

Религиозный ресурс психиатрии и ментальной медицины

СИДОРОВ П.И. д.м.н., профессор, академик РАН, Институт ментальной медицины; Северный государственный медицинский университет; 163001, г. Архангельск, пр. Троицкий, д. 51; e-mail: pavelsidorov13@gmail.com

Систематизированы сохраняющиеся зоны напряжения между религией и психиатрией и возможности их преодоления в рамках синергетической биопсихосоциодуховной методологии ментальной медицины; рассмотрены исторические и современные формы участия основных религий в укреплении ментального здоровья и лечении ментальных недугов; взаимодополнение и синтез саногенетических, психотерапевтических и религиозных подходов в духовно-интегрированных лечебно-реабилитационных и превентивно-коррекционных программах; особенности и масштабы нового ментального феномена «веры без религии»; показана эффективность душевно- и духовно-интегрированной терапии; выделены направления реализации религиозного ресурса в ментальной превентологии и клинической психиатрии; обоснованы перспективные направления дальнейших исследований в области психиатрии, ментальной медицины и религии.

Ключевые слова: миссия религии, ментальное здоровье, ментальные недуги, ментальная превентология, ментальная медицина, духовная терапия, духовно-интегрированное лечение, «синергетический человек», биопсихосоциодуховная методология, саногенетическая терапия

Системный кризис психиатрии актуализировал поиск новых и переосмысление традиционных концептуально-методологических подходов к повышению эффективности терапии. Одним из таких направлений является духовно-интегрированное лечение, опирающееся на религиозный потенциал как официальных конфессий, так и «веры без посредников», становясь ресурсом ментальной медицины.

Ментальная медицина, имеющая синергетическую биопсихосоциодуховную методологию, позволяет расширить донологическое поле и повысить эффективность реализации религиозного ресурса для укрепления как ментального здоровья в рамках превентивно-коррекционных программ, так и лечебно-реабилитационных технологий клинической психиатрии [15, 17]. Эта методология позволяет измерять ресурсы организма человека как *биогенетическую матрицу* менталитета; веру как универсальную *психогенетическую матрицу* личности, стабилизирующую ее структуру и определяющую приоритеты стиля жизни; религию как *анимогенетическую матрицу*, наполненную образом Бога с нравственно-ценностными и мировоззренческо-идеологическими смыслами; Церковь как *социогенетическую составляющую* инфраструктуры общества и государства.

Целью статьи стала систематизация сохраняющихся зон напряжения между религией и психиатрией, а также возможностей их преодоления в рамках методологии ментальной медицины; рассмотрение исторических и современных форм участия религии в укреплении ментального здоровья и

лечении ментальных недугов; оценка эффективности духовно-интегрированных превентивно-коррекционных и лечебно-реабилитационных программ ментальной медицины; выделение механизмов реализации религиозного ресурса; обоснование перспективных направлений дальнейших синергетических исследований.

Ментальное здоровье как канонический религиозный приоритет

Ментальное здоровье имеет очень важную составляющую — духовно-нравственную. Любая мировая религия содержит в своих канонах обязательную заботу о нравственном и душевном здоровье, профилактику стрессов и зависимостей [14]. Только воистину здоровая и свободная личность может полностью раскрыть свою духовность и человечность.

Концептуально-методологические и операционно-технологические ресурсы всех мировых религий нарабатывались и совершенствовались веками. На максимальном уровне обобщения в терминологии ментальной медицины миссия любой конфессии состоит в адаптивном управлении общественным сознанием. Механизмы реализации этой миссии зависят от избранной человеком модели восприятия реальности: православной или католической, мусульманской или иудейской и т.д. Принципиально важно отметить, что любая из этих моделей позволяет человеку стремиться и приближаться к высокому Образу и глубокому Смыслу своего Бога.

Многолетние параллельные попытки науки вписать человека в определенные рамки социально-идеологических трендов прошли большой путь от модели «социального животного» до «психосоциального человека» и «синергетического человека», т.е. биопсихосоциодуховного [17]. Совершенно понятно, что никакая модель или схема не может приблизиться к многообразию человеческой природы и лишь фиксирует методологические ресурсы времени. На сегодня четырехмерный синергетический подход к адаптивному управлению общественным сознанием можно отнести к последнему приближению. Уместно напомнить, что и теория относительности А. Эйнштейна была создана именно для четырехмерного пространства. Неслучайно и то, что разработанная нами *саногенетическая терапия* [8] как *адаптивное биопсихосоциодуховное управление сознанием пациента является научно-технологическим воплощением базовой мультиконфессиональной миссии*. Саногенетическая терапия стала синергетическим инструментом ментальной медицины, призванным не только лечить ментальные недуги и укреплять ментальное здоровье, но и обеспечивать адаптивную защиту общественного сознания, т.е. реализовывать ментальную парадигму национальной безопасности.

Не погружаясь в огромный объем интереснейших исследований, раскрывающих параллели и взаимосвязи богословия с психологией и психотерапией, философией и социологией, медициной и профилактикой, нейролингвистикой и психофизиологией и др., остановимся только на религиозном потенциале четырехъядерной ментальной медицины: соматогенезе и психогенезе, анимогенезе и социогенезе.

Так, *религиозный ресурс соматогенеза* представлен многовариантной *нутриционнoй терапией*: христианским постом и мусульманским рамаданом, вегетарианством кундалини-йоги и течений браманизма и буддизма; *нейрофизиотерапией*: темпо-ритмологической и интонационно-эмоциональной подсознательной резонансной настройкой общественного сознания прихода; моно- и бинауральными психофизиологическими эффектами церковной музыки и хорового пения, колокольным звоном и трубами, гонгами и барабанами, гармонизирующими биоэлектрическую активность мозга, и др.

Религиозный ресурс психогенеза представлен христианской и православной, мусульманской и иудейской, и другими *психологией и психотерапией* (сотни форм и методов); огромным мультиконфессиональным молитвенным и медитационным опытом; практиками вдохновенной проповеди, облегчающей и очищающей душу исповеди, разнообразием обращений к Богу, запускающим интерактивные механизмы внутреннего диалога; и др.

Религиозный ресурс анимогенеза представлен нравственно-ценностным понимаем христианского долга в духе Святого Евангелия, мусульманского долга в духе Корана, иудейского долга в духе Талмуда и т. п.; многовариантной и поликонфессиональной этикой межличностного общения; единством гуманитарной и милосердной миссии религии и медицины; и др.

Религиозный ресурс социогенеза представлен разнообразными формами и методами социального служения, послушания и душепопечения; поведенческими и социальными моделями профессионального (или церковного в богословском понимании) общественно-государственного, общественного-частного и государственно-частного партнерства, обеспечивающих церковное строительство и духовное созидание; различными формами религиозных детских и подростковых, юношеских и женских объединений, сестричеств милосердия и волонтерских движений, воскресных школ, религиозных обществ врачей и педагогов, социальных работников и воспитателей, меценатов и благотворителей, и др.

В качестве примера из огромного разнообразия профессиональных форм социального служения можно привести отдельные иллюстрации.

Так, *основными принципами православного душепопечения*, которые вполне транслируемы на любые формы и методы духовно-интегрированной терапии, являются положения, сложившиеся в Душепопечительском центре во имя святого праведного Иоанна Кронштадтского:

1. Исповедь православной веры и привнесение ее духовной истины и чистоты во врачебную, психологическую и психотерапевтическую деятельность.

2. Базирование душепопечительской практики на религиозно-философском и психологическом отеческом и святоотеческом наследии.

3. Неприятие оккультно-мистических техник.

4. Пастырское окормление:

- пастырские собеседования и проповеди;
- занятия в группе по изучению Святого Писания;
- приобщение к церковной жизни: Святые Таинства Крещения, Исповеди, Причастия, Елеосвящения;
- литургическая жизнь, совершение молебнов, паломнические поездки по святым местам [4].

В истории Русской православной церкви (РПЦ) начала XX века есть впечатляющие *социогенетические модели* противостояния социальной эпидемии пьянства [14]. Сдерживания роста этого социального недуга удавалось добиться только многоуровневой макро- (государство) и мезо- (губерния,

город, село), милли- (семья) и микро- (личность) социальной мобилизацией и межведомственной синхронизацией деятельности государственных, общественных и духовных церковных институтов, повышающих нравственный потенциал нации. Непродолжительные периоды эффективного противостояния пьянству возникали только тогда, когда государство законодательно регулировало производство и продажу спиртного; церковь укрепляла общественную нравственность и духовный иммунитет, являющийся единственной «поливалентной прививкой» от любых социальных недугов; полиция пресекала, а не крышевала нарушения производства и продажи спиртного, а также последовательно реагировала на злоупотребление спиртным в обществе и на дорогах страны; школа системно внедряла антиалкогольное воспитание и образование; медицина выполняла профессиональные задачи по дезинтоксикации и депсихотизации больных; общественные организации создавали общества «охранения народного здоровья», организуя широкий фронт сопротивления социальному злу. Такой опыт у России и РПЦ уже есть, но сегодня он реализуется в узковедомственном формате: в деятельности Всероссийского общества православных врачей, Ассоциации сестричеств РПЦ без эшелонированной многоуровневости и мультиведомственной системности.

Другим историческим примером эффективной религиозной антинаркотической кампании явилась деятельность американского еврейского сообщества полвека назад. Так, в ходе эпидемиологического исследования было обнаружено, что около 20% пролеченных наркоманов в Сан-Франциско евреи, а темпы роста распространенности наркотизации среди еврейских детей стали приближаться к традиционно-уязвимым этническим группам [29]. Еврейская общественность пережила то, что можно назвать шоком, обнаружив высокую терпимость иудейской религии к психоактивным веществам (ПАВ) и безоружность перед растущими масштабами зависимости. В какой-то момент в обществе началась паника, так как родители буквально «потеряли голову от проблем», индуцируясь всплеском публикаций в средствах массовой информации о новом самоубийственном геноциде еврейской нации.

В ответ на международном уровне, привлекая правительство Израиля, была разработана комплексная программа, системно мобилизовавшая ресурсы государственно-частного и общественно-государственного партнерства с опорой на религиозную сеть приходов и основным фокусом усилий на первичную профилактику наркотизма в семье.

При синагогах организовывались центры для евреев, зависимых от наркотиков. Был организован специальный Комитет по делам семей и детей при Федерации еврейских филантропов в Нью-Йорке. Уже тогда было совершенно понятно, что профилактика деструктивных зависимостей — это усиление адаптивной зависимости от религиозных и духовных традиций, нравственно-ценностного потенциала семьи и капитализация будущего нации в воспитании и образовании детей. Был пересмотрен ортодоксальный документ «Halakhis», категорически запретивший истинным евреям употреблять наркотики, и особенно марихуану. Поскольку в иудаизме источником мотивационно-установочной интерпретации этики межличностного общения является Тора, были систематизированы рекомендации по предостережению правоверных от употребления ПАВ. Принципиально важно отметить, что «духовные прививки» делались не просто механистично «против ПАВ», а формировались ментальные и поведенческие модели траектории судеб, ориентированных на успех и здоровье, богатство и благополучие, и т. п. в зависимости от личностной и семейной моральной и ресурсной еврейской типологии.

Позитивные результаты были получены в течение 10 лет и обобщены в первой иудейской монографии о борьбе с наркоманией [38], где в мультидисциплинарном режиме были описаны религиозные и этнические, этические и психологические, социологические и медицинские аспекты наркотизма. Эта книга L. Landman [38] стала первой ласточкой будущей синергетической методологии в наркологической превентологии [14] и рекомендовалась прежде всего родителям, чьи дети могли быть уязвимы в отношении ПАВ.

Эффект психопрофилактической программе обеспечили комплексность и системность, а также тонкая и гармоничная настройка ментальных и поведенческих моделей, учитывающих многоуровневую матричную проекцию религиозных иудейских традиций ↔ общественно-политического социального дизайна ↔ обычаев семьи ↔ личностных приоритетов. Только при таком эшелонированном подходе «поступок как имплицитное суждение» (по С.Л. Рубинштейну) становится следствием «духовной антинаркотической иммунизации».

Эффективность использования религиозных ресурсов в превентивно-коррекционных и лечебно-реабилитационных духовно-интегрированных протоколах и программах психиатрии и ментальной медицины до сих пор изучалась недостаточно, и в настоящее время слишком мало научных и лонгитудинальных катанестических данных.

**«Вера без религии»
как новая ментальная парадигма**

В США в 2012 году в ходе общего социологического обследования (General Social Survey) было обнаружено, что почти 15% населения относится к числу «верующих без религии»: люди не связывали себя ни с какой конфессией и им не нужны были храмы и священнослужители. Ряд глобальных исследований мировой религиозности подтвердил масштаб нового феномена «веры без посредников». Мир столкнулся с новой реальностью.

На международной конференции, организованной одним из крупнейших социологических центров мира (Gallup, Pew Research Center) в 2012 году, «новые нерелигиозные» получили особое наименование — «попес», или «люди нет», «никакие». Было показано (табл. 1), что они составляют существенную часть населения мира (более 1 млрд). У них сохраняются собственные религиозные представления: 30% «никаких» французов и 68% таких же американцев верят в Бога, 44% «никаких» китайцев совершают богослужения у могил предков. Однако сами себя традиционными верующими они не считают. При опросе «людей нет» 9 из 10 сказали, что не ищут религии, которая им подходит. Они ничего не ищут, они уже нашли свое «нет», которое означает общение и воссоединение с Богом без посредников.

Сотрудники Gallup пытаются объяснить это явление новым отношением людей к ярлыкам и уходу

от стигматизации, другие исследователи обращают внимание на рост «людей нет» только в категории респондентов с либеральными взглядами, тогда как консерваторы хранят верность старым религиям, усматривая в этом символический протест против религиозных «правых».

Все исследователи отмечают, что «никакие» относятся в основном к одному поколению рожденных между 1966 и 1975 годами, хотя и их предшественники, и потомки демонстрируют гораздо большую определенность и традиционализм.

Отказ от религиозных ярлыков пока не привел к большой кооперации и открытости между людьми. По данным Pew Research Center «никакие» отличаются тотальной разобщенностью, они склонны не только религии, но и другим людям говорить «нет» [43].

Председатель Синодального отдела по церковной благотворительности и социальному служению РПЦ, председатель Всероссийского общества православных врачей епископ Пантелеимон относит «никаких» к «бедной вере», отражающей глобальную тенденцию деэтизации и деморализации сознания, снижения уровня культуры и образования.

В распространении субпопуляции «никаких» можно усмотреть современные тенденции индивидуализма и сепаратизма, но масштабы явления требуют внимательного отношения к возможной завтрашней «кристаллизации» новой религиозной парадигмы в едином виртуальном пространстве, ведь «нет» это первый скрининговый признак креативности.

Известный русский религиозный философ Николай Бердяев писал: «Официальные люди церкви, профессионалы религии, говорят нам, что дело личного спасения есть единое на потребу, что творчество для этой цели не нужно и даже вредно... Простая баба, говорят нам, спасается лучше, чем философ, и для ее спасения не нужно знания, не нужна культура и пр. Но позволительно усомниться в том, что Богу нужны только простые Бабы, что этим исчерпывается план божий о мире» [3]. В церковь человека принимают за то, что он НЕ сделал: не убивал, не прелюбодействовал, не крал и т. д. А то, что он сделал: создал, написал, открыл, изобрел, то есть собственно приумножение талантов, полученных от Создателя, — об этом в церкви не спрашивают, это вне ее интересов. Но именно за это мы напрямую отвечаем перед Богом, и в этом ключ к пониманию «бедной веры».

В 2012 году некоммерческая социологическая служба «Среда» провела масштабное исследование в рамках проекта «Атлас религий и национальностей России» [2], опросив 57 тысяч человек почти

Таблица 1

**Страны, лидирующие
по численности «верующих без религии» [43]**

Страны	Количество верующих, тыс. человек
Китай	700 680
Япония	72 120
США	50 980
Вьетнам	26 040
Россия	23 180
Южная Корея	22 350
Германия	20 350
Франция	17 580
Северная Корея	17 350
Бразилия	15 410

во всех регионах страны. Согласно этим данным, к РПЦ себя относят 41% населения, а не 80%, как считалось раньше. На втором месте — 25% — оказались люди, которые просто верят в Бога и при этом не исповедуют никакой конкретной религии. К ним можно добавить 4% экуменистов, т.е. христиан, не относящих себя ни к какой конфессии. Именно такие «бедные верующие», а вовсе не «тоталитарные секты» являются сегодня основным соперником традиционных религий в России. «Бедная Вера» в существенной мере достояние людей образованных: среди студенчества доля «неконфессионалов» наиболее высока — 46%. Именно эти люди завтра могут совершить прорыв в развитии гражданского общества, требующего нового качества ментального здоровья [22]. Это подтверждается и тем, что около четверти представителей различных религий в России, а также «верующих без религии» надеются стать ближе к Богу, чем сейчас (табл. 2).

По существу, это косвенный маркер готовности к самосовершенствованию и движению за лучшую жизнь, за развитие и процветание России.

Н.М. van Praag [47] отмечает прогрессирующую потерю престижа католической церкви и церковных институтов на фоне роста религиозности, рассматри-

ваемой в качестве нормативного компонента личности человека. Автор склонен рассматривать ее как биологически закрепленную и генетически детерминированную, что подтверждается регистрируемым изменением нейронной активности мозга в зависимости от интенсивности и глубины религиозных переживаний [36, 46]. Однако нейробиологические процессы только опосредуют религиозность, психологическая природа которой наполнена многофункциональным образом Бога, как:

- 1) символа неограниченного творческого потенциала и абсолютной нравственности;
- 2) идеализированной формы отеческих и материнских качеств, аккумулированных в Богообразовании;
- 3) символа объединения с совестью человека, очищения от греха и порока;
- 4) обретения смысла и предназначения.

Образ Бога — важнейший инструмент личностной поддержки, совсем не обязательно требующий церковного воплощения. Религиозность — свойство человеческого разума. Религия — его продукт, институционализированный в церкви [44, 55].

Если традиционное построение духовно-реабилитационной программы предполагает тандем священника и психиатра, то новые реалии требуют

Таблица 2

Хотели бы вы верить в Бога больше, чем верите сейчас? [2]

Группа по вероисповеданию	Доля давших положительный ответ в различных группах по вероисповеданию, %
Не верю в Бога	4
Верю в Бога (высшую силу), но конкретную религию не исповедую	26
Исповедую христианство, но не считаю себя ни православным, ни католиком, ни протестантом	23
Исповедую православие и принадлежу к РПЦ	21
Исповедую православие, являюсь старообрядцем	34
Исповедую православие, но не принадлежу к РПЦ и не являюсь старообрядцем	26
Исповедую католицизм	31
Исповедую протестантизм	28
Исповедую ислам суннитского направления	23
Исповедую ислам шиитского направления	21
Исповедую ислам, но не являюсь ни суннитом, ни шиитом	14
Исповедую иудаизм	0

от психолого-психиатрического профессионального сообщества более глубокой духовно-нравственной и религиозно-культуральной подготовки. Безусловно, психиатр никогда по смыслу, стилю и мандату не станет духовником. Этому в существенной мере будет мешать и тотальная стигматизация, но в рамках биопсихосоциодуховной методологии ментальной медицины религиозный ресурс становится просто обязательным интегральным звеном Духовной терапии.

Анимогенез как паттерн душевно-и духовно-интегрированной психокоррекции и психотерапии

Анима, анимус (лат. *anima* — душа и *animus* — дух) — понятия, выражающие в древнегреческой культуре феномен духовного, выступали этапами эволюции осмысления духовности: если анима (душа) неотделима от своего телесного носителя, то анимус (дух) обладает статусом автономии.

Анимогенез — онтогенетическое духовно-нравственное развитие личности, структурирующее ментальное здоровье и являющееся центральной частью четырехъядерной биопсихосоциодуховной модели ментальной медицины, позволяющей оценивать и прогнозировать фрактальную траекторию развития состояний и заболеваний «синергетического человека», а также системно выстраивать мультидисциплинарный превентивно-коррекционный (ментальная превентология) и лечебно-реабилитационный (клиническая психиатрия) протокол помощи [15, 17].

В православной аскетике понимание «душевных болезней» значительно шире, чем в психиатрии. Аскетика имеет в виду не только ярко выраженную психопатологию, акцентуации характера, пограничные состояния, различные формы расстройств личности, но и «безнравственное состояние ума и сердца человека, волевою неспособностью состояния в добре» [7].

По мнению митрополита Антония Сурожского, важно различать *духовное* и *душевное*: «Когда речь идёт о духовности и душевности, эти области часто путают. Если спрашиваешь людей об их духовной жизни, очень часто в ответ они описывают своё душевное состояние, как будто духовная жизнь может быть выражена физическими и психологическими проявлениями. Однако если обратимся к Священному Писанию, мы увидим, что с самого начала истории человечества совершенно ясно определены две области: дух и плоть. А между ними находится область человеческой душевности, человеческая душа, очень напоминающая сумерки между тьмой и светом.

Душевность — область воображения, фантазии, ложных толкований; именно она нуждается, чтобы

её очистил, просветил Бог, заполнил Собой. Наше дело — открыть Ему доступ путём собственной трезвости, путём неустанной борьбы с воображением. И, тем не менее, мы не можем познать ни Бога, ни благодати, ни многие взаимоотношения иначе, как на этом уровне» [18].

В Ветхом Завете (Сирах, 40, 1—15) существует заповедь относительно обращения к врачу: «Почитай врача честию по надобности в нём, ибо Господь создал его, и от Вышнего врачевание... Господь создал... врача, и благоразумный человек не будет пренебрегать им. Сын мой! В болезни твоей не будь небрежен, но молись Господу и Он исцелит тебя. Оставь греховную жизнь, и исправь руки твои, и от всякого греха очисти сердце... И дай место врачу, ибо и его создал Господь, и да не удаляется он от тебя, ибо он нужен... Кто согрешает пред Сотворившим его, да впадёт в руки врача!».

Как замечает психолог Т.А.Флоренская: «История отечественной науки свидетельствует о том, что *бездуховная психология оказывается и бездушной — «наукой без души»*. Став естественнонаучной дисциплиной, психология «разобрала» душу на части, умертвив её: так умирает душа, оторвавшаяся от духа, так утрачивает себя, своё изначальное призвание бездуховная психология. Психология начинает интенсивно осваивать наследие (мировое и отечественное) религиозной философии, духовного опыта исповедников веры, подвижников духа, расширять опыт работы с субъективным миром человека, его сознанием, а главное — строить новый взгляд, новое видение человеческой реальности в её субъективной проекции. Появление второго полюса психологической предметности — духовности — открывает перед психологией перспективу стать подлинным лидером, а во многом и законодателем в системе наук о человеке» [20].

О важности *духовно-интегрированных подходов* свидетельствуют классики различных направлений психотерапевтических школ. Выдающийся австрийский психотерапевт, автор логотерапии Виктор Франкл [21] считает, что медицинское служение не претендует на то, чтобы быть замещением того лечения душ, которое практикуется священником. Каково же соотношение между психотерапией и религией? На его взгляд, ответ очень прост: цель психотерапии — лечить душу, сделать её здоровой; цель религии — нечто существенно отличающееся — спасти душу. Но замечателен побочный эффект религии — психогигиенический. Религия даёт человеку духовный якорь спасения с таким чувством уверенности, которое он не может найти нигде больше. Нельзя сводить религию к неврозу или «коллективному бессознательному».

Духовное измерение не может быть игнорируемо, именно оно делает нас людьми.

В. Франкл [21] напомнил психологам и психотерапевтам, что конечное разрешение человеческих проблем невозможно вне осознания его отношений с Богом: религиозный человек отличается, по-видимому, от нерелигиозного переживанием своего существования не просто как задачи, но как миссии. Это означает, что он осознаёт как Личность Того, от Кого исходит эта задача, ему известен Источник его миссии. Тысячи лет этот источник назывался Богом.

Такого же мнения придерживался президент Ассоциации гуманистической психологии профессор Сэйбурского университета Джеймс Бьюдженталь. В «Науке быть живым» он пишет о возможностях, приоткрываемых процессом самопознания и внутренней работы по расчистке пути к духовному плану человеческого бытия: «Все мы ищем Бога, все. Атеисты и агностики не меньше, чем богомольцы. Мы можем отказаться от этого поиска не больше, чем остановить поток нашего сознания. Наши мысли неизбежно сталкивают то, что есть, с тем, чего мы желаем, и вскоре мы уже представляем себе, какими мы могли бы быть и таким образом, вступаем на путь поиска Бога. Я верю в то, что поиск Бога совпадает с глубочайшими стремлениями человека к его собственному бытию» [5].

Выдающийся психолог и психотерапевт Ролло Мэй, классик экзистенциально-гуманистической психологии, считал, что прежде, чем начать работу с человеком, психотерапевт должен составить для себя портрет личности, состоящий из четырёх слагаемых: свобода, индивидуальность, социальная интегрированность и глубина религиозности. «Духовность личности является признаком больших возможностей. Это повод для ликования, ибо искра Божия потревожила темноту внутри нашей земной оболочки... Портрет личности будет неполным, если не учитывать её внутреннюю духовную напряжённость. Системы психотерапии, исходящие из чисто натуралистических принципов, обречены на неуспех. Мы можем сделать вывод, что здоровая личность должна творчески адаптироваться к пониманию предельности и что залогом здоровья является осознанное чувство духовности. Задача консультанта — научить клиента достойно принять и сделать устойчивым то духовное напряжение, которое присуще природе человека» [9].

Роберт Дилтс [6], один из ведущих специалистов в области нейролингвистического программирования (НЛП), считает, что «ответить на вопросы, касающиеся миссии (человека в этом мире) никак невозможно, не затрагивая тему Бога». Психотерапевты этого направления в своей работе с проблемами

пациентов используют таблицу логических уровней, работа над которыми приводит человека к более глубокому пониманию себя и своего места в мире.

Психотерапевты, использующие НЛП как основную методику, предполагают, что для решения психологических проблем избавления от болезненных симптомов человек в конечном итоге должен прийти к вопросу осознания своего места в этом мире, смысла своей жизненной миссии, своих отношений с Богом [1, 10]. Поэтому можно сказать, что утверждение о том, что психология, психотерапия, а тем более ментальная медицина, могут быть атеистическими, является мифом, опровергнутым временем и самими специалистами.

Говоря о духовности, мы должны помнить об ответственности за себя и за свою жизнь. Именно духовность — высокая, значимая категория для людей, относящихся к жизни ответственно. *Личность в христианской антропологии рассматривается в единстве духовных, душевных и телесных проявлений.* И это единство достигается только при условии преобладающего влияния сферы духа. По утверждению Святителя Феофана Затворника [13], духовную сферу в человеке составляют благоговение и жизнь в страхе Божиим, совесть и искание Бога. «Дух есть, прежде всего, способность человека различать высшие ценности: добро и зло, истину и ложь, красоту и уродство. Если выбор в этой области сделан, то дух стремится подчинить своему решению душу и тело. Через свой дух человек общается с Богом. Без общения с Богом дух человека не способен найти настоящий критерий для определения высших ценностей, так как только Бог, который Сам есть абсолютное благо, истина и красота, может верно указать решение человеку» (Православный Катехизис, 2000).

От духовно-интегрированной психиатрии к биопсихосоциодуховной ментальной медицине

Тема взаимодействия религии и психиатрии имеет давнюю историю, наполненную яркими примерами взаимодополнительности и единства в социальном служении и милосердной миссии. В книге Святителя Луки (Войно-Ясенецкого) «Дух, душа и тело» он цитирует своих выдающихся современников [11].

Так, один из основоположников русской психиатрии профессор Петербургской медико-хирургической академии И.П. Мержеевский писал: «Идеальное понятие о счастье ... выражается в вере, что оно возможно в иной жизни, в загробном существовании. Это единственная надежда всех страждущих и обиженных жизнью, это убежище, указываемое

религией, и особенно христианской, всем страданиям и горю, на которых нет лекарств». Другой родоначальник российской психиатрии профессор П.И. Ковалевский, ректор Варшавского университета, единственный среди выдающихся психиатров выпускник духовной семинарии, автор резонансных «Психиатрических этюдов об истории», писал: «Знание и Вера найдут себе достойный союз и дадут человеку утешение и примирение».

Практически то же самое отмечают ведущие европейские психиатры. Один из основоположников сексологии профессор Рихард фон Крафт-Эбинг пишет: «Счастлив тот, кто находит в религии верный якорь спасения против житейских бурь». Французский психиатр Лоран в книге «Медицина души» добавляет: «Приобщение Святых Тайн — великое целебное средство для души и тела. Это великое утешение для страждущих и скорбящих, оно возвышает дух и наполняет сердце радостью и надеждой». Об этом же пишет профессор психиатрии Л.А.Кох: «Ничего не достигается без религии, то есть без личного своего отношения к Богу. В религии и заключаются лучшие силы ... в предохранении от многих нервных болезней».

Иллюстрацией к принципу дополнительности, сформулированному Нильсом Бором в 1927 году, может служить цитата из книги «Психология души» известного французского психиатра профессора Флери: «и религия, и наука имеют каждая свой метод и свою область. Они отлично могут существовать рядом и обе выполнять свое назначение» [16].

Формулой интегральной миссии религии и психиатрии звучит послание иереям Симферопольской епархии архиепископа Луки: «Много ли среди вас священников, которые подобны серьезным врачам? Знаете ли вы, как много труда и внимания уделяют тяжелым больным добрые и опытные врачи? ... Но ведь задача врача только исцеление болезней, а наша задача неизмеримо более важна. Ведь мы поставлены Богом на великое дело врачевания душ человеческих, на избавление от мучений вечных». Свою книгу «Наука и религия» Святитель Лука завершает словами Н. И. Пирогова: «Веруя, что основной идеал учения Христа, по своей недостижимости, останется вечным и вечно будет влиять на души, ищущие мира через внутреннюю связь с Божеством, ни на минуту не можем сомневаться в том, что этому учению суждено быть неугасаемым маяком на извилистом пути нашего прогресса» [12]. Завершившийся четверть века назад период тяжелых испытаний для православной веры в России оставил страшные раны и глубокие рубцы в общественном сознании и ментальном здоровье нации, но убедительно показал, что свет Божественного маяка неугасает.

Напряжение и недоверие между психиатрией и религией в XX веке чаще всего обуславливалось: представлениями о несовместимости мировоззрения, основанного на науке и вере [26]; существенно более низким уровнем религиозности психиатров по сравнению с населением в целом [53]; недооценкой профессиональным психиатрическим сообществом роли религии в лечении и реабилитации пациентов [45]; недостатками медицинского, психологического и социального образования для мобилизации религиозных ресурсов ментального здоровья и лечения ментальных недугов [14, 16, 39].

Ситуация изменилась на рубеже XXI века, отражая рост исследований в области духовно-интегрированных лечебно-реабилитационных и превентивно-коррекционных программ. Многочисленными исследованиями подтверждена миссия религии как первого и самого доступного ресурса, к которому обращаются пациенты и клиенты. По обобщенным оценкам, от 50 до 90% пациентов отмечали при обращении к религии облегчение тяжести симптоматики: боли, снижение тревоги и напряжения, уменьшение анозогнозии и раннее обращение, повышение эффективности копинг-стратегий и комплаенса, саморегуляции и социальной адаптации, обретение смысла жизни и душевного комфорта, чувства собственного достоинства и уверенности в себе, одобрения и сострадания, надежды и любви [28, 31, 32, 40, 45, 48, 50, 54, 56]. Можно уверенно сказать, что *религия является самым древним и самым универсальным защитно-компенсаторным цивилизационным ресурсом*, позволяющим удовлетворять самые разнообразные потребности человека, структурируя его ментальность и идентичность.

Эффективность духовно-интегрированного лечения была убедительно показана на различных группах пациентов и клиентов с тревожными расстройствами и депрессией [24], шизофренией [30], нарушениями пищевого поведения [51], субклиническим беспокойством и тревогой [52], зависимыми расстройствами [14, 23], посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) у комбатантов [34] и женщин, подвергшихся сексуальному насилию [42], и др.

Религиозный ресурс ментального здоровья в психологической и психотерапевтической, психиатрической и аддиктологической практике выполняет несколько функций:

- 1) адаптации к проблеме или болезни;
- 2) источника смысла и катарсиса;
- 3) достижения эмоционального комфорта и уменьшения тревоги;
- 4) средства саморегуляции и саморазвития;
- 5) улучшения качества и стиля жизни;
- 6) адаптивного социо- и профессиогенеза [35].

Оценка степени духовности пациента или клиента и глубина его религиозных убеждений являются не просто важными, а обязательными духовно-нравственными и социально-психологическими блоками диагностики и лечения в ментальной медицине.

Только ментальная медицина позволяет максимально широко и эффективно развернуть биопсихосоциодуховные механизмы, мобилизирующие ресурсы душевно- и духовно-интегрированной терапии. Это механизмы адаптации и компенсации, защиты и копинга, релизинга и тренинга, иммуномодуляции и реституции, восстановления и регенерации, ремиссии и хронизации, реализуемые в различных фракталах развития состояний и заболеваний. Все перечисленные механизмы аккумулированы в *саногенетической терапии* — адаптивном биопсихосоциодуховном управлении сознанием, в результате которого происходит дестабилизация устойчивого патологического состояния, активация ресурсов личности и резервов организма, а также восстановление структурно-функциональных систем обеспечения жизнедеятельности [14, 15].

Существенным вкладом в разъяснение сложных отношений между религией и психическими заболеваниями явилось создание секции WPA по «Религии, Духовности и Психиатрии» (www.religionandpsychiatry.com), публикация WPA руководства «Психиатрия и религия: вне границ» (2010) и руководства «Религия и Здоровье» (2012), издание информационного бюллетеня «Psyche and Spirit».

В этом направлении в 2000 году в Северном государственном медицинском университете (СГМУ) г. Архангельска была создана *служба ментального здоровья (СМЗ)* как синергетический биопсихосоциодуховный ф-кластер, обеспечивающий защиту ментального здоровья и лечебно-реабилитационную помощь при ментальных недугах. Координирует деятельность СМЗ *Институт ментальной медицины*, созданный в 2009 году. В 2011 году в СГМУ совместно с Архангельской митрополией организован *Общественный факультет ментального здоровья*, имеющий пять отделений: духовно-нравственного образования, православной медицины, демографической политики, защиты общественного здоровья и противостояния социальным недугам, православной психологии и психотерапии. Руководят работой факультета научно-методический и попечительский советы. Факультет появился через 10 лет работы на базе СГМУ начальных православных просветительских курсов и курсов подготовки сестер милосердия, создания Архангельского отделения Всероссийского общества православных врачей, ежегодных Иоанновских конференций и Войно-Ясенецких чтений, многих и многих науч-

но-практических форумов. Эффективность работы оценивалась системным мониторингом ментального здоровья [17].

В качестве перспективных направлений дальнейших исследований в области взаимоотношений религии, психиатрии и ментальной медицины можно выделить:

1) необходимость мультикультурального и мультиконфессионального расширения исследовательского поля;

2) включение в скрининговый и диагностический, терапевтический и реабилитационный инструментарий способов идентификации конфессиональных проблем и религиозных ресурсов;

3) лонгитудинальные и катамнестические исследования сложных взаимодействий психопатологии и религиозности, этической типологии личности и духовности;

4) адаптивные формы вероисповедания у лиц, страдающих психическими заболеваниями, особенности стиля и качества религиозной жизни, предопределяющие достойную траекторию судьбы;

5) этиопатогенетические различия религиозных и нерелигиозных психопатологических расстройств, возможности их донозологической идентификации и коррекции;

6) разработку и внедрение новых учебных программ, учитывающих религиозные и культуральные составляющие духовно-ориентированной методологии для психиатров и клинических психологов, социальных работников и специалистов по биоэтике, всех профессиональных отрядов, занятых в Социальном служении;

7) проведение духовно-интегрированных исследований по всем направлениям психиатрии и ментальной медицины, ментальной экологии и клинической психологии, и др.;

8) изучение механизмов воздействия религиозной вовлеченности на ментальное здоровье;

9) дифференциальную оценку драматичного душевного и духовного опыта, расстройств ментальности и идентичности;

10) эпидемиологию взаимосвязи религии и здоровья, ментальности и общественного сознания;

11) операционализацию и инструментализацию определения духовности, религиозной ментальности;

12) измерение религиозности в контексте многоконфессиональности и духовности в рамках «веры без религии»;

13) транс- и кросскультуральные измерения особенностей религиозных проявлений;

14) резильянс религиозности и духовности на донозологических и нозологических фракталах психопатологического процесса;

15) роль религии в становлении индивидуальной и социальной, этнической и профессиональной идентичности и поведенческой ментальной репрезентации;

16) объем и качество религиозной составляющей в душевных и духовно-интегрированных превентивно-коррекционных и лечебно-реабилитационных программах и маршрутах [14, 19, 25, 27, 37, 41, 45, 49].

Нобелевский лауреат по физике Альберт Эйнштейн писал: «Знать, что на свете есть вещи, непосредственно не доступные для нас, но которые реально существуют, которые познаются нами и скрывают в себе высшую мудрость и высшую красоту, знать и чувствовать это — есть источник истинной религиозности. В этом смысле я принадлежу к религиозным людям» [12]. Эту же мысль более образно и лаконично сформулировал другой Нобелевский лауреат по физике Вернер Гейзенберг: «Первый глоток из кубка естествознания порождает атеизм, но на дне сосуда нас всегда ожидает Бог» [16].

В рамках такой универсальной логической модели S. G. Handsdak, R. Paulraj [33] отметили, что психиатрия и религия вчера были ошибочными врагами, а сегодня все еще остаются позабытыми друзьями. *Можно добавить, что завтра они станут партнерами в рамках синергетической методологии ментальной медицины и откроют дверь к новой парадигме Духовной медицины.*

Список литературы

1. Авдеев Д. А., Невярович В. К. Наука о душевном здоровье: основы православной психотерапии. — М.: Русский хронограф, 2001. — 511 с.
2. Атлас религий и национальностей / Некоммерческая социологическая служба. — «Среда», 2012.
3. Бердяев Н. А. Смысл творчества: сборник. — М.: АСТ, Астрель, 2002. — 672 с.
4. Берестов А., Полиенко Е. М., Козлов А. А. Опыт лечения и реабилитации наркозависимых в Душепопечительском центре во имя святого праведного Иоанна Кронштадского // Наркология. — 2002. — №5. — С. 34—36.
5. Бьюдженталь Д. Искусство психотерапевта. — СПб.: Питер, 2001. — 304 с.
6. Дилтс Р. Изменение убеждений с помощью НЛП. — М.: Класс, 2000. — 192 с.
7. Евмений (игумен). Психотерапия в пастырском душепопечении // Человек. — 1999. — №6.
8. Лисицын Ю. П., Сидоров П. И. Алкоголизм. Медико-социальные аспекты. — М.: Медицина, 1990. — С. 453.
9. Мэй Р. Искусство психологического консультирования. — М.: Класс, 1994. — 144 с.
10. Попов Т. В. (свящ.) Святитель Тихон Задонский и его нравоучение. М., 1916.
11. Святитель Лука (Войно-Ясенецкий). Дух, душа и тело. — М.: Православный Свято-Тихоновский Богословский институт, 1997. — 54 с.
12. Святитель Лука (Войно-Ясенецкий). Наука и религия. — Православная библиотека «Троицкое слово», 2001. — 320 с.
13. Святитель Феофан, Затворник Вышенский. Письма к разным лицам о разных предметах веры и жизни. — М.: Лента Книга, 2007. — 800 с.
14. Сидоров П. И. Наркологическая превентология. 2-е изд. — М.: МЕДпресс-информ, 2006. — 720 с.
15. Сидоров П. И. Системный синтез ментальной медицины // Экология человека. 2013. — №10. — С. 37—48.
16. Сидоров П. И. Ментальная экология социального служения Святителя Луки // Экология человека. 2013. — №11. — С. 57—60.
17. Сидоров П. И. Ментальная экология социальных эпидемий // Экология человека. 2014. — №1. — С. 37—48.
18. Сурожский Антоний (митрополит). Труды. — М.: Практика, 2002. — 1080 с.
19. Фаустов Э. Религиозность студентов и наркомания // Высшее образование в России. — 2011. — №1. — С. 95—99.
20. Флоренская Т. А. Диалог как метод психологии консультирования (духовно-ориентированный подход) // Психологический журнал. — 1994. — №5. — С. 44—55.
21. Франк В. Основы логотерапии. Психотерапия и религия. — СПб.: Речь, 2000. — 286 с.
22. Эпштейн М. Н. Религия после атеизма. Новые возможности теологии. — М.: АСТ-Пресс, 2014. — 416 с.
23. Avants S. K., Beitel M., Margolin A. Making the shift from «addict self» to «spiritual self»: results from a Stage I study of spiritual self-schema (3-S) therapy for the treatment of addiction and HIV risk behaviour // Mental Health, Religion, and Culture. 2005. — №8. — P. 167—177.
24. Azhar M. Z., Varma S. L., Dharap A. S. Religious psychotherapy in depressive patients // Psychother. Psychosom. 1995. — №63. — P. 165—173.
25. Baetz M. Religion and psychiatry: from conflict to consensus // World Psychiatry. — 2013. — Vol. 12, №1. — P. 38—39.
26. Barbour J. G. Myths, models and paradigms: a comparative study in science and religion. New York: Harper and Row, 1974.
27. Blass D. M. A pragmatic approach to teaching psychiatry residents the assessment and treatment of religious patients // Acad. Psychiatry. 2007. — №31. — P. 25—31.
28. Canada A. L., Parker P. A., deMoor J. S. et al. Active coping mediates the association between religion/spirituality and quality of life in ovarian cancer // Gynecol. Oncol. 2006. — №101. — P. 305—317.
29. Cekiera C. Psychoprofilaktyka uzalezniennych oraz terapia I resocjalizacja osob uzalezniennych. Lublin: TNPWN, 1994.
30. D'Souza R., Rich D., Diamond I. et al. An open randomized controlled trial using a spirituality augmented cognitive behavioural therapy for demoralization and treatment adherence in patients with schizophrenia. Presented at the 37th Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists Congress. Brisbane. — April 2002.
31. Friedman L. C., Kalkidas M., Elledge R. et al. Medical and psychosocial predictors of delay in seeking medical consultation for breast symptoms in women in a public sector setting // J. Behav. Med. 2006. — №19. — P. 327—334.
32. Greenberg D. Religion and mental health: a double-edged sword or a life-giving medicine? // World Psychiatry. — 2013. — Vol. 12, №1. — P. 40.

33. Handsdak S. G., Paulraj R. Are we doing harm by omission? Addressing religiosity of the mentally ill // *World Psychiatry*. — 2013. — Vol. 12, №1. — P. 40.
34. Harris J. I., Erbes C. R., Engdahl B. E. et al. The effectiveness of trauma focused spirituality integrated intervention for veterans exposed to trauma // *J. Clin. Psychol.* — 2011. — №67. — P. 1—14.
35. Huguélet P., Mandhouj O. Spiritual assessment as part of routine psychiatric evaluation: problems and implications // *World Psychiatry*. 2013. — Vol. 12, №1. P. 35—36.
36. Inzlicht M. et al. Neural markers of religious conviction // *Psychol. Sci.* 2009. — №20. — P. 385—392.
37. Koenig H. G. Schizophrenia and other psychotic disorders. In: Petzet J. R., Lu F. G., Narrow W. E. (eds). *Religious and spiritual issues in psychiatric diagnosis: a research agenda for DSM-V*. — Arlington: American Psychiatric Association, 2011. — P. 31—51.
38. Landman L. Judaism and drugs / Commission on Synagogue relations // FJF of New York, 1973.
39. Larson D., Lu F., Swyers J. A model curriculum for psychiatry residence training programs: religion and spirituality in clinical practice. Rockville: National Institute for Healthcare Research, 1997.
40. Mohr S., Brandt P. Y., Borrás L. et al. Towards an integration of religiousness and spirituality into psychosocial dimension of schizophrenia // *Am. J. Psychiatry*. — 2006. — №163. — P. 1952—1959.
41. Moriera-Almeida A. Religion and health: the more we know the more we need to know // *World Psychiatry*. — 2013. — Vol. 12, №1. — P. 37.
42. Murray-Swank N., Pargament K.I. God, where are you? Evaluating a spiritual-integrated intervention for sexual abuse // *Mental Health, Religion, and Culture*. — 2005. — №8. — P. 191—203.
43. «Nones» on the Rise: One-in-Five Adults Have No Religious Affiliation / Pew Research Center, 2012. — 80 p.
44. Norenzayan A., Shariff A. F. The origin and evolution of religious prosociality // *Science*. — 2008. — №322. — P. 58—92.
45. Pargament K. I., Lomax J. W. Understanding and addressing religion among people with mental illness // *World Psychiatry*. — 2013. — Vol. 12, №1. — P. 26—32.
46. Perroud N. Religion/spirituality and neuropsychiatry. In: Huguélet P., Koenig H.G. (eds). *Religion and spirituality in psychiatry*. — Cambridge: Cambridge University Press, 2009. — P. 48—64.
47. Van Praag H. M. Religiosity, a personality trait to be reckoned within psychiatry // *World Psychiatry*. — 2013. — Vol. 12, №1. — P. 33.
48. Prado G., Feaster D. J., Schwartz S. J. et al. Religious involvement, coping, social support, and psychological distress in HIV-seropositive African American mothers // *AIDS Behav.* — 2004. — №8. — P. 221—235.
49. Puchalski C. M., Larson D. B., Lu F. G. Spirituality in psychiatry residency training programs // *Int. Rev. Psychiatry*. — 2001. — №13. — P. 131—138.
50. Rammohan A., Rao K., Subbakrishna D. K. Religious coping and psychological wellbeing in carers of relatives with schizophrenia // *Acta Psychiatr. Scand.* — 2002. — №105. — P. 356—362.
51. Richards P. S., Berret M. E., Hardman R. K. et al. Comparative efficacy of spirituality, cognitive and amotional support groups for treating eating disorder inpatients // *Eat Disord.* — 2006. — №41. — P. 401—415.
52. Rosmarin D. H., Pargament K., Pirutinsky S. et al. A randomized controlled evaluation of spirituality integrated treatment for subclinical anxiety in the Jewish community, delivered via the Internet // *J. Anxiety Disord.* — 2010. — №24. — P. 799—808.
53. Shafranske E. P. Religious involvement and professional practices of psychiatrists and other mental health professionals // *Psychiatr Ann.* — 2000. — №30. — P. 1—8.
54. Tepper L., Rogers S. A., Coleman E. M. et al. The prevalence of religious coping among patients with persistent mental illness // *Psychiatr Serv.* — 2001. — №52. — P. 660—665.
55. Verhagen P. J., Cox J. L. Multicultural education and training in religion and spirituality. In: *Religion and Psychiatry. Beyond boundaries* New York: Wiley, 2010. — P. 587—613.
56. Yangarber-Hicks N. Religious coping styles and recovery from serious mental illness // *J. Psychol. Theol.* — 2004. — №32. — P. 305—317.

References

1. Avdeev D. A., Nevjarovich V. K. *Nauka o dushevnom zdorov'e: osnovy pravoslavnoj psihoterapii* [Наука о душевном здоровье: основы православной психотерапии]. Moscow, Russkij hronograf Publ. — 2001. — 511 p.
2. Atlas religij i nacional'nostej [Атлас религий и национальностей]. Nekommercheskaja sociologicheskaja sluzhba «Sreda», 2012.
3. Berdjaev N. A. *Smysl tvorchestva (sbornik)* [Смысл творчества (сборник)]. Moscow, AST, Astrel Publ. — 2002. — 672 p.
4. Berestov A., Polienko E. M., Kozlov A. A. Опыт лечения и реабилитации наркозависимых в Душепопечительском центре во имя святого праведного Иоанна Кронштадтского. *Narkologija* [Narcology]. — 2002. — Vol. 5. — P. 34—36. [In Russian]
5. Bjudzhtental D. *Iskusstvo psihoterapevta* [Искусство психотерапевта]. Saint-Petersburg, Piter Publ. — 2001. — 304 p.
6. Dilts R. *Izmenenie ubezhdenij s pomoshh'ju NLP* [Изменение убеждений с помощью нейролингвистического программирования]. Moscow, Klass Publ. — 2000. — 192 p.
7. Evmenij (igumen). *Psixoterapija v pastyrskom dušepopečenii*. Chelovek [Human], 1999, 6. [In Russian]
8. Lisicyn Ju. P., Sidorov P. I. *Alkogolizm. Mediko-social'nye aspekty*. [Алкоголизм. Медико-социальные аспекты]. Moscow, Medicina Publ. — 1990. — 453 p.
9. Mjej R. *Iskusstvo psihologicheskogo konsul'tirovanija* [Искусство психологического консультирования]. Moscow, Klass Publ. — 1994. — 144 p.
10. Popov T. V. (svjashh.) *Svjatitel' Tihon Zadonskij i ego pravouchenie* [Святитель Тихон Задонский и его правоучение]. Moscow, 1916.
11. Svjatitel' Luka (Vojno-Jaseneckij). *Duh, dusha i telo* [Дух, душа и тело]. Moscow, Pravoslavnyj Svjato-Tihonovskij Bogoslovskij institut Publ. — 1997. — 54 p.
12. Svjatitel' Luka (Vojno-Jaseneckij). *Nauka i religija*. Feniks [Наука и религия. Феникс]. Pravoslavnaja biblioteka «Troickoe slovo», 2001. — 320 p.
13. Svjatitel' Feofan, *Zatvornik Vyshenskij. Pis'ma k raznym liscam o raznyh predmetah verj i zhizni* [Письма к разным лицам о разных предметах веры и жизни]. Moscow, Lenta Kniga Publ. — 2007. — 800 p.
14. Sidorov P. I. *Narkologicheskaja preventologija* [Narcological Preventology]. Moscow, MEDpress-inform, 2006. — 720 p.

15. Sidorov P. I. System Synthesis of Mental Medicine. *Ekologija cheloveka [Human Ecology]*. — 2013. — Vol. 10. — P. 37—48. [In Russian]
16. Sidorov P. I. Mental Ecology of Saint Luka's Social Service. *Ekologija cheloveka [Human Ecology]*. — 2013. — Vol. 11. — P. 57—60. [In Russian]
17. Sidorov P. I. Mental Ecology of Social Epidemics. *Ekologija cheloveka [Human Ecology]*. — 2014. — Vol. 1. — P. 37—48. [in Russian]
18. Surojskij Antonij (mitropolit). *Trudy [Труды]*. Moscow, Praktika Publ., 2002, 1080 p.
19. Faustov Je. Религиозность студентов и наркомания. *Vysshee obrazovanie v Rossii [J. High education in Russia]*. — 2011. — Vol. 1. — P. 95—99. [in Russian]
20. Florenskaja T. A. Диалог как метод психологии консультирования (духовно-ориентированный подход). *Psikhologicheskii Zhurnal [Psychological Journal]*, 1994. — Vol. 5. — P. 44—55. [in Russian]
21. Frankl V. *Osnovy logoterapii. Psihoterapija i religija [Основы логотерапии. Психотерапия и религия]*. Saint Petersburg, Rech Pybl. — 2000. — 286 p.
22. Epshtejn M. N. *Religija posle ateizma. Novye vozmozhnosti teologii [Религия после атеизма. Новые возможности теологии]*. Moscow, AST-Press. — 2014. — 416 p.
23. Avants S. K., Beitel M., Margolin A. Making the shift from «addict self» to «spiritual self»: results from a Stage I study of spiritual self-schema (3-S) therapy for the treatment of addiction and HIV risk behaviour. *Mental Health, Religion, and Culture*. — 2005. — Vol. 8. — P. 167—177.
24. Azhar M. Z. Varma S. L., Dharap A. S. Religious psychotherapy in depressive patients. *Psychother Psychosom.* — 1995. — Vol. 63. — P. 165—173.
25. Baetz M. Religion and psychiatry: from conflict to consensus. *World Psychiatry*. — 2013. — Vol. 12 (1). — P. 38—39.
26. Barbour J. G. *Myths, models and paradigms: a comparative study in science and religion*. New York, Harper and Row, 1974.
27. Blass D. M. A pragmatic approach to teaching psychiatry residents the assessment and treatment of religious patients. *Acad Psychiatry*. — 2007. — Vol. 31. — P. 25—31.
28. Canada A. L., Parker P. A., deMoor J. S. et al. Active coping mediates the association between religion/spirituality and quality of life in ovarian cancer. *Gynecol Oncol.* — 2006. — Vol. 101. — P. 305-317.
29. Cekiera C. *Psychoprofilaktyka uzalezniennych oraz terapia I resozializacja osob uzalezniennych*. — Lublin, TNPWN, 1994.
30. D'Souza R., Rich D., Diamond I. et al. An open randomized controlled trial using a spirituality augmented cognitive behavioural therapy for demoralization and treatment adherence in patients with schizophrenia. Presented at the 37th Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists Congress. — Brisbane. — April 2002.
31. Friedman L. C., Kalkidas M., Elledge R. et al. Medical and psychosocial predictors of delay in seeking medical consultation for breast symptoms in women in a public sector setting. *J. Behav. Med.* — 2006. — Vol. 19. — P. 327—334.
32. Greenberg D. Religion and mental health: a double-edged sword or a life-giving medicine? *World Psychiatry*. — 2013. — Vol. 12 (1). — 40 p.
33. Handsdak S. G. , Paulraj R. Are we doing harm by omission? Addressing religiosity of the mentally ill. *World Psychiatry*. — 2013. — Vol. 12 (1). — 40 p.
34. Harris J. I., Erbes C. R., Engdahl B. E. et al. The effectiveness of trauma focused spirituality integrated intervention for veterans exposed to trauma. *J. Clin. Psychol.* — 2011. — Vol. 67. — P. 1—14.
35. Huguélet P., Mandhouj O. Spiritual assessment as part of routine psychiatric evaluation: problems and implications. *World Psychiatry*. — 2013. — Vol. 12 (1). — P. 35—36.
36. Inzlicht M. et al. Neural markers of religious conviction. *Psychol. Sci.* — 2009. — Vol. 20. — P. 385—392.
37. Koenig H. G. Schizophrenia and other psychotic disorders. In: Petet J. R., Lu F. G., Narrow W. E. (eds). *Religious and spiritual issues in psychiatric diagnosis: a research agenda for DSM-V*. — Arlington, American Psychiatric Association, 2011. — P. 31—51.
38. Landman L. *Judaism and drugs*. Commission on Synagogue relations. — FJF of New York. — 1973.
39. Larson D., Lu F., Swyers J. A model curriculum for psychiatry residence training programs: religion and spirituality in clinical practice. — Rockville, National Institute for Healthcare Research. — 1997.
40. Mohr S., Brandt P. Y, Borrás L. et al. Towards an integration of religiousness and spirituality into psychosocial dimension of schizophrenia. *Am. J. Psychiatry*. — 2006. — Vol. 163. — P. 1952—1959.
41. Moriera-Almeida A. Religion and health: the more we know the more we need to know. *World Psychiatry*. — 2013. — Vol. 12 (1). — P. 37.
42. Murray-Swank N., Pargament K. I. God, where are you? Evaluating a spiritually-integrated intervention for sexual abuse. *Mental Health, Religion, and Culture*. — 2005. — Vol. 8. — P. 191—203.
43. «Nones» on the Rise: One-in-Five Adults Have No Religious Affiliation. — Pew Research Center, 2012. — 80 p.
44. Norenzayan A., Shariff A. F. The origin and evolution of religious prosociality. *Science*. — 2008. — Vol. 322. — P. 58—92.
45. Pargament K. I., Lomax J. W. Understanding and addressing religion among people with mental illness. *World Psychiatry*. — 2013. — Vol. 12 (1). — 26 p.
46. Perroud N. Religion/spirituality and neuropsychiatry. In: Huguélet P., Koenig H.G. (eds). *Religion and spirituality in psychiatry*. Cambridge, Cambridge University Press. — 2009. — P. 48—64.
47. Van Praag H.M. Religiosity, a personality trait to be reckoned within psychiatry. *World Psychiatry*. — 2013. — Vol. 12 (1). — 33 p.
48. Prado G. , Feaster D.J., Schwartz S.J. et al. Religious involvement, coping, social support , and psychological distress in HIV-seropositive African American mothers. *AIDS Behav.* — 2004. — Vol. 8. — P. 221—235.
49. Puchalski C.M., Larson D.B., Lu F.G. Spirituality in psychiatry residency training programs. *Int. Rev. Psychiatry*. — 2001. — Vol. 13. — P. 131—138.
50. Rammohan A. Rao K., Subbakrishna D. K. Religious coping and psychological wellbeing in carers of relatives with schizophrenia. *Acta Psychiatr. Scand.* — 2002. — Vol. 105. — P. 356—362.
51. Richards P. S., Berret M. E., Hardman R. K. et al. Comparative efficacy of spirituality, cognitive and amotional support groups for treating eating disorder inpatients. *Eat Disord.* — 2006. — Vol. 41. — P. 401—415.
52. Rosmarin D.H., Pargament K., Pirutinsky S. et al. A randomized controlled evaluation of spirituality integrated treatment for subclinical anxiety in the Jewish community, delivered via the Internet. *J. Anxiety Disord.* — 2010. — Vol. 24. — P. 799—808.

53. Shafranske E. P. Religious involvement and professional practices of psychiatrists and other mental health professionals. *Psychiatr. Ann.* — 2000. — Vol. 30. — P. 1—8.

54. Tepper L., Rogers S. A., Coleman E. M. et al. The prevalence of religious coping among patients with persistent mental illness. *Psychiatr. Serv.* — 2001. — Vol. 52. — P. 660—665.

55. Verhagen P. J., Cox J. L. Multicultural education and training in religion and spirituality. In: *Religion and Psychiatry. Beyond boundaries.* New York, Wiley. — 2010. — P. 587—613.

56. Yangarber-Hicks N. Religious coping styles and recovery from serious mental illness. *J. Psychol. Theol.* — 2004. — Vol. 32. — P. 305—317.

Religious resource of psychiatry and mental medicine

SIDOROV P.I. MD, professor, academician, Russian Academy of Sciences, Northern State Medical University, Arkhangelsk;

e-mail: pavelsidorov13@gmail.ru

In the article, there have been systematized the persisting stress zones between religion and Psychiatry and possibilities of their copability in the framework of the synergetic bio-psycho-socio-spiritual methodology of mental medicine; there have been considered the historical and modern forms of participation of the main religions in mental health promotion and treatment of mental illnesses; complementarity and synthesis of sanogenetic, psychotherapeutic and religious approaches in spiritually integrated medical-rehabilitation and preventive-correctional programs; peculiarities and scales of a new mental phenomenon of «belief without religion»; there has been shown effectiveness of mentally and spiritually integrated therapy; there have been separated directions of realization of the religious resource in mental preventology and Clinical Psychiatry; there have been proved perspective directions of further studies in the field of Psychiatry, mental medicine and religion.

Key words: religion mission, mental health, mental illnesses, mental preventology, mental medicine, spiritual therapy, spiritually integrated treatment, «synergetic man», bio-psycho-socio-spiritual methodology, sanogenetic therapy