- осознавал, что именно он собирается изучать;
- открыто заявлял (предупреждал) об этом;
- использовал соответствующие инструменты, подходы и учитывал соответствующий контекст.

⁹ Священномученик Михаил Чельцов. Христианское мирозерцание.

3. Две парадигмы: отношение к человеку

В плане же осознания принципиальных особенностей этих двух видов религиозности, наиважнейшими являются два вопроса, на которые эти две парадигмы отвечают по-разному:

- 1) место Бога в этом мире (соотношение Бога и мира);
- 2) антропология человека.

3.1. Светская парадигма

Рассмотрим основные подходы к человеку в различных науках. Каждый следующий подход включает в себя предыдущие:

1) Человек преимущественно рассматривается как физическое тело. Такой подход в значительной мере реализуется в физике (механике), химии.

2) Человек как живое существо (по сути, животное). Подход характерен для анатомии, физиологии, в значительной степени – для соматической медицины.

3) Человек как существо, наделенное психикой (так или иначе понимаемой). Подход, который используется в психиатрии и психологии (исследование восприятия, памяти, внимания, мышления).

4) Человек в целом, во всем многообразии этой жизни, включая такие ее сферы, как социальная, информационная, культурная, историческая, технологическая, «духовная».

Необходимо обратить внимание на то, что в первых трех перечисленных подходах Бог как таковой не присутствует вовсе, – ему как бы «нет места». В четвертом подходе человек, включенный в мир, представлен во всем многообразии этой жизни, включен в различные ее сферы. Однако в этом случае одной из особенностей подобного отношения является следующая: Бог воспринимается в одном ряду со всеми прочими сторонами жизни человека: семья, наука, культура, здоровье, карьера, развлечения...

Про духовность следует сказать отдельно. Это весьма обширная тема. Следует отметить главное – «духовность» в светском и в подлинно христианском, аскетическом смыслах не имеют практически ничего общего. Так, в светском понимании мы спокойно называем «духовными» высшие проявления культуры (музыки, живописи, поэзии, прозы) – что-либо не относящееся к материальному. С точки зрения православной, «духовное» – это то, где действует Бог – Святой Дух, вторая Ипостась. А где Бога нет, там и о духовности говорить не корректно. Более того, с точки зрения христианской аскетики, все выглядит еще строже¹⁰.

Рассмотренные светские концепции, достаточно хорошо работающие в определенных областях, становятся абсолютно *недостаточными* и *неадекватными* в случае изучения (учета) реальной религиозности человека. Поскольку в них либо отсутствует Бог, либо Он «занимает» не соответствующее Ему положение.

На этом уровне восприятия мира и человека появляется место Богу (или не появляется – в зависимости от установок ученого: ничто не мешает ему, например, оставаться атеистом). И место это может быть совершенно разным, начиная от «относительно «поверхностного», гибкого, переменчивого психологического механизма» или «чрезмерного или аффективного религиозного усердия» – с чем мы уже встречались, – то есть, некоторых психологических

¹⁰ Истинная духовная жизнь, с точки зрения аскетов, начинается только с того момента, когда человек (с помощью Божией) победит все свои страсти, включая гордость. Поскольку только тогда человек становится по-настоящему способным воспринимать Бога, слова и действия Духа Божия и жить, собственно, в соответствии с этим Духом – т.е. одухотворяться, «пропитываться» Духом Божиим, становиться с Ним единым. Именно такая жизнь и есть в полном смысле духовная.

состояний, и заканчивая признанием существования Бога как одного из рядоположенных (то есть, равнозначных, находящихся в одном ряду) факторов этого мира. Например, области культурная, информационная, духовная, научная... Обращаю внимание, что место Бога в такой картине мира резко ограничено и фиксировано.

3.2. Православное восприятие

В православии человек изначально воспринимается как творение Божие (т.е. непосредственно в контексте отношений с Богом). Творение, изначально имеющее определенный смысл, цель своего существования и строение (устройство), благодаря которому человек способен достигнуть этой Цели.

Бог есть Личность, человек же сотворен Богом по Его образу и подобию и с определенной целью – обожения (соучастия в любви, жизни и творчестве Бога) и имеет все необходимое для достижения ее. Человек призван находиться в постоянном личном общении с живым Богом. Поэтому быть с Богом – это естественное состояние человека. Человек мыслится только в теснейшем взаимодействии с Богом, он поддерживается в состоянии бытия благой Волей Божией.

Более того, Бог, как мы знаем, вездесущ. То есть «присутствует» в любой и каждой точке этого бытия. Православное богословие говорит о том, что весь этот мир и мы с вами, в том числе, находимся в состоянии бытия только потому, что Бог этого хочет. В этом смысле Бог не является каким-либо рядоположенным фактором (пусть и важнейшим) в этом мире. Он является Первопричиной бытия и единственной Причиной существования этого мира.

Рисунок 1. Бог и человек

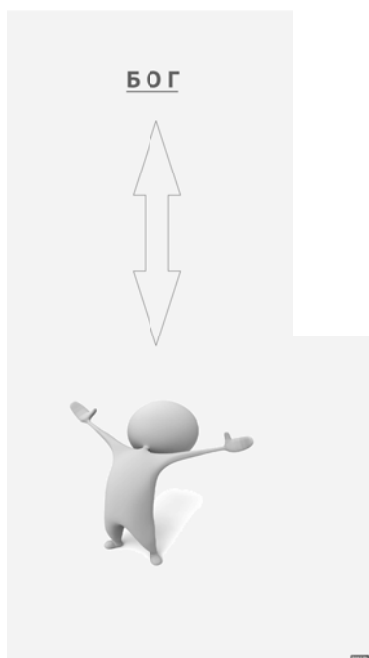
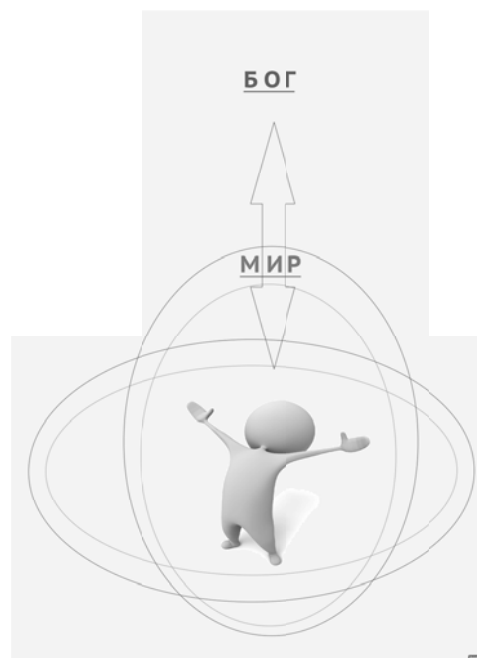


Рисунок 2. Бог, мир и человек



То есть человек изначально и неразрывно связан с Богом. И человек включен во все многообразие сфер этого мира, о которой мы уже говорили (социальная, культурная, информационная, технологическая и т.д.), но все эти сферы как бы находятся в контексте всеприсутствия Божия (рис.2). Бог по любви Своей поддерживает весь этот мир в состоянии бытия, и как Существо вездесущее, «пронизывает» весь этот мир. Бог призывает человека к постоянному

общению с Собой и обожению. Человек же находится в мире во всем многообразии своих отношений с ним.

Следует еще несколько усложнить эту схему для того, чтобы она стала более адекватной, так как необходимо учитывать, что между Богом и этим миром (и человеком, в том числе) существует онтологический¹¹ барьер – Бог и мир существуют, опираясь на совершенно различные принципы бытия (рис.3), потому как Бог абсолютно непознаваем чисто человеческими усилиями и невыразим в любых человеческих понятиях. Бог познаваем так и настолько, как и насколько Он Сам захочет себя раскрыть. Бог Сам открывает себя миру и человеку в той мере и в тех формах (понятиях), в которых Сам считает нужным. Так вот Бог и этот мир существуют, опираясь на совершенно различные принципы бытия. Проще всего понять это на примере.

Когда-то этого мира не было. Наука вводит гипотезу Большого Взрыва; Откровение говорит о том, что Бог творит этот мир словом – одним движением Своей Воли. Следует обратить внимание на следующий факт: мира нет, материи нет, пространства нет, энергии нет, времени нет, а Бог есть.

Рисунок 3. Онтологический разрыв

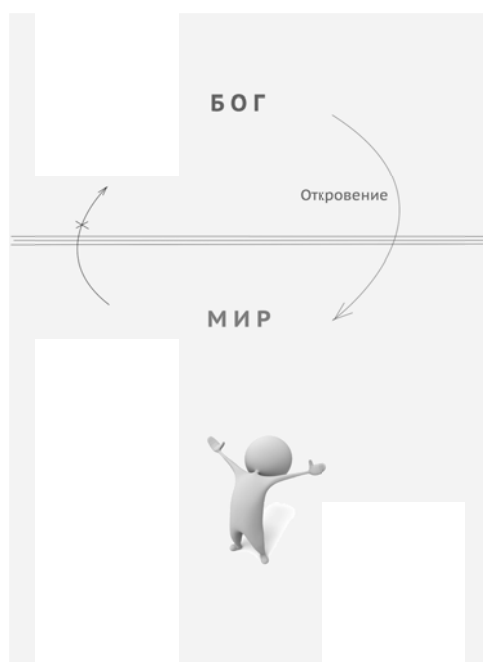
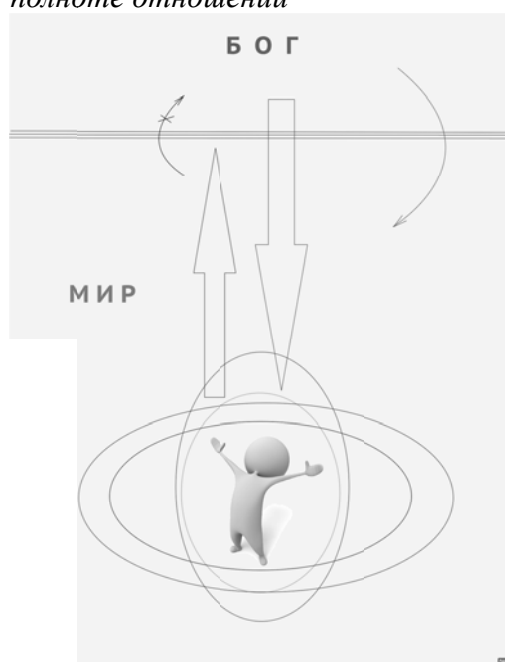


Рисунок 4. Бог, мир и человек в полноте отношений



То есть понятно, что Бог «опирается» на какие-то совершенно иные, неведомые нам, принципы бытия по сравнению с нашим миром, – между миром и Богом существует онтологический барьер.

Можем ли мы себе представить нечто, существующее вне времени, пространства и энергии? Такого нет в нашем опыте, поскольку весь наш опыт и система понятий (в том числе и научных) формируется в этом мире. А значит, у нас нет даже адекватных понятий, чтобы осознать, осмыслить, что находится там, за онтологическим барьером. То есть одними человеческими силами Бог абсолютно непознаваем. Если захочет, Он Сам может открыть нам нечто о Себе, этом мире и человеке. Это то, что дано нам знать о Боге. Это называется «Откровением». Поэтому взаимодействие Бога, мира и человека в этом мире

¹¹ «Онтологический» - то, что относится к основам, принципам бытия.

(с православной точки зрения) – очень схематично, грубо и приближенно – можно изобразить следующим образом (см. рис.4).

Благой Бог по Любви Своей творит этот мир, приводя его из небытия в бытие и поддерживая его в состоянии бытия. Бог творит человека свободным по Своему образу и подобию. Непостижимый Бог открывает себя человеку в Откровении. Бог призывает человека к общению с Собой и ведет его к Себе, совершая Свой Промысл. Человек способен к обожению (и преодолению онтологического барьера), которое совершается силой и волей Бога. Бог помогает человеку в ответ на постоянную устремленность человека к Богу. Устремленность, выражаемую жизнью и деятельностью человека.

Таким образом, если мы говорим о настоящей религиозности, ее исследовании и изучении в каких бы то ни было подходах, нам необходимо опираться на эту парадигму. То есть рассматривать изучаемого религиозного человека, включённого именно в такой контекст бытия. Тогда наше исследование будет адекватно учитывать реалии, существующие как в душе человека, так и в окружающем мире. И мы сможем правильно постигать как внутренний мир человека (в том числе, его религиозность), так и окружающую действительность, а также взаимодействие человека с этим миром. По-другому говоря, мы сможем приблизиться к Истине.

В ином случае смысл религиозности, как уже упоминалось ранее, будет сводиться к относительно «поверхностному» психологическому механизму, направленному на совладание со стрессом и тревожностью в обществе с низким уровнем социально-экономической стабильности [G.Paul, 2009]. На рисунках 5 и 6 представлено сравнение светской и собственно религиозности.

Рисунок 5. Отношения Бог – мир – человек

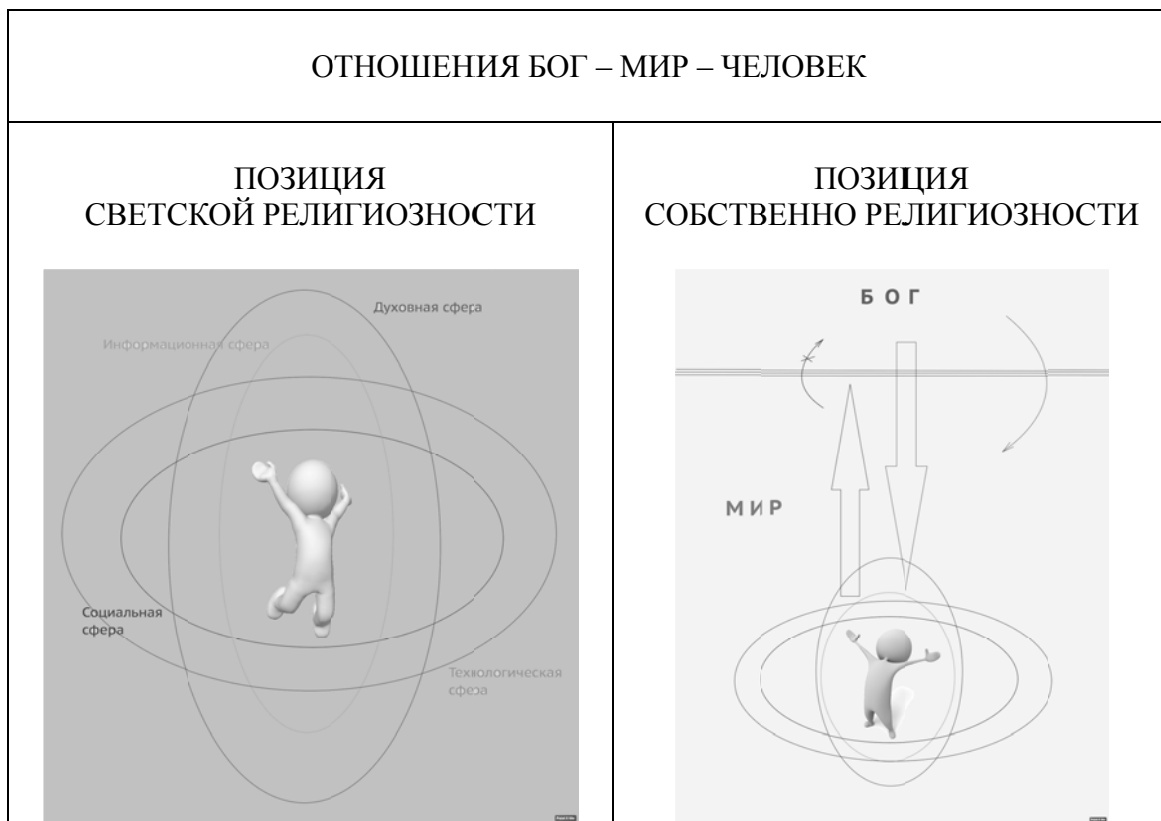


Рисунок 6. Отношение к религии

ОТНОШЕНИЕ К РЕЛИГИИ	
<p>ПОЗИЦИЯ СВЕТСКОЙ РЕЛИГИОЗНОСТИ</p>	<p>ПОЗИЦИЯ СОБСТВЕННО РЕЛИГИОЗНОСТИ</p>
<p>Религия – одна из форм отражения действительности в фантастических образах, представлениях, понятиях</p>	<p>Религия есть взаимоотношение человека с ему подобным, но его высшим, таинственным существом, именуемым Богом, охватывающее всего человека и возводящее его до единения с Богом в молитве и до богоуподобления в жизни.</p>

Выводы.

Таким образом, мы видим, что светский подход не является адекватным для изучения собственно религиозности, и требуется коррекция парадигмы исследования.

Если мы действительно хотим изучить влияние религиозности (по сути), необходимо осознавать, что *собственно религиозность*:

- не вмещается в традиционную научную парадигму;
- не является только лишь очередным дополнительным фактором и не стоит в ряду каких-либо других важных факторов;
- требует осознания Бога как Личности;
- отражает *межличностные* отношения (или отсутствие таковых) между человеком и Богом.

То есть, такая парадигма должна учитывать:

1. Реальное существование Бога;
2. Бога, который есть *Личность* (это величайшее Откровение);
3. Религиозность как отражение реальных отношений конкретного человека с Живым Богом;
4. *Христианскую антропологию*, которая представляет собой *цельную* картину взаимодействия человека и Бога. То есть, существования человека в максимально возможном контексте; картину, которая позволяет человеку осознать высшие смыслы своего существования и выстроить непротиворечивую систему ценностей на основании этих высших смыслов.

Вне этой парадигмы мы уподобимся исследователю, который не ставит перед собой задачу понять, какова *изучаемая им реальность на самом деле*, который, не стремясь понять даже *сущностных принципов* этой *новой, неизвестной* для него реальности, описывает её так, как ему кажется правильным, опираясь лишь на свой прошлый опыт и подходы, которые для новой реальности не являются адекватными.

И если мы держимся светской позиции при изучении реальности, то мы видим полное несоответствие и неадекватность исследовательского подхода к

предмету изучения. И тогда мы уподобляемся маленькому ребенку, который увлеченно делает замечательные куличики в песочнице и решительно отказывается оглядеться и увидеть прекрасный огромный мир, который окружает его, этого ребенка, и готов ему открыть (подарить) себя, истинное знание и жизнь.

Использованная литература:

1. Храпов С.А., Самаева А.К. Концептуально-методологические проблемы исследования феномена «религиозность»: теологический, философский, социально-гуманитарный аспекты // Вестник КалмГУ. 2021. №1 (49).
2. McKim D. K. The Westminster dictionary of theological terms: Revised and expanded. – Westminster John Knox Press, 2014.
3. Paul G. The chronic dependence of popular religiosity upon dysfunctional psychosociological conditions // Evolutionary Psychology. – 2009. – V. 7. – №. 3. – P. 398-441.

Опыт тематического анализа взаимодействия психиатра, психолога и священника при обсуждении верующего пациента с депрессией

Аннотация: Настоящее исследование было направлено на изучение взаимодействия трех специалистов-практиков: психиатра, психолога, священника, – при анализе случая пациента православного вероисповедания с диагностированным депрессивным расстройством. Методология исследования была основана на идеях психотехнической теории Ф.Е. Василюка (1992; 2016). Сбор и анализ данных осуществлен в формате качественного исследования с привлечением метода тематического анализа. В ходе исследования мы пришли к выводу, что необходимо учитывать уникальность каждого специалиста. Для сохранения самобытности опыта разных антропологических практик необходимо организовать безопасное пространство полифонического диалога, в котором смогут звучать разные мнения.

Ключевые слова: терапия религиозного пациента с депрессией, междисциплинарное взаимодействие, полифония, синергичная психотерапия, тематический анализ, религиозность, болезнь, личность, переживание.

Актуальность исследования возможностей оказания специфической помощи пациентам с депрессией в наше время ни у кого не вызывает сомнений, так как количество людей, страдающих от этого недуга, неуклонно растет. На фоне COVID распространенность депрессии в мире, по данным ВОЗ, выросла на 25%¹. Наряду с этим растет и количество пациентов, для которых значима религиозная сфера и для которых она тесно связана со здоровьем – как психическим, так и физическим. Влияние религиозности на психическое здоровье активно обсуждается в психиатрии, психологии и в области пастырского душепопечения (Oman, Lukoff, 2018; Каледа, 2021; Дубоград, 2018; Шаньков, 2015; Швецов, 2003 и др.).

Данное исследование было проведено междисциплинарной командой, состоящей из специалистов-психологов, психиатров и священника на базе отделения по изучению особых форм психической патологии ФГБНУ «Научного центра психического здоровья».

Постановка проблемы

До сих пор представляется затруднительной однозначная оценка взаимосвязи между религиозностью и депрессией. Некоторыми исследователями отмечено, что религиозные люди более успешно справляются с депрессией (Bonelli с соавт., 2012; Копейко с соавт., 2020). С другой стороны, описаны случаи, когда, напротив, наличие духовных и религиозных убеждений может усугублять клиническую картину состояния, так как формирование религиозной картины мира связано непосредственно с наличием психического заболевания (Борисова, Копейко, 2018). Отдельные авторы даже рассматривают наличие духовности и религиозности в качестве факторов риска психических заболеваний (Leurent с соавт., 2013). Определенную сложность в изучении взаимосвязи религиозности с депрессией представляет то обстоятельство, что каждый специалист по-разному определяет религиозность, ее место в онтологии

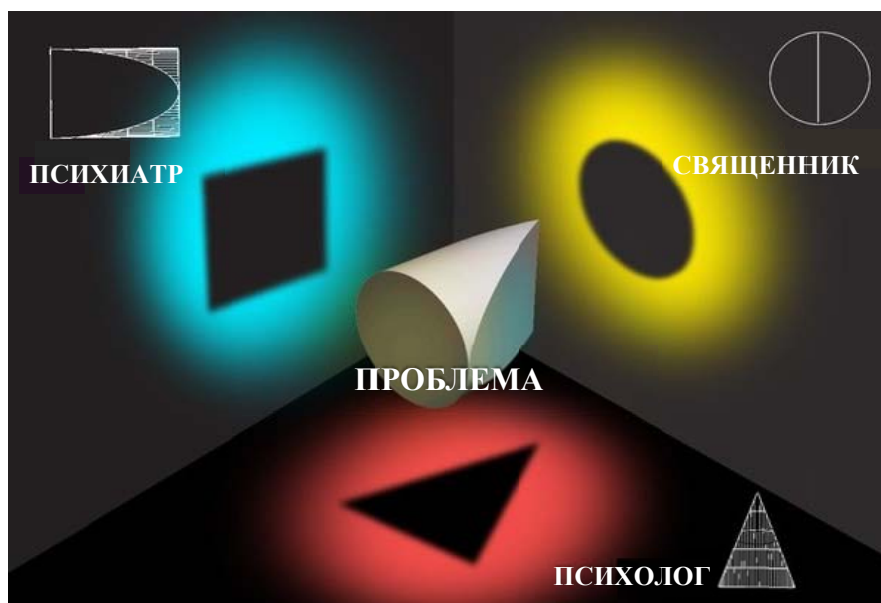
¹ См. <https://www.who.int/ru/news/item/02-03-2022-covid-19-pandemic-triggers-25-increase-in-prevalence-of-anxiety-and-depression-worldwide>

личности, и саму связь религиозности и болезни. Теоретически и эмпирически данное противоречие можно объяснить тем, что изучение темы духовности и религиозности представляется достаточно сложным, так как: 1) отсутствует методологический подход, который бы позволил прийти к единому пониманию духовности и религиозности; 2) имеются сложности разграничения болезни и проявлений духовной жизни пациента; 3) наблюдаемое несовершенство измерительных инструментов и ошибки интерпретации полученных данных не позволяют делать однозначных выводов о характере влияния религиозности на психическое состояние человека (Berry, D., 2005).

На практике специалисты могут сталкиваться со следующими вопросами: *Как помочь верующему человеку с депрессией? Что делать, если пациент «разрывается» между помогающими специалистами, которые работают в разных парадигмах, мыслят совершенно по-разному? Как специалистам договориться, скоординировать профессиональные действия друг с другом?* В то же время сам верующий пациент буквально попадает в ловушку, получая от разных специалистов кардинально различные рекомендации, порой противоречащие друг другу. Один специалист может высказывать негодование относительно работы другого, тем самым оставляя пациента с массой неразрешенных вопросов о его собственном состоянии. Если пациент не встретит «своего» специалиста, или сам не окажется способным творчески соединить такие разные «оптики», то, оставшись один на один с противоречиями, он рискует из субъекта здоровья превратиться в объект «благих намерений» помогающих специалистов. В некоторых случаях это может привести к недостаточной открытости собственных переживаний, пассивности относительно формирования внутренней картины здоровья, что будет естественным образом снижать эффективность психотерапии и терапии в целом.

Таким образом, один и тот же случай будет по-разному восприниматься разными специалистами одного направления, и тем более – специалистами разных помогающих практик (см. рис. 1).

Рисунок 1. Взгляды специалистов-практиков на одну проблему



В процессе разработки нашего исследования мы пришли к единому мнению о том, что не следует выводить среднего арифметического между

взглядами, а, напротив, необходимо учитывать уникальность перспективы отдельного специалиста, так как у каждого из них есть «слепое пятно», которое при этом является видимым для другого специалиста. Поэтому чтобы сохранить самобытность и опыт разных антропологических практик, мы направили внимание на организацию самого пространства для полифонического диалога голосов, выражающих свое мнение о случае.

В цикле публикаций в Московском психотерапевтическом журнале изложен опыт анализа одного случая специалистами разных профилей – психотерапевтом, богословом, психиатром, пастырским психологом (Мьюз с соавт., 2006). Несмотря на подробные описания собственных позиций каждым специалистом, а также отклики со стороны других специалистов и со стороны самого пациента на данные описания, полноценный диалог не состоялся. На наш взгляд этим авторам не удалось сохранить автономность и оригинальность опыта разных антропологических практик, поскольку все они стремились занять какую-то срединную позицию. Очевидно, что решение подобной задачи требует методологических обоснований и решений.

В нашем исследовании мы опирались на методологические разработки Ф.Е. Василюка (Василюк, 2008). Он выделяет общие основания, по которым можно сопоставлять разные практики и выявлять философию и антропологию, стоящие за ними (см. табл. 1).

Таблица 1. Характеристика антропологических практик (Василюк, 2008)

	ПСИХИАТР	ПСИХОЛОГ (практикующий в подходе понимающей психотерапии)	СВЯЩЕННИК
Предельная цель и ценность практики	Здоровье	Осмысленность	Святость
Онтология практики (предмет работы)	Организм	Жизненный мир	Духовность Душа
Проблемное состояние человека, на которого направлена практика	Болезнь	Критическая жизненная ситуация	Грех
Представления о продуктивном процессе «реципиента», на который направлена деятельность практика	Восстановление функций, компенсация	Продуктивное переживание	Метанойя
Характер деятельности практика	Лечение	Психотерапия, психологическое консультирование	Духовное руководство, пастырское душепопечение
Методы работы практика	Клиническая диагностика	Понимание	Исповедь, беседа

Целью настоящего исследования было изучение особенностей категориального мышления специалистов различных областей и возможностей

взаимодействия между ними путем организации пространства полифонического диалога, которое бы служило полем для нахождения подходов к оказанию наиболее эффективной персонифицированной помощи пациенту с депрессией. Предметом исследования в этой ситуации являлся сам диалог, совместная концептуализация случая, соотнесение того, как специалисты характеризуют проблемное состояние человека. Предполагалось, что возможное напряжение, которое могло быть выявлено между выделяемыми характеристиками, будет не сниматься, а использоваться как движущая сила для дискуссии и обоснования своих позиций специалистами.

Участники и процедура исследования

В исследовании изучалось взаимодействие трех специалистов-практиков (психиатра, психолога, священника), которые провели первичное интервью с пациентом православного вероисповедания мужского пола в возрасте 53 лет с диагностированным депрессивным расстройством. Модератором дискуссии выступил исследователь-психолог.

Поскольку подобный дизайн применялся впервые, перед нами стоял ряд задач, направленных на реализацию методологически оправданного исследования. Во-первых, необходимо было разработать и обосновать метод исследования; во-вторых, организовать пространство полифонического диалога и утвердить его формат; в-третьих, собрать и проанализировать данные. Исследование состояло из следующих этапов:

1. Теоретико-методологическая разработка метода взаимодействия специалистов, получившего название **«полифонический консилиум»** по аналогии с полифонической супервизией Ф.Е. Василюка (более подробное описание будет приведено ниже).

2. На первом (подготовительном) этапе специалисты – психиатр, психолог, священник – провели **индивидуальные беседы** с пациентом. Психиатр, который ранее не встречался с пациентом, предварительно был ознакомлен с анамнезом, применив традиционный клинично-катамнестический метод исследования.

3. На втором (основном) этапе случай обсуждался на **«полифоническом консилиуме»** в двух кругах дискуссии. В конце обсуждения были сформулированы некоторые возможные способы дальнейшего ведения пациента.

4. На третьем (аналитическом) этапе собранные аудио-протоколы были **транскрибированы и проанализированы** в русле современной методологии качественных исследований с применением тематического анализа (Бусыгина, 2023).

5. На заключительном (рефлексивном) этапе, в ходе которого специалистам были презентованы полученные результаты исследования, состоялась повторная дискуссия. После нее специалисты поделились индивидуальными представлениями о потенциале используемого полифонического метода в ходе их практики. Данный этап не был запланирован изначально и был презентован на конференции.

Методология исследования

При **разработке метода исследования** мы опирались на идеи психотехнической теории (Василюк, 1992; 2016) и одно из ее практических воплощений – полифоническую модель супервизии Ф.Е. Василюка (Шерягина, 2020).

В ходе работы на основе устных рефлексий участников нами были выделены особенности, очерчивающие разрабатываемый метод: *неслиянность, но*

созвучие голосов; диалогичность-полилогичность; естественное сопротивление в зонах напряженности; соработничество участников.

Результаты исследования

Сопоставление категорий, которыми оперируют специалисты

Транскрибированные дискуссии были подвергнуты тематическому анализу, в ходе которого нами были выделены четыре основные темы: **религиозность, болезнь, личность и переживание.**

«Религиозность» и «Болезнь» были заранее заданы в рамках дискуссии специалистов. Например, специалисты старались ответить на вопросы: «Как Вы характеризуете проблемное состояние пациента?», «Как Вы характеризуете его религиозность, оказывает ли она влияние на болезнь?». Помимо этого, для интервью с пациентом были определены следующие вопросы, которые к непосредственному выделению категорий не привели: «Каков запрос пациента к Вам как к конкретному специалисту?», «Испытывал ли пациент какие-то мистические переживания, и если да, то как Вы можете охарактеризовать их влияние на состояние пациента?». Однако по результатам проведенной общей дискуссии были выделены две дополнительные темы – «личность», встречающаяся в речи психиатра и психолога, а также специфически психологическая тема «переживания». Для каждого специалиста были выделены категории, являющиеся значимыми маркерами состояния пациента по вышеописанным темам (см. табл. 2).

Таблица 2. Сопоставление категорий специалистов

Темы	ПСИХИАТР	ПСИХОЛОГ	СВЯЩЕННИК
Религиозность	<ul style="list-style-type: none"> - Религиозность как копинг. - Живая вера. - Религия как ценность 	<ul style="list-style-type: none"> - Утешение в религии. - Гармония. - Безопасное пространство общины. - Живые отношения с Богом. 	<ul style="list-style-type: none"> - Самодостаточность, зрелость (в религиозном плане). - Живые отношения с Богом (диалогичные, динамичные). - Молитва как Богообщение. - Религиозность как ресурс.
Болезнь	<ul style="list-style-type: none"> - Симптомы и описание болезни респондентом. - Отсутствие связи болезни с духовной жизнью. - Болезнь как свой путь. 	<ul style="list-style-type: none"> - Мистический опыт как одна из причин болезни. - Болезнь как способ сохранения контакта с Богом. 	<ul style="list-style-type: none"> - Болезнь как особый путь, замысел. - Болезнь как пространство взаимодействия с Богом. - Болезнь — не препятствие религиозности.

Личность	- Сохранность юмора. - Целостность. - Активный поиск помощи. - Здоровая личность.	- Самоумаление. - Поиск социального одобрения. - Отсутствие субъектности. - Лень, безволие. - Высокие требования к себе.	—
Переживание	—	- Внутренний конфликт. - Обида. - Сожаление. - Горевание.	—

Помимо общего сопоставления категорий, нами было проведено сравнение специалистов по каждой из четырех тем. По результатам анализа были выделены:

- 1) *специфические категории*, встречающиеся исключительно у одного специалиста и отсутствующие в других случаях;
- 2) *«конфликтующие» категории*, вступающие в содержательное противоречие между двумя и более специалистами;
- 3) *общие категории*, схожие по содержанию у двух и более специалистов;
- 4) *общие метакатегории*, характеризующие схожие крупные смысловые блоки в рамках одной темы у разных специалистов.

Тема религиозности может быть обозначена как поле солидарности специалистов, в частности, в характеристике веры пациента как «живой», диалогичной. Все специалисты обращаются к общей метакатегории *религиозного совладания*, однако, дают ему отличающиеся по содержанию характеристики.

Конфликтующие категории в области темы религиозности встречаются между психологом и священником. Психолог обозначает в религиозности пациента *функцию социальной адаптации*, т.е. возможность пациента через религию обрести безопасное сообщество близких по духу людей. Священник же, напротив, отмечает *самодостаточность человека в религиозном плане*, которая выражается в отсутствии поиска духовного руководства (см. табл. 3).

Таблица 3. Характеристика специалистами РЕЛИГИОЗНОСТИ пациента

	Специфические категории	«Конфликтующие» категории	Общие категории	Общие метакатегории
Психиатр	- Сохранность смысла религиозного поведения. - Религия как ценность. - Отсутствие поиска мистического опыта.	—	Живая вера	Религиозное совладание (религиозность как копинг)

Психолог	- Гармония (в религии). - Безопасное пространство общины	Социальная религиозность	Живые отношения с Богом	Религиозное совладание (утешение в религии)
Священник	Молитва как Богообщение	Самодостаточность, зрелость (в религиозном плане)	Живые отношения с Богом (диалогичные, динамичные)	Религиозное совладание (религиозность как ресурс)

В понимании болезни все пересечения специалистов сходятся в категориях осмысления заболевания. Специалисты близки в своих рассуждениях и дополняют друг друга, отмечая, что *болезнь для пациента – особый путь, способ отношений с Богом, даже – пространство этих отношений.*

Два расхождения обнаруживаются между психиатром и психологом. То, что для психиатра выглядит как *понимание необходимости лечения*, психологом интерпретируется как *чрезмерная приверженность лечению*. Более значительное расхождение наблюдается в объяснении связи между религиозностью и болезнью у пациента. Для психиатра связь не столь очевидна, в то время как психолог замечает, что развитие болезни связывается самим пациентом с пережитым мистическим опытом. Однако сведений для прояснения гипотезы оказывается недостаточно, поскольку в анамнезе эта история представлена недостаточно ясно (см. табл. 4).

Таблица 4. Характеристика специалистами БОЛЕЗНИ пациента

	Специфические категории	«Конфликтующие» категории	Общие категории	Общие метакатегории
Психиатр	Симптомы и описание болезни респондента.	- Принятие и понимание необходимости лечения. - <i>Болезнь не связана с духовной жизнью.</i>	Болезнь — свой путь.	Смысл болезни
Психолог	Исцеление от болезни в религиозной среде.	- Повышенная приверженность лечению. - <i>Мистический опыт как одна из причин болезни.</i>	Болезнь — способ сохранения контакта с Богом.	
Священник	Болезнь — не препятствие религиозности	—	- Болезнь — особый путь, замысел. - Болезнь — пространство взаимодействия с Богом.	

При обсуждении специалистами личности пациента, общих категорий практически не обнаруживается, за исключением «выученной беспомощности», о которой изначально говорил сам пациент и которая была затронута в дискуссии психиатром и психологом. Наиболее ярко в данной теме можно наблюдать **противостояние парадигм**: там, где психиатр видит здоровую личность и целостность, психолог находит недостаток субъектности и различные проявления-жалобы (см. табл. 5).

Таблица 5. Характеристика специалистами ЛИЧНОСТИ пациента

	Специфические категории	«Конфликтующие» категории	Общие категории	Общие метакатегории
Психиатр	- Сохранность интересов. - Синтонность. - Критичность мышления. - Сохранность юмора.	- Активный поиск помощи. - Целостность. - Здоровая личность.	«Выученная беспомощность» (подхватывается в дискуссии как цитата пациента)	—
Психолог	- Чувствительность, застенчивость. - Поиск социального одобрения. - Лень, безволие. - Высокие требования к себе.	- Зависимость от других. - Самоумаление. - Отсутствие субъектности.		—
Священник	—	—	—	—

Более подробно жалобы раскрываются, когда психолог описывает переживания пациента. Именно в этой зоне психолог видит точки роста и возможности работы, вследствие чего в результате консилиума формулируется идея о том, что пациенту была бы полезна поддержка психолога (см. табл. 6).

Таблица 6. Характеристика специалистами ЛИЧНОСТИ пациента

	Специфические категории	«Конфликтующие» категории	Общие категории	Общие метакатегории
Психиатр	—	—	—	—
Психолог	- Внутренний конфликт. - Обида. - Сожаление. - Горевание.	—	—	—
Священник	—	—	—	—

Заключение и выводы

Проведенное нами исследование служило одним из этапов разработки стратегии помощи пациенту в содружественной работе специалистов-практиков (психиатра, психолога и священника). С этой целью были изучены особенности коммуникации между специалистами, что позволило определить совместную тактику в точках наибольшего напряжения, выявило необходимость специалистов прислушиваться друг к другу, чтобы не давать противоположных рекомендаций. Благодаря тематическому анализу были выделены четыре основные темы: религиозность, болезнь, личность и переживание, которые позволили определить общие и конфликтующие категории.

В ходе обсуждения случая было отмечено различное понимание «нормальности» личности в психиатрии (сводящееся в основном к отсутствию выраженных негативных расстройств и трансформации личности в процессе болезни) и в психологии, что легло в основу конфликтующих оценок личности пациента. Более подробное раскрытие жалоб было отмечено при описании психологом переживаний пациента. Специалист отметил в данной области терапевтический потенциал работы, вследствие чего была сформулирована идея о проведении психологического консультирования.

Таким образом, проведенное исследование способствует реализации всестороннего понимания явлений депрессии с трех антропологических взаимодополняющих позиций (методология исследования междисциплинарной концептуализации). Практика синергичной психотерапии позволяет значительно повысить эффективность работы и распределить зоны ответственности при ведении сложного случая депрессии.

Для достижения содружественной работы, чтобы сделать взаимодействие между специалистами возможным, необходимо создание объединяющей понятийно-терминологической основы для дальнейшего построения методических рекомендаций (составление картографии и методических разработок на материале исследования нескольких случаев).

Необходимо отметить, что в осмыслении заболевания специалисты оказались близки в понимании болезни пациента как особого пути, пространства отношений с Богом. В подобной ситуации соборная помощь является тайной, диалогом верующих специалистов, которые пребывают в соработничестве друг с другом и с Богом в процессе заботы о человеке и его исцелении.

Использованная литература:

1. Борисова, О. А., Копейко, Г. И. (2018). Патологическая религиозность у больных с психическими заболеваниями. Психиатрия и религия (С. 11-23).
2. Бусыгина, Н. П. (2023) Качественные и количественные методы исследований в психологии: учебник для вузов. М.: Издательство Юрайт. Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. URL: <https://urait.ru/bcode/510940> (дата обращения: 30.02.2023).
3. Василюк, Ф.Е. (1992) От психологической практики к психотехнической теории. Консультативная психология и психотерапия. 1(1). URL: https://psyjournals.ru/journals/cpp/archive/1992_n1/cpp_1992_n1_25828.pdf (дата обращения: 30.02.2023).
4. Василюк, Ф.Е. (2008) Структура и специфика теории понимающей психотерапии. Московский психотерапевтический журнал. 1. С. 5–33.
5. Дубоград, Е.В. (2018) Взаимосвязь религиозности и психического здоровья человека: взгляд сквозь призму зарубежных медико-социологических исследований. Вестник МГЛУ. Общественные науки. Вып. 2 (800). С. 195–207.

6. Каледа, В.Г. (2021) Основы пастырской психиатрии: Руководство для священнослужителей. М.: Издательство Моск. Патриархии РПЦ.
7. Копейко, Г.И., Борисова, О.А., Гедевани, Е.В., Каледа, В.Г. (2020) Влияние фактора религиозности на депрессивные состояния и суицидальное поведение. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 120(1), С. 77–84.
DOI:10.17116/jnevro202012001177
8. Леонтьев, Д.А. (2018) Синергетика и личность: к неравновесной персонологии. Научный теоретико-методологический и историко-психологический журнал «Методология и история психологии». Вып. 3 (июль – сентябрь). С. 96–104.
9. Матурана, У. Р., Варела, Ф. Х. (2001) Древо познания. М.: Прогресс-традиция.
10. Морен, Э. (2013) Образование в будущем: Семь неотложных задач. Синергетика. Антология / ред. Е. Н. Князева. М.; СПб.: Центр гуманитарных инициатив. С. 247–322.
11. Мьюз, С. с соавт. (2006) Исцеление страждущего // Московский психотерапевтический журнал. №3. С. 106–159. URL: https://psyjournals.ru/journals/cpp/archive/2006_n3/cpp_2006_n3_1658.pdf (дата обращения: 30.02.2023).
12. Шаньков Ф.М. Религиозное и духовное совладание. Обзор западных исследований // Консультативная психология и психотерапия. 2015. Том 23. № 5. С. 123–152. DOI: 10.17759/cpp.2015230507
13. Швецов, В. (2003) Церковное душепопечение лиц с психическими расстройствами (теоретические аспекты). В кн.: Милосердие и профессионализм. СПб: Издание Санкт-Петербургской благотворительной организации «Покровская община». Сборник стенограмм, докладов и бесед семинара по христианской диаконии. С. 138–150.
14. Шерягина, Е. В. (2020) Полифоническая модель супервизии ФЕ Василюка. В кн.: II Международная конференция по консультативной психологии и психотерапии, посвященная памяти Федора Ефимовича Василюка: сборник материалов. Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Психологический институт Российской академии образования». №1. С. 269–272.
15. Berry, D. (2005) Methodological Pitfalls in the Study of Religiosity and Spirituality. Western Journal of Nursing Research. 27(5), P. 628–647. DOI:10.1177/0193945905275519
16. Bonelli, R., Dew, R.E., Koenig, H.G., Rosmarin, D.H., Vasegh, S. (2012) Religious and Spiritual Factors in Depression: Review and Integration of the Research. Depression Research and Treatment. Vol. 2012, Article ID 962860, 8 pp. DOI:10.1155/2012/962860
17. Leurent, B., Nazareth, I., Bellón-Saameño, J., Geerlings, M., Maarroos, H., Saldivia, S., Švab, I., Torres-González, F., Xavier, M., King, M. (2013). Spiritual and religious beliefs as risk factors for the onset of major depression: An international cohort study. Psychological Medicine, 43(10), 2109-2120. DOI:10.1017/S0033291712003066
18. Oman, D., Lukoff, D. (2018) Mental Health, Religion, and Spirituality. In: Why Religion and Spirituality Matter for Public Health. Ed. D. Oman. Springer Cham. DOI:10.1007/978-3-319-73966-3

Взаимосвязь религиозности и депрессии в свете современной психологии

Аннотация: в докладе рассматриваются возможности клинико-психологического подхода, учитывающего фактор духовности (в т.ч. религиозной) при диагностике и оказании помощи людям, страдающим депрессивными расстройствами. Теоретически обоснованы два варианта духовности: замкнутой на себе и открытой для другого человека. На клинических примерах демонстрируется связь замкнутой на себе, не-диалогической духовности с тяжестью депрессивных состояний.

Ключевые слова: духовность, религиозность, депрессивные расстройства, диалогичность.

«На что дан свет человеку, которого путь закрыт, и которого Бог окружил мраком?» (Иов. 3:23).

Для психологии включение духовности в свое предметное поле является весьма трудным делом, тем более что по своей сути это «возвращение», а оно происходит всегда сложнее и дольше, чем изгнание (об истории изгнания духовности, «души» из психологии написаны многочисленные статьи (см. например, Братусь, Б.С., 2014). К этому возвращению психологию подталкивают две причины: внутренняя и внешняя. Внутренняя причина усиления внимания психологии к духовности кроется в процессах развития самой науки, а именно в «антропологическом» повороте (anthropological turn) в гуманитарном знании. Главной проблемой и предметом психологии становится не просто психика, но целостный человек как носитель психики. Вслед за человеком в предметное поле науки возвращается и духовность (Залевский Г.В., 2019; Ключко В.Е., 2013). Внешняя причина состоит в том, что мировой процесс секуляризации остановился и сменился на обратный – процесс десекуляризации (Berger P. L., 1999). Отечественные исследователи вслед за зарубежными отмечают усиление роли религии – как религиозных институтов, так и «индивидуальной» религии (Карпов В., 2012; Синелина Ю.Ю., 2013) – в общественной жизни, а значит и в жизни конкретных людей.

Все это приводит к тому, что психология проявляет все больший интерес к исследованиям духовности. Духовность на современном этапе развития культуры проявляется, по крайней мере, в трех главных формах: религиозная духовность, противостоящая ей секулярная (атеистическая) духовность и все более распространяющаяся внерелигиозная мистическая духовность, не связанная с определенными религиозными институтами (SBNR – spiritual but not religious¹, Fuller R. C., 2001).

Мы оставим за скобками вопрос о первичной форме духовности, ее генезисе (например, Виктор Франкл полагал внутри всякой духовности неосознанную религиозность). Обратимся к определению духовности с материалистической позиции. В конце советской эпохи в книге «Происхождение духовности» психофизиолог академик Павел Васильевич Симонов пишет, что с позиции потребностно-информационного подхода понятия «душа» и «духовность» человека обозначают индивидуальную выраженность в системе мотивов личности двух фундаментальных потребностей: идеальной потребности

¹ В сфере психологической помощи о духовности, не связанной с религиозными институтами, говорят последователи движения Анонимных Алкоголиков и Анонимных Наркоманов.

познания (мира, себя, смысла и назначения своей жизни) и социальной потребности жить, действовать «для других» (Симонов П.В. с соавт., 1989).

Можно заметить, что эти два мотива – познания и альтруизма – странным образом напоминают ответ Христа на вопрос о главных заповедях в законе: возлюби Господа Бога твоего и возлюби ближнего твоего, как самого себя. Ведь Бог – это Истина, Красота, Премудрость, а возлюбить Бога означает стремление познать Его, Его волю о себе и о своей жизни.

Итак, при определении даже секулярной духовности авторы усматривают взаимосвязь потребности в познании чего-то высшего и потребности в альтруистическом отношении к другому. Такой подход дает возможность анализировать и проявления религиозной духовности.

Со своей стороны, мы предполагаем, что духовность – это не выраженность двух мотивов (высокая или низкая), а принцип взаимосвязи этих мотивов. Если связь между ними сильная, целостная, осознанная, можно говорить о высокой духовности, великодушии, если слабая, фрагментированная, случайная – то о низкой духовности, «малодушии». («Важнейшим признаком духовности, подтверждает академик А.А. Ухтомский, князь и тайный монах, является доминанта на лицо другого» (Зинченко В.П., 2003).

То есть такой подход к духовности предполагает, что само по себе наличие самых возвышенных чувств и переживаний, опыт познания себя, смысла своей жизни, Бога без их связи с жизнью других людей (и жизнью для других людей) не могут рассматриваться как полноценная духовность, та духовность, которая может стать защитой от невзгод и ударов судьбы.

Есть ли какие-либо подтверждения данному положению?

Во-первых, культура человечества свидетельствует о том, что опыт познания и самопознания нередко связан с печалью. Наиболее авторитетно здесь звучат слова Екклесиаста: «Во многой мудрости много печали; и кто умножает познания, умножает скорбь» (Еккл. 1:18). Есть и другие авторы. 66-ой сонет В. Шекспира начинается с мрачного:

Зову я смерть. Мне видеть невтерпеж
Достоинство, что просит подаянья,
Над простотой глумящуюся ложь,
Ничтожество в роскошном одеянье...

Во-вторых, в отечественной психиатрической науке еще в советский период была отмечена связь определенного рода духовности и депрессивных состояний. В частности, описывая клинику невротической депрессии, проф. Лакосина Н.Д. (1994) выделяет как преморбидные черты прямолинейность и категоричность в суждениях, утрированное и формальное понимание чувства долга, трудность принятия компромиссных решений, отступления от «принятых догм». В этом описании угадываются носители той не-диалогической духовности, которые не воспринимают другого человека как равноправного субъекта отношений и которые, отказываясь от компромиссов со своей совестью, заодно отказываются от компромиссов с живыми людьми.

Около десяти лет назад на базе НИИ психического здоровья Томского НИМЦ РАН нами было проведено исследование духовных смыслов в жизненном мире людей, страдающих депрессивными расстройствами (Немцев А.В., 2012). В ходе него были отмечены случаи, аналогичные вышеприведенным описаниям. Например, женщина 62 лет (F32.1 Депрессивный эпизод средней степени), обратившаяся в стационар после гибели сына, на вопрос о том, что такое духовность, отвечает: «Это внутренний мир человека. Его отношение. Человек может быть на вид грубый, жесткий, но в душе относящийся с пониманием. Ко всему живому с пониманием... Богатый внутренний мир – человек и людей

понимает, и ко всему живому так же относится, для него и деревья, как живые. А бедный – человек думает о себе, для него главное собственное «я». Ко всем другим с презрением... В настоящее время выживает тот, кто делает зло. А добро не ценится». На вопрос о ее духовном мире она отвечает: «У меня богатый духовный мир (с уверенностью)... Поэтому я всю жизнь страдаю и не богатею. Я работала в лесном хозяйстве. Могла мошенничать. Продавать вагонами лес. А уж лесовозами – это тьфу. Но не делала этого. Иногда приходилось занимать деньги. Мне говорят: «Ну, что ты занимаешь?», – с таким смыслом, что можешь продать втихую. А я зато сплю спокойно. И мне это – главное. Я знаю, что я могу честно посмотреть каждому своему работнику в глаза». На вопрос, что еще она может отнести к своему духовному миру: «Моя доброта в отношениях с людьми. Помогала многим. Когда уходила, подчиненные провожать пришли. Приглашали снова работать там... Но с другой стороны, я говорю, это мешало в жизни. Могла не работать на износ, а могла у государства воровать. Но раз решила и больше не думала...». На вопрос о смысле жизни она отвечает, что смысл ее жизни состоит в том, чтобы сделать монумент на могиле себе и сыну за 400 тыс. руб.

Почему, при всем уважении к нравственной безупречности пациентки, данный вид духовности представляется неполноценным? Потому что несмотря на всю тяжесть нравственного подвига, который всю жизнь она несла, в ее сознании не произошло ключевого переноса: нравственность тяжела не только ей, но и другим (возможно те самые люди, которые просили ее помощи, вынуждены были делать это тоже по причине своей нравственности, нежелания воровать и пр.). И помощь по долгу, которая стала предметом гордости и помехой, могла быть помощью по милосердию и жалости к человеку.

Таким образом, помимо нарциссизма, который, по мнению выступавших коллег (проф. Франсиско Гарсия Мартинес), является причиной депрессии и который в контексте депрессии рассматривался еще З.Фрейдом, можно предполагать влияние на возникновение депрессии и не-диалогического варианта духовности. И если в первом случае для исцеления депрессии на смену нарциссизму должно прийти уважение к инаковости другого человека (его чувствам, желаниям), то во-втором случае наоборот – понимание того, что другой человек похож на тебя (в т.ч. своей слабостью).

Переходя к религиозной духовности, можно также отметить, что она двояко связана с депрессивными расстройствами. С одной стороны, имеются факты о положительном влиянии религиозности на настроение человека, исцеляющем воздействии религиозности при депрессивных расстройствах (например, автобиографическое описание «основателя» психологии религии У. Джеймса (по Goodman R.)). С другой стороны, люди с религиозной духовностью также страдают депрессивными расстройствами.

Приведем случай переживания депрессивного состояния религиозным человеком. Девушка 28 лет также обратилась в НИИ психического здоровья с жалобами на снижение настроения, слезливость, раздражительность. Ей был выставлен диагноз «F 32.0 Депрессивный эпизод легкой степени». На момент обращения она была послушницей одного сельского монастыря Томской области, где провела около 4 лет. Депрессивная симптоматика возникла через год после смерти матери пациентки.

Для того, чтобы проанализировать особенности религиозности пациентки, приведем выдержки из беседы с ней:

«Училась на дефектолога, работала в детском саду и коррекционной школе. Стала ходить чаще в храм. Потом вдруг собралась и сказала, что уезжаю в монастырь.

– Зачем?

Вот, все мне и тогда говорили: «Зачем?» Мама с папой плачут... Я бросаю работу. Вы думаете, я не любила работу? Любила. И в коллективе ко мне хорошо относились. Начальница мне говорит: «Я тебя не уволю. Мы тебя вырастили, специалиста сделали...

Вот все меня и спрашивали: зачем? А я не могу ответить зачем».

Описывая свою жизнь в монастыре, она говорит следующее: «Первый год тебе все нравится. Тебе Господь дает благодать. Потом на тебя наваливаются трудности, несуразицы...

– А вы хотели стать монахиней?

– Нет. Жила одним днем. Там время дается человеку... Матушка сама решает, кому когда одеть подрясник или постричь.»

Через год ее мама заболела лейкозом, и в течение 2 лет она ездила то домой, то в монастырь. После смерти матери отец по совету священника создал новую семью. Пациентка уехала обратно в монастырь: «Мне матушка [начальник женского монастыря] очень помогала, поддерживала... В монастыре столько работы, там намного тяжелей, чем в миру, в городе жить... И вот у меня какой-то надлом произошел...

– Как вы можете описать это состояние?

– Я перестала общаться с людьми. Меня все раздражало. Почему все смеются? – Мне не смешно. Есть хорошо перестала... Когда мама была, было легче. Я знала, если мне будет тяжело, можно всегда приехать к маме. Мама – это мама. Вы понимаете? Мама все оставит ради детей. А отец – он отец. Я не могу на него положиться. Какие-то трудности – я не могла с ним поделиться. Напротив, нужно стараться, чтобы все было хорошо. Я старалась держать свои эмоции в кулаке. Он должен знать, что со мной все в порядке. И вот у меня это произошло... Я разучилась смеяться. И знаете, мне впервые захотелось выпить, чтобы отключиться. Я до этого никогда не пила. А здесь я напилась сильно-сильно. И вообще появилась какая-то агрессия, злость, начала уставать от людей».

Находясь в стационаре, пациентка оказалась перед выбором дальнейшего жизненного пути. В чем, на наш взгляд, была сложность его совершения? Во-первых, у пациентки был не развит навык рефлексивности, навык решения «задачи на смысл», которую ставят перед человеком эмоции. Ни положительные эмоции от прихода в монастырь не были осмыслены (например, «как призвание» и как необходимость ответа на призвание, вне зависимости от содержания ответа), ни отрицательные – от смерти матери (например, как необходимость повзрослеть). Во-вторых, несмотря на силу духовных переживаний, связанных с уходом в монастырь, они оказались замкнутыми на себе и в момент скорби не смогли поддержать пациентку. В то время как забота мирских людей явилась реальной помощью.

Таким образом, на примерах секулярной и религиозной духовности можно видеть свидетельства в пользу связи депрессивных состояний и не-диалогической, замкнутой на себе духовности, что безусловно требует дальнейшего изучения.

И может так получиться, что одним из благих последствий депрессивных расстройств станет размыкание духовности с собственными переживаниями и лучшее познание другого. Как и книга Иова завершается не обретением нового личного смысла, а признанием более тесного взаимного общения: «Я слышал о Тебе слухом уха, теперь же мои глаза видят Тебя» (Иов. 42:5).

Использованная литература:

1. Братусь Б.С. Проблема возвращения категории «души» в научную психологию // Национальный психологический журнал — 2014. — №3(15) — С. 5–15.
2. Залевский Г.В. «Строительные леса» на здании, которое называется «психология человека» // Сибирский психологический журнал. 2019. № 71. С. 61–78. DOI: 10.17223/17267080/71/4
3. Зинченко В.П. Духовность // Большой психологический словарь / Сост. и общ. ред. Б. Мещеряков, В. Зинченко, - СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2003. С. 149-150.
4. Карпов В. Концептуальные основы теории десекуляризации // Государство, религия, Церковь в России и за рубежом. 2012. №2 (30). С. 114-164.
5. Ключко В.Е. Проблема сознания в психологии: постнеклассический ракурс // Вестник Московского университета. Серия 14: Психология. 2013. № 4. С. 20-35.
6. Лакосина Н. Д., Трунова М.М. Неврозы, невротические развития личности : клиника и лечение. - Москва : Медицина, 1994. - 190 с.
7. Немцев А. В. Духовные смыслы в жизненном мире людей, страдающих депрессивными расстройствами: диссертация на соискание ученой степени кандидата психологических наук: 19.00.04. - Томск: 2012. - 162 с.
8. Симонов П.В., Ершов П.М., Вяземский Ю.П. Происхождение духовности. – Москва: Наука, 1989. – 352 с.
9. Синелина Ю.Ю. Религия в современном мире // Эсперт. 2013. №1. С.14-20.
10. Франкл В.Э. Основы логотерапии. Психотерапия и религия / В.Э. Франкл. – СПб: Речь, 2000. – 286 с.
11. Фрейд З. «Печаль и меланхолия» // Психология эмоций. Тексты / Под ред. В.К. Вилюнаса, Ю.Б. Гиппенрейтер. – М.: Изд-во Моск. ун-та, 1984. – С. 203-211.
12. Шекспир У. Бессмертные сонеты [пер. с англ. С. Маршака; ил. Д. Джильберта и Челоу]. – Москва: АСТ-ПРЕСС, 2008. - 224 с.
13. Berger P. L. The Desecularization of the World: A Global Overview//The Desecularization of the World: Resurgent Religion and World Politics / Ed. Peter L. Berger. Grand Rapids: William B. Eerdmans Publishing Company, 1999. pp.1-18.
14. Fuller R. C. Spiritual, but Not Religious: Understanding Unchurched America, New York: Oxford University Press, 2001, 224 pp.
15. Goodman R. William James [Электронный ресурс] // Stanford Encyclopedia of Philosophy. URL: <http://plato.stanford.edu/entries/james> (дата обращения: 29.10. 2022).

Психотерапевтический процесс и религиозность

Аннотация: рассматривается вопрос повышения комплаентности, эффективности психотерапевтического процесса и приверженности терапии у религиозных пациентов. Проведен анализ общих точек при работе с автоматическими негативными мыслями и религиозными убеждениями. Сформулирована идея о необходимости взаимной работы психотерапевта и священнослужителя.

Ключевые слова: психотерапия, тревога, депрессия, религия, ошибки мышления, КПТ.

Терапия расстройств тревожно-депрессивного спектра в настоящий момент является актуальным вопросом психиатрии и психотерапии. В 2019 г. во всем мире психическими расстройствами страдали почти 1 миллиард человек, в том числе 14% подростков. Более одного процента случаев смерти произошли в результате самоубийств, при этом 58% суицидов были совершены лицами в возрасте до 50 лет. Психические расстройства – ведущая причина нетрудоспособности, на долю которых приходится одна шестая общего числа лет, утрачиваемых в результате инвалидности. Смерть людей с тяжелыми психическими заболеваниями наступает в среднем на 10–20 лет раньше, чем в общей массе населения, в основном из-за развития поддающихся профилактике физических заболеваний. Только за первый год пандемии, по данным ВОЗ, распространенность депрессии и тревожных расстройства выросла более чем на 25%.

Долгое время психофармакотерапия противопоставлялась психотерапевтическому подходу и рассматривалась как симптоматический метод, с недостаточным воздействием на патогенетические схемы невротических расстройств с увеличенным риском рецидивов и хронизации патологического процесса (P.A. Aegan, 2002).

В настоящий момент времени эффективность психотерапевтического подхода в лечении расстройств тревожно-депрессивного спектра доказана, она не уступает фармакологической, а в ряде случаев данный подход является предпочтительным за счет высокой приверженности терапевтическому процессу, комплаентности, отсутствию побочных эффектов. Одним из наиболее изученных в доказательном аспекте является метод когнитивно-поведенческой терапии (КПТ), сформулированный А. Бекком. Базируясь на концепции сформированных и закрепленных дисфункциональных паттернов мышления, снижающих качество жизни и играющих значимую роль в формировании патологии невротического спектра, данный терапевтический метод предлагает пациенту работу над повышением уровня собственной осознанности, позволяющей идентифицировать те самые «автоматические негативные мысли». Вектор данных мыслей А.Бек определял, как «мысли о себе, мире и будущем». После работы над идентификацией данных негативных убеждений пациент и терапевт работают над интерпретацией искаженного мышления и формулируют рациональные ответы для каждого конкретного когнитивного искажения. Т.е. важной составляющей частью работы является работа с возражениями пациента, эффективность которой зависит от многих факторов, таких как: уровень комплаентности врача и пациента, авторитетность мнения доктора (А.Т.Веck, J.S. Веck, 2006). В результате данной систематической работы пациент формирует для себя более функциональную схему мышления,

позволяющую ему снижать уровень тревожности и, как следствие, улучшать свое состояние.

Религиозные пациенты, опираясь на уже сформированную догматическую систему ценностей и убеждений, могут иметь намного более низкий порог возражений при работе с терапевтом, если коррекция когнитивных искажений будет проходить в соответствии с вектором их религиозного мышления.

Рассмотрим, как можно выстраивать терапевтические отношения с религиозным пациентом на примерах конкретных когнитивных искажений.

Одним из наиболее частых когнитивных искажений является позиция «я должен» или долженствование. Позиция долженствования у пациентов, как правило, формируется родительской фигурой и закрепляется в ходе дальнейшей социализации. Исходя из позиции «я должен», пациент переживает состояние хронического напряжения и подавленности, т.к. не происходит свободного формирования собственных желаний и последующих действий по их реализации. В итоге у пациента формируется компенсаторный избегающий или зависимый тип поведения. Говоря о религиозном толковании позиции долга, мы опираемся на эмоционально взрослую позицию личной ответственности: «Да воздастся каждому по делам его – *Unicuique secundum opera eius*». То есть ответственность определяется самим человеком и системой его ценностей и желаний, а не желаниями и целями других людей. Данное когнитивное искажение, к сожалению, зачастую формируется и используется в так называемых псевдорелигиозных взаимодействиях, когда манипулятивная личность искаженно трактует религиозные тексты, перенося акцент с личной ответственности за принимаемые решения именно на чувство долга перед этой самой личностью, формируя то поведение, которое манипулятивная личность считает правильным и приемлемым.

Дихотомическое или черно-белое мышление. Мышление по типу «все или ничего», является распространенной когнитивной ошибкой и, к сожалению, так же часто используется в манипулятивных псевдорелигиозных отношениях. Работая с пациентами с данной ошибкой мышления, мы можем обратиться к позиции умеренности, часто встречающейся в религиозных текстах. Данное искажение является основой деструктивного перфекционизма и противоречит понятию первородного греха или невозможности быть идеальным. Поэтому пациенту с религиозной парадигмой мышления намного легче согласиться с тем, что ни его жизнь, ни результаты его действий не должны и не могут быть идеальными (Еф. 4:31; Пс. 118:28).

Катастрофизация – прогнозирование событий будущего исключительно негативно, без альтернативной позитивной линии возможностей. Это искажение формируется на базе ощущения беспомощности детской личности, усиленное страхом наказания перед неминуемой ошибкой. Ощущение беспомощности и последующий страх ошибки и наказания противоречат религиозной идее о свободной доброй воле человека, как о высшем даре и инструменте осознанного достижения добродетели. Работа со страхом – это также один из основных моментов взаимодействия с религиозными пациентами. Посыл «не бойся!». Это слова Бога, обращенные через тысячелетия к прячущемуся от ужаса Адаму: «Адам, не бойся. Это Я». «Не бойся» – с этих слов начинается спасение человечества, когда ангел обращается к Марии, говоря ей о рождении Спасителя. «Не бойся» – эта одна из центральных религиозных идей, идей евангельского учения.

Обесценивание позитивного – ошибка мышления, не позволяющая полноценно работать системе подкрепления. Как правило, на позитивный опыт и успехи изначально не было адекватной реакции от фигур значимых взрослых.

Также нередко при формировании данной ошибки мышления имеет место сравнение в детском и подростковом возрасте пациента со сверстниками или другими эмоционально значимыми фигурами в негативном для пациента контексте: «смотри каким надо быть, а ты не такой». Работая с данной ошибкой мышления, с религиозными пациентами, мы можем обратиться непосредственно к заповеди «Возлюби ближнего своего, как самого себя». Идея хорошего отношения к себе, заботы о себе, заложенная в данной заповеди, как правило не осознается пациентом в полной мере: невозможно хорошо относиться к людям и взаимодействовать с обществом без страха и напряжения, если не сформировано хорошее отношение к себе, как к образу и подобию Создателя.

Как мы видим, эффективность КПТ у религиозных пациентов может быть выше, если мы работаем в векторе привычного и понятного им мышления. И в этом аспекте перспективным видится совместная работа психотерапевта и священника (М.А.Пальчиков, 2018).

Использованная литература:

1. Всемирная Организация Здравоохранения: [сайт]. URL: <https://www.who.int/>
2. Пальчиков М.А. Раздел МКБ -10 "психические расстройства и расстройства поведения (f00-f99)": клиническая, мировоззренческая и духовная составляющие / М.А.Пальчиков // Прикладные информационные аспекты медицины. 2018. Т. 21. № 2. С. 84-87
3. Aaron T. Beck, Judith S. Beck, Cognitive Therapy: Basics and Beyond : guide. NY, 2006. P. 400 .
4. Arean P.A. Psychotherapy and combined psychotherapy / pharmacotherapy for late life depression / P.A. Arean, B.L. Cook // Biol. Psychiatry. – 2002. – Vol. 52. – P. 293–303.

Духовно-ориентированная реабилитация психически больных с депрессивными расстройствами: подходы и основные принципы

Аннотация: эффективной моделью помощи психически больным является духовно-ориентированная реабилитация при депрессивных расстройствах. Комплексная программа основывается на концепции биопсихосоциодуховного подхода и использует религиозные копинг-стратегии. Особое место в работе занимает семейный подход, что отражает понимание семьи как «малой Церкви». Терапевтические общины с комплексным подходом в работе с депрессивными больными создаются на приходах Русской Православной Церкви, в практическом аспекте социодуховная реабилитация сочетается с психофармакотерапевтическим лечением на базе государственных психиатрических учреждений. Программа реабилитации реализуется на базе Научного центра психического здоровья в сотрудничестве с общественными организациями «Межрегиональное общественное движение в поддержку семейных клубов трезвости» и РБОО «Семья и психическое здоровье».

Ключевые слова: духовно-ориентированная реабилитация, психические заболевания, депрессивные расстройства.

Духовно-ориентированная реабилитация у депрессивных больных

Под духовно-ориентированными способами реабилитации больных с депрессивными состояниями подразумевается направленная и структурированная психотерапевтическая работа, имеющая в своем основании религиозные смыслы и опирающаяся на духовные личностно-значимые ценности. Одной из целей реабилитации в социотерапевтическом плане является выработка адаптивных форм поведения, так называемых совладающих форм поведения (копинг-поведения), которые помогали бы поддерживать психологическое равновесие в ситуации психической болезни. Свой вклад в изучение структуры религиозного копинга внесли как зарубежные (Pargament K., Koenig H., Perez L.), так и отечественные исследователи (Г.И. Копейко, О.Ю. Казьмина, О.А. Борисова). Эти авторы отмечают, что духовно-ориентированная реабилитация у депрессивных больных должна проводиться совместно священнослужителем, психиатром, психологом, а также родственниками больных, членами религиозной общины и социальными работниками.

Основными направлениями психокоррекционной работы с депрессивными больными является поддержание традиционных религиозных ценностей и смыслов, что помогает реализовать сохранение религиозных базовых ценностей жизни. Социальная поддержка при таком подходе осуществляется через религиозную общину, а религиозное переосмысление ситуации, заключающееся в переосмыслении собственной личности, определяет религиозный преобразующий способ совладания. В духовно-ориентированной реабилитации отмечается религиозный способ совладания через обретение эмоционально-спокойного состояния, которое дает религиозная вера (утешение, прощение, примирение).

Изучение опыта интеграции психически больных в церковную жизнь свидетельствует о том, что религиозная вера и практическая жизнь по Вере способствует осваиванию религиозных способов совладания, а также может стать основанием для обсуждения иррациональных верований и оспаривания негативных знаний и неадекватных форм поведения. Молитвенные практики под руководством опытных священников и духовников могут применяться в качестве христианского наполнения духовно-ориентированной терапии. В качестве

примера использования духовно-ориентированной стратегии в когнитивно-поведенческой терапии (а именно, для противопоставления иррациональным мыслям) может быть приведен опыт прощения, основанный на модели REACH, где R – вспомни об обиде, E – посочувствуй обидчику, A – альтруистический дар, C – выбор прощения, H – удерживание прощения. Покаяние становится результатом ценностно-смыслового преобразования личности в результате религиозной жизни на основе религиозной веры и учения (Worthington E. L. С соавт., 2016).

Научное сообщество в настоящее время живо интересуется изучением подходов и разработкой реабилитационной программы для психически больных с депрессией, содержащей духовно-ориентированный компонент. Однако в научной литературе недостаточно данных об успешно функционирующих программах реабилитации пациентов с депрессиями. Анализ поисковых запросов по тематике «духовно-ориентированная реабилитация и депрессия» на ресурсе «GOOGLE Академия» в российском сегменте не выявил актуальных статей по данной теме, что может свидетельствовать об отсутствии эффективных программ по реабилитации в целом, либо применение тех или иных духовно-ориентированных практик осуществляется на недостаточно системном уровне.

В диссертационном исследовании томского психолога А.В. Немцева, анализирующем духовные смыслы у страдающих депрессивными расстройствами людей, утверждается, что большую эффективность показывают такие модели помощи больным с депрессией, которые реализуют интегративный подход в виде воздействия на разные элементы «порочного круга» расстройства (например, нейромедиаторные системы и когнитивные нарушения), по сравнению с моделями, воздействующими на один фактор (Немцев А.В., 2012). Автор считает, что «при депрессивных расстройствах, характеризующихся подавленным настроением, в смысловой сфере наблюдаются процессы утраты и обесценивания смыслов, что отражается и в снижении интереса к прежней деятельности (ICD-10, 1992), когнитивных ошибках и прочем. В то же время духовные смыслы не связаны напрямую с витальностью человека, могут сохранять относительную автономность при снижении этой витальности, а значит определенную степень свободы для человека». О высокой степени устойчивости ценностно-смысловой сферы в случае прогрессирующих психических расстройств свидетельствуют исследования сотрудников ФГБНУ НЦПЗ (Борисова О.А., 2019). В этой связи опора на духовные смыслы и раскрытие их характеристик представляется перспективным направлением в случае лечения и реабилитации при депрессии.

Питер Ферхаген приводит ссылки на 16 исследований, в которых различные духовно-ориентированные стратегии используются в комплексной терапии депрессий. При этом указывается как широкий набор практик – чтение и обсуждение духовной литературы и Священного Писания, структурированные беседы с обсуждением духовных ценностей и смыслов, поощрение к участию в религиозной жизни, совместная молитва, – так и возможность использования духовно-ориентированного подхода в различных конфессиях и религиозных деноминациях (Ферхаген П., 2019). По мнению некоторых исследователей особенно необходимо отметить значение совладания и прощения для духовно-ориентированного подхода в психиатрии (Worthington E., Sandage S., 2016).

В исследовании влияния религиозности на депрессивные расстройства у пожилых людей (Coleman P., 2017) отмечается благотворное влияние внимания и заботы в рамках жизни церковной общины на пожилых людей, перенесших утрату близкого. В то же время отсутствие поддержки и одиночество в ситуации тяжелой утраты и наблюдения за страданиями близких родственников негативно сказывается на психическом состоянии верующих, а в ряде случаев может

приводить к разочарованию в церкви и христианской вере. Исследователи указывают на необходимость консультирования подобных людей священнослужителями и участливого внимания к нуждам страждущих членов со стороны церковной общины.

Стоит отметить, что примером научно-обоснованной и эффективно реализуемой в России духовно-ориентированной реабилитационной программы для больных с коморбидной патологией является мультидисциплинарная программа амбулаторной помощи эндогенным психически больным с коморбидными аддиктивными расстройствами (Копейко Г.И. с соавт., 2019). В реабилитационной программе успешно сочетаются ресурсы государственной системы помощи психически больным на базе медицинских учреждений по охране психического здоровья и опыт работы волонтерских общественных организаций с опорой на принципы добровольчества и милосердного служения ближним. Неотъемлемой частью программы является укорененность в духовно-нравственных смыслах православного мировоззрения и использование в реабилитационном модуле духовно-ориентированных технологий и подходов. Разработка методологии и оценка эффективности программы осуществлялась на базе ФГБНУ НЦПЗ в сотрудничестве с Московским научно-практическим центром наркологии.

Принципиальным основанием комплексной программы помощи является сочетанное использование биологической терапии, психосоциотерапевтических процедур, а также духовно-ориентированной терапии. Терапевтический модуль, реализуемый на базе медицинских учреждений, позволяет эффективно осуществлять психофармакологическое лечение и курацию больных на длительном промежутке времени. Реабилитационный модуль осуществляется как в медицинском учреждении уже на ранних этапах лечения, так и на этапе ресоциализации в условиях работы общественных организаций в структуре терапевтических сообществ. В таком сочетании в полной мере может быть реализован принцип социальной терапии и терапии средой. Свыше 90% реабилитационных терапевтических сообществ действует на базе конфессиональных учреждений на церковных приходах.

Пилотажное исследование

Теоретические исследования показывают, что комплексная реабилитация психически больных может быть успешно осуществлена в условиях терапевтического сообщества на базе общественной организации. 20-летний опыт работы РБОО «Семья и психическое здоровье» в сотрудничестве с ФГБНУ НЦПЗ свидетельствует, что сочетание психообразовательных, арт-терапевтических, когнитивно-поведенческих и социотерапевтических подходов в реабилитации позволяют больным с ментальной инвалидностью успешно поддерживать уровень социального функционирования. В результате системно осуществляемой работы в сообществе снижается частота госпитализаций и обращений за психиатрической помощью, повышается уровень качества жизни, наблюдаются положительные изменения семейного статуса больных (Солохина Т.А., 2022).

В духовно-ориентированной реабилитационной программе акцент делается на повышении осмысленности жизни за счет опоры на духовные смыслы православного мировоззрения и развитие навыков совладающего поведения в результате освоения репертуара религиозных копинг-стратегий. Комплексный подход, объединяющий медикаментозные, психотерапевтические и духовно-ориентированные методы лечения и профилактики, также позволяет успешно интегрировать психически больных в церковную жизнь (Магай А.И., Солохина Т.А., 2022). Анализ техники мотивационного консультирования предлагает

использовать внутренние личностные ресурсы, что позволяет в полной мере учитывать образ мыслей и стиль поведения пациента, а в конечном счете способствовать изменению всего образа жизни человека (Миллер У., Роллник С., 2017). Внутренний выбор в духовно-ориентированном подходе осуществляется исходя из духовных ценностей и жизненных смыслов религиозного мировоззрения, а потребностная сфера и психологические переживания переструктурируются в соответствии с иерархией, в которой духовная сфера обладает наивысшим значением для личности, что благотворно влияет на гармонизацию всего личностного уклада. Психологическим инструментом общения специалистов и участников программы является духовно-ориентированный диалог Т.А. Флоренской, позволяющий в наибольшей степени использовать свободный выбор человека, сочетать его личностную позицию и духовно-выдержанный деликатный стиль общения специалиста (Магай А.И., 2020).

В 2020 году исследователями ФГБНУ НЦПЗ был поставлен вопрос о возможности использования реабилитационной программы у больных с эндогенными психическими заболеваниями, в частности, с депрессивными расстройствами. На протяжении года был проведен анализ научной литературы, исследован опыт работы реабилитационных сообществ в России и за рубежом. В 2021 году была организована реабилитационная терапевтическая группа, проведено пилотажное исследование, оценивающее эффективность ее работы. Сделанные предварительные выводы свидетельствуют о том, что структура амбулаторной реабилитационной программы с духовно-ориентированным компонентом может быть успешно использована у больных с депрессивными расстройствами, а в ее работе могут быть использованы принципы, методические наработки и элементы технологии помощи больным с коморбидной патологией.

Таким образом, терапевтическая группа для верующих больных с психическими заболеваниями была организована на базе одного из храмов города Москвы. Все пациенты находились под медицинским наблюдением в отделении особых форм психической патологии ФГБНУ НЦПЗ и получали психофармакологическое лечение, а также принимали участие в работе терапевтических сообществ в рамках комплексного духовно-ориентированного модуля. Работа терапевтического сообщества курировалась врачом-психиатром и научным сотрудником ФГБНЦ НЦПЗ.

Материалы и методы: В ходе пилотажного исследования была обследована группа больных общей численностью 20 человек, из которых 10 человек страдали психическими заболеваниями с депрессивными расстройствами различной степени выраженности и имели диагнозы по МКБ-10 – F 25.x, F21.3-21.4, F 33.4, F31.7, F32.2; возраст пациентов составлял от 23 до 52 лет, среди них было 5 мужчин и 5 женщин. Также в исследовании принимали участие пациенты с коморбидными заболеваниями и иными расстройствами, результаты обследования которых в рамках настоящего исследования не рассматривались. Контрольную группу составили пациенты в количестве 5 человек, имеющие схожие с основной группой психические расстройства, однако, в реабилитации участие не принимавшие.

В исследовательских целях использовались шкала самооценки Ч.Д. Спилбергера и Ю.Л. Ханина (State-Trait Anxiety Inventory, STAI), позволяющая оценить уровень тревожности; опросник SF-36 (The Short -36), предоставляющий возможность комплексной оценки качества жизни, связанного со здоровьем, тест смысло-жизненных ориентаций (СЖО) Д. А. Леонтьева (адаптированная версия «Purpose-in-Life Test», PIL), направленный на определение осмысленности жизни в различных контекстах (прошлое, настоящее и будущее). Религиозное

мировоззрение и духовные ценности оценивались при помощи модификации опросника Хубера (Huber, 2012), который информирует о различных аспектах духовной жизни, также использовалась методика «Шкала религиозности» (адаптированный вариант О.Ю. Казьминой), которая позволяет дифференцировать внешние и внутренние аспекты религиозной жизни. В экспериментальной части исследователями была проведена оценка ценностных ориентаций по методике Милтона Рокича.

Было сделано предположение о том, что участие верующих больных с депрессией в структурированной реабилитационной программе, содержащей духовно-ориентированный компонент, в условиях естественной для духовной жизни пациента церковной общины будет способствовать уменьшению клинических проявлений депрессии и повышению качества жизни верующих, а также сопровождаться изменениями в ценностно-смысловых личностных сферах, связанных с религиозным мировоззрением. Отсутствие изменений или усиление проявлений психического заболевания свидетельствовали бы о неэффективности реабилитационного потенциала программы.

Результаты и их обсуждение: верующие пациенты с депрессией на протяжении года посещали еженедельные встречи терапевтической группы. На двухчасовых занятиях в форме духовно-ориентированного диалога обсуждались актуальные личностно-значимые вопросы. Помимо этого пациенты принимали участие в психообразовательных, культурных и спортивных, социотерапевтических мероприятиях программы. Духовно-ориентированный модуль был представлен жизнью в приходской общине, участием в церковных таинствах и духовных беседах, паломническими мероприятиями. В рамках летнего реабилитационного лагеря состоялось недельное посещение монастыря на острове Валаам, где верующие в естественных условиях проживали в палатках, самостоятельно готовили пищу на костре, была ежедневная совместная молитвенная практика.

Психологические исследования и клинический опрос проводились в начале участия пациентов и членов их семей в реабилитационной программе (сентябрь 2021 года), до и после посещения реабилитационного лагеря на Валааме, и спустя год реабилитации (сентябрь 2022 года).

По результатам обследования отмечено снижение уровня *личностной тревожности* ($r=0,54$ при $p\leq 0,001$, по данным шкалы Спилбергера-Ханина), анализ *качества жизни* (КЖ по SF-36) выявил более высокий уровень «удовлетворенности жизнью» и «ощущения благополучия» по сравнению с пациентами контрольной группы. *Религиозная ценностно-смысловая ориентация* пациентов как основной, так и контрольной группы продемонстрировала, что основные жизненные смыслы определяются религиозной Верой. У реабилитантов сформировалась более осмысленная религиозная ориентация, которая определяла обращение к вере как «ресурсу» и «пути ко Спасению», со временем наблюдалась более высокая степень значимости духовных и религиозных ценностей, а также гармонизация внутренней и внешней форм религиозности, что количественно и качественно отличало эту группу от контрольной.

Исследование по методу «Ценностные ориентации» М.Рокича показало преобладание значимости ценностей здоровья и любви по группе терминальных и образованности и ответственности по группе инструментальных ценностей до участия в реабилитационном лагере на Валааме, в то же время по окончании отмечались высокие значения ценностей духовного развития и жизненной мудрости при снижении значений ранее доминировавших показателей ценностей здоровья и любви в группе терминальных и увеличение значимости ценностей терпимости и твердой воли в общей структуре инструментальных ценностей.

Заключение: Таким образом, в ходе участия в программе реабилитации у исследуемой группы пациентов отмечалось уменьшение обращений к врачам-психиатрам с целью коррекции терапии, при этом комплаентность к лечению оставалась на высоком уровне, продолжался прием поддерживающей терапии. Случаев госпитализации в психиатрические клиники отмечено не было, по результатам клинического опроса и психометрическим измерениям отмечалось снижение общего уровня тревожности и выраженности клинических проявлений депрессии. В ходе групповой психотерапии и духовно-ориентированных компонентов реабилитации были установлены значимые виды социальной поддержки среди группы реабилитантов, а также других верующих и их ближайшего окружения, были освоены продуктивные формы религиозного копинга, а также технологии социальной коммуникации. Также была отмечена ценностная трансформация в сторону увеличения значимости духовного развития и жизненной мудрости с ослаблением фиксации на состоянии здоровья и семьи как абсолютной ценности, наблюдалось изменение структуры религиозных смысловых ориентаций с преобладанием внутренних форм религиозной жизни.

Использованная литература:

1. Борисова О.А., Гусев В.В., Двойнин А.М., Копейко Г.И. Структура и содержание ценностно-смысловой сферы психически больных с религиозным мировоззрением // Культурно-историческая психология. 2019. Том 15. № 4. С. 56–67. DOI: 10.17759/chp.2019150406
2. Воскресенский Б. А. Психическое здоровье и психическое расстройство с позиций трихотомии // Психология человека в условиях здоровья и болезни. Материалы V Международной научно-практической конференции. Тамбов, 2015. С. 33-38. EDN: UBADLJ
3. Джеймс У. Многообразие религиозного опыта. Исследование человеческой природы // М.: Академический проект. – 2017.
4. Каледа В. Г. Духовность и религиозность в контексте клинической психиатрии // Психическое здоровье и религиозность. – 2022. – С. 17-34.
5. Каледа В.Г. Основы пастырской психиатрии: Руководство для священнослужителей. М.: Издательство Московской Патриархии, 2021. - 232 с.
6. Кольман, П. Религиозность и депрессивные расстройства у пожилых людей / П. Кольман // Психиатрия и религия: Материалы международной конференции, Москва, 13–14 ноября 2018 года / Ответственные редакторы В.Г. Каледа, Г.И. Копейко. – Москва: ООО "Скифия-принт", 2019. – С. 74-85. – EDN YUATGB.
7. Кондратьев Ф. В. Религиозность психически больного - методологические проблемы ее понимания // Религиозность и клиническая психиатрия. Материалы Первой Московской международной конференции 20-21 апреля 2017 г.: сборник научных трудов. М., 2017. С. 175-180.
8. Копейко Г. И. и др. О возможности использования религиозных способов совладания с депрессивными состояниями // Смоленский медицинский альманах. – 2019. – №. 4. – С. 100-105.
9. Копейко Г. И. и др. Опыт конфессионально-ориентированной реабилитации эндогенных психических больных с алкогольной зависимостью // Психиатрическая наука в истории и перспективе. – 2019. – С. 308.
10. Копейко Г. И. Место духовно-ориентированных подходов в комплексной реабилитации больных с психическими расстройствами / Г. И. Копейко, О. А. Борисова, Е. В. Гедевани // Общественно-ориентированная психиатрия: научно-практические аспекты и векторы развития : материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвященной 20-летию создания общественной организации «Семья и психическое здоровье», Москва, 09 июня 2022 года. – Москва: ООО "МАКС Пресс", 2022. – С. 216-220. – EDN DKPJQ.

11. Копейко Г. И., Борисова О. А., Казьмина О. Ю. Религиозные копинг-стратегии в реабилитации психически больных // Психиатрия. – 2016. – №. 2. – С. 40-49.
12. Кортунов В. В., Краснова О. Н., Кокотов С. А. Социокультурные и мировоззренческие истоки гомофобии в России // Сервис plus. – 2015. – Т. 9. – №. 4. – С. 91-104
13. Магай А. И. и др. Основные подходы к трезвенной работе в традиции диалогической психологии в молодежной среде // Гуманитарное пространство. – 2020. – Т. 9. – №. 6. – С. 687-698.
14. Магай, А. И. Интеграция психически больных в церковную жизнь: пастырское и медицинское сопровождение / А. И. Магай, Т. А. Солохина // Психическое здоровье и религиозность : Материалы международной конференции: сборник докладов, Москва, 26–27 ноября 2021 года / Отв. редакторы Г.И. Копейко, О.А. Борисова. – Санкт-Петербург: ООО "Скифия-принт", 2022. – С. 258-270. – EDN SSTMBW.
15. Мелехов Д. Е. Психиатрия и проблемы духовной жизни // Синапс. 1992 (2)
16. Миллер У., Роллник С. Мотивационное консультирование. Как помочь людям измениться. – Litres, 2017.
17. Немцев, А. В. Духовные смыслы в жизненном мире людей, страдающих депрессивными расстройствами: специальность 19.00.04 "Медицинская психология" : диссертация на соискание ученой степени кандидата психологических наук / Немцев Алексей Викторович. – Томск, 2012. – 162 с. – EDN QFYHTX.
18. Одяков, И. Н. Покаяние, Исповедь и депрессивный бред / И. Н. Одяков // 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. 133-140. – EDN FJOLQC.
19. Полищук Ю. И. Духовное измерение в психиатрии. М., 2010. 141 с. EDN: QLYGHP
20. Семейные клубы трезвости: современные технологии психосоциальной реабилитации людей с религиозным мировоззрением / Г. И. Копейко, А. Н. Бабурин, Е. А. Соборникова [и др.] ; Под ред. Г.И. Копейко, О.А. Борисовой, А.Н. Бабурина, Т.А. Солохиной, А.И. Магая. – МАКС Пресс: ООО "МАКС Пресс", 2020. – 88 с. – ISBN 978-5-317-06481-5. – EDN XAPOZK.
21. Солохина, Т. А. Достижения и проблемы общественного сектора в психиатрии через призму 20-летней деятельности общественной организации «Семья и психическое здоровье» / Т. А. Солохина // Общественно-ориентированная психиатрия: научно-практические аспекты и векторы развития : материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, по- священной 20-летию создания общественной организации «Семья и психическое здоровье», Москва, 09 июня 2022 года. – Москва: ООО "МАКС Пресс", 2022. – С. 170-175. – EDN XMAFPI.
22. Ферхаген П. Религия и психотерапия: понимание и религиозно-адаптированные психотерапевтические стратегии помощи душевнобольным // Психиатрия и религия. – 2019. – С. 155-164
23. Appelbaum P. S. Physician-assisted death in psychiatry // World Psychiatry. – 2018. – V. 17. – №. 2. – P. 145.
24. Bostock W. W. Collective depression: its nature, causation and alleviation // Suffering the Slings and Arrows of Outrageous Fortune. – Brill, 2007. – P. 1-12.
25. Cameron P. Domestic violence among homosexual partners // Psychological Reports. – 2003. – V. 93. – №. 2. – P. 410-416.
26. Coleman P. G. Development and adaptation in advanced old age / In P. G. Coleman and A. O'Hanlon // Aging and development: social and emotional perspectives. London: Routledge, 2017: 131-188.
27. Dawkins R. The God Delusion. London: Bantam Books. – 2006.
28. Pargament K., Koenig H., Perez L. The many methods of religious coping: Development and initial validation of the RCOPE. Journal of Clinical Psychology. 2000; 56(4):519-543
29. Salari N. et al. Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis // Globalization and health. – 2020. – V. 16. – №. 1. – P. 1-11.

30. Worthington E. L. An update of the REACH Forgiveness model: Psychoeducation in groups, do-it-yourself formats, couple enrichment, religious congregations, and as an adjunct to psychotherapy //Handbook of forgiveness. – Routledge, 2019. – P. 277-287.
31. Worthington E. L., Jr. & Sandage S. J. Forgiveness and spirituality: A relational approach. Washington, DC: American Psychological Association, 2016.

Суицидальность, психопатология, религия и духовность

Аннотация: Настоящий доклад основан на материалах, изложенных в главе «Самоубийство, суицидальность и религиозность/духовность» Барта ван ден Бринка в нидерландском Справочнике по психиатрии, религии и духовности под ред. П. Ферхагена (book chapter «Suicide, suicidality and religiosity/spirituality» by Bart van den Brink in the Dutch Handboek psychiatrie, religie en spirititeit in press; red. P.J. Verhagen e.a.). В докладе рассматриваются многообразные проявления религии, духовности и смысла жизни в отношении суицидальных наклонностей в ходе психопатологической и психиатрической диагностики, а также определяется их значение для профилактики и лечения. Религия, духовность и связанные с ними смыслы играют важную роль для динамики индивидуальной склонности к самоубийству. Результаты исследований последних десятилетий убедительно свидетельствуют о том, что религиозность и духовность обычно снижают склонность к самоубийству и риск самоубийства, и религия защищает сильнее, если человек живет в преимущественно религиозном регионе. Эта защитная роль дополнительно связана с нравственным запретом суицида и страхом попасть в ад при совершении самоубийства, а также с более низким уровнем агрессии и враждебности среди верующих. Регулярное посещение церкви во многих, в том числе масштабных, исследованиях ассоциируется с меньшей склонностью к самоубийству и поэтому рассматривается как защитный фактор.

Ключевые слова: риск самоубийства, склонность к самоубийству, религиозность, духовность, смысл.

Позвольте кратко представиться. Меня зовут Барт ван ден Бринк, и я работаю психиатром в отделении неотложной помощи местного психиатрического учреждения в центре Нидерландов. В Свободном университете Амстердама в рамках своей докторской диссертации я разрабатываю тему, которой посвящен настоящий доклад. В качестве введения в тему, я хотел бы начать со случая из моей личной практики.

«Как я могла так низко пасть?»

Доротея — 40-летняя незамужняя женщина, член фундаменталистской Реформатской церкви в Нидерландах, исправно посещает все богослужения. По профессии — учительница. Около 15 лет она страдает рекуррентной депрессией, характеризующейся наличием переживания никчемности и бессмысленности. Имеются признаки посттравматического стрессового расстройства и нарушения развития личности, связанные с жестоким обращением с ней старшего брата в те годы, когда она обучалась в начальной школе. В течение последних 10 лет депрессия стала сопровождаться суицидальными мыслями и поведением, в связи с чем потребовалось несколько госпитализаций.

Катамнестическое исследование суицидальных мыслей и поведения за многолетний период, с использованием подхода CASE [Chronological Assessment of Suicide Events – Хронологическая оценка суицидальных событий], описанного S. C. Shea, (2012), показало, что несколько факторов в жизни Доротеи были связаны с рецидивами депрессии и чувством бесполезности. Было отмечено, что она испытывала значимое напряжение и неуверенность в общении с другими, трудности в понимании пределов собственных возможностей: возрастающая нагрузка на работе и растущие ожидания обычно приводили к чувству уныния и усталости: «Я не справляюсь». Доротея предъявляла к себе высокие требования:

ей хотелось хорошо выполнять свою работу и производить на окружающих впечатление зрелой женщины, владеющей собой. После попытки самоубийства она испытывала глубокое чувство стыда: «Что я делаю, как я могла так низко пасть?». Доротея (почти) ни с кем не говорила о своих суицидальных наклонностях. Религиозные запреты или чувство вины, по-видимому, играли для нее хоть и слабую, но все же защитную роль. Несмотря на то, что она была знакома с запретами и принимала их в силу своего религиозного мировоззрения, в моменты глубокого отчаяния пессимистическая сторона ее личности брала верх над рациональной стороной: «Покончи с собой, тогда ты избавишься от всего этого». Внутри нее шла постоянная борьба между желанием покончить с собой и более оптимистичными мыслями.

Доротея не считала, что Бог безжалостно отправляет людей в ад. Для нее тот факт, что она пережила многочисленные попытки самоубийства, являлся знаком Божией милости и вызывал удивление. Порой вера давала ей мужество идти дальше: действительно есть оберегающая рука, кто-то надежный, кому можно доверять. По совету своего пастора — одного из немногих, кто знал о ее суицидальных наклонностях, — Доротея положила камень на место своей последней попытки самоубийства, чтобы помнить об этом. На этом «памятном камне» она написала: «До сего места помог нам Господь» (текст из 1 Царств 7:12). Благодаря этому ритуалу Доротея теперь воспринимает это место как менее опасное, хотя она продолжает рассматривать другие методы как возможные пути ухода из этой жизни.

Что показывает нам этот случай? В случае Доротеи просматривается ряд тем, касающихся веры и психопатологии: постоянное и динамическое взаимодействие, сдерживающая сила убеждений, роль образа Бога, потенциальная поддержка религиозной общины, и в то же время чувство стыда перед этой же общиной и Богом. Доротея постоянно ощущает напряжение между двумя полярностями: она отвергает себя, но ищет помощи, хотя это дается ей с трудом. В тот момент, когда депрессивные симптомы стихают, уменьшаются ее суицидальные наклонности, появляется возможность сделать осторожные шаги для установления контакта. В ее переживании веры также появляется больше пространства и доверия. Небольшие события, а иногда и события, которые трудно четко идентифицировать, предшествуют новому эпизоду депрессии. Подобная динамика состояния соответствует стереотипу развития пограничной патологии личности. Убежденность Доротеи в том, что самоубийство не отвечает воле Божией, и что Он заботится о ее благе, является для нее источником поддержки и сдерживает суицидальные наклонности. Очень важна помощь со стороны врача и пастора для того, чтобы поддерживать контакт и способствовать уменьшению суицидальных наклонностей. Конкретные ритуалы, в которых ее вере отведена поддерживающая роль, способствуют оказанию помощи.

Многообразие

Религия, духовность и смысл жизни играют важную роль для динамики индивидуальной склонности к суициду. Они касаются различных вопросов, связанных с самоубийством: что делает мою жизнь значимой? Есть ли что-то большее, что меня утешает и направляет? Чего я жду после этой жизни? Влияет ли на это суицид? Однако это еще не все. Вопросы религии, духовности и смыслов лежат в основе социального дискурса. Как мы, как общество, справляемся с суицидальным поведением? Кому-нибудь в этом обществе позволено совершать самоубийства? Каково отношение к лицам, совершившим самоубийство?

Отказ от суицида

Суицид определяется как акт умышленного и преднамеренного прекращения собственной жизни. Мысли о самоубийстве, планирование самоубийства, попытка самоубийства и фактическое самоубийство обобщенно выражаются понятием суицидальное поведение или суицидальность. Характерной чертой суицидального поведения является то, что по мере его усугубления возрастает и степень затягивания человека в психологическую ловушку. Человек все больше укрепляется в мысли о том, что самоубийство — единственный выход из этой ловушки.

Во многих странах работники психиатрической службы значительное внимание уделяют предотвращению самоубийств [основная цель — уменьшить их количество]. Между тем, по данным ВОЗ [WHO Factsheet Suicide, 2019], эффективной профилактике самоубийств в значительной степени мешают стигматизация и табу. Поэтому ВОЗ выступает за проведение профилактики самоубийств за счет совместных усилий разных частей общества. Значительно более высокий риск самоубийства отмечен при психических заболеваниях, таких как депрессия, биполярное аффективное расстройство, психотические расстройства, расстройства личности, тревожные расстройства и злоупотребление психоактивными веществами. В связи с этим в Нидерландах правительственные учреждения, психиатрические службы и другие организации заявили о своей цели — «ноль самоубийств».

В философско-религиозной традиции Запада против самоубийства выдвигаются три этических довода: «Это преступление, совершаемое людьми против себя, против общества и против Бога» [A.Liégeois, S. De Schrijver, 2018]. Эти аргументы могут подпитывать стигматизацию и табу, но также подпитывать — хотя и не всегда открыто — общее правило западных стран: «Делай все возможное, чтобы предотвратить самоубийство другого человека». Вышеупомянутая цель «ноль самоубийств» является ярким тому примером: в нашем обществе мы все вместе стремимся помогать, а не осуждать самоубийц.

Влияет ли на уровень самоубийств стигматизация или обращение за помощью в связи с суицидальными наклонностями? A.Reynders с соавт. (2016) проводили исследования в разных регионах Нидерландов и Фландрии относительно того, связано ли обращение за помощью с количеством самоубийств в отдельных регионах. Отмечалась взаимосвязь между высоким уровнем самостигматизации и стыда и большим количеством самоубийств в регионе. В то же время целенаправленный поиск неформальной помощи был в значительной степени связан с более низким уровнем самоубийств. В случае с Доротеей можно отметить наличие подобного напряжения: она испытывает стыд, но ищет помощи, затрачивая определенные усилия.

Каков же в конечном итоге результат? Действительно ли имеет значение наличие веры? Первый эмпирический ответ на этот вопрос дал E. Durkheim в 1897 г. в своем социологическом исследовании «Le Suicide». За последние десятилетия резко увеличилось количество исследований по данной тематике. Три четверти исследований показывают, что уровень суицидального поведения снижается при более высоком уровне религиозности и/или духовности, и лишь несколько исследований демонстрируют обратную зависимость. В 2015 г. A. Wu с соавт. опубликовали метаанализ 9 общемировых исследований, который показал общее защитное действие религии от смерти в результате самоубийства с общим соотношением шансов - 0,38 (95% ВІ: 0,21-0,71). Шансы умереть в результате самоубийства у верующих людей были почти в 3 раза ниже, чем у неверующих. Результаты этого исследования убедительно свидетельствуют о том, что религия является защитой, которая работает значительно сильнее в условиях, когда

человек живет в преимущественно религиозном регионе. Ранее это явление называлось «видоизменением экологического эффекта».

В общем, можно сказать, что монотеистические религии отвергают самоубийство. Восточные религии, такие как индуизм и буддизм, в определенной степени также считают самоубийство злом. Во всех случаях есть вариации и нюансы, особенности ситуационной этики. Какие же аспекты религиозности, духовности и смыслообразующих установок могут способствовать или противостоять реализации суицидального поведения для конкретного человека?

Значение личной религиозности и духовности

Среди множества исследований религиозности наиболее часто анализу подвергаются отдельные ее компоненты; в меньшей степени изучено влияние духовности на развитие или снижение суицидальных наклонностей. Анализ этой совокупности является сложной задачей. Важнейшие исследования последнего времени [R. E.Gearing, D.Alonzo, 2018; R. E.Lawrence с соавт., 2016] демонстрируют неоднородную картину. Определяющим фактором является то, насколько сильно религиозность и духовность находят свое отражение в личных чувствах, мыслях и действиях человека.

Во всех перечисленных исследованиях изучались самые разные факторы. Регулярное посещение церкви во многих, в т.ч. крупных исследованиях, связывается с меньшей склонностью к самоубийству и поэтому рассматривается как защитный фактор. Защитная роль религиозности и религиозной приверженности также связывается с нравственным запретом суицида и боязнью попасть в ад при совершении самоубийства, а также с более низким уровнем агрессии и враждебности среди верующих. Религиозность и духовность также способствуют развитию переживания связи с другими людьми, с Богом и вселенной, и дарят надежду на лучшее будущее. Психические заболевания у верующих людей нередко сопровождаются чувствами богооставленности и борением с Богом в своей религиозной жизни. В наиболее тяжелых случаях религиозная вина и отчуждение могут быть настолько сильны, что люди теряют всякую надежду и прибегают к самоубийству. В отдельных ситуациях, например, когда у пациента имеется представление о том, что «небеса ждут», религиозность может снизить свое ограничительное действие в отношении самоубийства, что также характерно и для самоубийств на почве некоторых религиозных заблуждений.

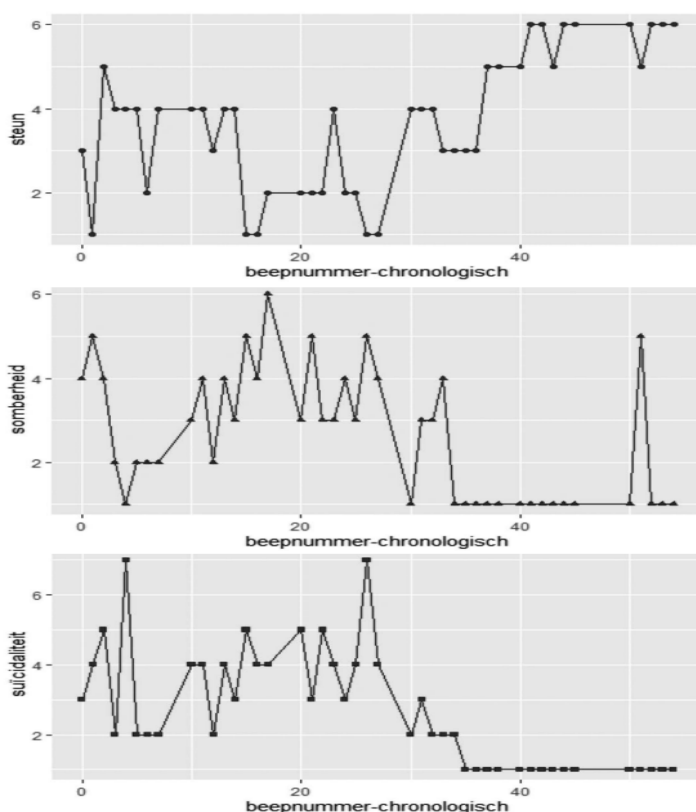
Можно выделить четыре измерения религиозности и духовности: социология и культура, практика и поведение, аффект и опыт, верования и знания (таблица 1). Взаимосвязь и динамика этих измерений и аспектов к настоящему моменту недостаточно хорошо изучены.

Таблица 1. Четыре измерения и примеры аспектов религиозности и духовности, влияющих на суицидальное поведение.

Измерения	Аспекты
Социология и культура	Культурально обусловленные философские убеждения и законы, помощь общества или социальной/религиозной среды, религиозная принадлежность.
Практика и поведение	(частота) посещения религиозных собраний, молитвы или медитации.
Аффект и опыт	Представления о Боге (аффективные), надежда, духовное благополучие, духовные переживания
Верования и знания	Представления о Боге (когнитивные), взгляды на загробную жизнь, значимость религии, нравственные запреты самоубийства, альтруизм, приемлемость самоубийства.

Вместе с коллегами мы опубликовали научные статьи по нескольким аспектам [К.Ноеве с соавт., 2020; M.Jongkind с соавт., 2019; V.van den Brink с соавт., 2018]. Например, у одного из наших пациентов (n=1) была показана значительная изменчивость переживания поддержки Богом, депрессивного фона настроения и суицидальных наклонностей. Мы использовали приложение ЕМА (Ecological Momentary Assessment) на его телефоне для оценки этих 3 пунктов несколько раз в день на протяжении 6 дней (рис. 1).

Рисунок 1. Изменения переживания поддержки Богом (верхний график), депрессивного настроения (средний график) и суицидальных наклонностей (нижний график) на протяжении 6 дней.



Было установлено, что депрессия оказывает значимое влияние на склонность к суициду. Вместе с тем, более сильное переживание поддержки со стороны Бога в сочетании с убежденностью во Всемогуществе и Его силе, а также наличие более строгих нравственных запретов уменьшают склонность к самоубийству.

Начало терапевтического вмешательства

В целом, различные аспекты можно было бы подразделить на две большие темы: «союз» и «запрет». Представляется, что религиозность и духовность предлагают защиту через трансцендентную связь с другими и трансцендентным великим Другим, а также через ограничение и установление запретов этим великим Другим, который в то же время является также возможным адресатом для гневных чувств. Однозначных утверждений на этот счет быть не может в силу отсутствия достаточного количества многофакторных долгосрочных исследований.

Учитывая вышеизложенное, по крайней мере, можно сделать следующее утверждение: психические синдромы универсальны, но культуральные, религиозные, духовные и философские факторы имеют важное, иногда определяющее значение в отношении формы, а иногда и тяжести суицидального поведения, так как отмечается большое многообразие религий и диверсифицированность внутри каждой из них, а также между верующими людьми в рамках одной конфессии. Поэтому изучение суицидальности требует изучения экзистенциальных и религиозных/духовных аспектов, которые открывают возможность для начала терапевтического вмешательства, направленного на выздоровление пациента.

Шаг в кабинет врача

Но что делать, когда Доротея, Турайя или Талия находится у вас в кабинете, и становится ясно, что она склонна к суициду? Есть простое эмпирическое правило: задать вопрос, установить контакт, по необходимости направить к другому специалисту или духовнику.

Необходимо начать со сбора подробного анамнеза (с использованием методики CASE-интервью, S.C.Shea, 2012). Тщательный расспрос о суицидальных наклонностях позволяет понять самому врачу и прояснить для другого человека, насколько далеко заходят суицидальные планы, что их подкрепляет и тормозит, как это происходило в прошлом и как пациент представляет себе эту проблему в будущем. Необходим сбор более широкого социального и религиозного анамнеза с уделением особого внимания факторам риска и защиты. Нельзя опускать конкретные вопросы о религиозности человека, о влиянии религиозности на склонность пациента к суициду, а также о наличии суицидального поведения у членов семьи. Часто этот разговор с верующими пациентами дает возможность кратко отметить тормозящие и защищающие аспекты религиозности или духовности, не прибегая к каким-либо терапевтическим вмешательствам, и подводит к системной диагностике суицидальных наклонностей, которая включает исследование религиозности, духовности и возможных отправных точек для терапии.

При благоприятном развитии такой беседы устанавливаются связь и сотрудничество в отношении работы с суицидальным поведением. В случаях, когда чувство стыда слишком велико или имеются трудности в получении информации, необходимо привлечение любимого человека, что, возможно, будет являться первым шагом к установлению связи для дальнейшей терапии. Это обстоятельство связано с одним из фундаментальных религиозных и духовных убеждений: никто не живет только ради себя. На практике, однако, этот шаг часто связан с внутренней борьбой, потому что многие личности, склонные к суициду, разрывают такую связь, продолжая запутываться в психологической ловушке. В этом случае сам социальный работник может проконсультироваться со своими коллегами. Важным следующим шагом является направление к специалисту для консультации или кризисного контакта. В ситуациях, когда очевидно, что религиозные темы играют большую роль, важно спросить, есть ли у пациента доверенное лицо в этой области.

Обращение к пасторам или духовникам и работа с ними, о чем говорится и в рекомендациях WPA [A.Moreira-Almeida с соавт., 2016], может помочь справиться с религиозной или духовной борьбой и усилить защитные факторы. Исследования показывают, что даже после суицидальной попытки такой контакт может быть целительным.

Дать надежду

Во всем мире научная литература демонстрирует повторяющуюся закономерность: религиозность и духовность обычно связаны со снижением риска самоубийства. Главный вопрос: как выглядит эта закономерность для религиозного человека и для неверующего, сидящего напротив вас в вашем кабинете? Где пространство и возможность для целенаправленного вмешательства, в котором пробуждаются здравый смысл, духовность или религиозность? Особенно когда ситуация в данный момент кажется безнадежной, вопрос о трансцендентных ценностях, поддерживающей среде и трансцендентных нормах для верующих и неверующих становится чрезвычайно важным. Религия и духовность – не панацея, но вера во что-то большее, чем ты сам, может освободить место для надежды и обновленного переживания любящего принятия другим.

Использованная литература:

1. Durkheim E. *Le suicide: étude de sociologie*. – Alcan, 1897.
2. Gearing, R. E., & Alonzo, D. (2018). Religion and Suicide: New Findings. *Journal of Religion and Health*, 57(6), 2478–2499. <https://doi.org/10.1007/s10943-018-0629-8>
3. Hoeve, K., Brink, B. van den, Jongkind, M., Schaap-Jonker, H., & Braam, A. W. (2020). De Experience Sampling Method bij het in kaart brengen van de variabiliteit van religie bij religieuze psychiatrische patiënten. *Psyche en Geloof*, 31(4), 210–217.
4. Jongkind, M., van den Brink, B., Schaap-Jonker, H., van der Velde, N., & Braam, A. W. (2019). Dimensions of religion associated with suicide attempt and suicide ideation in depressed, religiously affiliated patients. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 49(2), 505–519. <https://doi.org/10.1111/sltb.12456>
5. Lawrence, R. E., Oquendo, M. A., & Stanley, B. (2016). Religion and Suicide Risk: A Systematic Review. *Archives of Suicide Research*, 20(1), 1–21. <https://doi.org/10.1080/13811118.2015.1004494>
6. Liégeois, A., & De Schrijver, S. (2018). Christian Ethical Boundaries of Suicide Prevention. *Religions*, 9(1), 30. <https://doi.org/10.3390/rel9010030>
7. Moreira-Almeida, A., Sharma, A., van Rensburg, B. J., Verhagen, P. J., & Cook, C. C. H. (2016). WPA Position Statement on spirituality and religion in psychiatry. *World Psychiatry*, 15(1), 87–88. <https://doi.org/10.1002/wps.20304>
8. Reynders, A., Kerkhof, A. J. F. M., Molenberghs, G., & Van Audenhove, C. (2016). Stigma, Attitudes, and Help-Seeking Intentions for Psychological Problems in Relation to Regional Suicide Rates. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 46(1), 67–78. <https://doi.org/10.1111/sltb.12179>
9. Shea, S.C. (2012). The Interpersonal Art of Suicide Assessment: Interviewing Techniques for Uncovering Suicidal Intent, Ideation, and Actions. In *The American Psychiatric Publishing Textbook of Suicide Assessment and Management*, 2nd Edition (pp. 29–56). American Psychiatric Publishing, Inc.
10. van den Brink, B., Schaap-Jonker, H., & Braam, A. W. (2018). Moral objections and fear of hell: An important barrier to suicidality. *Journal of Religion and Health*, 57(6), 2301–2312. <https://doi.org/10.1007/s10943-018-0573-7>
11. WHO Fact-sheet Suicide. (2019). WHO. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
12. Wu, A., Wang, J.-Y., & Jia, C.-X. (2015). Religion and completed suicide: A meta-analysis. *PLOS ONE*, 10(6), e0131715. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0131715>

Библиотерапия и душепастырская работа с глубинными смыслами в духовно-психологической помощи людям, переживающим депрессивные состояния

Аннотация: в данной статье содержится описание авторской техники душепастырской духовно-психологической работы с глубинными смыслами опекаемого в процессе оказания первичной помощи людям, переживающим депрессивные состояния. Также в статье рассматривается техника библиотерапии, применяемая в работе с текстами Священного Писания в душепастырской работе священнослужителя по оказанию духовно-психологической помощи людям, переживающим депрессивные расстройства.

Ключевые слова: депрессивные состояния, душепастырская работа, духовно-психологическая помощь, логотерапевтический диалог, библиотерапия, ключевые смыслы, ресурсный опыт, фрустрирующий опыт, глубинные смыслы.

1. Душепастырская работа священнослужителя по оказанию первичной духовно-психологической помощи

Сегодня работа священнослужителя связана с необходимостью оказания не только душеспасительной, но и первичной психологической, душепопечительской помощи прихожанам. Люди, страдающие депрессивными расстройствами, нередко обращаются к служителям Церкви как к целителям душ человеческих. Несомненно, оказание комплексной психотерапевтической помощи людям, которым поставлен диагноз «депрессия», – это ответственность профессионалов, имеющих соответствующее специальное образование, профессиональную подготовку и опыт работы. Так как Церковь – это открытое сообщество для всех «труждающихся и обремененных», именно священнослужитель часто становится первым доступным и социально безопасным специалистом, к которому расположена обратиться страждущая от депрессивных расстройств душа.

«Основным святоотеческим образом, характеризующим пастырское служение и его инструменты, является образ священника как врача. Об этом подробно говорил святитель Григорий Богослов, сравнивая пастырство с врачеванием: «...цель... врачевания – окрылить душу, исхитить из мира и предать Богу, сохранив образ Божий, если цел, поддержать, если в опасности, обновить, если поврежден, вселить Христа в сердца Духом». Человек приходит в церковь, как в больницу, в которой он надеется получить облегчение в духовной болезни. В Церкви болезни излечивает не священник, а Сам Бог. «Он исцеляет сокрушенных сердцем и врачует скорби их» (Пс.146:3). Тем не менее, святые отцы называют священника врачом душ людей. И подобно врачу, священник имеет аптечку с лекарствами и инструментами, которыми он должен уметь правильно воспользоваться. И насколько разнообразны и индивидуальны средства и подходы в деле врача, настолько же различны они и у священника» (Алпатов С., 2018).

Сегодня для священнослужителя любой конфессии важно быть компетентным в умении оказывать первичную духовно-психологическую, консультативную помощь и обладать базовыми знаниями, помогающими распознать первичные признаки расстройства, требующего профессиональной медицинской, психофармакологической или психологической помощи, чтобы, помогая духовно, своевременно направить подопечного к психологу, психотерапевту или психиатру, который умеет не только профессионально

помочь, но и экологично работать с религиозным сознанием, не отождествляя симптомы душевного расстройства с религиозными убеждениями человека.

«6.1. Пастырская забота о психически больных людях требует постоянного памятования о том, что кроме обычных сложностей в общении все время будет присутствовать медицинская составляющая, к которой священник должен быть специально подготовлен. Перед священником не стоит задача диагностировать конкретное психическое заболевание, но он должен различать нормальные переживания человека от патологических и правильно выстраивать свои с ним отношения с учетом психического состояния. От того, насколько он сможет распознать среди душевных проблем психическое заболевание, зависит не только правильность духовного руководства, но в некоторых случаях и жизнь человека. Священник должен быть способен видеть различия между страстями, одолевающими человека, и проявлениями психических заболеваний»¹.

Вот как описана зона ответственности священнослужителя в душепастырской работе в документе Комиссии по церковному просвещению и диаконии Межсоборного присутствия Русской Православной Церкви (2020):

«4.3. Церковь свидетельствует о необходимости разграничения сферы компетенции священника и врача-психиатра. Священнослужители не должны вмешиваться в терапевтические назначения врачей-психиатров. При этом Церковь считает нравственно недопустимым использование психотерапевтических методик, основанных на подавлении личности больного и использующих состояние измененного сознания и манипулирование поведением, как со стороны врачей, так и со стороны духовенства (включая манипулирование лжестарцами и младостарцами своими «чадами»). Священнослужителям следует участвовать в диалоге между пациентом, его родственниками и медицинскими работниками с целью содействия обретению пациентом смысла в жизни, мира с Богом и близкими, и преодоления симптомов болезни. Священник и врач должны осуществлять свою помощь больному в согласии и доверии друг другу, иначе их забота может вылиться в дополнительные испытания и иногда непереносимые тяготы для самого больного и его близких».

Профессиональный альянс священника, психолога, психотерапевта или психиатра является здоровой и богоугодной формой профессионального взаимодействия для гармоничного врачевания духовного, душевного и телесного в человеке, который сотворен, согласно Священному Писанию, по образу и подобию Божию, как сущность единая духом, душою и телом.

«Сам же Бог мира да освятит вас во всей полноте, и ваш дух и душа и тело во всей целостности да сохранится без порока в пришествие Господа нашего Иисуса Христа» (1Фес 5:23).

«С точки зрения Православия и церковного Предания, нет основания видеть какие-либо препятствия для применения психиатрических или психоаналитических данных в деятельности пастыря. Психиатрия несколько принципиально не противоречит пастырству, не должна ему мешать или каким бы то ни было образом умалять значение пастырского душепопечения. В пастырствовании могут и должны быть применяемы все средства, чтобы помочь душам в их затруднениях на пути спасения. Пастырской психиатрии, как уже сказано, не должно быть усваиваемое значение равное аскетике, так как их области, хотя и являются смежными, но одна другую не исключают, а дополняют».

¹ Пастырское попечение в Русской Православной Церкви о психически больных. Документ Комиссии по церковному просвещению и диаконии Межсоборного присутствия Русской Православной Церкви, 2020 г.

потому что психиатрия не вмешивается в область, подведомственную чистому богословию. Она ищет в тех сферах, где аскетика не имеет прямого применения. Психиатрия в руках пастыря является вспомогательным средством для обнаружения не греха, а патологических явлений, связанных с заболеваниями психиатрическими, т.е. душевными, а не духовными» (Архимандрит Киприан (Керн), 2002).

2. Люди, переживающие депрессивные состояния

Обращаясь к теме духовно-психологической помощи людям, переживающим депрессивные расстройства, в рамках этой статьи мы говорим не об оказании священнослужителем профессиональной психотерапевтической помощи тем, кому поставлен соответствующий медицинский диагноз. Оказание помощи священнослужителем таким людям может быть частью комплексной духовной и медико-психиатрической помощи в формате взаимодействия профессионального консилиума душепастыря, психиатра, психолога. В этой статье мы говорим о первичной помощи священнослужителя, прежде всего, тем душам, которые имеют уловимые непрофессиональным взглядом общие признаки депрессивного расстройства. Также мы рассуждаем о способах помощи тем людям, которые, обращаясь к душепастырю, часто сами себя причисляют к депрессивно страдающим ввиду поверхностного самоанализа или по причине неосознанного извлечения вторичных психологических или социальных выгод из позиции «депрессивного человека». Такие люди часто приходят в Церковь «по зову страждущей души» за позитивным вниманием, сочувствием, утешением, поддержкой, верой, чудом и новыми смыслами.

Вот как игумен Евмений в 48-м издании «Христианского собеседника», посвященного теме «Пастырская помощь душевнобольным», описывает психологический портрет депрессивного человека, обратившегося за душепастырской помощью:

«Речь идет о лицах с постоянно пониженным настроением. Это прирожденные пессимисты. От будущего они не ждут ничего, кроме несчастья и трудностей, прошлое же доставляет только угрызения совести по поводу действительных или мнимых грехов, совершенных ими. Они чрезвычайно чувствительны ко всяким неприятностям, иной раз очень остро реагируют на них. Вечно угрюмые, мрачные, недовольные и малоразговорчивые, они невольно отталкивают от себя даже сочувствующих им, замыкая тем самым создаваемый ими порочный круг «меня никто не любит». Во внешних их проявлениях, в движениях, в мимике большей частью видны следы какого-то заторможения: опущенные черты лица, бессильно повисшие руки, медленная походка, скупые вялые жесты – от всего этого так и веет безнадежным унынием. В сделанном они замечают преимущественно ошибки, а в том, что предстоит – столько трудностей, что невольно опускаются руки... Время от времени развиваются психотические вспышки: или маниакальные или депрессивные. Таких пасомых пастырь должен окружить особым участием. Ему желательно сконцентрировать их внимание прежде всего на радости, которую несет Православие, Евангелие, жизнь церковная» (Игумен Евмений, 1999).

В документе Комиссии Межсоборного присутствия Русской Православной Церкви «Пастырское попечение Русской Православной Церкви о психически больных» священнослужителям предлагается при общении с паствой обращать внимание на следующие признаки:

- «7.2. 2) депрессивные состояния с выраженным чувством тоски, безысходности, отчаянием, утратой жизненной перспективы, с идеями самообвинения и уничтожения, малоценности, чрезмерной греховности;
- 3) депрессивные состояния с размышлениями о бессмысленности и бесцельности жизни, антивитальными размышлениями, суицидальными мыслями и намерениями;
- 4) депрессивные состояния с чувством богооставленности, утратой смысла в жизни и надежды на милосердие Божие, «окамененное бесчувствие».

3. Важность душепастырской работы с глубинными смыслами

В рамках душепастырской модели духовно-психологической работы по оказанию первичной помощи депрессивно настроенным людям мы предлагаем рассматривать депрессивные состояния обратившихся как кризис внутренних, жизнеутверждающих, важных для принятия себя и мира смыслов.

При таком рассмотрении логотерапевтическая модель работы с внутренними состояниями депрессивно расстроенного человека является наиболее уместной, если выбирать из широкого спектра психологических и психотерапевтических методик помощи людям с невротическими, в том числе и депрессивными расстройствами. Логотерапия Виктора Франкла стала методологией и прикладной практикой помощи, которая наиболее близка к модели душепастырской помощи ввиду своей ориентированности на работу с личностными смыслами, убеждениями, внутренними ценностями человека, со всем тем, с чем всегда работает душепастырь в процессе духовного сопровождения обратившегося за помощью человека.

3.1 Цель психотерапии и логотерапевтический подход

«Цель психотерапии – исцеление души, цель же религии – спасение души. ...логос в логотерапии подразумевает смысл. Человеческое бытие всегда стремится за пределы самого себя, всегда устремляется к смыслу. Тем самым главным для человеческого бытия является не наслаждение или власть и не самоосуществление, а скорее осуществление смысла. Поэтому логотерапия ведет речь о "стремлении к смыслу"» (Франкл В., 1990).

3.2 Логотерапевтический подход в душепастырской работе оказания духовно-психологической помощи

Предлагаемая автором статьи «Техника душепастырской работы с глубинными смыслами» – это техника логотерапевтического (смысло-ориентированного) диалога с опекаемым, которая подразумевает актуализацию личностных смыслов и опыта собеседника для нахождения личного ресурсного опыта и скрытых смыслов в преодолении депрессивных состояний. Техника является церковно-приходской адаптацией так называемого в профессиональной литературе «логоанализа».

Логоанализ разработан Джеймсом Крабо, учеником основателя Логотерапии В. Франкла. В логоанализе используются два основных приёма: расширение поля сознания, так называемого «сознательного знания» и стимулирование творческого воображения. После каждого шага инвентаризации происходит обсуждение результатов с терапевтом. Это позволяет выработать навык чаще смотреть на свою жизнь, как бы оценивая её со стороны. Основные тезисы логоанализа:

- 1. Всегда существуют ответы, даже если они сейчас не видны.*
- 2. Эти ответы заключены в нас самих.*

3. *Способ открытия этих ответов — глубокий проникающий взгляд на собственную жизнь (инвентаризация жизни) и стимулирование творческого воображения.*

4. «Техника душепастырской работы с глубинными смыслами»

(Р. И. Надюк)

«Однако для того, чтобы помочь пасомому обрести себя заново, выйти из замкнутого круга саморефлексии, пастырь должен прежде глубоко вчувствоваться в человека, понять и услышать его внутреннее состояние, его внутренний запрос, тот путь выхода из жизненного тупика, который предназначен ему Божественным промыслом» (Игумен Евмений, 1999).

В рамках предлагаемой техники логотерапевтического диалога душепастырю рекомендуется реализовать следующие пять этапов душепастырской беседы.

4.1 Знакомство со случаем, принятие и безоценочность

На начальном этапе диалога, когда происходит знакомство с индивидуальным случаем опекаемого, душепастырю важно внутренне принять недирективную, безоценочную, поддерживающую позицию, мотивированную установкой не судить и оценивать, а узнать и понять внутренний мир опекаемого.

4.2 Поиск «ключевых фраз»

Слушая опекаемого по теме обращения или актуализируя тему беседы наводящими вопросами, уловить и выявить ключевые фразы и понятия, на смыслы которых опирается сознание человека в обсуждаемом предмете диалога.

Ключевые фразы – это слова или словосочетания, которые часто и эмоционально вовлеченно использует человек для описания личностно-значимых ценностей, проявлений или состояний.

С ключевыми понятиями или фразами человек всегда ассоциирует часто до конца не осознаваемые «ключевые смыслы». Это личностные определения важных для человека понятий, таких, например, как «счастье», «беда», «проблема», «хорошо», «плохо», «жить по-настоящему», «быть здоровым» или «успешным». У каждого человека эти понятия окрашены личными (ключевыми) смыслами, которые мотивируют или фрустрируют его личность.

4.3 Выявление «ключевых смыслов»

Выявление «ключевых смыслов» осуществляется посредством наводящих вопросов к ключевым фразам и понятиям опекаемого: *«Что это значит для тебя?», «Как ты это понимаешь?», «Что это значит, по-твоему?»*. Здесь очень важно умение задавать «безоценочные» вопросы, которые актуализируют личностно значимые (а не правильные или неправильные) ключевые смыслы опекаемого. Многие, отвечая на них, впервые начинают осознавать личностную концепцию или ключевые смыслы понимания «добра», «зла», «помощи», «любви», «успеха» и т.д.

Ключевые смыслы – это личные концепции и определения, запечатленные в личностно значимых ассоциациях и мыслеобразах, которые актуализируются в сознательном или иррационально ощущаемом бессознательном собеседника при осмысленном проговаривании ключевого слова или фразы. Люди используют одинаковые термины, но переживают различные, индивидуально окрашенные смыслы, выражая их «в своих, личностно значимых определениях». Понять «личностно значимое определение» ключевой фразы или термина – задача этого этапа.

4.4 Ресурсный / фрустрирующий опыт: поиск ассоциативной связи

Далее к «ключевым смыслам» задаются вопросы, направленные на актуализацию фрустрирующего или мотивирующего ресурсного опыта, с которым ассоциативно связан «ключевой смысл» фразы. «Было ли это в твоей жизни?» – фраза «ключевого смысла». «Можешь вспомнить, когда и при каких обстоятельствах ты это понял, почувствовал, пережил?» – фраза «ключевого смысла». «Можешь вспомнить, когда это у тебя по-настоящему было?» – фраза «ключевого смысла».

Ключевые фразы актуализируют ключевые смыслы, а ключевые личностно значимые смыслы ассоциативно связаны с ресурсным опытом конкретного периода, отрезка, фрагмента жизни человека, а именно с тем опытом, который повлиял на формирование тех глубинных смыслов, которые фрустрируют или мотивируют собеседника в настоящем.

Это самый чувствительный этап поиска ассоциативной связи между ключевыми смыслами и ресурсным опытом, который требует от душепастыря проявления такта, уважения и навыков недирективного, клиенто-центрированного активного слушания, через которое опекаемый принимает поддержку, принятие и христианскую любовь. Результатом такого ассоциативного поиска становится история или несколько похожих историй из жизни опекаемого, в которых он получил ресурсный опыт, повлиявший на формирование мотивирующих или фрустрирующих установок, которые мы назвали «глубинными смыслами», обращая внимание на их иррационально детерминирующий потенциал.

4.5 Раскрытие глубинных смыслов – рационализация жизненного урока

К ресурсному опыту, то есть к истории или историям из прошлого, которые возникли в результате анализа ассоциативной связи ключевых фраз и ключевых смыслов, задаются рационализирующие вопросы: «Что ты тогда понял о себе / своей душе / способностях / возможностях?», «Что именно ты пережил?», «Чем это для тебя было?», «Чему ты тогда научился?», «Что ты лучше понял о ближних/ людях /об этом мире?», «Что ты понял о своей жизни?», «Что ты понял о Боге?».

Ресурсный опыт связан с личной историей или историями из прошлого, в переживаниях которых сформировались мотивирующие или фрустрирующие глубинные смыслы человека.

Обычно это история, в которой наиболее концентрированно душа опекаемого пережила радость или горе, страх или успех. Воспоминание, проживание и рационализация такой истории позволяет выявить, понять и скорректировать глубинные смыслы человека.

Глубинные смыслы – это иррационально мотивирующие или фрустрирующие установки, вынесенные из ресурсного опыта, иррационально детерминирующие человека в жизни «здесь и сейчас», которые связаны с ключевыми смыслами, ключевыми фразами.

Вскрытие глубинных смыслов происходит в процессе рационализации ресурсного опыта, как урока, ресурса для понимания себя, людей, мира, что и является главной задачей этого этапа душепастырского собеседования.

В дальнейшем душепастырь может скорректировать сформулированные опекаемым рационализации поддерживающим или критичным наставлением, утверждая или исправляя их, в зависимости от системы религиозных координат добра и зла конкретного душепастыря.

В случае если опыт определяется как ресурсно-созидательный, душепастырь может перенести урок и глубинные смыслы на ситуацию или жизнь «здесь и сейчас». В случае если опыт определяется как фрустрирующий, душепастырь актуализирует нужные религиозные императивы, которые мотивируют опекаемого, оттолкнувшись от негативного опыта прошлого, довериться новому религиозному душепастырскому опыту / сделать «шаг веры».

«Важно научить пасомого уменью «переключаться» из состояния депрессии в состояние упования, надежды, молитвы» (Игумен Евмений, 1999).

5. Преимущества реализации техники душепастырской работы с глубинными смыслами

5.1 для душепастыря:

- позволяет быстро построить доверительный альянс, смоделировать отношения принятия;
- формирует безоценочное отношение к опекаемому в духе христианского братолюбия;
- включает опекаемого во внутреннюю духовно-психологическую работу;
- позволяет быстро найти ресурсный или фрустрирующий опыт и принять наиболее экологичную к душе опекаемого стратегию душепастырской помощи;
- профилактирует духовно-психологическое выгорание душепастыря, так как формирует навык совместного поиска и разделения ответственности за духовно-психологический результат в жизни опекаемого.

5.2 для опекаемого:

- быстро формирует доверительные отношения в результате проявления душепастырем интереса к мнению, мыслям, чувствам, смыслам опекаемого;
- включает ресурсы саморефлексии, расширяя внутреннее поле осознанности, ассоциативных связей, мыслей, чувств и прошлого опыта;
- формирует эффект инсайта или откровения, нахождения важных смыслов, благодаря стимулирующим сознание наводящим вопросам душепастыря;
- развивает навык духовно-психологической самопомощи, формируя навык рационализации иррациональных состояний.

6. Библиотерапия

БИБЛИОТЕРАПИЯ / BIBLIOTHERAPY (от греч. «biblion» – книга и «therapeia» – уход, забота, лечение) – направление и метод психотерапии и психокоррекции, использующее литературу различных жанров как терапевтический фактор. О целительном воздействии литературы известно с давних времен. Первые научные исследования этого вопроса начались в XIX в. Возможность целенаправленного применения отмечена В.М. Бехтеревым, предложившим либроспихотерапию (лечебное чтение), и В.Н. Мясищевым (терапия через книгу, библиотерапия). Различным аспектам чтения и библиотерапии посвящены работы Б.Д. Карвасарского, В.А. Невского, А.Ф. Лазурского, Н.А. Рубакина, А.А. Гайворовского, И.З. Вельковского, Р. Баркера, К. Меннингера, А.М. Миллера, О.Л. Кабачек, Ю.Н. Дрешер, Е.Н. Исаевой, И.Н. Казариновой, Ю.Б. Некрасовой, И.А. Столяровой и др. В основе воздействия на читателя в библиотерапии лежит механизм идентификации: отождествляясь с героем произведения, человек погружает себя в его обстоятельства, эмоционально реагирует, сопереживает. Лечебный эффект

базируется на узнавании пациентом своей проблемы, травмирующей ситуации в художественном произведении и следовании заданным в нем образцам выхода из подобных ситуаций, их психологического преодоления. Также интересны аспекты отношений между читателем, текстом и автором. Сложилось три основных подхода к многоуровневому процессу библиотерапии: рецептурный, мотивационный и педагогический. Методический арсенал библиотерапии активно развивается и систематизируется. Выделяют библиотечную, семейную (домашнее, семейное чтение), индивидуальную и групповую библиотерапию. Рассматриваются возможности разных литературных жанров в библиотерапии – поэзия, сказки и др., а также применение библиотерапии в работе с различной проблематикой, в широком возрастном диапазоне участников, в разных социальных группах и т. д. (Александрова Р.А., Бакланова Е.А., Баранов Е.Г., Веракса А.Н. и соавт., 2021).

6.1 Библиотерапия как душепастырская работа с текстами Священного Писания

В душепастырской помощи «труждающимся и обременённым», в том числе и людям, переживающим депрессивные состояния, мощным мотивационным и трансформирующим ресурсом является рефлексивно переживаемое размышление над определенными текстами Священного Писания.

«Чтение также относится к инструментам пастырского душепопечения – наставлению словом. Однако в отличие от устного научения, здесь слово воздействует на людей в письменном виде, будь то Священное Писание или другие книги» (Алпатов С., 2018).

«Ибо слово Божие живо и действенно и острее всякого меча обоюдоострого: оно проникает до разделения души и духа, составов и мозгов, и судит помышления и намерения сердечные» (Евр.4:12).

Данный текст Библии стал для нас направляющим в разработке авторской техники библиотерапевтического чтения текстов Священного Писания в духовно-психологической помощи людям, переживающим депрессивные состояния. Читая с такими людьми определенные тексты Священного Писания с использованием техники логотерапевтического диалога, душепастырь побуждает собеседника рефлексировать по теме описанных в тексте состояний, переживаний, выводов и решений библейского персонажа, ассоциативно связывая их со своим личным опытом. Такое рефлексивное чтение вызывает со стороны опекаемых высокую степень вовлеченности, саморефлексии, самоидентификации и эмоционального отреагирования личного фрустрирующего опыта и принятия ценностей библейского персонажа.

В сознании русского многонационального народа есть врожденное уважительно-почтительное отношение к Библии, как к любой священной книге. Это духовно-трансцендентное чувство актуализируется при личном чтении Библии в отношениях логотерапевтического диалога и становится мощным духовно-психологическим мотиватором трансформации личности. Мотивация уважения, благоговения и доверия, формируемая в процессе совместного размышления над Библией, способствует самораскрытию и доверительному отношению опекаемого при условии, если душепастырь остается в недирективной, безоценочной позиции друга-наставника, который в рамках логотерапевтического диалога задает вопросы к смыслам Священного Писания.

6.2 Ресурсные тексты для библиотерапии в душепастырской помощи

• **Псалмы плача из Псалтири синодального перевода Библии** являются оптимальным началом для актуализации депрессивных чувств, мыслей, установок страждущего для их дальнейшего отреагирования и исповедания. Их более шестидесяти, включая индивидуальные и общие молитвы плача. Индивидуальные плачи (например, Псалмы 3, 21, 30, 38, 41, 56, 70, 119, 138, 141) помогают человеку выразить борьбу, страдание или разочарование Господу.

Вот некоторые примеры:

Псалом 30

«10. Помилуй меня, Господи, ибо тесно мне; иссохло от горести око мое, душа моя и утроба моя. 11. Истощила в печали жизнь моя и лета мои в стенаниях; изнемогла от грехов моих сила моя, и кости мои иссохли. 12. От всех врагов моих я сделался поношением даже у соседей моих и страшилищем для знакомых моих; видящие меня на улице бегут от меня. 13. Я забыт в сердцах, как мертвый; я - как сосуд разбитый, 14. ибо слышу злоречие многих; отовсюду ужас, когда они сговариваются против меня, умышляют исторгнуть душу мою. 15. А я на Тебя, Господи, уповаю; я говорю: Ты - мой Бог. 16. В Твоей руке дни мои; избавь меня от руки врагов моих и от гонителей моих. 17. Яви светлое лице Твое рабу Твоему; спаси меня милостью Твоею». (Пс. 30:10-17)

Псалом 141

«1. Голосом моим к Господу воззвал я, голосом моим к Господу помолился; 2. излил пред Ним моление мое; печаль мою открыл Ему. 3. Когда изнемогал во мне дух мой, Ты знал стезю мою. На пути, которым я ходил, они скрытно поставили сети для меня. 4. Смотрю на правую сторону, и вижу, что никто не признает меня: не стало для меня убежища, никто не заботится о душе моей. 5. Я воззвал к Тебе, Господи, я сказал: Ты прибежище мое и часть моя на земле живых. 6. Внемли воплю моему, ибо я очень изнемог; избавь меня от гонителей моих, ибо они сильнее меня. 7. Выведи из темницы душу мою, чтобы мне славить имя Твое. Вокруг меня соберутся праведные, когда Ты явишь мне благодеяние». (Пс. 141:1-7)

Проживание с библейским персонажем близких депрессивному человеку смыслов одиночества, отверженности и состояний тоски, печали и уныния в присутствии поддерживающего душепастыря, с одной стороны, выводит депрессивного из закрытого пространства невротического одиночества, разрушая иллюзию о трагичной исключительности своих душевных страданий, с другой стороны, позволяет в контролируемой форме пережить и исповедовать противоречивые мысли и чувства, вскрыть накопившуюся агрессию и самоагрессию, актуализировать ключевые вопросы и смыслы.

• **Псалмы, включающие элементы саморефлексии и упования,** обладают трансформирующим ресурсом, особенно те отрывки, в которых автор взаимодействует со своей душой, как, например, в **41-м Псалме**:

*«4. Слезы мои были для меня хлебом день и ночь, когда говорили мне всякий день: "где Бог твой?" 5. Вспоминая об этом, изливаю душу мою, потому что я ходил в многолюдстве, вступал с ними в дом Божий со гласом радости и славословия празднующего сонма. 6. **Что унываешь ты, душа моя, и что смущаешься? Уповай на Бога, ибо я буду еще славить Его, Спасителя моего и Бога моего.** 7. Унывает во мне душа моя; посему я воспоминаю о Тебе... 9. Днем явит Господь милость Свою, и ночью песнь Ему у меня, молитва к Богу жизни моей».* (Пс. 41:4-9)

Разговор с душой библейского персонажа позволяет переключиться на «стоны своей души», вербализовать их, отождествить себя с героем Библии и

переключиться на предлагаемые им смыслы: упование, вера, надежда, душеспасительные действия.

- **Библейские императивы**, побуждающие проявление внутренних ценностей и добродетелей. Например, Псалом 36:3 «Уповай на Господа и делай добро; живи на земле и храни истину» (Пс. 36:3). Библейские императивы побуждают выйти из зоны комфорта, но только в том случае, если депрессивный человек нашел ассоциативную связь своего опыта со смыслом текста. В этом хорошо помогает умелое включение элементов ранее представленной техники **душепастырской работы с глубинными смыслами**, если ключевым словом, с которого начинается работа, выбирается библейский императив, например, «уповай на Господа».

6.3 Пример реализации техники душепастырской работы с глубинными смыслами в библиотерапии (Р.И.Надюк)

«Уповай на Господа и делай добро; живи на земле и храни истину» (Пс. 36:3).

6.3.1 Ключевой императив

Душепастырь может задать вопрос к одному или всем ключевым словам-императивам. Что значит для тебя? / Как ты понимаешь? / Что значит, по-твоему, «уповать на Господа, делать добро, хранить истину»?

Императив, который дает большой эмоциональный отклик, становится ключевым в аналогии с ключевой фразой в технике душепастырской работы с глубинными смыслами. Например, «уповать».

6.3.2 Ключевой личностный смысл библейского императива

Версия, которую формулирует опекаемый, точно запоминается или записывается и уточняется душепастырем. Например, «уповать – это значит сильно надеяться и ждать». В дальнейшем к ней (к личной версии императива), как к ключевому смыслу, задается серия вопросов, актуализирующих ассоциативную связь с ресурсным опытом.

6.3.3 Поиск ресурсного опыта

Душепастырь наводящими вопросами ищет личный опыт, с которым связан ключевой личностный смысл библейского императива. Например, «уповать – это надеяться и ждать».

«Можешь вспомнить, когда тебе нужно было / приходилось / удавалось «уповать – надеяться и ждать»? Когда у тебя «уповать – надеяться и ждать» получалось по-настоящему?» или «...лучше всего?», или «... сильнее всего?».

Эти и другие подобные вопросы, задаваемые душепастырем с поддерживающей интонацией и невербаликой, с позволяющими подумать паузами, помогают опекаемому ассоциативно связать ключевой смысл библейского императива с ресурсным или фрустрирующим опытом, где опекаемый это пережил, например, «уповать – надеяться и ждать».

6.3.4 Отреагировать и рационализировать ресурсный опыт

Когда ресурсный опыт, в нашем примере «уповать – надеяться и ждать», найден, и опекаемый «упал» в ассоциативно-связанную историю своего личного опыта упования, надежды и ожидания, душепастырь работает с состоянием исповедания или психотерапевтического катарсиса. Слушает историю, слышит смыслы, спрашивает о главном, разговаривает о пережитом и поддерживает с полной открытостью и проживанию.

6.3.5 Глубинные личные смыслы библейского императива или рациональный урок

Как и в случае с применением ранее описанной техники душепастырской работы с глубинными смыслами, к ресурсному опыту истории из личного прошлого, ассоциативно связанной с библейским императивом, в нашем случае – «уповать – надеяться и ждать», задаются рационализирующие вопросы: «Чему ты тогда научился?», «Что ты понял о себе / своей душе / способностях / возможностях?», «Что ты понял о ближних / людях / мире?», «Что ты понял о жизни?», «Что ты понял о Боге?».

В случае если опыт определяется как ресурсно-созидательный, душепастырь может перенести урок ресурсного опыта и глубинных смыслов на ситуацию или жизнь «здесь и сейчас». В случае если опыт определяется как фрустрирующий, душепастырь актуализирует нужные религиозные, иными словами, духовные императивы, которые мотивируют опекаемого, оттолкнувшись от негативного опыта прошлого, довериться новому, религиозному, душеспасительному действию в настоящем. Другими словами, сделать «шаг веры» в добрую противоположность, «от избегания – к достижению, от страха в веру».

Этим приемом логотерапевтической техники в библиотерапии можно пользоваться в процессе совместного чтения различных ресурсных текстов Священного Писания и других священных книг и преданий.

7. Преимущества реализации техники душепастырской работы с глубинными смыслами в библиотерапии

7.1 Для душепастыря:

- позволяет быстро включить собеседника в поиск важных смыслов, актуализируемых Священным Писанием;
- стимулирует собеседника к осмыслению библейского сюжета и к личной рефлексии значимых ассоциативных связей библейского императива с личным опытом;
- позволяет привить духовные ценности в диалогичном, клиенто-центрированном, а не в монологично-директивном формате;
- профилактирует духовно-психологическое выгорание душепастыря, так как позволяет эмоционально быть в корректирующей, а не формирующей позиции.

7.2 Для опекаемого:

- обретает личную заинтересованность в чтении Библии, как книги, актуализирующей личный опыт;
- формирует эффект инсайта или откровения от Библии, Бога, Божия человека и душепастыря.
- Священное Писание становится Книгой, направляющей к личностно-важным смыслам;
- развивает навык духовно-психологической самопомощи, формируя навык саморефлексии в процессе чтения Священного Писания.

Данная техника апробирована в течение 6 лет на более чем 300 опекаемых христианского вероисповедания разных конфессий, студентах программы «Церковное душепопечительство» Семинарии евангельских христиан, в том числе и переживающих субдепрессивные состояния. По отзывам опекаемых, большинство из них обретали позитивные и душеспасительные смыслы, личные инсайты и откровения, находили для себя новый, личностный формат чтения

Священного Писания и эффективный способ душепопечительской помощи и самопомощи.

Выводы

Преимущества применения логотерапевтических техник *душепастырской работы с глубинными смыслами* и *душепастырской библиотерапии* состоит в том, что они:

- достаточно эффективны в оказании первичной духовно-психологической помощи в условиях церкви или прихода;
- легко интегрируются в любой стиль душепастырского взаимодействия с паствой;
- легко осваиваются, предъявляя требования начальной коммуникативной компетентности;
- не требуют много времени для реализации;
- позволяют экологично работать с опекаемым, избегая эффекта психологического давления;
- техники обладают ресурсом самообучения, развивая у опекаемого навыки духовно-психологической самопомощи;
- применение логотерапевтических техник профилактирует духовно-психологическое выгорание душепастыря ввиду своей клиенто-центричности по стилю реализации, что позволяет душепастырю, уделяя внимание каждому опекаемому, долгое время оставаться эмоционально ресурсным для окормления многочисленной паствы.

Использованная литература:

1. Александрова Р.А., Бакланова Е.А., Баранов Е.Г., Веракса А.Н. и соавт. Энциклопедический психологический словарь-справочник. 1000 понятий, определений, терминов. Минск. Харвест, 2021.
2. Евмений, игумен. Пастырская помощь душевнобольным. – Ивановская обл.: Макариев-Решемская обитель, «СВЕТ ПРАВОСЛАВИЯ», выпуск 48, 1999.
3. Киприан (Керн), архимандрит. Православное пастырское служение. – Клин: Фонд «Христианская жизнь», 2002.
4. Коллинз Г. Пособие по христианскому душепопечению. Библейская кафедра, Издательство «Мирт», Санкт-Петербург, 2003.
5. Кондаков И.М. Психологическая энциклопедия. – СПб.; М.; Прайм-ЕВРОЗНАК, 2003(М.: ПФ Красный пролетарий). – 508 с.: ил., портр.; 27 см. ISBN 5-93878-093-4.
6. Миллер А.М. О реабилитационном аспекте библиотерапии при неврозах. Вопросы психотерапии. Доклад. Всесоюзная научная конференция. М., 1977, с. 128-132.
7. Франкл В. Человек в поисках смысла: Сборник: Пер. с англ. и нем. / Общ. ред. Гозмана Л. Я. и Леонтьева Д. А.; вст. ст. Леонтьева Д. А. — М.: Прогресс, 1990. — 368 с: ил. — (Б-ка зарубежной психологии).
8. Алпатов С. «Инструменты пастырского душепопечения по Священному Писанию и творениям святых отцов»; Сайт Московской сретенской духовной академии <https://sdamp.ru/news/n6888/>
9. Пастырское попечение в Русской Православной Церкви о психически больных. Документ Комиссии по церковному просвещению и диаконии Межсоборного присутствия Русской Православной Церкви, 2020 г. Официальный сайт Отдела по церковной благотворительности и социальному служению Русской Православной Церкви. [<https://www.diaconia.ru/pastyrskoe-popechenie-o-psikhicheski-bolnykh>].

Опыт оказания психолого-психиатрической помощи участникам боевых действий, находящимся в военном госпитале: взгляд врача, психолога и сестры милосердия на депрессию и тревогу

Аннотация: доклад представляет собой краткое изложение опыта оказания психиатрической, психологической и духовно-нравственной помощи участникам боевых действий, находящимся на лечении в ФГКУ «1602 Военный клинический госпиталь» Министерства обороны Российской Федерации, город Ростов-на-Дону. Практика оказания психиатрической помощи раненым и травмированным в ходе боевых действий пациентам военных госпиталей с синдромами тревоги и депрессии кратко изложена полковником медицинской службы, доктором медицинских наук, доцентом первой кафедры терапии усовершенствования врачей Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова, врачом-психиатром Тарумовым Дмитрием Андреевичем. Опыт оказания психологической помощи данной категории пациентов, находящихся на лечении в ФГКУ «1602 ВКГ» МО РФ, изложен Фаттаховой Татьяной Ивановной, медицинским психологом высшей квалификации.

Ключевые слова: депрессивные расстройства, тревожные расстройства, терапия посттравматического стрессового расстройства, «материнская психотерапия».

Взгляд врача

Одной из самых распространенных боевых психических патологий является острая реакция на стресс (до 5% всех раненых и пораженных), клинически проявляющаяся признаками психомоторного возбуждения, дезориентированностью или, порой, наоборот – оцепенением, слабостью, онемением (В.К.Шамрей с соавт., 2021). Зачастую такая реакция на происходящее проявляется и у подготовленных, опытных бойцов, бывавших не раз на поле боя. Кратковременные **депрессивные** и **тревожные** проявления данных состояний купируются быстро самостоятельно или при однократном применении транквилизаторов или нейролептиков. Как правило, боеспособность восстанавливается уже на следующие сутки.

Изначальный настрой и ориентировка участников спецподразделений на выполнение боевой задачи, несомненно, уменьшают вероятность ее возникновения. Однако в современных реалиях для больших групп военнослужащих подобная подготовка зачастую не проводится. Роль священнослужителя в этих обстоятельствах не следует недооценивать. Как показывают наши наблюдения в зоне СВО, несколько напутственных искренних и добрых слов священника перед боем могут заменить собой в краткосрочной перспективе часть военно-политической работы.

Депрессивные и **тревожные** проявления, свойственные для выраженного стойкого астено-невротического синдрома, возникающего на фоне длительного непрерывного участия в боевых действиях на передовой и в условиях, приближенных к передовой, могут купироваться врачами – психиатрами, входящими в состав медицинских отрядов, работающих в зоне СВО, и купироваться применением психофармакологических препаратов. Следует отметить, что количество военных врачей-психиатров в ВС РФ ограничено, вследствие чего отсутствует возможность их работы в каждом таком медицинском подразделении.

Тревожная и депрессивная симптоматика встречаются как при острых стрессовых реакциях, так и при расстройствах адаптации, а также в рамках посттравматического стрессового расстройства, которое является итоговой составляющей двух первых нозологий в континууме при отсутствии должного подхода к симптоматической терапии на ранних этапах. Развитие синдромов **тревоги** и **депрессии** так или иначе приводит к формированию заболевания и требует лечения еще до появления четко очерченных его признаков.

На данном этапе без психофармакологических интервенций лечение пролонгированных **тревожных** и **депрессивных** реакций уже не представляется возможным. Врачами-психиатрами применяются в этом случае транквилизаторы, антидепрессанты и нейролептики.

Велик вклад психотерапии в рамках особого психотерапевтического воздействия для курации подобных пациентов. Отдельным вопросом является лечение и дальнейшая социализация пациентов после нахождения в плену. Их психическое состояние вызывает особое беспокойство у врачей и психологов.

Огромную ценность имеет присутствие священнослужителя, осуществляющего свою деятельность в медицинском подразделении в зоне СВО, духовно окормляющего военнослужащих, как правило, из мобилизованных, которые по своему психологическому состоянию утратили надежду, тяготятся условиями быта. Как показывает опыт, наставления священника поднимают патриотический дух, вызывают религиозные переживания, что укрепляет проявления здоровой личности, и тогда, даже при наличии болезни, они помогают больному сопротивляться ей, приспособиться к ней и компенсировать дефекты, внесенные болезнью (Игумен Евмений, 1997).

Отдельным важным вопросом является создание отделений для так называемых «контуженных». Большое количество эвакуированных из зоны СВО не имеет четко очерченной психической или неврологической патологии. В связи с большим количеством поступающих эта группа пациентов остается без должного ухода, не попадая в сферу интересов как психиатров, так и неврологов. Это состояние связано с воздействием на человека экстремальных факторов военных действий, перенесенных непосредственно на поле боя, в виде воздействия взрывной волны на головной мозг, ЛОР-органы и организм в целом. Наиболее близко данное состояние соответствует понятию «контузии». Клинически может проявляться жалобами субъективного характера на головную боль, шум в ушах, головокружение, тошноту, чувство дурноты и слабости, снижение слуха и пр. Такие пациенты могут демонстрировать признаки тревоги, возбуждения или отрешенности, запинания речи или даже мутизма. Однако впоследствии после осмотра специалистами диагноз закрытой черепно-мозговая травмы, акубаротравмы или какой-либо психической патологии может быть не подтвержден. В случае принятия решения об эвакуации курация данной патологии осуществляется в условиях отделений терапевтического профиля.

Взгляд психолога

Опыт пребывания человека в экстремальной ситуации, как правило, оставляет травматический след в его психике. Синдром посттравматического стрессового расстройства – один из распространенных у комбатантов, вернувшихся из зоны боевых действий. Депрессия является частотным симптомом посттравматического стрессового расстройства (ПТСР).

Психологи рассматривают депрессию как негативную эмоцию, «стоп-сигнал души», который следует за периодами страха, гнева, горя, связанного с травматическим опытом. Депрессия не позволяет двигаться вперед, действует как тормоз личности. Обострение депрессии может иметь катастрофические

последствия, включая суицидальные мысли или даже попытки. Распространенное определение депрессии – это гнев, обращенный внутрь себя.

Как показывает наш опыт, тревога и депрессия, как симптомы ПТСР, исцеляются самосостраданием, а также человечностью и добротой окружающих.

У участников боевых действий кардинально меняется восприятие событий и людей, внимание, мышление, система ценностей, отношения с окружающими. Для того чтобы выжить в боевой обстановке, существенно изменяется работа мозга, нервной, гормональной, сердечно-сосудистой систем. Эти изменения нужны, чтобы повысить уровень бдительности, боевой настороженности, повысить скорость реагирования на изменения обстановки, а также силу мышц для преодоления преград. Формируются так называемые «боевые рефлексy», позволяющие в случае опасности действовать мгновенно, не размышляя. Воины привыкают **жить в режиме тревоги**. Для того чтобы встретить опасность во всеоружии и качественно выполнить боевую задачу, они многократно прокручивают в мыслях предстоящие действия, сосредотачивают больше внимания на возможных негативных последствиях. Дефицит времени на принятие решений ведет к тому, что бойцы привыкают к простым трактовкам событий, делят их на опасные и безопасные, полезные и бесполезные, хорошие и плохие, нравственные и безнравственные, в черно-белых красках оценивают и людей, однозначно, а порой, агрессивно реагируют на то, что кажется им несправедливым.

Отмечается «онемение чувств». Вместе с тем память о трудных моментах боевого прошлого, о погибших боевых товарищах в искаженном виде, в форме ярких и болезненных воспоминаний, ночных кошмаров может вновь и вновь возвращаться к участникам боевых действий.

Следует отметить, что многое из того, что помогало выживать в боевой обстановке, в мирных условиях может стать мешающим, казаться окружающим неуместным, избыточным или дефицитным.

В большинстве случаев это является временным явлением: так же, как человек привыкает к боевым условиям, он адаптируется и к мирной обстановке.

Работая с участниками боевых действий, психолог объясняет им, что нужно замечать у себя перечисленные явления и стараться как можно быстрее избавляться от них; необходимо пытаться понять реакции окружающих и стараться не реагировать на них раздражением и агрессией; нужно научиться использовать для улучшения своего психического состояния простейшие приемы психической саморегуляции; крайне важно сохранить ясный ум, открытое сердце и устойчивое состояние.

Опыт работы психолога с данной категорией лиц показывает, что в **тревоге** часто присутствует такой момент, как нежелание встретиться именно с соматическим аспектом: мышечным напряжением, страхом, нарушением сна, дискомфортом в области сердца или желудка. Избегание тревожного отклика формирует замкнутый порочный круг, что является ключевым моментом в формировании и закреплении **тревоги**. При этом в теле скапливаются гормоны, которые порождают аутоагрессию (агрессию, направленную вовнутрь), хаотичность, а это разрушает здоровье как физическое, так и психическое.

При встрече с военными событиями у человека разрушаются три базовых иллюзии:

1. иллюзия справедливости,
2. иллюзия бессмертия,
3. иллюзия простоты устройства мира.

Поэтому первой задачей психолога является установление доверительного контакта с клиентом, чтобы человек мог открыться и начал говорить (можно это

сделать через рисунок, попросив нарисовать место, где ему было спокойно и хорошо). Задача психолога – внимательно слушать и дать возможность выговориться.

Можно использовать различные техники, например, предложить нарисовать три дерева: молодое дерево, раненое дерево, мудрое возрожденное дерево, а затем расспросить, что клиент чувствовал в процессе рисования, как он воспринимает каждое дерево и т.д.

Некоторые участники боевых действий избегают всяческих воспоминаний о случившемся. Люди не хотят говорить о своих проблемах, думают, что их понимают только «свои». В таких случаях военнослужащий говорит: «Я стал другим». Через общение или через собственный опыт можно установить контакт с человеком.

Деликатно и тактично психологу следует выслушать клиента и донести до него, что он нормальный, он со всем справится, просто в его ситуации нужно время, чтобы восстановиться. Задачей психолога также является обучение приемам саморегуляции. Хорошо работает «включение парасимпатки» (дыхание: короткий вдох – длинный выдох, квадратное дыхание, внимание в стопы, китайская гимнастика, суставная гимнастика).

В ФГКУ «1602 ВКГ» Минобороны России ведется работа по программе социально-психологического сопровождения и выработки (повышения) толерантности (устойчивости) к экстремальным ситуациям для военнослужащих и членов их семей, целью которой является формирование устойчивости к неблагоприятному воздействию трудных, чрезвычайных ситуаций, развитию возможностей личности в использовании подобных ситуаций в качестве «катализаторов» личностного роста. Выработка толерантности по отношению к экстремальным ситуациям означает, прежде всего, умение переносить эти ситуации без ущерба, а в лучшем случае – даже с определенным выигрышем для себя, заключающемся в получении опыта, приобретении некоторых качеств, продвигающих личность на новую ступень развития, в формировании устойчивости к стрессогенным ситуациям.

Взгляд сестры милосердия

В ФГКУ «1602 ВКГ» МО РФ в течение многих лет накоплен уникальный опыт безвозмездной помощи православных сестёр милосердия раненым участникам боевых действий. Эта была одновременно помощь по уходу за ранеными воинами и психологическая поддержка духовно-нравственного плана.

Наши сестры милосердия относились к больным и раненым пациентам госпиталя по Евангельскому учению – так, как если бы они были нашими родными братьями, сыновьями, внуками – в зависимости от возраста сестры милосердия. Не случайно известный психолог Фёдор Ефимович Василук, познакомившись во время Второй Чеченской войны с работой наших сестер милосердия, назвал ее “материнской психотерапией”.

Нередко в своей работе мы сталкивались с проявлениями тревоги и депрессии у пациентов, особенно у потерявших конечности и получивших тяжёлые ранения и травмы. Часто причиной угнетённого состояния являлось переживание потери боевых товарищей. Доверительное общение во время оказания бескорыстной помощи по уходу, личный жизненный опыт сестер милосердия, способствующий постижению смысла болезней, утрат, скорбей, с опорой на православную веру, имеют большое психотерапевтическое значение; зачастую после такого общения человек выражает желание пообщаться со священником и участвовать в таинствах Исповеди и Святого Причастия. Мы многократно являлись свидетелями уменьшения проявлений депрессивных и

тревожных симптомов у раненых при обращении к Божией помощи. Нередко общение со священником и сестрами милосердия являлось началом воцерковления.

По многочисленным свидетельствам самих раненных именно психологическая поддержка и духовная помощь, оказываемая сёстрами милосердия и священнослужителями, являются для них неоценимо важными, так как помогают участникам боевых действий обрести внутреннее равновесие и спокойствие, преодолеть чувство отчаяния, увидеть положительные перспективы, обрести опору в вере в помощь Божию.

Использованная литература:

1. Игумен Евмений. Пастырская помощь душевнобольным. Консультативная психология и психотерапия. – 1997, 5(4).
2. Шамрей, В. К., Марченко, А. А., Лобачев, А. В., Тарумов, Д. А. Современные методы объективизации психических расстройств у военнослужащих. Социальная и клиническая психиатрия.- 2021,31(2), 51-57.

Позитивное отношение к жизни и мирное принятие естественной смерти – необходимое основание в профилактике суицида

Аннотация: Рассматривается роль системы ценностей личности, в частности установки на позитивное отношение к жизни и мирное принятие естественной смерти, в купировании суицидальных мыслей и поведения. Предлагается как можно шире использовать аксиопсихотерапию для снятия суицидального напряжения, приводящего к самоубийству.

Ключевые слова: самоубийство, ценности личности, моральный выбор, религиозность, аксиопсихотерапия.

"Во свидетели пред вами призываю сегодня небо и землю: жизнь и смерть предложил я тебе, благословение и проклятие. Избери жизнь, дабы жил ты и потомство твое" (Втор. 30:19).

Суицид является сложным биопсихосоциодуховным феноменом.

Из Доклада ВОЗ «Предотвращение самоубийств. Глобальный императив» (2014) известно, что «каждый год от самоубийств умирают свыше 800 000 человек», что «в странах с высоким уровнем доходов у 90% жертв самоубийства имелись психические расстройства». По оценкам ВОЗ, «риск самоубийства в течение жизни составляет 4% для пациентов с аффективными расстройствами, 7% для индивидов с алкогольной зависимостью, 8% для лиц с синдромом биполярных расстройств и 5% для индивидов, страдающих шизофренией».

Хотя согласно объединенным данным семейных и близнецовых исследований, а также исследований с усыновленными детьми, «роль наследственных факторов в развитии суицидального поведения оценивается в 30–55 % (Р.Н. Мустафин с соавт., 2019), решающими факторами склонности к самоубийству всё же остаются эпигенетические факторы, которые «модулируются средовыми, особенно стрессовыми, воздействиями», связанными с жизненной парадигмой, включающей соответствующую систему базовых ценностей.

«Именно то, что особенно значимо для человека, выступает в конечном счете в качестве мотивов и целей его деятельности и определяет подлинный стержень личности», – писал в далеком 1946 году доктор педагогических наук, профессор, член-корреспондент Академии наук СССР Сергей Леонидович Рубинштейн (1946).

В кросс-культурном исследовании Равлин Э.Г. и Меплино Б.М. «О влиянии ценностей на восприятие и принятие решений» было установлено, что ценности действительно иерархически организованы в памяти, и люди в своем поведении руководствуются именно ими. Доминирующие ценности личности играют роль своеобразного стандарта для принятия решений (Ravlin E.G., Meplino B.M., 1987).

Известно, что в системе ценностей суицидентов выявляются отсутствие, утрата или конфликт установок, определяющих их отношение к жизни, боли, страданию и смерти.

Освещая основные вехи многолетнего творческого пути основоположницы отечественной суицидологии А.Г. Амбрумовой в связи с ее 100-летним юбилеем, суицидологи Любов Е.Б. и Цупрун В.Е. (2013) пишут, что «самоубийство, по Айне Амбрумовой, редко результат рационального взвешивания жизненных обстоятельств, доводов в пользу принятия или отвержения жизни; в основе кризиса гамма негативных эмоций: отчаяния, горя,

страха, чувства беспомощности, вины, гнева, желания отомстить или прервать невыносимые душевные (психалгия Э. Шнайдемана) или телесные страдания. Однако и «холодные суициды», указанные А. Амбрумовой, — вряд ли следствие мучительных переживаний краха ценностных установок и «Я»; но более реакции отрицательного баланса, когда все «взвешено, подсчитано, отмерено», ведущей к тщательно спланированному суициду. Ею учтена роль весьма частой причины — депрессии, в том числе с экзистенциальным фасадом». «Антивитальные переживания отрицания смысла и ценности жизни тесно связаны с депрессивным мировоззрением, а суицидальные мысли достигают на определенном этапе сверхценности. Но зарождение, оформление и динамика суицидальной тенденции не объяснена лишь клинической (психопатологической) симптоматикой».

Рассматривая суицид как результат принятия решения, на который оказывают влияние не только рациональные рассуждения, но и убеждения, нравственные принципы, имплицитные предпочтения, в Научном центре психического здоровья (ФГБНУ НЦПЗ) изучалась связь принятия «морально личностных» решений и имплицитных отношений к «смерти» и «жизни» у здоровых людей и пациентов клиники, которые имели в анамнезе попытку суицида или явно говорили о суицидальных мыслях и идеях. «Результаты исследования показали, что имплицитное предпочтение «смерти» связано с неустойчивостью моральных предпочтений. В свою очередь, устойчивые моральные предпочтения, которые не могут быть поколеблены рациональными рассуждениями, связаны с имплицитным предпочтением жизни»(С.Н. Ениколопов с соавт., 2018).

Исследователи предположили, что «связь устойчивости моральных принципов перед лицом рационально понимаемой «выгоды» может быть одним из защитных барьеров при принятии «рационального» решения о суициде».

На основании опыта конфессионально-ориентированной реабилитационной работы с психическими больными, накопленного в НЦПЗ, в специальном исследовании изучались ценностно-смысловые структуры мировоззрения лиц с религиозным мировоззрением, страдающих психическими расстройствами, в сравнении с контрольными группами (Борисова О.А., с соавт., 2019). Сравнительный анализ структуры и содержания ценностно-смысловой сферы верующих и неверующих больных показал значительно большую стабильность, устойчивость ценностно-смысловой структуры верующих православных больных, когда даже тяжелая болезнь принципиально не меняла ее структуру. В то же время, структура и содержание ценностно-смысловой сферы неверующих больных существенно менялась в ходе болезни. У православных больных сохранялись деятельное стремление к Богу и развитие в себе духовных качеств. Понятия «здоровье», так же как и «болезнь», были органично включены в общий контекст их духовной, душевной и телесной жизни, и факт появления психического заболевания не вносил критических изменений в картину мира этих больных.

«Каждый акт суицида по-своему уникален и имеет собственный набор причин, намерений, целей, способов и смыслов. Но, несмотря на то, что смысл и цель у любого самоубийства есть всегда, в ряде случаев они могут не осознаваться в полной мере. Это напрямую касается лиц, совершающих попытки самоубийства в состоянии острого психоза с галлюцинаторно-бредовой симптоматикой.

Суицидальное же поведение, которое формируется в условиях экстремальной ситуации, исследователи чаще всего расценивают как один из видов поведенческих реакций человека с широким диапазоном индивидуальных

вариаций – от относительной психологической нормы до выраженной психической патологии» (Журавлева Т.В., 2022).

В зависимости от того, какое представление о смерти в сознании человека – «смерть есть переход на другой уровень существования» и «смерть есть полное прекращение существования» – становится его убеждением, акценты в жизни делаются либо на ценности развития, совершенствования и познания, либо на качество этой единственно проживаемой жизни, ценностью которой являются продуктивность, насыщенность событиями, достижения, общественное признание (Шутова Л.В., 2005).

Мировоззрение глубоко религиозного человека профилактирует суицид, благодаря присутствию в его аксиопсихологической сфере концепции исключительности и трансцендентности человеческой личности. «Для верующего смерть указывает на хрупкость его существования и на его зависимость от Бога. Он отдает жизнь в руки Божии в акте полнейшего послушания» (Э. Сгречча, В. Тамбоне, 2002). Мирное принятие естественной смерти достигается при полном доверии Богу – «Да будет воля Твоя» (Мф. 6:10).

“На вопрос: почему мы остаёмся жить? – в конце концов следует ответить: решимость жить существенно отлична от решимости лишиться себя жизни.

Поскольку я не сам дал себе жизнь, я решаю только оставить существовать то, что уже есть”. Так формулирует свой тезис против самоубийства Карл Ясперс.

Жизненная парадигма современного западного общества, которое одержимо и подавлено страхом смерти, исключает принятие смерти и ценность страдания. «Смерть имеет смысл только в том случае, когда, лишая человека земных благ, она открывает для него надежду на жизнь более полную. Неспособность осмыслить смерть приводит к двум взаимосвязанным отношениям к ней: с одной стороны, её не хотят знать, изгоняют из сознания, культуры, жизни, и, главное, её исключают как критерий, коим проверяется подлинность и ценность жизни, с другой стороны, её предвосхищают ради того, чтобы избежать прямого столкновения с совестью» (К. Ясперс, изд. 2012 г.).

Наглядным доказательством аналогичного секуляризованного взгляда на проблему смерти среди студентов выявили на кафедре философии, гуманитарных наук и психологии Саратовского государственного медицинского университета им. В.И. Разумовского Минздрава России.

Савинской А.А. с соавт. (2016) был проведен анкетный опрос 60 студентов в возрасте 18—19 лет на предмет выявления страха приближения смерти и отношения к бессмертию. Было обнаружено:

- “В отношении студентов к смерти преобладает научно-материалистический подход, что скорее всего обусловлено спецификой ВУЗа (большинство студентов определяют смерть как прекращение биологического существования; смерть – это закономерность и т.д.).

- Большинство респондентов (80%) не видят в размышлениях о смерти положительного потенциала, а считают, что они только омрачают нашу жизнь, поэтому лучше от них уходить, переключаться. Традиция подготовки к смерти в большинстве случаев воспринимается как пережиток, утративший свой глубинный смысл.

- 75% опрошенных верят в возможности науки сделать человека полностью или отчасти бессмертным”.

Такая поверхностность суждений студентов-медиков говорит об их недооценке духовного измерения человеческой жизни и фиксации на сугубо материальных потребностях.

В этой связи следует отметить, что количество смертей молодых людей (в возрасте 15–29 лет) в мировом масштабе самоубийства занимают уже второе

место, а среди взрослого населения на каждого погибшего от самоубийства приходится свыше 20 человек, совершивших суицидальную попытку (Всемирная организация здравоохранения, 2014).

По-видимому, тревожный рост числа самоубийств за последние полвека связан с преобладающим ощущением случайности и бессмысленности бытия и ослаблением религиозной восприимчивости.

Между тем, в несекуляризованной среде у верующих людей преобладает желание жить значимой жизнью, ради духовных ценностей, возвышающихся над простым удовлетворением физических потребностей.

“Озабоченность ценностями такого рода может восприниматься как имманентная, исходящая из внутреннего «я», или как трансцендентная, вызванная, вдохновленная или даже продиктованная некой высшей по отношению к человеческому роду силой, в конечном счете определяющей его благополучие и горе. Здесь речь идет о религии и о предполагаемом сверхъестественном авторитете по имени Бог. У Бога есть ожидания, и он предъявляет требования. Выполнение их является для верующего и поручением, и источником удовлетворения: для них Бог является возвышенным и высшим источником смысла” – замечает Герман Меир ван Праг (2020), основоположник биологической психиатрии в Нидерландах, – одной из самых секуляризованных стран мира.

В статье «Роль религии в предотвращении самоубийств» Герман М. ван Праг со всей очевидностью показывает, что “религиозная приверженность — религиозность и, в несколько меньшей степени, религиозная принадлежность — связана с меньшим риском реализации суицидального поведения”. Он объясняет эту взаимосвязь тем, что религиозные сообщества предоставляют своим членам группу поддержки, что религия сама по себе может дать облегчение и надежду человеку в трудные времена, для верующего Бог является высшим Утешителем, что не исключена возможность и наказания Божия здесь и сейчас или в загробной жизни.

Ссылаясь на авраамические религии, он отмечает: «Иудаизм рассматривает жизнь как личный дар Бога: «Я взыщу и вашу кровь, в которой жизнь ваша»¹, предписание, которое раввины восприняли буквально, и основанное на нем запрещение самоубийства. Христианство приняло такое же отношение, основанное на шестой заповеди: «Не убивай» (Исх. 20:13)². То же самое относится и к исламу, где самоубийство осуждается: «Не обрекайте сами себя на

¹ Быт. 9:5. Ср.: Один Господь является Владыкой жизни и смерти (1 Цар. 2:6). "В Его руке душа всего живущего и дух всякой человеческой плоти" (Иов. 12:10).

² С позиции церковного канонического права, согласно с мнением двадцать второго патриарха Апостольского Престола святого Евангелиста Марка (380-384), Архиепископа Александрийского Тимофея I, получившему всеобщее одобрение и утвержденному на Шестом Вселенском соборе, отпевание самоубийц и литургическая молитва за них допускаются только в случае признания их деяния, совершенного в состоянии безумия. Этих людей Церковь оставляет на суд и на милость Божию. Лишение церковного отпевания лиц, в здравом уме совершивших суицид, не является актом жестокости со стороны Церкви. Напротив, эта мера служит препятствием для суицидального поведения верующих. Подавляющее большинство православных христиан не совершают самоубийства, потому что боятся Бога и считают самоубийство смертным грехом. Истинно верующий верный христианин считает трудности и боль настоящей жизни испытанием, которые помогают ему осознать временный и тленный характер человеческой жизни и, в соответствии с этим, стремиться к духовно-нравственному росту, чтобы спастись. “Душевно больные люди, оканчивая жизнь самоубийством, имеют смягчающие вину обстоятельства, потому что их разум не в порядке” – свидетельствует преподобный Паисий Святогорец (Эзнепидис) (1924–1994), схимонах Константинопольской Православной Церкви, подвижник, духовный писатель, один из самых уважаемых афонских старцев XX века.

погибель»³. Это Бог дал жизнь, и только Он имеет право забрать ее” (Herman M. van Praag, 2020).

При этом очень важно, как верующий воспринимает Бога: как милующего и человеколюбивого или как карающего и грозного. «Любовь от Бога, и всякий любящий рожден от Бога и знает Бога. Кто не любит, тот не познал Бога, потому что Бог есть любовь» (1 Ин. 4: 7–8).

В таких религиях, как индуизм, где реинкарнация рассматривается как часть жизненного цикла, отношение к самоубийству может быть более либеральным.

Согласно определению Всемирной организации здравоохранения, “Психическое здоровье — это состояние благополучия, при котором каждый человек может реализовать свой собственный потенциал, справляться с обычными жизненными стрессами, продуктивно и плодотворно работать, а также вносить вклад в жизнь своего сообщества”.

Это определение не включает в себя этическое измерение здоровья. Тогда как, причиной многих болезней служит нравственно порочный выбор, безответственное отношение к своему здоровью. Например, употребление алкоголя и наркотиков, табакокурение, беспорядочные половые связи, переедание, агрессивное поведение. Когда речь идет об ответственности, всегда подразумевается этическое измерение.

Состояние благополучия, с которым ассоциируется понятие здоровья, обеспечивается цельностью личности, гармонией её этико-религиозных ценностей. Когда в иерархии значимых смыслов человека благоговение к дару жизни сменяется презрением к ней, и вместо “непостыдной и мирной” кончины предпочитается насильственное завершение жизни в состоянии ожесточения или “от обиды человеческой или по иному какому случаю от малодушия” (преподобный Никодим Святогорец (Калливурицис)), тогда все духовные, медико-социальные и психолого-психиатрические усилия должны быть направлены на формирование устойчивой жизнеутверждающей системы ценностей и подлинного человеческого отношения к уходу из жизни, согретой смирением и любовью.

Надо прямо отметить, что у подлинно верующих представителей традиционных религий есть ряд преимуществ перед атеистами и агностиками. У них отмечаются большая сформированность ценностных и смысловых ориентаций, высокая выраженность ценностных ориентаций на любовь, более высокий уровень развития эмпатии, позитивное отношение к другим, самопринятие, эмотивность, неагрессивность. Хотя верующие более подвержены страхам, чем неверующие, однако, религия помогает им пережить страхи и дает чувство психологической защищенности. В преодолении трудных жизненных обстоятельств верующие более часто используют стратегию поиска социальной поддержки, самоконтроля и реже – стратегию противостоящего совладания (Ачинович Т.И., 2013).

Приведу здесь один пример пастырского врачевания святителем Николаем Велимировичем (1881-1956), епископом Сербской Православной Церкви, верующей женщины, находящейся в отчаянии и пытавшейся свести счёты с жизнью.

“Знаю, как тебе трудно. Несколько лет назад умер твой муж. Горько – через край. Пережила. Вскоре женился сын – радость вернулась. Особенно тебя утешал любимый внук. Но того, кого ты любила, любил и Господь и взял к Себе. Вскоре после этого тяжело заболела невестка. Иссушили ее печаль и скорбь, и пошла она за сыном. За ними ушел и твой сын единственный. Ты пыталась отравиться –

³ Коран. Сура 2 «Аль-Бакара» («Корова»), аят 195.

осталась жива. Приготовила веревку, чтобы повеситься, но помешала девочка-соседка. Увидев тебя с веревкой, она сказала то, что слышала от старших: что самоубийство – смертный грех, который не прощается ни на этом, ни на том свете. Правильно сказала; эта девочка спасла твою душу. Воистину, благодаря ей ты сможешь в том мире увидеть и сына, и невестку, и внука, и мужа.

Церковь Христова от начала решительно восстала против самоубийства, как против смертного греха. Западный учитель Церкви блаженный Августин сказал: «Убивающий себя убивает человека», то есть самоубийца приравнивается к убийцам. Но в нашей, Восточной Церкви самоубийство осуждалось еще строже. Православная Церковь установила строгое наказание даже за попытку самоубийства. За это налагалась двенадцатилетняя епитимья. Возможно, это покажется слишком строгой мерой, но эта строгость рождена милосердием, Церковь строга к самоубийцам из любви к людям. Ибо Церковь хранит в своей «ризнице» реальный опыт, что самоубийцы не наследуют Царство бессмертной жизни и вечной милости. Своей строгостью хочет Церковь предостеречь людей от вечной гибели.

В Священном Писании упоминаются два человека, отнявшие у себя жизнь. Первый – Ахитофел, предатель царя Давида (2Цар. 17:23), второй – Иуда, предатель Господа Иисуса Христа (Мф. 27:5; Деян. 1:16–18). Не допускай мысли о том, чтобы по ту сторону могилы оказаться тебе в их обществе.

Претерпевший же до конца спасется, – сказал Господь (Мф. 10:22). Множество разных испытаний попускает Он людям, но цель одна – горечью исцелить человеческие души от греха и тем приготовить их к вечному спасению. Как бы трудно тебе ни было, помни две вещи: первое, что Сам Отец твой Небесный определяет меру страдания; второе, что Он знает твою меру. Когда бы ни пришла к тебе мысль о самоубийстве, гони ее. Ибо это шепот сатаны.

Милость Божия да укрепит тебя” (святитель Николай Сербский).

Поскольку одним из источников суицидального напряжения, приводящего к самоубийству, является ценностное напряжение, проистекающее из конфликта ценностей (J. Zhang, 2020), постольку в профилактике самоубийств важное значение имеет аксиопсихотерапия. Эта методика была создана кандидатом медицинских наук Ларичевым Валерием Павловичем⁴ во Всесоюзном суицидологическом центре при Московском НИИ психиатрии МЗ РСФСР в 1983 г. и апробирована в Кризисном стационаре при ГКБ №20 гор. Москвы. Проведению аксиопсихотерапии предшествовал психологический, психопатологический и аксиопсихологический анализ личности. Последний выявлял индивидуальные значения и ценности пациента в их иерархии, а также связанные с ними конфликты, фрустрации, депривации и дефицит навыков совладания перед лицом жизненного кризиса. В зависимости от полученных данных в рамках рационально-когнитивной и/или суггестивной психотерапии осуществлялись либо актуализация, либо дезактуализация индивидуальных значений, их переакцентировка или переориентация. При наличии у пациента ригидной эмоционально-когнитивной установки («аксиопсихологической парадигмы») производилась её коррекция.

Таким образом, путем направленного изменения в системе индивидуальных значений и ценностей пациента можно положительно влиять на суицидальную ментальность, перенастраивая её на позитивное отношение к жизни и мирное принятие естественной смерти.

⁴ Ларичев Валерий Павлович (в настоящее время – схиигумен Варнава), будучи врачом психиатром и священнослужителем Русской Православной Церкви, четверть века являлся по совместительству клириком больничного храма в честь иконы Божией Матери Целительница при ФГБНУ НЦПЗ.

Использованная литература:

1. Ачинович Т.И. Актуальные проблемы исследования религиозности в современной отечественной психологии//Ярославский педагогический вестник – 2013 – № 3 – Том II (Психолого-педагогические науки). С.218-222.
2. Борисова О.А., Гусев В.В., Двойнин А.М., Копейко Г.И. Структура и содержание ценностно-смысловой сферы психически больных с религиозным мировоззрением // Культурно-историческая психология. 2019. Том 15. № 4. С. 56–67. DOI: 10.17759/chp.2019150406
3. Ениколопов, С.Н. Моральные суждения и имплицитное отношение к смерти при суицидальном риске / С.Н. Ениколопов, Т. И. Медведева, О.Ю. Казьмина, О.Ю. Воронцова // Суицидология. – 2018. – Т. 9. – №1(30). – С. 45-52.
4. Журавлева Т.В. Психологические факторы суицидального поведения у лиц молодого возраста с незавершенными попытками самоубийства: дис. ... кандидата психологических наук: 19.00.04/ Журавлева Татьяна Владимировна. – Санкт-Петербург, 2022. – 152 с.
5. Ларичев В.П. Аксиопсихотерапия кризисных состояний//Научные и организационные проблемы суицидологии. Сборник научных трудов. М., Изд. Московского НИИ психиатрии МЗ РСФСР, 1983. - С.204-205.
6. Любов Е.Б., Цупрун В.Е. Век, время и место профессора Амбрумовой в отечественной суицидологии [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2013. – N 2 (19). – URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 12.12.2022).
7. Миссионерские письма. Письмо 72. Одинокой больной женщине, о самоубийстве/Святитель Николай Сербский; пер. с серб. С.А. Луганской. - М.: Изд-во Моск. Подворья Свято-Троиц. Сергиевой лавры, 2005 (ОАО Тип. Новости). – С.59-60.
8. Паисий Святгорец, преподобный.Из книги: Паисий Святгорец. Слова. Том III. "Духовная борьба". Святая гора.- Москва, 2003. - https://kistine.ru/library/paisiy_sviatogorec-10.htm (дата обращения: 11.12.2022).
9. Преподобный Никодим Святгорец (Калливурицис). Пидалион. Правила Православной Церкви с толкованиями. Том 4. Правила святых отцов. Тимофея, святейшего архиепископа Александрийского Вопросыответы, или 18 правил с толкованиями.
10. Психическое здоровье. Всемирная организация здравоохранения. <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response> (дата обращения: 5.12.2022).
11. Р.Н. Мустафин, А.В. Казанцева, Р.Ф. Еникеева, Ю.Д. Давыдова, С.Б. Малых, В.В. Викторов, Э.К. Хуснутдинова. Эпигенетика суицидального поведения//Вавиловский журнал генетики и селекции. 2019;23(5):600-607.
12. Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии. М., 1946. 720 с.
13. Савинская А.А., Жиркова А.Г., Сержантов И.А. Страх смерти как мощнейший стимул к жизни. Краткое сообщение//Бюллетень медицинских Интернет-конференций. 2016. Том 6. № 5. С. 1007-1008.
14. Слова. Том III. "Духовная борьба". Святая гора.- Москва, 2003.
15. Шутова Л.В. Смысложизненные и ценностные ориентации в отношении к жизни и смерти у лиц юношеского возраста: автореферат дис. ... кандидата психологических наук: 19.00.07/ Шутова Людмила Васильевна. Сев.-Кавказ. гос. техн. ун-т. - Ставрополь, 2005.
16. Элио Сгречча, Виктор Тамбоне. Биозтика. Учебник. М.: Библейско-богословский институт св. апостола Андрея. 2002. С.348.
17. Ясперс Карл. Философия. Книга вторая, Просветление экзистенции/ К.Ясперс//перевод с нем. А.К.Судакова. - М.: «Канон-Плюс», 2012. – 448 с.
18. Herman M. van Praag. The role of religion in suicide prevention. In: Wasserman D. (ed.). Oxford textbook of suicidology and suicide prevention. – Oxford University Press, 2020.- P. 9-16.
19. Zhang J. (2019). The strain theory of suicide. Journal of Pacific Rim Psychology, Volume 13, e27. <https://doi.org/10.1017/prp.2019.19>

20. Preventing suicide: a global imperative. Geneva: World Health Organization; 2014. P.9.- [Electronic resource]. URL: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/152893/Suicide%20report%20a%20global%20imperative%20\(Rus\).pdf?sequence=3](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/152893/Suicide%20report%20a%20global%20imperative%20(Rus).pdf?sequence=3) (Date of access: 5.12.2022) .
21. Ravlin E.G., Meplino B.M. Effect of Values on Perception and Decision Making: A Study of Alternative Works Values Measures // Journal of Applied Psychology. – 1987. – Vol. 72, № 4. – P.666-673.

Психические расстройства, суицидальное поведение и религиозность

Аннотация: В докладе освещаются вопросы отношения к самоубийству в христианстве и в некоторых других традициях. Рассматривается общее влияние религиозности на суицидальное поведение и выделены анти- и просуицидальные типы подобного влияния. Представлены результаты исследования особенностей раннего постсуицидального периода у пациентов психиатрического стационара, которое проводилось на протяжении четырех лет и учитывало наследственность, наличие соматической патологии, «триггеры» суицидального поведения, воцерковленность и другие факторы. Описаны основные заблуждения о суицидальном поведении психически больных. Сформулированы новые принципы (подходы) душепопечения лиц с суицидальным поведением, предполагающие тесное взаимодействие психиатров и священнослужителей.

Ключевые слова: суицидальное поведение, религиозность, профилактика самоубийств, душепопечение лиц с суицидальным поведением.

Уровень самоубийств является важной характеристикой общественного здоровья и считается одним из основных критериев качества жизни. В Российской Федерации, несмотря на общую положительную динамику последних лет, их частота в ряде регионов превышает критический уровень, а доля регионов со сверхвысоким уровнем суицидов (более 30,0 на 100 тыс. населения) составляет около четверти (Положий Б.С., 2019).

Основными факторами, негативно влияющими на психическое здоровье, являются: служебные и профессиональные проблемы, личные, семейные трагедии (кризисы), тяжелые заболевания и различные виды зависимости, финансово-экономическая нестабильность, информационные войны, чрезвычайные происшествия, терроризм, военные конфликты, повышенная социальная агрессия и ряд других.

Еще Свт. Лука (Войно-Ясенецкий) говорил (1945, 1947): «... жизнь духа нераздельно и теснейшим образом связана со всей нервно-психической деятельностью. В нем (духе) отпечатываются все наши мысли, чувства, волевые акты – все то, что происходит в нашем феноменальном сознании...».

Психическое здоровье человека зависит как от системы межличностных связей (отношений), в которые он вовлечен, так и от состояния психического и духовно-нравственного здоровья общества в целом. Последнее в значительной степени определяется духовной зрелостью населения в вопросах истинных национальных (прежде всего, православных) ценностей, сохранения «духовных скреп общества», национальных и культурных традиций, уважительного отношения к отечественной истории.

Одной из наиболее актуальных «прикладных» проблем в реализации медико-психологических и духовно-нравственных мероприятий по профилактике суицидального поведения является необходимость тесного взаимодействия священнослужителей и врачей-специалистов (психиатров, психотерапевтов), медицинских и социальных психологов, а также среднего и младшего медицинского персонала. Эффективность такого взаимодействия может быть обеспечена только с учетом всего исторического (христианского, клинического) опыта, современных методологических и научных подходов.

Негативное отношение к самоубийству в христианстве известно на протяжении многих столетий. Так, еще в 452 г. Арльский собор определил, что самоубийство – преступление, и что оно есть не что иное, как результат

дьявольской злобы. В свою очередь, Пражский собор 563 г. постановил, что самоубийцам не будет оказываться честь поминовения во время святой службы, и пение псалмов не должно сопровождать тело самоубийц до могилы (Durkheim E., 1912).

В Православии грех самоубийства складывается как из самого факта убийства (себя, в данном случае), так и грехов неверия и маловерия, малодушия, грехов отчаяния и уныния, через которые самоубийца отказывается нести свой жизненный крест, усомнившись в спасительном Промысле Божиим о каждом человеке.

Общеизвестны христианские постулаты, запрещающие самоубийство:

- самоубийство – разновидность убийства;
- человек, кончающий жизнь самоубийством, отвергает над собою власть Бога и берет на себя роль судьбы и господина своей жизни;
- самоубийство является бунтом против Творца;
- самоубийство есть продукт «хождения на поводу» у Сатаны;
- Иисус Христос пришёл не забрать, а дать нам жизнь;
- наша жизнь принадлежит Богу.

Рассматривая общее влияние религиозности на суицидальное поведение, можно выделить два основных влияния: анти- и просуицидальное. Первое включает в себя авраамические религии (христианство, иудаизм, ислам), воцерковлённость с детства, воспитание в вере, актуализацию религиозных представлений у пожилых людей, а также восприятие суицида как греха. Так, Петровский Военный и Морской Регламент (1716-1722 гг.) гласил: «Ежели кто сам себя убьёт, то надлежит палачу тело его в безчестное место отволочь и закопать, волоча прежде по улицам или обозу.... А ежели кто учинил в беспамятстве, в болезни, в меланхолии, то оное тело в особливом, но не в безчестном месте похоронить»¹.

Просуицидальное влияние связано с некоторыми восточными религиями (например, буддизм), тоталитарными сектами и психическими расстройствами (психозами) с псевдорелигиозным содержанием.

Исторически известны следующие основные теории самоубийств: философские, социологические (Г.Лебон, Э.Дюркгейм), психологические (З.Фрейд, К.Меннингер), медицинские (Э.Эскироль) и антипсихиатрические (Р.Лэйнг) и др. Так, Э. Дюркгейм (1897, 1912) писал, что «самоубийство – всякий смертный случай, являющийся непосредственным и опосредованным результатом положительного или отрицательного поступка, совершённого самим пострадавшим, если этот пострадавший знал об ожидавших его результатах». По мнению же К. Ясперса (1913), «самоубийство – это не симптом психического расстройства, не синдром и даже не признак психической аномалии, самоубийство – это форма поведения (поведенческий акт) человека, находящегося в трудной ситуации (психологическом кризисе)».

На протяжении многих лет существуют бытующие заблуждения о суицидальном поведении:

- самоубийство совершают только душевнобольные;
- люди, говорящие о самоубийстве, никогда не совершают его (8 из 10 суицидентов говорили ранее о желании покончить с собой);
- самоубийство всегда неожиданно для окружающих (в большинстве случаев высказывания о суицидальных намерениях имели место до совершения суицида);
- самоубийство – наследственное явление, бывает только в определённых семьях;

¹ <http://www.historyru.com/docs/rulers/piter-1/piter-1-doc20.html#19>

- самоубийцы всегда полны решимости свести счёты с жизнью;
- самоубийство – прерогатива определенных слоев населения (либо бедных (от нужды), либо богатых (от перенасыщения) людей).
- после преодоления кризиса опасность суицида проходит.

Отдельной проблемой является риск повторных суицидальных действий. Так, риск повторной попытки наиболее высок в течение первого года, а процент повторных попыток в популяции составляет 22-25%. Попытки самоубийства увеличивают риск завершённого самоубийства в ближайший год в 100 раз. При этом из совершивших суицидальную попытку каждый четвёртый повторяет её, а каждый десятый погибает вследствие завершённого самоубийства.

Согласно данным ВОЗ (2012), на «n» завершённых суицидов приходится 10-20 суицидальных попыток; число людей, имеющих суицидальные намерения (внутренний суицидальный дискурс) составляет $100 \times n$, а среди близких, вовлеченных в проблему, риск совершения суицида также резко возрастает - $n \times 8$. Наличие же суицидальной попытки в анамнезе является одним из наиболее значимых факторов риска повторного суицида.

Достаточно актуальной является проблема суицидального поведения при психических расстройствах. По мнению многих авторов (Амбрумова А.Г., 1971; Положий Б.С., 2019; Розанов В.А., 2021), психические расстройства являются одной из основных предпосылок суицидального поведения.

Для профилактики повторных суицидальных действий наиболее важное значение имеет анализ особенностей течения раннего постсуицидального периода у пациентов с различной психической патологией, а также основных суицидогенных (антисуицидальных) факторов, повышающих (снижающих) риск повторного суицида больными, определяя, тем самым, адекватность и направленность проводимых профилактических мероприятий (Положий Б.С. и соавт., 2019; Каледа В.Г. с соавт., 2020; Нечипоренко В.В., Шамрей В.К. с соавт., 2019).

В целях изучения особенностей раннего постсуицидального периода у пациентов психиатрического стационара и оптимизации мероприятий по профилактике у них повторных суицидальных действий в 2019-2022 гг. было проведено исследование на кафедре психиатрии Военно-медицинской академии и в Санкт-Петербургской психиатрической больнице № 1 имени П.П. Кащенко.

На первом этапе проводилось изучение 370 архивных историй болезни пациентов: поступивших в психиатрический стационар после совершения ими суицидальной попытки (260 историй болезни) и высказывающих суицидальные мысли перед госпитализацией (110 историй болезни). Проводился анализ структуры психических расстройств, оценивалось значение и вклад преобладающих суицидогенных и антисуицидальных факторов на течение раннего постсуицидального периода.

На втором этапе было выполнено комплексное обследование больных с различными психическими расстройствами, совершивших суицидальные попытки (81 человек) и высказывающих суицидальные намерения перед поступлением в психиатрический стационар (80 человек); изучалась структура психических расстройств, особенности раннего постсуицидального периода и характер влияния различных суицидогенных и антисуицидальных факторов.

Анализ способов совершения суицидальной попытки у обследованных пациентов показал, что наиболее часто среди них отмечались отравления медикаментами (34,6 %) и нанесение самопорезов (24,7 %), причем второй способ преобладал у лиц с психическими расстройствами и расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ, особенно алкоголя. Менее распространенными способами являлись: попытки выброситься с высоты

(18,5 %), ножевые ранения (11,1 %) и самоповешение (8,6 %). По результатам анализа архивных историй болезни, наиболее частыми способами суицидальных попыток также (за исключением ножевых ранений) являлось отравление медикаментами (43,1 %), нанесение самопорезов (34,6 %), попытки выброситься с высоты (8,1 %) и самоповешение (7,7 %). При этом последующий катamnестический анализ способов повторных суицидальных попыток (длительность катamnеза 3,5-5 лет) показал своеобразное «сужение» их спектра: более редкое использование «комбинированных» способов (2,6%, против 3,8%), а также отсутствие ранее используемых (при первичных суицидальных попытках) «вычурных» способов (самоудушение, самоповреждение головы, введение в вену воздуха, падение под транспорт, самоподжог и др.) и более частое применение самоотравления медикаментами (53,2%), нередко сопровождающегося алкогольным опьянением.

Отдельное внимание уделялось изучению социальной адаптации обследуемых пациентов, которое проводилось с использованием специальной методики «Оценка уровня социальной адаптации», позволявшей оценивать (по 5-балльной шкале) такие сферы адаптации, как уровень образования, работа (учеба), семейная адаптация, межличностные отношения, досуг, общее отношение к жизни, а также определять общую (интегральную) оценку социальной адаптации. Результаты обследования показали, что наиболее низкий уровень социальной адаптации отмечался у пациентов, страдающих легкой умственной отсталостью ($2,0 \pm 0,0$), а также среди больных, страдающих шизофренией ($2,1 \pm 0,6$) и расстройствами личности ($2,1 \pm 0,9$). В свою очередь, наиболее высокие показатели общего уровня социальной адаптации имели место среди пациентов с невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами ($2,9 \pm 0,5$), а также аффективными расстройствами ($2,6 \pm 0,4$). Установлено также, что среди всех обследованных больных преобладали неработающие лица, при этом в основной группе, по сравнению с контрольной, число работающих было несколько выше (38,3 % и 22,5 %, соответственно).

При проведении оценки триггеров суицидального поведения, относящихся к группе социальных факторов, установлено, что семейные конфликты (конфликт с супругом (супругой) или партнером) были ведущими и достоверно чаще отмечались в основной группе, по сравнению с контрольной (27,2 % и 11,3 %, соответственно, $p < 0,05$). В отношении других триггеров (суицид или смерть близкого человека, годовщина смерти (гибели) родственника, тяжелая болезнь близких (родственников), развод, конфликт с друзьями (знакомыми), бедность, долги, денежные потери, уголовное преследование, проблемы на работе или учебе и т.д.) различия между группами не достигали статистически достоверного уровня.

Особое внимание было уделено изучению влияния религиозного фактора на суицидальное поведение больных. С этой целью в процессе клинко-психопатологического обследования пациентов, дополнительно использовалась специально разработанная анкета «Особенности религиозного мировоззрения». В результате проведенного исследования показано, что «воцерковленные» пациенты православного вероисповедания достоверно чаще встречались в контрольной группе лиц, в отличие от основной (21,1 % и 5,1 %, соответственно, $p < 0,05$), такие пациенты чаще посещали богослужения (76,7 % и 42,9 %, соответственно, $p < 0,01$). При этом в основной группе (в отличие от контрольной) существенно чаще встречались лица, активно занимающиеся оккультными практиками (20,5 % и 5,3 % соответственно, $p < 0,05$). Помимо оккультной практики, часть таких больных являлась адептами деструктивных

сект и, в целом, большинство из них отличались низким уровнем воцерковленности.

Распределение обследуемых по типам постсуицидального периода проводилось на основании типологии, предложенной А. Амбрумовой и В. Тихоненко (1980), с выделением четырех основных типов: «критического», «манипулятивного», «аналитического», «суицидально-фиксированного». Следует отметить, что среди обследованных нами пациентов встречались также лица с «осложненным» типом постсуицида, при котором судить о критическом отношении к суицидальной попытке можно было с большой долей условности, а также лица, отрицающие суицидальные действия, несмотря на явные свидетельства их наличия. Такие больные были выделены в две самостоятельные группы – с «осложненным» и «отрицающим суицидальные действия» типом.

Установлено, что наиболее частыми являлись следующие типы постсуицида: «суицидально-фиксированный» (30,9 %), «отрицание суицидальной попытки» (19,8 %), «критический» (16,0 %) и «осложненный» (14,8 %). Реже отмечался «манипулятивный» (9,9 %) и, наиболее редко, «аналитический» (8,6 %) тип постсуицида. При этом «критический» тип преобладал у больных, страдающих органическими, включая симптоматические, психическими расстройствами (46,2 %), «суицидально-фиксированный» – у пациентов с шизофренией, шизотипическими, бредовыми (36,0 %) и аффективными (32,0 %) расстройствами, «осложненный» – у больных, страдающих расстройствами шизофренического спектра (83,3 %).

Ранее указывалось, что важной составляющей профилактики суицидального поведения является необходимость тесного взаимодействия священнослужителей и медицинских специалистов. При этом можно выделить следующие основные принципы (подходы) душепопечения:

1. «Информационный» (активная пропаганда здорового образа жизни, культивирование в СМИ традиционных исторических, религиозных, культурных и нравственных ценностей).

2. «Мировоззренческий» (учет религиозной принадлежности, этических и морально-нравственных аспектов личности суицидента).

3. «Персонифицированный» (учет культуральных, этнических, возрастных, гендерных, профессиональных и др. индивидуальных аспектов суицидентов).

4. «Дифференцированный» (учет факторов (способствующих или препятствующих) и особенностей этапа суицидального поведения: пресуицидального, постсуицидального).

5. «Микросоциальный» (учет особенностей микросоциального окружения, необходимости оказания помощи как суициденту, так и членам его семьи, близким и родственникам).

6. «Клинический» (учет особенностей психического и соматического здоровья суицидентов).

7. «Соработничества» (вовлеченность в оказание помощи священников, врачей-психиатров, психотерапевтов, психологов и других специалистов в области психического здоровья).

В заключение хотелось бы еще раз отметить, что дальнейшее совершенствование суицидологической помощи возможно лишь при тесном сотрудничестве врачей-психиатров со священниками при четком разграничении сфер их компетенции.

В настоящее время наработан серьезный опыт сотрудничества врачей-психиатров и священников, которое началось в начале 90-х годов, когда в Московской духовной семинарии был введен новый предмет – пастырская психиатрия. У истоков этого направления стоял профессор Дмитрий Евгеньевич

Мелехов (1899–1979), который написал первое специальное руководство по «Пастырской психиатрии».

Вместе с тем, не менее важным является преподавание и в медицинских ВУЗах теологических знаний и, прежде всего, по основам православия, других традиционных для России конфессий и сектоведения. В Военно-медицинской академии в настоящее время для различных категорий слушателей (пока на факультативной основе) возрождаются традиции кафедры богословия, закрытой в богоборческие времена.

В завершение сказанного уместно привести знаменитую фразу профессора кафедры химии Императорской медико-хирургической академии А.П.Бородин: «Всем тем, чего мы не имеем, мы обязаны только себе!»

Использованная литература:

1. Амбрумова А. Г. Анализ случаев самоубийств и суицидальных попыток у больных шизофренией //Материалы научно практической конференции «Вопросы клиники и современной терапии психических заболеваний».-М. – 1971. – С. 21-32.
2. Амбрумова А. Г., Тихоненко В. А. Диагностика суицидального поведения: Методические рекомендации. – 1980.
3. Запись о душегубстве // Российское законодательство X–XX веков. В 9 т. Т. 2. Законодательство периода образования и укрепления Русского централизованного государства /под общ. ред. О.И. Чистякова; отв. ред. тома А.Д. Горский. М., 1985.
4. 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. 30-36.
5. Мелехов Д.Е. Психиатрия и проблемы духовной жизни // Психиатрия и актуальные проблемы духовной жизни. М., 1997. С. 8–61.
6. Положий Б. С. Суициды среди несовершеннолетних (эпидемиологический аспект) //Суицидология. – 2019. – Т. 10. – №. 1 (34). – С. 21-26.
7. Положий Б.С. Суициды среди несовершеннолетних (эпидемиологический аспект). Суицидология. 2019, Том 10, №1 (34):21-26. doi.org/10.32878/suiciderus.19-10-01(34)-21-26
8. Розанов В. А. К вопросу о гендерном парадоксе в суицидологии-современный контекст //Суицидология. – 2021. – Т. 12. – №. 1 (42). – С. 80-108.
9. Святитель Лука Крымский (Войно-Ясенецкий) «Дух, душа и тело». Доступно по ссылке (на 10.03.23): https://azbyka.ru/otechnik/Luka_Vojno-Jasenetskij/dukh-dusha-i-telo/
10. Шамрей В. К. Нечипоренко, В. В., Лыткин, В. М., Зун, С. А., Ятманов, А.Н. О философской, культуральной и клинической трактовках некоторых ключевых понятий суицидологии (обзор литературы) //Вестник новых медицинских технологий. – 2022. – Т. 29. – №. 3. – С. 9-16.
11. Durkheim E. Le suicide: étude de sociologie. – Alcan, 1897.
12. Durkheim E. Suicide: a sociological essay //by WA Bazarow. Saint-Petersburg: NP Karbasnikow. – 1912.
13. Esquirol É. Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal. – Tircher, 1838. – V. 1.
14. Freud S. Contributions to a discussion on suicide //The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume XI (1910): Five Lectures on Psycho-Analysis, Leonardo da Vinci and Other Works. – 1957. – P. 231-232.
15. Jaspers K. Kausale und „verständliche“ zusammenhänge zwischen schicksal und psychose bei der dementia praecox (Schizophrenie) //Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie. – 1913. – V. 14. – P. 158-263.
16. Laing R. D., Esterson A. Sanity, madness and the family. – Taylor & Francis, 2016.
17. LeBon, G. The crowd: A study of the popular mind. London: Ernest Benn, 1896
18. Menninger K. A. Psycho-analytic aspects of suicide //The International Journal of Psycho-Analysis. – 1933. – V. 14. – P. 376.

Экзистенциальный побег в монастырскую жизнь при депрессии

Аннотация: В клинической практике врачей-психиатров наблюдаются случаи, когда пациенты с психическими заболеваниями, в попытке преодоления болезненного состояния уходят в монастырь, где по их представлениям им удастся обрести духовную помощь, успокоение и некий социальный статус. Уход в монастырь таким пациентам видится возможностью избавления от мирских проблем, с которыми они не справлялись в силу изменения своего психического состояния. Однако начиная свой путь в монастырской общине, они сталкиваются с непреодолимыми для себя проблемами монашеской жизни, и болезнь в значительной степени препятствует продолжению этого пути, и может привести к декомпенсации психического состояния, утяжелению психопатологической симптоматики и к ухудшению социального функционирования.

Ключевые слова: депрессия, уход в монастырь вследствие болезни, психопатологические особенности реакций отказа, распознавание депрессивной симптоматики, тактика пастырского душепопечения.

Сложности своевременного распознавания психического заболевания, скрывающегося за маской глубокой религиозности, нередко являются причиной возникновения случаев, когда пациенты с психическими заболеваниями, стараясь совладать с болезненным состоянием, уходят в монастырь. Настоящий клинический случай представляется нам показательным для выделения особенностей построения тактики пастырского душепопечения. В качестве иллюстрации подобного случая может быть представлен следующий клинический пример.

Клинический случай

Пациентка родилась и росла в религиозной семье в Сибири, ее воцерковление шло под влиянием семьи. В возрасте 14 лет после сообщения одноклассникам о том, что является верующей, она почувствовала, как изменилось к ней отношение: значительно усилился интерес к ней, в то время как ей с детских лет нравилось быть в центре внимания. В старших классах школы (15 – 16 лет) постепенно появилось желание уйти в монастырь. Специально к смене жизненного уклада никак не готовилась, ждала лишь окончания школы. С этого времени круг интересов значительно сузился, перестала посещать различные секции, сократился и до этого малочисленный круг общения, полностью утратила интерес к светским источникам информации (телевидению, художественной литературе) и к общению со сверстниками, не разделявшими ее религиозных взглядов. Часто посещала церковные богослужения, погружалась в чтение духовных книг. Иногда пропускала уроки в школе ради утренней службы (как правило, в церковные праздники).

В том же возрасте (15-16 лет) беспричинно снизилось настроение, появилась тоска, безрадостность, которая впоследствии (в течение полугода) стала носить постоянный характер и сопровождалась неприятным ощущением в груди, «тяжестью на душе». На высоте чувства тоски отмечала появление мыслей о самоубийстве, которые в первые месяцы заболевания носили эпизодический характер. Других изменений в состоянии не было, успеваемость в школе не снижалась.

В 17 лет, согласно принятому решению, поступила в женский монастырь послушницей, в основном работала в трапезной. С работой справлялась, несмотря

на то, что фон настроения в этот период времени оставался сниженным, с постоянным чувством тоски. Постепенно в течение года состояние стало ухудшаться: появились головные боли, стала отмечать эпизоды выраженной слабости, головокружений, повышенной утомляемости. Фон настроения был неустойчивым, с колебаниями от сниженного до «терпимого» (с преобладанием сниженного), но здоровой себя при этом никогда не чувствовала.

Через год (в 18 лет) перестала справляться с работой в трапезной, в связи с чем была переведена на более лёгкие послушания, в основном занималась шитьём. Иногда из-за резко выраженной слабости нуждалась в поддержке при ходьбе. Пыталась скрыть свое состояние от окружающих, объясняя его природу духовными причинами. В том же возрасте (18 лет), несмотря на усугубление психических расстройств, была пострижена в рясофор, после чего отмечалось непродолжительное улучшение самочувствия (около недели), однако, психопатологическая симптоматика продолжала прогрессировать, что вынудило пациентку впервые обратиться к врачам - начала к неврологу, затем к психиатру; была госпитализирована в психиатрическую больницу по месту проживания. После выписки из стационара отмечалось незначительное улучшение состояния, сохранялись суточные колебания настроения, по вечерам по-прежнему беспокоили тревога и тоска. В связи с неудовлетворительным психическим состоянием в монастырь не вернулась, проживала с родителями.

В том же году семья пациентки переехала в Подмосковье, так как отцу была предложена работа в Москве. По настоянию родителей переехала с ними. Депрессивные расстройства по-прежнему сохранялись. Через некоторое время снова отмечала появление суицидальных мыслей, которые отличались большей интенсивностью. Однажды, на высоте выраженного чувства тоски приняла более 150 различных, в основном, психотропных препаратов, однако, через несколько часов сообщила о своём поступке родителям. Скорой помощью была госпитализирована в психиатрическую больницу по месту жительства, для дальнейшего лечения переведена в клинику НЦПЗ. Врачи клиники обращали внимание на выраженную заторможенность, тревогу, витальное чувство тоски и устойчивые суицидальные намерения. Состояние в течение первых полутора месяцев нахождения в стационаре значительно не менялось. Было проведено несколько курсов лечения антидепрессантами, 8 сеансов электро-судорожной терапии. Находилась в клинике около полугода. Была выписана с некоторым улучшением состояния, однако, сохранялись проявления астении, апатии и ангедонии.

Через полгода (в возрасте 19 лет) по настоянию родителей поступила в техникум лёгкой промышленности, но в связи с очередным усугублением депрессивных расстройств через месяц была вынуждена оставить учебу. Периодически, в частном порядке, по мере сил подрабатывала в качестве швеи, изредка трудилась в храме, общалась только с членами семьи. Постоянно наблюдалась психиатрами, в том числе неоднократно проходила стационарное лечение, чаще в связи с повторными суицидальными попытками (приём больших доз медикаментозных препаратов или попыток нанести порезы в области вен), усиливалась апатия, сохранялись эпизоды тревоги.

Через 5 лет от начала болезни была оформлена инвалидность 2 группы. К настоящему времени, несмотря на то, что она находится на поддерживающей терапии, все отчетливее стали проявляться психопатоподобные расстройства истерического круга, требование к себе повышенного внимания со стороны родителей, психиатров, священников. По ходу течения болезни все реже отмечались эпизоды витальной тоски, преобладали апатия и тревога. Суицидальные попытки приобрели стереотипные черты, осуществлялись «словно

по привычке», ввиду «отсутствия сил для дальнейшей жизни». До последнего времени продолжала посещать храм, участвовала в таинствах.

Анализ клинического случая и некоторые психопатологические и психологические особенности реакций отказа

Имевшая место психопатологическая симптоматика, сопровождавшаяся решением об уходе из мирской жизни в монастырь, которая наблюдалась в начале заболевания, может быть расценена как так называемая реакция отказа (Ильина, Н.А., Иконников, Д.В., 2004). Подобные реакции наиболее часто наблюдаются у подростков и впервые были описаны психологами (Michaux L., Duché D.-J., 1957), а позднее и психиатрами (Buitelaar, J.K. с соавт. 1994; Flakierska, N., Lindstrom M., Gillberg C., 1988). С психологической точки зрения, выбор пациенткой монашеской жизни мог быть обусловлен желанием бегства от болезни и поиском исцеления.

Ещё в прошлом веке П.Б. Ганнушкиным описан своеобразный «уход из действительности» пациента (1964), который заключался в избегающем поведении и отказе от реализации необходимой деятельности в тех или иных, как правило, неблагоприятных условиях. Наиболее типичной «провоцирующей» ситуацией могла стать необходимость активного взаимодействия с окружающими и/или повышение нагрузки (например, поступление в учебное учреждение или выход на работу).

В исследовании Тхостова А.Ш. с соавт. (2005) было установлено, что при эндогенных заболеваниях, сопровождающихся реакциями отказа, имеется базовая дефицитарность мотивации. Психологическим смыслом реакции отказа является ожидание неудачи и отказ от деятельности как возможность сохранения хрупкой самооценки. Реакции отказа, по мнению некоторых авторов (Burns Ch., 1952), могут являться одним из первых признаков манифестации эндогенного заболевания и отражают стремление больного устраниваться из декомпенсирующей ситуации (Морозов В.М., Тарасов Ю.К., 1951; Личко А.Е., 1979; Ануфриев А.К., 1975).

Реакции отказа от учебы могут возникать в юношеском возрасте при развитии депрессивного состояния с преобладанием когнитивных расстройств и рассматриваются некоторыми исследователями как проявления «юношеской психической несостоятельности» (Цуцульковская М.Я с соавт., 1999). В этих случаях в силу развития депрессии пациенты теряют интерес к занятиям, не могут справиться с освоением учебного материала и оставляют учебу, что сопровождается снижением потребности в общении, сокращением числа контактов со сверстниками. В некоторых случаях все внимание этих больных концентрируется на одной сфере, как правило, связанной с необычными увлечениями и интересами, не имеющими практического применения. Вместе с тем, формируется склонность к выраженной зависимости от окружающих. Нередко реакции отказа сопровождаются расстройствами истерического круга в виде раздражительности, демонстративности, суицидального шантажа (Ильина Н.А., 2003).

Личностные изменения на первых этапах своего развития нередко сопровождаются размышлениями экзистенциального характера о бессмысленности существования и могут приводить к появлению желания «бегства в религию» (E. Sands, 1956). В дальнейшем отмечается патологическое развитие личности за счёт диссоциативных расстройств: изменения самосознания «Я» и формирования феномена субъективно желаемой, «альтернативной (фальсифицированной) жизни» (J.Vie, 1935). В этой ситуации нередко происходит разрыв фактических связей с прошлой жизнью (семья, профессия), и больной приспосабливается к

новым действительным обстоятельствам жизнедеятельности, соответствующим его возможностям. Уровень диссоциативных расстройств иногда достигает подмены реального само- и мировосприятия воображаемым, соответствующим грандиозным планам и запросам, но конкурирующим с действительными возможностями больных, что рано или поздно, напротив, приводит к их значительной дезадаптации.

Заключение и выводы

Анализ данного случая показывает, что пациентка, по-видимому, заболела в подростковом возрасте, когда появились первые признаки эндогенной депрессии (снижение фона настроения, сопровождавшееся тревогой, тоской с витальными проявлениями, суицидальными мыслями). После начала заболевания имели место изменения ценностно-смысловой сферы личности, что заключалось в полном изменении интересов и отказе от привычных видов деятельности и хронологически совпадало с появлением идеи об уходе в монастырь. Оказавшись в стенах монастыря, пациентка не смогла там адаптироваться, даже при условии, что ей были назначены легкие послушания. Она не только не могла их выполнять, но напротив, сама нуждалась в помощи (поддержке при ходьбе), что, по-видимому, могло быть связано с утяжелением депрессивного состояния. Постепенное прогрессирование болезни, несмотря на многократные госпитализации в психиатрические стационары, приводило к нарастанию личностных изменений истерического круга со стереотипными суицидальными попытками и привело к нетрудоспособности и социальной дезадаптации.

Таким образом, как видно из данного примера, начало эндогенного психического заболевания, как и любой другой тяжелой болезни, часто побуждает пациента к поиску способов избавления от мучительных переживаний или к их преодолению и обретению своего места в жизни. Таким средством может представляться уход в монастырскую жизнь. Подобные ожидания редко совпадают с реальной картиной жизни в монастыре, требующей высокой трудоспособности и дисциплинированности. Эти качества, в силу развития психического заболевания, становятся недоступными для пациента, что, в свою очередь, приводит к социальной дезадаптации, разочарованию и отчаянию, и может иметь тяжелые последствия в виде суицидальных поступков.

На основании приведенного клинического примера можно сделать вывод, что в современных условиях нецелесообразно направлять психически больных людей на «духовное лечение» в монастыри и рекомендовать им жизнь в монастырской общине, так как религиозные общины не имеют соответствующих возможностей для предоставления квалифицированной помощи психически больным людям. Подобные случаи также показывают важность знания клинической картины депрессии и других психических заболеваний священником для определения адекватной тактики пастырского душепопечения.

Использованная литература:

1. Ануфриев А.К. К понятиям «латентное» и «резидуальное» в шизофрении / В сб.: Шестой всесоюзный съезд невропатологов и психиатров. Тезисы докл. М., 1975. - Т. III Шизофрения. Генетика нервных и психических заболеваний. - С. 19-23.
2. Ганнушкин П.Б. Избранные труды. М, 1964.
3. Ильина Н.А. "Почва" для формирования реакции отказа у больных шизофренией / Н.А. Ильина, Д.В. Иконников // Журн. невропатол. и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2004. № 9. С. 10-17.
4. Ильина Н.А. Психогенные депрессии, протекающие по типу «реакций отказа» // В кн.: Депрессии при соматических и психических заболеваниях. Москва. – 2003. - С.113-118.

5. Личко А.Е. Острые аффективные реакции при акцентуациях характера у подростков // В сб.: Психогенные (реактивные) заболевания: Материалы научно-практической конференции в г. Тамбове 9-13 января. 1979. - Вып. I.-С. 48-50.
6. Морозов В.М., Тарасов Ю.К. Некоторые типы спонтанных ремиссий при шизофрении // Журн. невропатол. и психиатр, им. С.С. Корсакова. 1951. -Т. XX. - Вып. 4. - С. 44-47.
7. Тхостов А. Ш., Ильина Н. А., Кучерова Е. Я., Рассказова Е. И., Иконников Д. В. Психологические механизмы реакции отказа у больных шизофренией. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2005 105(4), 9-16.
8. Цуцельковская М.Я. Шизофрения, протекающая в виде атипичного затяжного пубертатного приступа. В кн.: Руководство по психиатрии. / Под ред. А.С. Тиганова. М,1999. - С. 446-457.
9. Buitelaar J.K. Depressive and anxiety disorders in adolescence: a follow-up study of adolescents with school refusal / Buitelaar J.K., van Andel H., Dux J.H.M., van Strien D.C. // Acta Paedopsychiatr. 1994. Vol. 56. P. 249-253
10. Burns Ch. Pre-schizophrenic symptoms in pre-adolescents withdrawal and sensitivity // Nerv. Child. 1952; 10:120.
11. Flakierska, N. School Refusal: a 15-20-year follow-up study of 35-swedish urban children / Flakierska N., Lindstrom M., Gillberg C. // Br. J. Psychiat. 1988. Vol. 152. P. 834-837
12. Michaux L., Duché D.-J. L'enfant inadapte. Paris, 1957 ..
13. Sands E.D. The psychoses of adolescence. Journal of Mental Science, 1956. 102(427):308-318.
14. Vie J., 1935 in: Vie J. Quelques terminaisons des delires chroniques//Ann.med.psychol.-1939, 2, 461.

Депрессия: духовные, экзистенциальные и психопатологические аспекты. Терапевтическая модель

Аннотация: основополагающим чувством при разных видах депрессии является тоска, которая имеет различные уровни. И если с биологическим и психическим уровнями можно соотнести различные типы тоски, имеющей конкретные клинические проявления, то духовная тоска – это чувство осознания собственных тварности и несовершенства. На этом уровне зарождается религиозное чувство, вопрос о Другом, Высшем, призыв к Тайне. Подобные переживания тоски встречаются у верующих, поэтов и людей искусства, и их нельзя отнести к болезненным или психопатологическим явлениям. В докладе рассмотрены различные виды депрессий, особенности лечения и ухода депрессивных больных, отмечена необходимость целостного терапевтического подхода к лечению депрессии и создания таких условий, в которых уважаются достоинство и свобода человека в подобном состоянии.

Ключевые слова: депрессия, эндогенная депрессия, экзистенциальная депрессия, психогенная депрессия, суицидальное поведение, терапия депрессий.

Введение

«Депрессия – слишком сложное и глубокое состояние, чтобы ей могли заниматься только психологи или, что еще хуже, только психиатры» (R.Guardini, 1997).

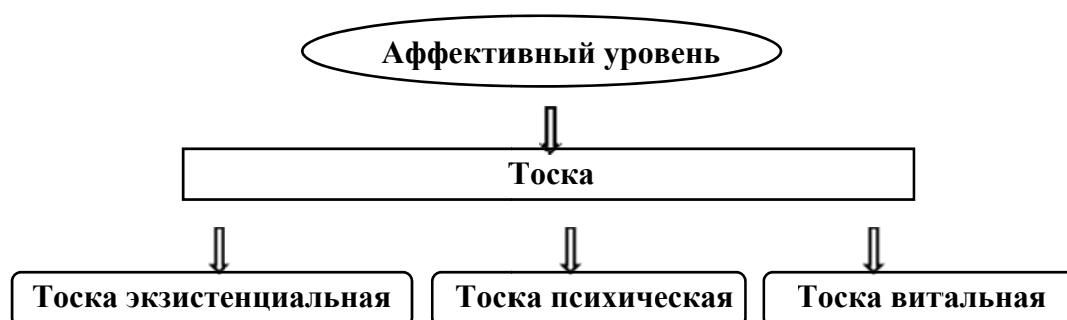
Существует не одна депрессия, а множество видов депрессии. Не все виды депрессии можно назвать психопатологическими. Основополагающим чувством при депрессии является **тоска**; но тоска тоже имеет различные оттенки. Согласно схеме аффективной жизни, предложенной философом Максом Шелером (M.Scheler, 1992), она имеет определенные уровни (рис. 1): Уровень организма (витально-соматической тоски); уровень биологический (витальной тоски); уровень психический (экзистенциальной и психической тоски); уровень духовный (самый высокий, так называемой «священной тоски», духовной тоски, которая касается не психопатологии, клиники, но таких исследовательских сфер, как религия, поэзия и литература).

Рисунок 1. Стратификация аффективной жизни:

1. Уровень организма \Rightarrow сенсорных переживаний
2. Уровень биологический \Rightarrow соматических/витальных переживаний
3. Уровень психический \Rightarrow психических переживаний
4. Уровень духовный \Rightarrow духовных переживаний

Первым трем уровням соответствуют различные типы тоски, имеющей клиническое значение:

Рисунок 2. Типы тоски



Духовная тоска

Духовная тоска не соотносится с классификацией типов тоски психопатологического уровня, но является выражением человеческого чувства, и связана с осознанием собственного состояния тварности и несовершенства, и представляет собой вершину человеческого разума и чувства. Именно здесь зарождается религиозное чувство, вопрос о Другом, отличном от самого себя, призыв к Тайне. Эта тоска, которую Шелер определил как духовную тоску, встречается у глубоко религиозных людей, поэтов, людей творческих: в эту область психология и психиатрия не должны вторгаться, потому что здесь речь не идет о болезненных или психопатологических явлениях.

Тоска – это «стремление к желаемому благу», говорит Фома Аквинский¹. Оно возникает из-за нарушения соотношения между бесконечным желанием и человеческой способностью «брать».

Ф.М. Достоевский в «Бесах»² писал: «[Степан Трофимович] сумел дотронуться в сердце своего друга до глубочайших струн и вызвать в нём первое, ещё неопределённое ощущение той **вековечной, священной тоски**, которую иная избранная душа, раз вкусив и познав, уже не променяет потом никогда на дешёвое удовлетворение. (Есть и такие любители, которые тоской этой дорожат более самого радикального удовлетворения, если б даже таковое и было возможно)».

Формы клинической депрессии

Модель Макса Шелера является основой для клинической и психопатологической классификации различных форм депрессии. На самом деле, уровни 3 и 4 характеризуют классические эндогенные или психотические эндогенные депрессии с незначительными клиническими отличиями, поэтому мы считаем их одним и тем же: эндогенными депрессиями с витальным компонентом (рис. 3).

Тоска и экзистенциальная депрессия

Экзистенциальные депрессии – это депрессии, имеющие конкретную причину, обусловленные понятными обстоятельствами, которые можно проследить в жизни отдельного индивида или социальной группы и которые приводят к развитию депрессии, не вызывающие, однако, желания прекратить собственную жизнь. Причиной таких расстройств является специфическое личностное или социально-историческое положение, например, вынужденная изоляция, вызванная пандемией COVID-19, тяжелая ситуация во время кризиса и социально-политического конфликта, подобная той, которую мы переживаем в

¹ Сумма теологии, т.1, вопрос 20, раздел 1.

² Ф. М. Достоевский. Бесы. Часть первая. Глава вторая. Принц Гарри. Сватовство.

настоящее время, кризис в романтических отношениях, период перемен или стрессовой нагрузки.

В данном случае требуется не столько медикаментозное лечение, с подбором специфических антидепрессантов, сколько поиск мотивации, которая позволила бы принять сложность жизни благодаря ощущению присутствия, готовности выслушать, предложенной таким образом, чтобы располагать к принятию сложившейся жизненной ситуации через образовательную, культурную поддержку, а также посредством круга общения».

В этом случае очень важны слушание, групповые встречи и эмпатическое сопереживание людей, которые умеют принять и поддержать, при этом не обязательно являясь профессионалами.

Тоска психического уровня и психогенные депрессии

По сравнению с предыдущим вариантом депрессий, здесь могут проявляться такие расстройства и симптомы, как бессонница и вялость, отсутствие мотивации, апатия и даже отчаяние вплоть до самоубийства, если люди остаются в полном одиночестве.

Чувства, связанные с психогенией, – это чувства, имеющие реальную причину, они всегда направлены и ориентированы вовне, на объект, следовательно, вызваны взаимодействием с другими, и постоянно связывают наше эго с внешней реальностью. На этом уровне чувств возникают не-эндогенные депрессии, то, что мы также называем реактивными или невротическими депрессиями. В этих депрессиях всегда присутствует осознание болезни и глубокое страдание.

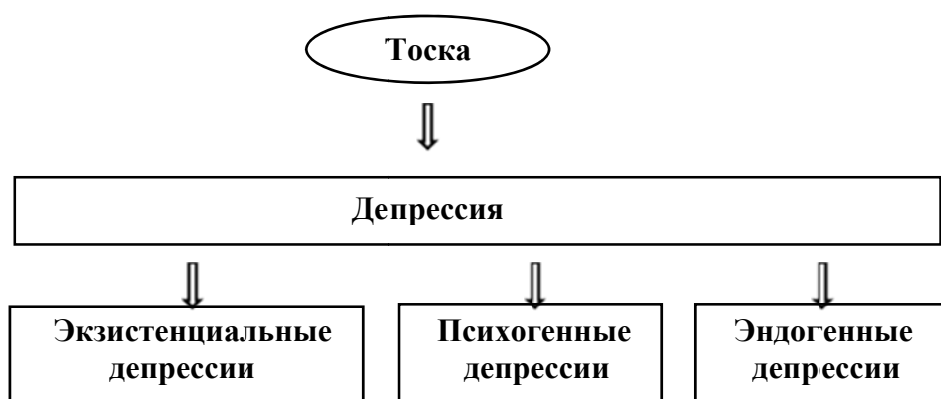
Это депрессии, всегда имеющие определенную причину, содержащие отклик на конкретные события и наполненные личными переживаниями, и, как правило, приводящие к душевным страданиям, которые сохраняются в течение длительного времени и достигают большей интенсивности в сравнении с экзистенциальными депрессиями. Как правило, однако, такие депрессии возникают у личностей с тревожно-мнительными чертами, склонными к образованию расстройств невротического уровня, с более глубокими травмами, которые связаны с историей их детства и подросткового возраста. Здесь требуется психотерапевтическое, психоаналитическое вмешательство или поддержка, направленная на проработку внутренних конфликтов человека.

Витальная тоска и эндогенные депрессии

Витальная тоска – это чувство, переживаемое как телесный опыт, который имеет четкую локализацию в одной из частей тела: такие депрессивные пациенты не скажут, что «ощущают тоску», скорее что «чувствуют, словно их сердце зажато в стальные тиски». Сердце «превращается в камень», желудок не только «перестает работать», но и становится «неживым, мертвым». Чувства соматизируются, витализируются, воплощаются, теряя внутреннее переживание и обретая телесное проявление.

В эндогенных депрессиях имеет место витальная тоска, отсутствие энергии, ощущение тяжести вплоть до развития психомоторной заторможенности. При эндогенных депрессиях (особенно при тех, которые характеризуются наличием бреда, отсутствием осознания болезни и критического отношения к ней), у пациента более или менее быстро развивается психомоторное торможение, которое он практически не осознаёт. При психотических, эндогенных депрессиях другим важным критерием, позволяющим отличить их от не-психотических, является наличие *суточного ритма колебаний настроения*: нарушения нарастают в утренние часы и стихают в вечернее время, тогда как при не-психотических депрессиях симптомы обостряются и усиливаются в вечерние часы.

Рисунок 3. Типы депрессий



Еще одним критерием, позволяющим дифференцировать два типа депрессии, является нарушение сна: при реактивной депрессии пациент жалуется на значительные трудности засыпания и проводит ночь в тревожном ожидании сна, который может наступать очень поздно; при психотической депрессии, напротив, наступление сна происходит быстро, однако, через несколько часов наступает окончательное пробуждение, с невозможностью его продолжения.

Психотические депрессии могут быть:

- рекуррентными, то есть в виде повторов отдельных депрессивных эпизодов;
- в рамках биполярного аффективного расстройства, когда депрессивные эпизоды чередуются с гипертимическими или маниакальными эпизодами.

Таблица 1. Основные и сопутствующие симптомы депрессии

Большое депрессивное расстройство	
Основные симптомы	Сопутствующие симптомы
Нарушение циркадного ритма (сон-бодрствование) Нарушение настроения (витальная тоска) Психомоторное торможение	Бред (депрессивного содержания) Нарушения самосознания (деперсонализация) Кататонические расстройства

Таблица 2. Особенности течения заболевания, протекающего с развитием эндогенных депрессий

	Рекуррентная депрессия	Биполярное аффективное расстройство
Возраст начала заболевания	30	25
Семья Генетическая предрасположенность	+/-	++
Соотношение М/Ж	1:3	1:2
Лечение	Антидепрессанты	Седативные препараты, соли лития
Прогноз	+/-	+

Маниакальный синдром

Маниакальный синдром является состоянием полностью противоположным выраженной депрессии, но исходным ядром при обоих состояниях является аффект: вот почему эти два состояния возникают попеременно, с различной частотой эпизодов у страдающих этим расстройством, которое Э.Крепелин называл маниакально-депрессивным психозом и которое мы сейчас называем биполярным аффективным расстройством (K.S.Kendler, 2021). В дополнение к депрессивному эпизоду при биполярном аффективном расстройстве появляется, по крайней мере, один маниакальный эпизод.

Если лечение невротических реактивных депрессий основано на психотерапии, то психотические или эндогенные депрессии требуют фармакотерапии. В последние годы было разработано множество новых антидепрессантов. При их рациональном использовании, непременно сопровождающемся внимательным и эмпатичным отношением к пациенту, можно осуществлять эффективное лечение этих форм депрессии с достижением устойчивой ремиссии. Существует риск рецидива (сезонного или вызванного значимыми стрессорными факторами): сегодня в нашем распоряжении имеются профилактические препараты, называемые стабилизаторами настроения, целью которых является профилактика рецидивов (например, соли лития и другие стабилизаторы настроения).

Антидепрессанты последних поколений в настоящее время нашли широкое применение у врачей общей практики, неспециалистов, которые не производят дифференциацию депрессивных расстройств и рассматривают депрессию как единое состояние, которое можно вылечить только с помощью таблетки или нескольких психотропных препаратов. В результате такого крайне поверхностного отношения, при котором терапия даже реактивных или экзистенциальных депрессий осуществляется при помощи психотропных препаратов, возник феномен так называемой «хронизации» депрессий.

Рисунок 4. Маниакальный синдром



Суицидальное поведение

Под *попыткой самоубийства (ПС)* понимается самоповреждающее поведение, которое, однако, не имеет целью самоуничтожение, собственную смерть, но является обращенной к другому просьбой о поддержке, как крайний крик о помощи в момент бессилия и отчаяния, а иногда и как шантаж или манипуляция (используется в основном у подростков по отношению к членам их семей).

Целью *незавершенного суицида (НС)*, наоборот, является реальное намерение умереть, которому может воспрепятствовать чистая случайность или непредвиденные обстоятельства, не предусмотренные самим суицидентом.

Таблица 3. Характеристики и индикаторы суицидального поведения

Характеристики	ПС	НС
Возраст	менее 25 лет	более 30 лет
Пол	Ж (3:1)	% больше среди мужчин
Средства	Лекарственные препараты (80%)	Более вредные (оружие, выпрыгивание из окна)
Патологии	Реактивные состояния/невроты	Психозы
Преднамеренность	нет	да
Избегание спасения	нет	да
Подготовка документов (завещание)	нет	да
Цель поступка	Манипуляция	Самоуничтожение

Таблица 4. Основные факторы риска суицидального поведения в различных возрастных группах

Возраст (лет)	Основные факторы риска
15-24	<ul style="list-style-type: none"> • попытки самоубийства в анамнезе • особенности личности (импульсивность, склонность к дисфорическим реакциям и реактивная лабильность); • злоупотребление / зависимость от психоактивных веществ • дисфункциональные семьи
25-44	<ul style="list-style-type: none"> • зависимость от психоактивных веществ • наличие психического заболевания • безработица
45-64	<ul style="list-style-type: none"> • хроническое инвалидизирующее заболевание • соматизированная/маскированная депрессия
Старше 65	<ul style="list-style-type: none"> • заболевания, ограничивающие самостоятельность пожилого человека • одиночество

Таблица 5. Психиатрические диагнозы в выборке 6000 случаев смерти от самоубийства

Диагноз	№	%
Психоорганический синдром	308	5
Злоупотребление психоактивными веществами	947	16
Шизофрения	612	10
Аффективные расстройства	1400	24
Невротические и личностные расстройства	1340	22
Другие психические расстройства	1259	21
Диагноз отсутствует	137	2
Итого	6003	100

Особые виды депрессий

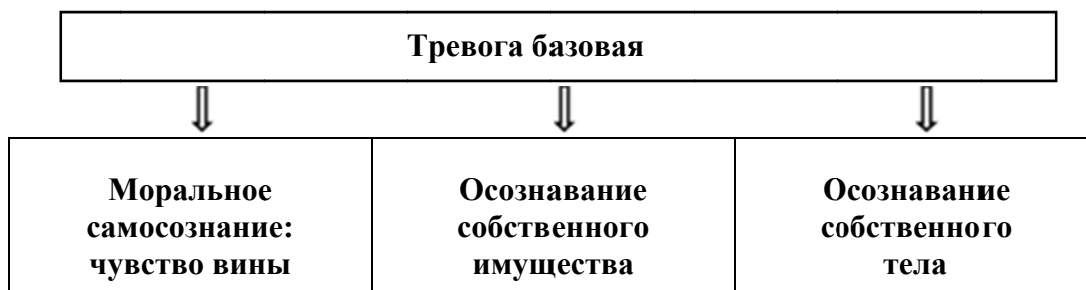
При психотических (рекуррентных) депрессиях могут присутствовать также бредовые переживания (нереалистичные убеждения, не поддающиеся разубеждению). Бредом называется то, что не отвечает критериям реальности: человек убежден в наличии у него тяжелого заболевания с угрозой неминуемой смерти (например, ипохондрический бред); или в том, что он находится на грани банкротства (что также не отвечает реальным обстоятельствам); или третий вариант – в совершении особо тяжких деяний.

Рисунок 5. Бредовые депрессии



Чувство вины является важнейшим переживанием при некоторых психотических депрессиях, и оно связано с возникновением переживания базового страха, описанного Хайдеггером в качестве тревоги, касающейся основных потребностей человека: его собственного тела, экономических благ и мира нравственных ценностей. Подобное чувство тревоги при депрессии присутствует только на высоте состояния и полностью исчезает на этапе становления ремиссии (М. Heidegger, 1962).

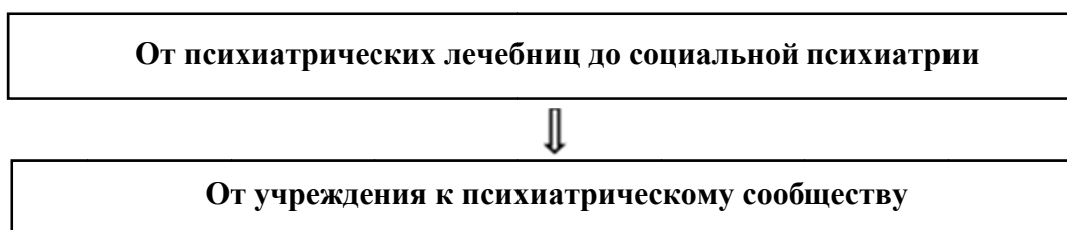
Рисунок 6. Тревога по Хайдеггеру



Уход и лечение при депрессии

Целостный терапевтический подход – это последовательность действий в контексте отношений. Терапия – это всегда встреча двух судеб, двух свобод. Болезнь перестает быть препятствием, наказанием, а становится опытом, полным смысла. Это возможно только в тех условиях и в таком человеческом контексте, где уважаются достоинство и свобода другого, даже если он болен или травмирован.

Рисунок 7.



После реформы 1978 г. в Италии мы лечим пациентов в остром состоянии не в условиях изоляции, а в больницах общего профиля, в психиатрических отделениях:

В подострой фазе лечение продолжается в:

1. районных поликлиниках,
2. реабилитационных сообществах.

Очень важно проводить работу с семьями (особенно с подростками, но также и со взрослыми людьми, которые живут вместе с пациентами) в соответствии с психолого-педагогической моделью. Семьи учат распознавать симптомы, и создается альянс со Службами для достижения доверия, что является основополагающим условием лечения. В отношениях с семьями использование сугубо технического языка вызывает отчуждение, ощущение неискренности. Необходима искренность, проявляющая заботу и действительно ее переживающая. Если не чувствуешь внутреннего резонанса, лучше промолчи. Внимание, улыбка, растроганность, взгляд: все всегда открыто и в движении, мгновение за мгновением: это делает отношения с ними, а значит и с пациентами, подлинными.

Заключение

Когда мы имеем дело с человеком, страдающим от депрессии, мы должны определить ее тип и реагировать в соответствии с этим. Обращение за специфическим медикаментозным лечением, как мы увидели, касается конкретных форм депрессии; в других случаях наша задача по отношению к страдающему человеку состоит, прежде всего, в том, чтобы стать сочувствующими спутниками на его пути и в его переживаниях. Только милосердие способно спасти тех, кто страдает от этой формы психического недуга.

Использованная литература:

1. Guardini R. The essential Guardini: An anthology of the writings of Romano Guardini. – LiturgyTrainingPublications, 1997.
2. Heidegger M., Macquarrie J., Robinson E. Being and time. – 1962.
3. Kendler K. S. Kraepelin's final views on manic-depressive illness //Journal of Affective Disorders. – 2021. – V. 282. – P. 979-990.
4. Scheler M. On Feeling, Knowing, and Valuing. Selected Writings. edited and partially translated by Harold J. Bershady. Chicago: University of Chicago Press. 1992. 267 pp.

Особенности депрессивных расстройств в условиях социально значимой ситуации (последствия COVID-19 и СВО)

Аннотация: В докладе представлены результаты клинического наблюдения 119 пациентов в возрасте от 13 до 69 лет в период 2021-2022 гг., обратившихся за психиатрической помощью с жалобами на депрессивное состояние, которое, по мнению специалистов, было вызвано психогенным влиянием ситуации специальной военной операции (СВО) и последствий эпидемии COVID-19. Выделены основные психогенно обусловленные депрессивные симптомокомплексы этих состояний: тревожная депрессия с элементами растерянности и дезорганизации; ипохондрическая депрессия – «бегство в болезнь»; дисфорическая – со склонностью к брутальным поведенческим реакциям; истерическая – с псевдодементным и «детским» поведением; стойкая астеническая – с ощущениями бессилия и усталости, мыслями о «потере смысла жизни» (преобладает при последствиях COVID-19). «Психогенное воздействие последствий COVID-19 и продолжающейся СВО помимо медицинских, в том числе психиатрических, определяет ряд психологических и духовных проблем. Выявленный полиморфизм депрессивных психических расстройств, сложности психологического реагирования в микро- и макросоциуме, личный кризис мировоззрения требует активной врачебной, психологической и духовной поддержки, что наиболее оптимально может осуществляться при взаимодействии врача-психиатра, психолога и священника.

Ключевые слова: депрессивные расстройства, психогении, психическое здоровье, полиморфизм клинической картины, психогенно обусловленные депрессивные симптомокомплексы.

Господь предупредил о социальных катаклизмах в истории человечества: «Также услышите о войнах и военных слухах. Смотрите, не ужасайтесь, ибо надлежит всему этому быть;... и будут глады, и моры, и землетрясения по местам. Все же это – начало болезней» (Мф. 24:6-8); «...Когда же услышите о войнах и смятениях, не ужасайтесь. Ибо этому надлежит быть прежде, но не тотчас конец...» (Лк. 21:9) Такие явления влекут за собой для людей, их переживающих, необходимость напряжения физических, психических и духовно-нравственных сил, что может существенно ухудшить психическое состояние. Как показывает научный и практический опыт (Хасанов Д.Р. с соавт., 2021; Холмогорова А.Б. с соавт., 2021; Augustin M. с соавт., 2021), возникновение депрессивных расстройств, являющихся одной из наиболее распространенных форм психопатологии (до 25% в настоящее время, по данным ВОЗ) нередко может быть спровоцировано социально значимыми событиями, происходящими как в отдельном регионе, так и повсеместно. Актуальные события последнего периода всемирной (последствия пандемии COVID-19) и отечественной (продолжающаяся специальная военная операция, СВО) истории определяют все стороны повседневной жизни, что для подавляющего числа людей является **испытанием**. Святые Отцы обращали особое внимание на воздействие таких событий на духовное состояние человека. Так, святитель Тихон Задонский наставлял, что «...всякая скорбь от греха бывает, и когда бы греха не было, не было бы и скорби. Сего ради посылается скорбь, да грех очистится; и когда очистится грех, который скорбь соделывает, отыметя и самая скорбь...». По словам преподобного Паисия Святогорца, «удары испытаний необходимы для спасения нашей души, ибо они ее очищают...», но «...если, Боже упаси, начнется война, одни умрут от

страха, а у других, даже от небольшого испытания, опустятся руки, потому что они привыкли к хорошей жизни...». В настоящее время специалисты медики, в том числе и психиатры, постепенно набирают опыт квалификации физических и психических расстройств, связанных с последствиями пандемии и СВО. Вся совокупность проблем, медицинских и социальных, не могла не сказаться и на духовном состоянии людей, с чем невольно приходится сталкиваться как священникам, так и врачам всех категорий при обращении к ним за медицинской помощью.

Цель настоящего сообщения – выявление основных социальных факторов и связанных с ними клинических проявлений депрессивных расстройств, развившихся в условиях последствий COVID-19 и продолжающейся СВО. В связи с этим проанализированы клинические наблюдения 119 пациентов мужского и женского пола в возрасте от 13 до 69 лет, обратившихся за психиатрической помощью в консультативно-диагностическое отделение Центра им. В.П. Сербского и храм св. мц. Татианы при МГУ по поводу различных жалоб, преимущественно депрессивного характера, в период 2021-2022 гг. На данном этапе задачи исследования не подразумевали анализ возрастных и гендерных особенностей указанного контингента.

Полученные данные свидетельствуют, прежде всего, о психогенном воздействии на состояние психического здоровья как ситуации СВО, так и последствий COVID-19 (в последнем случае психогенное воздействие сочетается с соматогенным вследствие полиорганного поражения вирусом SARS COV). Так, общими психогенными факторами воздействия, характерными и для COVID-19, и для СВО являются: 1) неожиданность; 2) охват всех групп населения (непосредственно тотальный при COVID-19, частичный и опосредованно тотальный при СВО); 3) прогностическая неопределенность (последствий для здоровья при COVID-19, ситуации при СВО); 4) масштабность социальных последствий (уже понятные при последствиях COVID-19 – изменения повседневного режима по законам эпидемиологии, онлайн-работа, смена профессии и рода занятий, в частности, курьерская деятельность; незавершенные – при СВО). Наряду с этим в ситуации продолжающейся СВО особое психогенное воздействие имеют: 1) конфликт мнений (в том числе с агрессивными, вербальными и физическими, формами реагирования) и, как следствие, 2) изменение порядка общения в микро- и макросоциуме (ближайшие члены семьи и близкие друзья практически прекращают общение вследствие постоянно возникающих конфликтных ситуаций; жестко оппозиционная настроенность среди коллег по работе препятствует продуктивному обсуждению и решению производственных вопросов); 3) сложность принятия необходимости актуализации национального самосознания (З. Прилепин: «30 лет насаждалось мнение, что никто никому ничего не должен»); 4) попытки вольного или невольного отрицания факта перехода «исторической памяти» из теоретической области в повседневную реальность; 5) конфликт кинематографически и интерактивно обусловленного иллюзорного «включения» в военные действия с реальными событиями СВО, с последующей эмоциональной дезорганизацией и общей растерянностью в повседневности.

Следует отметить особую роль информационного фактора. Как известно, на протяжении тысячелетий сведения о социально значимых событиях распространялись не масштабно, постепенно, ограниченными способами (гонцы, условные знаки), предназначались для узкого круга лиц, принимавших решения, что позволяло в значительной степени «регулировать» информационный поток. В течение последних 150 лет в связи с развитием СМИ, особенно в ближайшие десятилетия и с момента появления Интернета, любая информация, достоверная

или нет, распространяется моментально и повсеместно, что способствует: а) *индуцированию эмоциональной заряженности* с последующей склонностью к принятию неконструктивных решений; б) *патологической интерпретации событий*, что может привести к неадекватным формам реагирования, в том числе у лиц с повышенной социальной ответственностью, последствия принятия решений которыми особенно значимы; в) *возникновению состояния «издыхания от ожидания грядущих бедствий»* с нарушением привычного стереотипа повседневности, включая отказ от участия в литургической жизни (либо других активных проявлений религиозности в иных конфессиях).

Согласно полученным данным, вышеуказанные факторы (последствия COVID-19 и СВО) оказывают психотравмирующее воздействие и определяют *полиморфизм* клинической картины депрессивных проявлений. В соответствии с нозологическим принципом указанные психопатологические нарушения при наличии у пациентов расстройств шизофренического спектра или других эндогенных соответствуют психогенно спровоцированному *обострению* аффективной патологии; у больных с органическими психическими расстройствами, расстройствами личности, умственной отсталостью, возникшими до исследуемой ситуации невротическими и соматоформными расстройствами депрессивная симптоматика рассматривается в рамках психогенной *декомпенсации*; у лиц без клинически очерченной картины какого-либо психического расстройства по анамнезу, как правило, констатируется *реакция на стресс с расстройством адаптации*. В то же время, по мнению Б.В. Шостаковича и Н.К. Харитоновой (2004), следует учитывать, что психогенные депрессии могут не ограничиваться четко очерченными аффективными синдромами, в условиях психогенно-травмирующей ситуации наблюдаются эмоционально-аффективные расстройства, лишённые четкой клинической формы, отличающиеся неопределенностью своих границ и нелегко поддающиеся идентификации.

При определении основных симптомокомплексов с преобладанием депрессивных проявлений в условиях последствий COVID-19 и СВО учитывалось мнение большинства исследователей, указывающих на длительно сохраняющийся высокий уровень тревоги, пониженного настроения и нарушений сна у перенесших COVID-19 пациентов; отмечено, что частые психопатологические проявления длительного постковидного синдрома включают астеническую, посттравматическую, стрессовую и тревожно-депрессивную симптоматику (Мосолов С.Н., 2021). Наряду с этим, по данным Н.Н. Иванца, М.А. Кинкулькиной (с соавт., 2017), момент начала психогенной депрессии определяет столкновение внешнего психотравмирующего воздействия с внутренним комплексом факторов уязвимости пациента к стрессу (значимость постоянного участия в литургической жизни – прим. автора); чем сильнее стресс, тем менее значимо наличие преморбидной «почвы»; высокая восприимчивость к стрессу сама по себе не вызывает депрессии, обязательное условие развития психогенной депрессии – психотравмирующее событие.

Результаты анализа клинических наблюдений позволили выделить основные психогенно обусловленные депрессивные симптомокомплексы, характерные для периода последствий COVID-19 и продолжающейся СВО. 1) Наиболее характерная для начальных этапов СВО *тревожная* депрессия с элементами растерянности и дезорганизации, склонностью к импульсивным действиям без учета последствий. В дальнейшем такие пациенты на фоне улучшения своего психического состояния и приема терапии сообщали о резком появлении тревоги и страха с ощущением, что «рухнул привычный мир», «непонятно, как жить дальше», «хотелось кричать на весь мир, чтобы все

услышали, и все прекратилось», дома «все валилось из рук», на работе «никто не понимал, поручали всякую ерунду, а жизнь заканчивалась», появлялись мысли «самостоятельно оборвать никому ненужную жизнь». Отмечавшиеся приблизительно в равных соотношениях при последствиях COVID-19 и СВО: 2) *ипохондрическая* депрессия – «бегство в болезнь» со склонностью к затяжному течению (пациенты – постоянные посетители как психиатров, так и врачей-интернистов, частных клиник и лабораторий, специалистов альтернативной медицины, отмечающие многочисленные побочные эффекты от терапии, но, тем не менее, настаивающие на применении все новых и новых препаратов и методов); 3) *дисфорическая* депрессия со склонностью к брутальным поведенческим реакциям (чаще встречающаяся при органических психических расстройствах и расстройствах личности; такие больные, как правило, становятся невыносимыми для членов семьи, с трудом удерживаются на работе, при этом крайне негативно относятся к предложениям необходимости терапии; включенные ранее в литургическую и приходскую жизнь, категорически отказываются от посещения богослужений и участия в таинствах, высказывая мнение, что им «ничего не поможет», склонны к демонстративным суицидальным тенденциям, что свидетельствует не только о психическом, но и серьезном духовном кризисе); 4) *истерическая* депрессия со склонностью к псевдодементным и пуэрильным проявлениям (при внешних тоскливо-тревожных проявлениях и общей двигательной заторможенности пациенты демонстрируют несостоятельность в быту, стремятся к несложному игровому времяпрепровождению, например, просят купить пластилин, чтобы «лепкой отвлечься»; при врачебных осмотрах апеллируют к сопровождающему, ссылаясь, что «все сложно, невозможно понять», нарочито путают название препаратов, требуют повседневной заботы и ухода); 5) Преобладающая при последствиях COVID-19 *стойкая астеническая* депрессия с характерными, помимо адинамии, ощущениями бессилия и усталости, мыслями о «потере смысла жизни», попытками непродуктивного переосмысления прошлого, неспособностью адекватной реакции на текущие банальные события; следует отметить, что такие пациенты, из воцерковленных, при понуждении и сопровождении, как правило, соглашаются посещать богослужения в частичном режиме, не отказываются участвовать в таинствах.

Анализ динамики клинической картины депрессивных расстройств свидетельствует об их преимущественно *регредийентном* течении при постепенном благополучном разрешении медицинских и социальных проблем на фоне последствий COVID в отличие от СВО с характерной, несмотря на проводимое лечение, *ундулирующей* симптоматикой в зависимости от информационного потока, качества межличностного и социального взаимодействия.

Таким образом, психогенное воздействие последствий COVID-19 и продолжающейся СВО помимо медицинских, в том числе психиатрических, определяет ряд психологических и духовных проблем. Выявленный полиморфизм депрессивных психических расстройств, сложности психологического реагирования в микро- и макросоциуме, личный кризис мировоззрения требует активной врачебной, психологической и духовной поддержки, что наиболее оптимально может осуществляться при взаимодействии врача-психиатра, психолога и священника.

Использованная литература:

1. Блаженной памяти старец Паисий Святогорец. Слова, т.2. Духовное пробуждение. Монастырь св. ап. Иоанна Богослова, Суроти, Салоники. – М.: Святая Гора, 2004: 97, 226.
2. Иванец Н.Н., Кинкулькина М.А., Морозов Д.И., Авдеева Т.И. Психогенные депрессии: современный взгляд на возрастные особенности клинической картины и терапии. Сравнительная характеристика особенностей психотравмирующих событий, вызывающих психогенные депрессии в молодом и позднем возрасте (пилотное исследование). Психиатрия и психофармакотерапия. 2017; 19 (5): 4-14.
3. Мосолов С.Н. Длительные психические нарушения после перенесенной острой коронавирусной инфекции SARS CoV-2 // Современная терапия психических расстройств. – 2021. -№3. – С. 2-23.- DOI: 1021265/PSYPH2021.31.25.001.
4. Свт. Тихон Задонский. Молитвослов (келейное моление). – М.: Лествица, 2003:73.
5. Хасанов Д.Р., Житкова Ю.В., Васкаева Г.Р. Постковидный синдром: обзор знаний о патогенезе, нейропсихиатрических проявлениях и перспективах лечения // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика – 2021. - № 13 (3). – С.93-98. - DOI: 10.14412/2074-2711-2021-3-93-98.
6. Холмогорова А.Б., Рахманина А.А., Пуговкина О.Д., Рой А.П., Истомин М.А., Авакян Т.В., Карчевская Н.А., Петриков С.С. Посттравматический стресс у пациентов с COVID-19 после лечения в стационаре // Современная терапия психических расстройств. – 2021. - №3. – С.58-67.- DOI: 1021265/PSYPH2021.90.34.006.
7. Шостакович Б.В., Харитонова Н.К. Судебно-психиатрическое значение психогенных расстройств. Руководство по психиатрии / Под ред. Т.Б. Дмитриевой, Б.В. Шостаковича, А.А. Ткаченко.- М.: Медицина, 2004:263-273.
8. Augustin M., Schommers P., Stech M. et al. Post- COVID syndrome in non-hospitalised patients with COVID-19: A longitudinal prospective cohort study// The Lancet Regional Health. Europe. – 2021. – Vol. 49. – Pp. 119-121. - DOI: 10.1016/j.lanepe2021.100122.

«Темная ночь души» и депрессия: к вопросу о растождествлении понятий

Аннотация: Доклад освещает понятие богооставленности (ἐγκατάλειψις) на примере высказываний святых отцов и духовных учителей как особый период духовной жизни подвижника. Приводятся также описания подобных состояний католическими святыми Римско-Католической Церкви. Так, к примеру, Сан Хуан де ла Круз (Иоанн Креста) называет его «темной ночью души». Отдельно указывается ряд различий между «ночью» и депрессией, при которой верующие пациенты жалуются на ощущение богооставленности. В частности, «выход из депрессии видится в возвращении к предыдущей «самоидентичности», в восстановлении эмоциональной жизни, в то время как результатом «ночи души» должно стать упразднение «я-идентичности», духовное преобразование подвижника к «жизни без самости»».

Ключевые слова: богооставленность, депрессия, «темная ночь души».

Понятие богооставленности (ἐγκατάλειψις) как особого периода духовной жизни подвижника неоднократно встречается в трудах святых отцов. Прп. Исаак Сирин говорит о том, что испытание богооставленностью является проявлением не наказания, а Божественной педагогики, и даётся только «верным и смиренномудрым». Если человек неспособен перенести великое искушение, он не сможет получить и великое дарование; соответственно, богооставленность предваряет открытие качественно иного отношения подвижника к Богу. Богооставленность для прп. Исаака – это «субъективное чувство отсутствия Бога, происходящее не от того, что человек в самом деле оставлен и забыт Богом, но от того, что по той или иной причине Бог хочет, чтобы человек остался один на один с той реальностью, которая его окружает» (по Митр. Илариону (Алфееву)). «В то время, как бываем в омрачении, – пишет прп. Исаак, – не будем смущаться, особенно если причина этому не в нас. Приписывай же это Промыслу Божию, действующему по причинам, известным одному только Богу. Ибо в иное время душа наша задыхается и бывает как бы среди волн, и, читает ли человек Писание, совершает ли службу, во всяком деле, каким бы ни начал заниматься, принимает он омрачение за омрачением. Он оставляет молитву и не может даже приблизиться к ней. Он совершенно неспособен представить, что наступит изменение и он опять будет в мире. Этот час исполнен отчаяния и страха, надежда на Бога и утешение веры в Него совершенно отходят от души, и вся она всецело исполняется сомнения и страха». Святитель Григорий Богослов называет богооставленность «наивысшим страданием человека» (по Шевченко Э. В.).

Евагрий в 10-й главе «О помыслах» пишет: «Ненависть к бесам весьма способствует нашему спасению и очень пригодна для свершения добродетелей. Однако мы не в силах питать ее в самих себе, словно благой зародыш, поскольку сластолюбивые духи умерщвляют ее и опять призывают душу к обычной дружбе [с бесами]. Впрочем, эту дружбу, или, вернее, трудноисцелимую гангрену, исцеляет Врач душ посредством богооставленности, попуская терпеть от этих бесов нечто ужасное и днем и ночью. И душа [благодаря этому] опять возвращается к первообразной ненависти, научаемая обращаться ко Господу со словами, сказанными Давидом: «Совершенною ненавистию возненавидех я, во враги быша ми» (Пс. 138:22)».

Свят. Иоанн Златоуст в «Слове о смиренномудрии» пишет: «Для того оставил их Бог, чтобы они познали, что эти подвиги они совершили не

собственной силой, а благодатью Божией» (Слово 7, О смиренномудрии)¹. В другом месте он пишет: «Когда Он оставляет и забывает нас, и душа раздирается, и сердце томится мукой, и скорби нападают, чтобы, уязвляясь всяческим образом, беспечные с большим рвением возвратились туда, откуда ниспали. ««Накажет тебя нечестие твое», – говорится, – «и отступничество твое обличит тебя» (Иер. 2:19). Так и оставление Богом есть один из видов Его промышленности. Когда Он, промышленя и заботясь о людях, находит пренебрежение, то оставляет немного и покидает, чтобы небрежные, отбросив беспечность, стали более ревностными»².

Первым, кто обратил особое внимание на феномен богооставленности в духовной жизни в XX веке, был архимандрит Софроний (Сахаров). На своём опыте, о котором он подробно говорит в переписке с Давидом Бальфуром, он неоднократно переживал острые состояния богооставленности и не мог понять, в чем именно их причина. Вот как он описывает свой опыт: «Со мной произошла страшная перемена. Свет, Божественная благодать далеко отступили от меня. Я понес ничем не вознаградимую потерю, и в этом неистощающийся источник моих страданий, которые снова достигли силы, превышающей меру сил моих; и душа и тело в болезни. От великой скорби я, как Иов, бываю иногда неистов»³.

В другом письме он недоумевает: «Пребываю иногда в напряженной борьбе, а иногда провожу по многу времени пораженный внутренним духовным параличом, природу которого не могу понять, то есть: является ли он следствием полного изнурения души и тела или, что хуже, греха, потери благодати, богооставленности?»⁴.

Здесь же, в этой переписке, появляются цитаты из книги Сан Хуана де ла Круз – или Иоанна Креста, – посвящённые состоянию богооставленности, именуемого Иоанном как «темная ночь души». Именно экзегеза этого сочинения позволяет в значительной мере приблизиться к пониманию, чем же «ночь души» отличается от депрессии как таковой.

Вот как описывает Иоанн Креста начало «ночи»: «Бог оставляет их ((подвижников)) в такой тьме, что они не в состоянии продвигаться вперед с помощью воображения и рассуждения, ибо не могут ступить ни шагу путем размышления, как привыкли раньше (ибо в этих Ночах внутреннее чувство уже затоплено), и в такой сухости, что они не только не находят сока и вкуса в духовных вещах и добрых делах, от коих привыкли получать свои радости и удовольствия, но вместо этого названные вещи вызывают в них обратное — отвращение и горечь. Потому что Бог, как я сказал, видя, что они уже немного подросли, окрепли и могут выйти из пеленок, отнимает их от Своей нежной груди и опускает с рук на землю, приучая ходить самостоятельно; они же воспринимают это как великую новость, ибо все поворачивается к ним обратной стороной»⁵.

Профессор исторического богословия Йельского университета Денис Тернер в своей книге «Тьма Бога» (1995) обращает внимание на то, что «ночь души» невозможна без предыдущего активного подвижничества. Путем аскезы подвижник переводит «плотской эгоизм» в «духовный», от которого может избавиться только через «ночь души» и «усыхание» каких бы то ни было чувств.

¹ Свят. Иоанн Златоуст, Слово о смиренномудрии, Полное собрание творений святителя Иоанна Златоуста. Том 12. Часть 2, СПб, 1906 г.

² Свят. Иоанн Златоуст, Слово о том, что не должно пренебрегать Церковью Божией и святыми таинствами, Полное собрание творений святителя Иоанна Златоуста. Том 12. Часть 2, СПб, 1906 г.

³ Преп. Софроний (Сахаров). Подвиг Богопознания. Письма с Афона, часть четвертая. Разрыв. Письмо 23. «Пусть живет по-своему» [https://azbyka.ru/otechnik/Sofronij_Saharov/podvig-bogopoznanija/4]

⁴ Преп. Софроний (Сахаров). Подвиг Богопознания. Письма с Афона, часть пятая. Вне Церкви. Письмо 29. Крест Христа [https://azbyka.ru/otechnik/Sofronij_Saharov/podvig-bogopoznanija/5]

⁵ Святой Хуан де ла Круз. Тёмная ночь [<https://coollib.com/b/406227/read>]

Человек нравственно безответственный, потакающий своим порокам, пока ещё не существует как «я-идентичность», которая появляется только через противостояние искушениям. Следуя «Никомаховой этике» Аристотеля, Денис Тернер показывает, что «нравственно слабый» (или «слабый морализатор», “feeble”) находится в зависимости от существующего в его сознании образа «непорочного» (или «нравственного ханжи», “rig”), который мог бы преодолеть все соблазны и искушения, перед которыми бессилён «слабый». Третий же стереотип – «бесстыжий», “shameless”. Но фактически все они по-своему играют роль в конструировании «я». «Что объединяет всех троих, так это их эгоизм, их заикленность на себе». При этом именно «слабак», заикленный на своём чувстве вины, и есть «подвижник» per se. «Активных аскетов» он называет «благонамеренными, высокомотивированными и тщательно замаскированными духовными эгоистами».

Д. Тернер утверждает, что активный аскетизм как таковой – это процесс, посредством которого мы и создаём именно ту самость, которую разрушают «ночи бездействия» («passive nights»). Но прежде чем его разрушать, его надо... создать: состояние человека, ещё даже не начавшего практиковать деятельную аскезу, далеко от какой бы то ни было «самости», это состояние нераскрывшейся, нереализованной самости, которую и актуализирует аскетизм: «Я, порожденное этим активным аскетизмом, есть не что иное, как эгоизм, реконструированный дисциплиной высшей, но все же своекорыстной воли».

Здесь и пролегает разница между «ночью» и депрессией: если в депрессии выход видится в возвращении к предыдущей «самоидентичности», то результатом «ночи души» должно стать упразднение «я-идентичности», «деконструкция всего арсенала собственничества» и, в первую очередь, плоды активного подвижничества. «Депрессия, – пишет Д. Тернер — это восстание этого «я» в отчаянии по поводу своего распада. С другой стороны, «ночи бездействия» — это заря осознания того, что при этой утрате самости ничего не теряется; это пробуждение способности жить без необходимости в этом (самости). Когда «ночи бездействия» проходят, все преображается. Когда депрессия проходит, все восстанавливается, нормализуется, эмоциональная жизнь восстанавливается, и, таким образом, при всех страданиях депрессивного, которые неотличимы от «ночей бездействия», ничего не получается». Таким образом, для Иоанна Креста депрессия и «ночь души» являются «зеркальным отображением друг друга». Тернер называет депрессию «синдромом недостроенной самости».

В воспоминаниях старца Ефрема Филофейского о своем учителе, преподобном Иосифе Исихасте, есть один примечательный эпизод. Как-то старец Иосиф заболел: на его шее образовался огромный нарыв, настолько большой, что гной из него вычерпывали ложкой. Неудивительно, что подвижник находился на грани между жизнью и смертью. Когда кризис миновал, старец поведал своему ученику, что же на самом деле с ним происходило: диавол «засунул лом под фундамент и хотел перевернуть все строение моей веры. Всё, что построили подвиг и благодать, он хотел опрокинуть. Он хотел убрать Бога из основания моей веры. И когда я увидел, что шатаются устои моей веры, я сказал себе: «Куда я иду? Куда меня ведут?» И когда я ему говорил о благодатных состояниях, он представлял их никчемными: «Вот это было по случайности, а это – чисто человеческое». Дескать, это со мной произошло из-за прелести, то – из-за разных обстоятельств, другое – из-за простого обмана чувств, телесных или душевных, и за все этим ничего не стоит, кроме прелести, диавола, человеческого естества. То есть всё, что было от благодати, всё, что я познал из своего опыта, он всё это мне объяснял и отбрасывал. И лишил меня всего. Я сказал: «Ого!» Поэтому и просил Бога выздороветь, чтобы отразить эту атаку».

Это свидетельство человека, в котором с юных лет было явным действие благодати Божией, который уже в возрасте 24 лет, даже еще не будучи постриженным в монашество, имел дар непрестанной умной молитвы, заставляет задуматься о многом. Состояние богооставленности, о котором говорит старец Иосиф – то, через что проходили многие великие подвижники. И здесь идет речь вовсе не о каком-то действии неуврачеванной страсти, это нечто совершенно другого порядка: удар по самым базовым, основным внутренним устоям, вражеское нападение на самое главное – веру.

Иоанн Креста, как считает Peter M. Tyler (2013), характеризуется «агностицизмом» по отношению к центру души: здесь господствует апофатический подход – он буквально «вырывает из-под наших ног прочный коврик духовного центра», потому что «средоточием души является Бог», Который не может иметь определённое местонахождение, локацию.

Паралич воли, характерный для «ночей», отличается от простой «теплохладности» тем, что «тепловатый человек очень вялый и нерадивый в своей воле и духе и не заботится о служении Богу, в то время как «человек, страдающий от «ночи души», обычно заботится, беспокоится и мучается из-за того, что не служит Богу». Автор уточняет: «Хотя в этой очистительной сухости чувственная часть души очень угнетена и расслаблена и слаба в своих действиях из-за малого удовлетворения, которое она находит, дух готов и силен».

Самость, которую человек теряет в результате «тьмы души», на самом деле, – фантом Эго, иллюзия. Однако эта иллюзия более чем реальна, именно ей и живёт большинство людей, чью «самость» она и составляет (Д. Тернер, 1995). Более того: чем более нуждался подвижник в этом «ложном Эго», тем более интенсивной будет «ночь души».

Эту же мысль подтверждает и старец архимандрит Эмилиан (Вафидис): «Скорбь – это результат какого-то давления. В греческом языке слово «скорбеть» близко по смыслу к слову «сжимать, давить». Что в нас сдавливается? Моё «Я» чем-то другим».

Таким образом, благодаря «ночи души» в подвижнике образуется кристальная прозрачность и согласованность с действием Божиим: в нем уже нечему сопротивляться и противоборствовать, потому что его условная «идентичность», основанная на противопоставлении себя Богу («Я – это я, а Бог – это Бог», или «Бог = Другой») исчезла. «Законом я умер для закона, чтобы жить для Бога. Я сораспялся Христу, и уже не я живу, но живет во мне Христос. А что ныне живу во плоти, то живу верою в Сына Божия, возлюбившего меня и предавшего Себя за меня» (Гал. 2:19-20).

Д. Тернер отмечает, что для Иоанна Креста благодать не разрушает природу, а именно совершенствует ее. Однако это «совершенствование» происходит путём прекращения автономного действия сил души. «Их автономное действие состояло бы в том, что они были бы движимы чем-либо иным, чем божественным действием благодати», и таким образом были бы преградой между человеком и Богом. Благодаря «ночи души» человеческая идентичность перестаёт быть отличной, противной Божественной. При этом субъектность никуда не исчезает; человек не растворяется по образу «соляной куклы» индуизма в океане Божественности. Диалектика трансцендентности «демонстрирует несостоятельность всего нашего языка единства и различия. В рамках этой диалектики невозможно построить дихотомию между благодатью и свободной волей, как и дихотомию между единством с Богом и отличием. ... Союз Бога и души таков, что они больше не исключают друг друга... Если я не могу иметь идентичности в отличие от Бога, то моя идентичность с Богом не может быть противопоставлена моей идентичности со мной».

Единственно нужный выход, через который можно вырваться из «я-идентичности», можно сравнить с тем, как юная бабочка протискивается сквозь некогда комфортный, а теперь тесный кокон – выход принятия Бога таким, какой Он Есть. Наверное, это самый острый кризис любой человеческой жизни: встретить Бога и понять, что раньше ты всё ходил вокруг да около, а вот теперь через упразднение своей идентичности пережить «неслиянное тождество» с Богом. Чем больше разница между тем, что ты ожидал и предполагал, и происходящим – тем острее боль и переживание. Ведь необходимо отказаться от своих самых дорогих представлений и ощущений, на которых ранее строилось всё здание твоей веры, и принять Его таким, как Он открывается в твоей боли.

Основное внимание Д. Тернер уделяет гносеологическому аспекту, точнее, несводимости внутренней жизни к её отражению в сознании. «Мы можем быть и являемся гораздо более «внутренними», чем мы можем знать. Быть по-настоящему «внутренним» значит знать, но только в «смутном» убеждении веры, что наша внутренняя сущность находится за пределами всякого возможного опыта, что наша деятельность движима тем, что мы не можем включить в какую-либо переживаемую самость». Казалось бы, человек способен ощущать себя как свободное и самодвижущееся существо. Однако автор ставит под большое сомнение саму возможность понимания или даже ощущения Того, Кто ей движет, – Бога или Божественной благодати: всё это познаётся и переживается исключительно верой. «Эта вера есть опыт апофатический: отрицательные переживания темных ночей есть не что иное, как смущение души и отчаяние желания при потере своей самости... Наш глубочайший центр — это Бог... Это убеждение, что наш глубочайший центр, самый сокровенный источник, из которого проистекают наши действия, наша свобода любить, находится в нас, но не от нас, не «наша» собственность для обладания, а наша только для того, чтобы ею обладали. Таким образом, вера сразу же «децентрирует» нас, поскольку она разрушает эмпирические структуры самости, на которых в опыте мы сосредотачиваемся, и в то же время вовлекает нас в божественную любовь, где мы «сосредотачиваемся» на основании, которое лежит за пределами любого возможного опыта. В центре нашей самости есть основа, непостижимая даже для нас».

Утверждения Д. Тернера находят поддержку в размышлениях митрополита Афанасия Лимассольского о богооставленности: «Бог – пишет он, – желает уберечь нас от «чувства бакалейщика», то есть от ощущения, что благодать мы покупаем. Ведь она потому и называется благо-дателью, что Бог дает ее даром. Мы не покупаем ее. Мы не пускаем ее в оборот между нами и Богом. Бог просто дает нам ее. Не по какому-то закону, который мы исполнили, не по нашим делам, но по Своей любви и милости. Он нас спас, и по Его благодати, данной нам даром, пришло наше спасение и наше вечное единство с Ним».

«Кто без Креста, тот и без Христа». В этой народной мудрости заложена глубочайшая истина: без следования крестным путем невозможно родиться к новой жизни в Его Царстве. Но это следование неизбежно предполагает и то, что Он пережил во время Своих страшных мук на Кресте, будучи предан, оплеван и оставлен на позор, брошен любимыми учениками. И – последнее, самое невыносимое – «Боже мой, Боже мой, ... вскую мя оставил еси?» (Пс. 21:2) – и бесконечное предание Себя Отцу: «Отче, в руце Твои предаю дух Мой!» (Лк. 23:46). И только поэтому впереди – Его Славное Воскресение и Победа над дьяволом, так и не сумевшим не только разрушить, но даже и поколебать фундамент веры и любви Сына к Своему Богу и Отцу!.. «Полнота истощания предваряет полноту совершенства», – пишет архим. Софроний (Сахаров), и в этом – главный ответ на вопрос о смысле богооставленности.

Использованная литература:

1. Афанасий Лимасольский, Да не смущается сердце ваше [URL: <https://ekzeget.ru/mediateka/detail-da-ne-smusaetsa-serdce-vase/?glava=cast-iiperehod-cerez-pustynubesedy-o-strastah-5>]
2. Архим. Софроний. Видеть Бога как Он есть. Эссекс, 1985. С. 49–50.
3. Митр. Иларион (Алфеев). Исаак Сирий // Православная Энциклопедия [URL: <https://www.pravenc.ru/text/674153.html>]
4. Шевченко Э. В. Григорий Богослов // Православная Энциклопедия [https://www.pravenc.ru/text/166811.html]
5. Преп. Софроний (Сахаров). Подвиг Богопознания. Письма с Афона, часть четвертая. Разрыв. Письмо 23. «Пусть живет по-своему» [https://azbyka.ru/otechnik/Sofronij_Saharov/podvig-bogoroznanija/4]
6. Преп. Софроний (Сахаров). Подвиг Богопознания. Письма с Афона, часть пятая. Вне Церкви. Письмо 29. Крест Христа [https://azbyka.ru/otechnik/Sofronij_Saharov/podvig-bogoroznanija/5]
7. Святой Хуан де ла Крус. Тёмная ночь [https://coollib.com/b/406227/read]
8. Старец Ефрем Филофейский. Моя жизнь со Старцем Иосифом / Перевод с греческого и примечания архимандрита Симеона (Гагатика). — Москва, Ахтырка: Ахтырский Свято-Троицкий монастырь, 2012. С. 195 - 196.
9. Эмилиан (Вафидис), архим. Толкование на подвижнические слова аввы Исаии.М., 2015. С. 77.
10. Turner, D. (1995). The Darkness of God: Negativity in Christian Mysticism. Cambridge: Cambridge University Press. doi:10.1017/CBO9780511583131
11. Peter M. Tyler. To Centre or Not to Centre: Ss Teresa of Avila and John of the Cross and the 'Centre of the Soul' // Christian mysticism and incarnational theology: between transcendence and immanence / edited by Louise Nelstrop and Simon d. Podmore. Ashgate 2013. p. 185.

Аффективные расстройства и коморбидная патология (био-психо-социально-духовный подход)

Аннотация: В докладе рассматриваются особенности аффективных расстройств, сочетанных с соматической или наркологической патологией, что может быть опосредовано наследственными, генетическими и поведенческими механизмами. С психологической точки зрения, ядром аффективных расстройств является отказ от себя, уход от ответственности за свою жизнь, что может описываться в различных подходах как «отрицание», «нарушение я-концепции», «деперсонализация». Современные православные авторы и отцы Церкви описывали такие состояния, как тоска, уныние, депрессия, меланхолия, и указывали и на связь соматических болезней с недугами души. Рассмотрение коморбидной патологии на основе био-психо-социально-духовной модели способствует обнаружению убедительных доказательств единства патологических механизмов на всех уровнях формирования патологии: биологическом, психологическом, социальном и духовном.

Ключевые слова: аффективные расстройства, коморбидность, био-психо-социально-духовный подход.

В структуре аффективной патологии преобладают расстройства, имеющие многофакторный характер коморбидности, при которых классические симптомы искажаются и переплетаются, дополняя друг друга. Отличие в клинических проявлениях коморбидных заболеваний от классической картины психических, наркологических или соматических расстройств затрудняет диагностику, а изолированное ведение таких пациентов узкими специалистами снижает эффективность терапии. Коморбидность определяет повышение риска неблагоприятного течения заболевания, суицидальной активности, социального неблагополучия в связи с заболеванием. Мононозологический подход в психиатрии и наркологии, по мнению Л.М. Барденштейна и соавт. (2008, 2017), ограничивает возможности диагностики и выбора оптимальной стратегии лечения. Представления о коморбидности на основе био-психо-социально-духовного подхода формируются путем создания многофакторных моделей взаимосвязи хронических депрессий, зависимостей и соматических заболеваний.

Биологическая составляющая аффективных заболеваний и синдромов зависимости включает в себя, в первую очередь, наследственные механизмы и генетически детерминированные особенности работы медиаторных систем. Общий нейробиологический субстрат депрессии и заболеваний зависимости на уровне нейромедиаторных систем обнаруживается для серотонинергической (da Cunha-Bang S., Knudsen G. M., 2021) дофаминергической передачи (Allain F. X с соавт., 2021; Park C. I., 2021). Сходство распределения генетического риска депрессии, отдельных соматических заболеваний и зависимостей от ПАВ позволяет говорить о формировании «генетически коморбидного» кластера заболеваний, для которых характерно наличие общих звеньев патогенеза. Анализ «генетической архитектуры» коморбидных заболеваний, по мнению Шмуклера А.Б. и соавт. (2020), является актуальной задачей комплексного исследования патологических процессов.

Реализации риска развития коморбидности способствуют как общие генетически детерминированные физиологические механизмы, так и поведенческие особенности, поэтому помимо оценки генетического контроля биологических факторов (химических, физиологических) необходимо

рассматривать генетическое влияние на черты личности, темперамента, которое оценивается в 55-65%, и генетическую роль в обеспечении систем реагирования на стрессоры социального домена, составляющую до 30-35% (Касьянов Е.Д., Мазо Г.Э., Кибитов А.О., 2018).

Психологическим ядром аффективной патологии является отказ от себя, уход от ответственности за свою жизнь, что описывается в различных подходах как «отрицание», «нарушение Я-концепции», «деперсонализация». Когнитивная триада А. Бека описывает типичные дисфункциональные схемы, характерные для депрессии: негативное отношение к себе, негативное отношение к миру и негативное отношение к будущему.

Согласно многофакторной модели эмоциональных расстройств (Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г., 1998) и четырех-аспектной модели анализа семейной системы (Холмогорова А. Б. с соавт., 2004, 2016), структура родительской семьи депрессивных пациентов характеризуется нарушениями иерархии с выраженным доминированием матери, во внутрисемейной микродинамике проявляется высокий уровень контроля, родительской критики и элиминирования эмоций, в ряду поколений отмечено большое количество стрессовых событий, жестокое обращение, несчастные случаи, ранние смерти, алкоголизация, семейной идеологии присущ культ перфекционизма, внешнего долженствования и соблюдения приличий.

Рассматривая функционирование и развитие человека в семье, основоположник теории семейных систем Мюррей Боуэн предлагает различать личность «...обособленную, независимую, дифференцированную от семьи и подчиненную, зависимую, сплавленную с семьей». «Дифференцированность» можно понимать как «способность различать чувства и разум». *Плохо дифференцированная личность* оказывается во власти чувств, находясь в слиянии с семейной системой, она не способна к отделению. *Хорошо дифференцированная личность* принимает решения рационально, самостоятельно, независимо от других и менее подвержена влиянию системы. Чем выше уровень дифференцированности у членов семьи, тем более здоровые отношения складываются между ними. В недифференцированной системе члены семьи находятся в слиянии, «спаяны» друг с другом. В такой семье очень много тревоги и взаимозависимости, не складываются здоровые отношения с миром, ограничены возможности интеграции в социум. Недифференцированная семейная система является основной ареной развития аффективной, психосоматической патологии и заболеваний зависимости.

В различных святоотеческих трудах и в книгах современных православных авторов ("Тоска, уныние, депрессия", схиархимандрит Гавриил (Бунге), "Слова", старец Паисий Святогорец, "Православная психотерапия", Митрополит Иерофей (Влахос)) депрессию чаще всего описывают как «уныние», под которым понимается «страсть», «болезнь души», «греховный помысел». Образ человеческой личности в святоотеческом учении определяется не наследственностью и впечатлениями детства, а свободой воли и восходит к Богу. Однако абсолютизированные естественные привязанности детей и родителей отвращают их от любви к Богу.

Евагрий Понтийский определяет уныние как «изнеможение души», которая «слабеет в силах», не имеет того, что ей естественно и не выдерживает мужественно искушений. Это прежде всего «расслабленность», упадок, «гипотония всех природных сил души», когда человек не способен справляться с болезненными помыслами. «От этого состояния расслабленности возникает чувство пустоты, скуки, неприязни, тошноты, неспособности что-либо удерживать в уме, изнеможение, «сердечная тревога» (Иоанн Кассиан); все эти

душевные состояния включает в себя понятие уныния». Печаль предвосхищает уныние, она связана с неутоленным желанием. Уныние иррационально, впадший в уныние негодует против всего, что попадает ему на пути, проявляя ярость, и тоскует обо всем, чего он лишен. Все доступное ненавистно, все недоступное – вождено. Что приводит к «хитрому смещению» подавленности и агрессивности. Поскольку уныние связано со всеми остальными страстями оно имеет значительную протяженность, представляя тупик для жизни души. Уныние понимается как страдание, но это и порок, за который человек несет ответственность. В отличие от меланхолии, которую можно рассматривать, как природную предрасположенность, за которую человек ответственности не несет. Евагрий Понтийский указывает и на связь соматических болезней с недугами души (схиархимандрит Гавриил (Бунге), 2014).

Рассмотрение коморбидной патологии на основе био-психо-социодуховной модели обнаруживает убедительные доказательства единства патологических механизмов различных вариантов зависимостей и депрессивных расстройств на всех уровнях формирования патологии: биологическом, психологическом, социальном и духовном.

Использованная литература:

1. Барденштейн Л.М., Пивень Б.Н. Коморбидные формы психических заболеваний. Москва: Рекламно-издательская фирма «Стройматериалы», 2008. 120 с.
2. Касьянов Е.Д., Мазо Г.Э., Кибитов А.О. В поисках «наследственных» форм депрессии: клинические, генетические и биологические подходы. Социальная и клиническая психиатрия. 2018; 28 (1): 74-82].
3. Схиархимандрит Гавриил (Бунге) Тоска, уныние, депрессия: Духовное учение Евагрия Понтийского об акедии/ Пер. с франц. Прот. Дмитрия Сизоненко. – 2-е изд., испр. – М.: Изд-во Сретенского монастыря, 2014. – 192 с." - Схиархимандрит Гавриил (Бунге).
4. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г. Многофакторная модель депрессивных, тревожных и соматоформных расстройств как основа их интегратив- ной психотерапии // Социальная и клиническая психиатрия. – 1998. – No 1. – С. 94–10.
5. Холмогорова А. Б., Полкунова Е. В. Особенности семейной системы пациентов с депрессивными расстройствами //Консультативная психология и психотерапия. – 2004. – Т. 12. – №. 2. – С. 142-156.
6. Холмогорова А.Б., Воликова С.В., Сорокова М.Г. Стандартизация опросника «Семейные эмоциональные коммуникации» // Консультативная психология и психотерапия. 2016. Т. 24. No 4. С. 97—125.
7. Шмуклер А.Б. и др. Сетевой анализ как перспективный метод изучения генетической архитектуры депрессии. Социальная и клиническая психиатрия. 2020;30(4): 69-75.
8. Allain F. et al. Amphetamine maintenance therapy during intermittent cocaine self-administration in rats attenuates psychomotor and dopamine sensitization and reduces addiction-like behavior //Neuropsychopharmacology. – 2021. – V. 46. – №. 2. – P. 305-315.
9. da Cunha-Bang S., Knudsen G. M. The modulatory role of serotonin on human impulsive aggression //Biological psychiatry. – 2021. – V. 90. – №. 7. – P. 447-457.
10. Park C. I. et al. Influence of dopamine-related genes on craving, impulsivity, and aggressiveness in Korean males with alcohol use disorder //European archives of psychiatry and clinical neuroscience. – 2021. – V. 271. – №. 5. – P. 865-872.

Депрессия и дух. Размышления о способности духовной жизни исцелять депрессию

Мои размышления о депрессии адресованы психиатрам, но я вовсе не собираюсь обсуждать здесь уже известные им темы. Религия единодушно признает связи между депрессией и биохимией мозга, депрессией и гормонами, депрессией и генетической предрасположенностью или же связь депрессии с особым укладом личности, который не является генетически обусловленным. Разъяснять психиатрам вопросы их собственной специальности было бы смешно, однако, необходимо высказать несколько соображений по поводу тех аспектов депрессий, которые имеют отношение к духовной жизни человека и общества в XXI веке, с позиций христианства. Несмотря на то, что доклад посвящен духовной стороне депрессии, вне всяких сомнений, я признаю биологические и химические механизмы депрессий.

Прежде всего, хотелось бы отметить, что даже принимая во внимание биологию того органа, коим является головной мозг, священник может играть и играет важную роль в устранении чувства вины пациента, страдающего депрессией. Депрессия – это не грех, депрессия во многих случаях не является следствием личного греха. Это не означает, однако, что грех не оказывает никакого влияния, никакого действия на природу человека, это влияние может быть огромным. В некоторых случаях грех будет дополнительным элементом, подталкивающим развитие болезни в определенном направлении.

Значение вины нельзя недооценивать, сосредотачиваясь только на изучении ее экзогенных и других причин. Сможет ли священник быть человеком достаточно совершенным для того, чтобы относиться к пациенту с депрессией по-отечески, позитивно, с пользой? Как он поступит с чувством вины? Конечно, всегда найдутся представители духовенства, которые, исходя из собственных ошибочных представлений, будут пытаться убедить человека в том, что депрессия – это грех, что все можно исправить молитвой, что никакой депрессии на самом деле нет, и что пациент просто должен быть более совершенным в вере. Безусловно, всегда найдутся священники, которые будут рассматривать депрессию в столь одностороннем ключе. Но священник способен показать и другое человеческое измерение. Ведь если человек будет осознавать себя плохим, то это в такой же степени будет делать его подавленным, а значит он будет причинять еще больше зла и еще больше печали. Конечно же, кто-то скажет: «Я знаю очень плохих людей, которым вовсе не грустно». Конечно, бывает и такое, но зло обычно влечет за собой печаль.

Стоит ли говорить о том, насколько разнообразны формы нравственной жизни, зависти, агрессивности, желания заставить других страдать? Конечно, когда я творю зло, это зло может иметь очень разные последствия для человека, ведь каждый человек – это целый мир. Зло порождает зло, – это действительно так, и эту темную сферу человеческой жизни также необходимо принимать во внимание. Но будет ошибкой, если священник захочет рассмотреть проблему депрессии только в контексте греха и молитвы, точно так же будет ошибкой, если психиатр не будет осознавать, что существует множество депрессий, в основе которых лежат экзистенциальные вопросы, например, вопрос о смысле жизни. Вопрос «для чего мы существуем?» – это духовный вопрос.

Стоит сказать об этом потому, что ко мне часто обращаются люди, страдающие депрессией, которые ранее обращались к психиатру. Таким людям кажется, что их страдание не имеет никакого отношения к смыслу жизни или ко

греху, потому что состояние уже достигло выраженной остроты, проблема, с которой они столкнулись, стала настолько запутанной, что ее суть остается сокрытой очень глубоко, под различными патологическими слоями, в которых больше нет осознанного выбора человека. Однако в начале развития состояния во многих случаях проблема сводилась к вопросу о нравственном благе.

Приведу пример. Когда человек приходит с определенной кардиологической проблемой, – с сужением артерии сердца, – врачу необходимо срочно начинать лечение. Однако много лет назад использовался бы иной подход, направленный на предотвращение усугубления состояния при помощи разнообразных диет и физических упражнений. В настоящее время некорректно было бы сказать пациенту с окклюзией артерий: «Начинайте делать упражнения, и все наладится!»; сейчас нужны совершенно другие меры, так как методы медицинского лечения непрерывно развиваются. Но все же изначально можно было бы подойти к сути проблемы с иной точки зрения, что приводит нас к вышесказанному. Именно здесь я мог бы внести свой скромный вклад, рассматривая проблему депрессии, не ограничиваясь ее биологическими причинами.

Нельзя недооценивать способность духовного измерения человека к нормализации состояния и в приведении к счастью, по крайней мере, некоторых людей, страдающих депрессией. Будет ли эта способность помогать всем больным? Нет, конечно, не всем. Разумеется, в определенных случаях медицина совершенно необходима. Конечно, зачастую нужны и медикаменты, и психотерапия. Однако когда больной встречается со священником, которого он принимает как своего духовного отца, предлагающего ему советы, сходные с теми, которые дал бы ему родной отец, и который, в отличие от психиатра, принимает его с любовью, больной обнаруживает эту любовь.

Священник приходит к пациенту ради добра, а не для того, чтобы от него что-нибудь получить. Во время первой же встречи или позднее священник пытается приобщить пациента к молитве, к литургии, к содержанию песнопений. В общинах, где восхваляется Бог, поются псалмы, читается и обсуждается слово Божие, есть нечто такое, что психиатр никогда не сможет дать – благодать. Благодать в таинствах, в литургии, в храме. Созерцание богослужения, икон, лобзание святынь – это не есть чистая психология. Для тех, кто верит в Бога, существует благодать, которая трансформирует человека изнутри. Я ни в коем случае не отрицаю медицину, этими словами я ни в коем случае не отрицаю невероятный труд психиатров и психологов, необходимость лекарств. Но дело в том, что элемент духовной жизни во многих случаях может быть настолько сильным, что, будучи лишь конститутивным элементом личности, он приведет человека не только к душевной норме, но и к счастью.

Приведу пример. У человека развивается депрессия, связанная с медико-биологическими причинами: мозг перестает вырабатывать какое-либо вещество или испытывает декомпенсацию и, наконец, возникает депрессия. Существует много видов депрессий, я говорю только об одном из этих видов, но этот пример будет показательным и для других. В данном случае, предположим, корень болезни – полностью органический, биологический, и все же духовное может заставить этого человека преодолеть себя и измениться. Потому что да, некоторое изменение биохимических веществ воздействует на работу мозга, что приводит к меланхолии, депрессии и раздражительности. Будет ли воля человека подавлена во всех случаях? Нет, абсолютно нет! Духовность может изменить психику, – в одних случаях сама по себе, в других случаях при помощи психиатра. Возможно, что причина депрессии не может быть устранена. Однако же духовная жизнь

может возобладать над этой причиной и может перевесить психологический ущерб, который наносит душе человека эта причина депрессии.

Это правда, что некоторые люди попадают в больницу в очень тяжелом состоянии: я хорошо знаю это как больничный капеллан. Бывает, что необходима госпитализация, лекарства, чтобы вернуть человека к душевной активности, чтобы у него было хотя бы минимальное количество душевных сил на то, чтобы заставить себя что-либо сделать. Но и духовный элемент нельзя оставлять в стороне. Правда и то, что духовное нельзя навязать человеку, его можно только предложить. И хороший психиатр скажет пациенту – вы религиозны? Вы христианин, Вы католик, Вы православный? Почему же не ищите ту целительную среду, в которую легко можете попасть? Позвольте себе увлечься ее преимуществами, – молитвами, литургией... Исцеляющий аспект богослужения признал бы даже самый атеистически настроенный психиатр. Но если психиатр будет человеком верующим, он будет признавать и то, что существует благодать, что есть что-то невидимое, что затрагивает человека.

В связи с широким распространением депрессий священникам в семинариях необходимо получать знания о том, что этот недуг – не Божие наказание, не результат грехов. Это понимание было бы неверно, так как мы знаем, что подавляющее большинство людей, страдающих депрессией, как правило, люди хорошие, простые и религиозные.

И последний аспект, который я хотел обсудить. Существует определенное несоответствие между реальностью и мышлением человека. Иногда это несоответствие, столкновение между реальностью и тем, что человек о ней думает (вследствие своего искаженного мышления), вызывает печаль. Я знаю, что это может показаться очень философским утверждением. Но этот механизм лежит в основе некоторых депрессий. Так как сегодня мы видим депрессии у пятнадцатилетних детей, живущих в любящей их семье, здоровых физически, у которых есть родители, имеющие деньги и способные обеспечить им будущее, но несмотря на это, у них развивается депрессия. Чтобы разобраться в этом, как я уже ранее говорил, мы не можем игнорировать определенные духовные факторы, которые могут повлиять на возникновение депрессии и ее лечение.

Другой пример. Человек разведен, ему шестьдесят лет, и он испытывает чувство одиночества, живет один, без детей, без жены, его родители – в приюте. У него уже есть немалые проблемы со здоровьем, половину своего свободного времени он сидит взаперти дома перед экраном мобильного телефона, не занимается физическими упражнениями, не участвует в общественной жизни, его сексуальные потребности не имеют ничего общего с реальностью. Однако под влиянием СМИ он считает, что заслуживает гораздо большего, чем имеет, что мир к нему несправедлив. Логично предположить, что у такого человека разовьется депрессия. Разумеется, он будет грустить, потому что реальность его жизни очень мрачна. Психиатр может заниматься его психикой, однако, то, что нужно было изменить в первую очередь, – его реальность.

Ярким примером реальности как субстрата, способствующего возникновению депрессии, является ситуация, когда все общество продвигает некоторые идеи и взгляды, не имеющие связи с действительностью. Существует множество примеров. В частности, случай шестидесятилетнего разведенного мужчины, который живет взаперти в своем доме без какой-либо социальной жизни. Нет никаких сомнений в том, что так живут миллионы людей, которые считают подобную жизнь нормой для пожилых людей XXI века. Но реальность вовсе не соответствует их представлениям о ней, о том, какой должна быть их работа и социальные устремления. Мы должны извиниться перед ними, за то, что они привыкли видеть по телевизору киноактеров – молодых людей, которые

практически безо всякого труда зарабатывают целые состояния, или великих спортсменов и совершенное общество, образ которого им навязывается. Таким образом происходит искажение образа реальности, за чем следует расплата: если этот образ или наша мысль не соответствуют действительности, происходит их столкновение, иногда очень жестокое, и наступает разочарование, порождающее депрессию.

Сегодня так обстоит дело на Западе, в Западной Европе. Несколько иначе в Соединенных Штатах, в России. Много верующих христианских психиатров осталось в Америке, также и в России, и в Восточной Европе. Однако в Западной Европе все не так. Здесь все больше и больше психиатров, которые не приводят пациента к естественному закону, к той области, где существуют нормы, – те самые нормы, которые не признаются нормами реальности ни психиатром, ни государством. В Западной Европе остается все меньше и меньше свободы приводить определенные примеры. За это приходится платить. Вам внушают: не думайте о глубоких смыслах, есть гораздо более незначительные вещи, которые обуславливают счастье человека. Например, сексуальность. Если молодая девушка или парень увлечены друг другом, и она может каждые выходные проводить ночь с кем-то другим, считая это совершенно нормальным, – что ж, она заплатит за это свою цену, – невозможностью создания семьи, верности, любви, выходящей за рамки интрижки на выходных. Необходимы усилия для понимания того, что существует естественный закон, и если тебе захочется через него переступить, это будет иметь последствия. Существует множество форм поведения людей, которые все больше и больше отклоняются от естественного закона.

Проблема во многом заключается в том, что в Западной Европе все больше психиатров считают нормальным то, что противоречит естественному закону. Здесь мы вступаем в религиозную сферу, конечно. В этой области ответы на вопросы будут зависеть от того будет ли врач атеистом или христианином. Обычно многие психиатры говорят, что их работа носит нерелигиозный характер, что они не интересуются этой областью. Но это неправда. В Западной Европе есть много психиатров, которые во время общения с пациентами просто продвигают свои собственные идеи в отношении религии. Я понимаю, что многие могут не согласиться с этим, но, на мой взгляд, наиболее частый совет, который дают многие современные психиатры, таков: держись подальше от священника, живи религией для себя. Они будут отрицать это, но это так и есть, психиатрия используется ими для навязывания пациентам своих собственных идей.

Позиция религии заключается в полном сотрудничестве с психиатрией. Однако поскольку описанная выше ситуация уже возникла в Испании, во Франции, в Германии, в Объединенном Королевстве, столкновение психиатрии с религией неизбежно, потому что каждый выбирает, что ему нравится. Психиатры дают свои собственные ответы на вопросы: что такое бытие вещей? Что правильно, а что неправильно? Каковы законы, с помощью которых нами управляют? Кроме того, они делают это с совершенно субъективной точки зрения, говоря верующим: если вы не согласны со мной, значит, Вы – фанатик.

Я знал случаи, когда психиатр, психолог, даже глава мэрии устанавливали свои нормы в отношении религии. Приведу пример, который может показаться проявлением глупости. Я вспоминаю одну мать, которую посетили представители отдела по социальным вопросам городского совета. И когда они увидели очень большое изображение Пресвятой Девы Марии в гостинице, то сказали:

- Вы должны снять это!
- Почему?

- Потому что Ваш сын чувствует себя оскорбленным, угнетенным, находясь под давлением такого большого религиозного образа в квартире. И это не наше пожелание. Вы должны убрать это изображение, и вот этот человек будет принимать решения об опеке над вашим ребенком. Если вы не будете нас слушаться, это сделают люди из социальных служб».

Мы живем в западном обществе, где столкновение психиатрии и религии неизбежно, но не из-за религии. Хотелось бы подчеркнуть, что, несмотря на то, что депрессия может иметь разные причины, духовное измерение может привести человека к выздоровлению. Логично, что священник должен идти рука об руку с пациентом. Но иногда пациент никоим образом не хочет обращаться к психиатру. Мы всегда говорим в таком случае: "Идите к психиатру и продолжайте приходить сюда, в церковь, но обратитесь к психиатру". Однако часто люди категорически отказываются. В этом случае священник, помимо того, что продолжает настаивать на обращении к психиатру, может все же оказать на пациента положительное влияние. Мы все, в том числе и я, часто призываем: «послушайте психиатра», но при этом обнаруживаем, что в течение многих лет вокруг нас собираются люди, которые ни в коем случае не хотели обращаться к психиатру и, тем не менее, обрели здоровье... В большинстве случаев, когда они способны ходить в церковь каждый день, у них имеется достаточное количество сил для того, чтобы духовное привело их к восстановлению счастья, а это вытесняет печаль.

Есть много примеров целительной силы духовной жизни. Это похоже на поток воды, который смывает все плохое, каковы бы ни были причины этого. Конечно, есть верующие люди с депрессией, которые идут в храм, но есть и случаи, когда из-за болезни они даже не могут попасть в церковь. В любом случае, большинство из тех пациентов с депрессиями, кто приходит в церковь, находятся в состоянии, в котором они могут бороться, приблизиться к Богу, испытать нечто новое. Они вновь обретают любовь Небесного Отца, который любит их, и каждый день такие пациенты ставят перед собой определенные цели и задачи, которые они должны выполнять просто из-за любви к Богу.

Мы живем в интересное время, когда общество все больше отстает от естественного бытия вещей, что делает работу психиатров все более и более сложной.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Алексеева Анна Григорьевна – к.м.н., ст. науч. сотр. группы по изучению особых форм психической патологии ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» (НЦПЗ)¹.

Бабурин Алексей, протоиерей – клирик больничного храма в честь иконы Божией Матери Целительница при НЦПЗ и храма Ризоположения Господня на Донской улице города Москвы, Россия; ст. науч. сотр. НЦПЗ, председатель правления Межрегионального общественного движения в поддержку семейных клубов трезвости; член исполкома Общества православных врачей России им. святителя Луки (Войно-Ясенецкого).

Барденштейн Леонид Михайлович – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой психиатрии и наркологии Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова Минздрава России, Заслуженный врач Российской Федерации.

Баурова Наталия Николаевна – к.псх.н., медицинский психолог кафедры психиатрии ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» Минобороны России.

Беланова Ангелина Михайловна – психолог ФГКУ «1602 Военный клинический госпиталь» Минобороны России, сестра милосердия.

Борисова Ольга Александровна – к.м.н., ведущий науч. сотр. группы по изучению особых форм психической патологии НЦПЗ.

Бринк, Барт ван ден – д.м.н., психиатр, исследователь Центра исследований и инноваций в области христианского психического здоровья (Нидерланды).

Великанов Павел, протоиерей – доцент кафедры богословия Московской духовной академии.

Виал Мена Венсеслао Доминго – д.м.н., д.ф.н., профессор Папского университета Святого Креста, Рим, Италия.

Витко Юлия Станиславовна – стажер-исследователь Международной лаборатории позитивной психологии личности и мотивации, Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики».

Владимирова Татьяна Витальевна – к.м.н., ст. науч. сотр. отдела юношеской психиатрии НЦПЗ.

Гарсия Мартинес Франсиско – профессор, декан богословского факультета Папского университета Саламанки, Испания.

Гедевани Екатерина Владимировна – к.м.н., ст. науч. сотр. НЦПЗ.

¹ ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» – далее в этом разделе – НЦПЗ.

Гусев Виктор, протоиерей – клирик больничного храма в честь иконы Божией Матери Целительница при НЦПЗ.

Иванин Дмитрий Алексеевич – аспирант Сретенской духовной академии.

Каледа Василий Глебович – д.м.н., заместитель директора НЦПЗ, гл. науч. сотр. отдела по изучению эндогенных психозов и аффективных состояний, профессор кафедры практического богословия Православного Свято-Тихоновского гуманитарного университета.

Копейко Григорий Иванович – к.м.н., заместитель директора по научной работе НЦПЗ.

Кукурулл Хосе Антонио Фортеа, священник – богослов, капеллан Университетской клиники им. Принца Астурийского, Алкала де Энарес, Испания.

Курасов Евгений Сергеевич – д.м.н., профессор кафедры психиатрии ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» Минобороны России.

Лазько Наталья Викторовна – к.м.н., психиатр, сотрудница ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России.

Лебедева Анна Александровна – к.псх.н., доцент Департамента психологии, факультет социальных наук, ст. науч. сотр. Международной лаборатории позитивной психологии личности и мотивации, Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики».

Магай Андрей Игоревич – мл. науч. сотр. группы по изучению особых форм психической патологии НЦПЗ.

Мартинкевич Николай, протоиерей – клирик храма во имя свв. мцц. Флора и Лавра в селе Ям.

Машкова Ирина Юрьевна – к.м.н, доцент кафедры психиатрии и наркологии Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова Минздрава России.

Морейра-Альмейда, Александр – д.м.н., д.ф.н., профессор психиатрии и директор Исследовательского центра духовности и здоровья (NUPES), Медицинский факультет Федерального университета Жуиз-де-Фора (UFJF), Бразилия; председатель секции духовности Латиноамериканской психиатрической ассоциации (APAL); бывший председатель секции религии, духовности и психиатрии Всемирной психиатрической ассоциации (WPA 2014-2020) и Бразильской психиатрической ассоциации (ABP 2014-2021).

Надюк Руслан Иванович – к.псх.н., декан факультета дополнительного образования служащих, начальник отделения душепопечительства Семинарии Евангельских Христиан.

Немцев Алексей Викторович – к.псх.н., доцент кафедры генетической и клинической психологии Национального исследовательского Томского государственного университета, Томск.

Одяков Илия, протоиерей – клирик больничного храма в честь иконы Божией Матери Целительница при НЦПЗ.

Осипова Наталья Николаевна – к.м.н, доцент кафедры психиатрии и наркологии Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова Минздрава России.

Павлова Ольга Сергеевна – к.пед.н., доцент, заведующая кафедрой этнопсихологии и психологических проблем поликультурного образования ФГБОУ ВО МГППУ, ст. науч. сотр. Федерального координационного ресурсного центра по психологической и социокультурной адаптации несовершеннолетних иностранных граждан, заместитель главного редактора журнала "Minbar. Islamic Studies".

Пальчиков Максим Александрович – доцент кафедры психиатрии с наркологией Воронежского государственного медицинского университета им. Н.Н. Бурденко.

Рутковская Наталья Сергеевна – преподаватель кафедры психиатрии ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» Минобороны России.

Сергий, Митрополит Воронежский и Лискинский.

Смирнова Евгения Вадимовна – аспирант группы по изучению особых форм психической патологии НЦПЗ.

Тарумов Дмитрий Андреевич – д.м.н., врач-психиатр, полковник медицинской службы, доцент первой кафедры терапии усовершенствования врачей ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» Минобороны России.

Фаттахова Татьяна Ивановна – медицинский психолог высшей квалификации ФГКУ «1602 Военный клинический госпиталь» Минобороны России.

Ферла Мария Тереза – д.м.н., главный врач Оперативного отдела психиатрии Отделения психического здоровья больницы Ро-Милан, профессор феноменологической психопатологии Миланского университета – Бикокка, Италия.

Хосе Антонио Фортеа Кукурулл, священник – богослов, капеллан Университетской клиники им. Принца Астурийского (Алкала де Энарес, Испания).

Шамрей Владислав Казимирович – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой психиатрии ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» Минобороны России.

Шаньков Федор Михайлович – научный сотрудник группы по изучению особых форм психической патологии НЦПЗ.