

Понимание религии и обращение к ней лиц, страдающих психическими заболеваниями

Kenneth I. Pargament^{1,2}, James W. Lomax³

¹ Institute for Spirituality and Health at the Texas Medical Center, Houston, TX (США);

² Department of Psychology, Bowling Green State University, OH 43403-0228 (США);

³ Menninger Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Baylor College of Medicine, Houston, TX, USA (США)

Перевод: Борисова А.С.

Редактура: Борисова О.А.

Эта статья рассматривает недавние достижения в изучении взаимоотношений между психиатрией и религией, выдвигающие на первый план обоюдоострую возможность религии приносить как пользу, так и вред здоровью и психическому благополучию психиатрических пациентов. Результаты большого количества исследований ставят под сомнение стереотипное представление о религии просто как о механизме защиты или пассивных копинг-стратегиях. Исследования указывают на то, что многие люди обращаются к религии как к жизненному ресурсу, который служит множеству адаптивных функций, в их числе — саморегуляция, привязанность, эмоциональный комфорт, обретение смысла жизни и духовность. Есть, однако, и негативная составляющая религиозной жизни. Исследователи и теоретики обнаружили и начали изучать проблематичные аспекты религиозности, включая религиозно обоснованное насилие и религиозную борьбу с собой, с другими людьми и божественным. Трудности в религиозной жизни могут рассматриваться как побочное явление психического заболевания (вторичные), источник психического заболевания (первичные), или сочетать в себе оба элемента. Накопленные знания подчеркивают необходимость более внимательно отслеживать возможную конструктивную и деструктивную роль религии в постановке диагноза, оценке и лечении психических расстройств. Действительно, начальные оценочные исследования воздействия духовно интегрированного лечения на пациентов с психическими расстройствами показали многообещающие результаты. Статья завершается рядом рекомендаций по развитию будущих исследований и практики в этой области, включая необходимость в дополнительных психиатрических исследованиях пациентов, принадлежащих к различным культурам и религиозным традициям.

Ключевые слова: религия; духовность; религиозные ресурсы; религиозные копинг-стратегии; религиозная борьба; религиозно обоснованное насилие; религиозная оценка; духовно интегрированное лечение

(*World Psychiatry* 2013;12:26–32; DOI 10.1002/wps.20005)

В последние 20 лет отмечается резкий рост научного интереса к взаимоотношениям между религией и психологическим функционированием человека [1]. В отличие от существующих стереотипов о [сугубо негативном] влиянии религии на психическое здоровье, значительная часть теоретических и исследовательских работ указывают на то, что религия является источником силы и твердости духа для многих людей, в том числе и пациентов, страдающих серьезными психическими расстройствами [2]. Но верно и то, что у некоторых пациентов религия может вызвать определенные трудности.

Учитывая наличие исторически сложившихся проблемных отношений между психиатрией и религией, эта статья начинается с рассмотрения статуса данной области в историческом контексте. Затем мы обращаемся к недавно произошедшим изменениям во взаимоотношениях между психиатрией и религией, которые выдвигают на первый план двоякую возможность религии — приносить как пользу, так и вред здоровью и психическому

благополучию пациентов с психическими расстройствами. Эта статья заканчивается рассмотрением результатов работ, посвященных психиатрическому обследованию и лечению.

История сложных отношений между психиатрией и религией

Существует долгая история недоверия и, временами, антагонизма между психиатрией и религией. Фрейд, как известно, утверждал, что религия представляет собой «защиту против детской беспомощности» и из этого приходил к заключению, что, «конечно [такой] инфантилизм предназначен, для того, чтобы он был преодолен» [3]. Подобное отрицательное отношение психиатрии и смежных с ней дисциплин к религии было общепринятым в течение большей части XX столетия. Религия часто и довольно стереотипно преподносилась как защитная или регрессивная реакция пациентов с характером, способствующим пассивному уходу от проблем, отказу от признания боли и страданий или с ярко выраженной симптомати-

кой. Например, DSM-III содержал непропорционально большое число примеров психопатологической симптоматики с религиозным содержанием, таких как религиозные галлюцинации и бред [4]. При этом религиозные проблемы просто игнорировались, что может быть подтверждено редким обращением к религиозной тематике в ведущих психиатрических трудах и журналах [5]. Некоторые религиозные группы в ответ на негативное отношение психиатрии к религии запрещали своим приверженцам обращаться за психиатрическим лечением или отговаривали их от такого лечения [6].

Напряжение между психиатрией и религией обусловлено многими факторами. Они включают в себя: представления о том, что мировоззрения, основанные на науке и на вере, в принципе несовместимы [7]; значительно более низкий уровень религиозности среди психиатров по сравнению с населением в целом [8]; недооценку ведущими психиатрами роли религии в жизни пациентов; недостаток специальных знаний в этой области,

которые способны помочь практикующим врачам найти подход к религиозным ресурсам и проблемам пациентов [9].

Ситуация изменилась в последние годы, отражая рост теоретических и исследовательских работ в области религии, психологического функционирования, психических расстройств, а так же осознание потребности в культурально обусловленном подходе к психиатрической помощи. Практики стремятся теперь к более детальному пониманию религии, осознавая, что она может как поддерживать и укреплять людей, борющихся с серьезными психическими заболеваниями, так и усиливать их боль и страдания.

Религия как ресурс

Эмпирические исследования показывают, что религия — один из первых ресурсов, к которому обращаются пациенты и их близкие, когда сталкиваются с тяжелой болезнью [2]. Например, согласно одному исследованию амбулаторных больных с серьезным психическим заболеванием в Лос-Анджелесе, больше чем 80% сообщили, что они обратились к религии, чтобы справиться с их заболеванием, а 65% указали, что религия помогла им облегчить тяжесть симптомов [10]. Сходные результаты были получены и в других странах. В исследовании, сравнивающем европейских пациентов с психозом с непсихиатрической контрольной группой, психиатрические пациенты сообщили о большем числе религиозных верований и практик, которые помогли им в ситуации стресса [11]. В другом исследовании членов семьи, ухаживающих за больным шизофренией в государственной больнице в Индии, 90% участников исследования сообщили, что они справлялись благодаря молитве к Богу; 50% сообщили, что религия была для них руководством, источником утешения и силы [12].

Несколько эмпирических исследований также ставят под сомнение чрезмерно упрощенные представления о религии как о пассивном способе реагирования или источнике отрицания заболевания [2]. Например, более высокий уровень религиозности был взаимосвязан с большей силой духа и верой в собственные силы среди пациентов с серьезным психическим заболеванием [13] и более активными попытками разрешить проблемы среди женщин с раком яичника [14]. В отличие от устоявшегося представления о том, что религиозность провоцирует избегание проблем и их отрицание, исследования выяви-

ли, что женщины с более коротким временем обращения к врачу после обнаружения симптомов рака молочной железы отличаются большей религиозной причастностью [15]. Также было выявлено, что у ВИЧ-положительных афроамериканских женщин с большей религиозной настроенностью реже встречались формы поведения, когда они отгоняли мысли о заболевании, или отрицали диагноз вместо поисков лечения [16]. Одно интересное исследование среди больных раком показало, что в то время как более высокие уровни религиозности не корректировались с жалобами на наличие боли, в то же время определялась связь религиозности с жалобами на меньший уровень выраженности боли [17]. Эти результаты позволяют предположить, что религия помогает не отрицать боль, а по-новому ее интерпретировать.

Теоретические и исследовательские работы также показали, что религия помогает людям, включая и пациентов с серьезными психическими заболеваниями, обретать различные адаптивные функции. Контент-анализ содержания слабоструктурированных интервью со швейцарскими пациентами, страдающими серьезными психическими заболеваниями, выявил несколько функций религии: обретение смысла жизни, [душевного] комфорта, чувства собственного достоинства, уверенности в себе, одобрения, сострадания, надежды и любви. [18]. Хотя теоретики продолжают спорить о самых главных назначениях религии, часть силы этого явления может заключаться в ее способности удовлетворять разнообразные потребности человека.

Саморегуляция

Основываясь на точке зрения Фрейда, что религия помогает управлять нежелательными сексуальными и агрессивными побуждениями, теоретики в последнее время подчеркнули эволюционные преимущества религиозных механизмов, которые способны регулировать человеческие импульсы и желаний [19]. Сообразно с этой теорией, многие эмпирические исследования показали прочную связь между религиозностью и большей сдержанности в поведении при употреблении наркотиков, преступности и деликвентности, суицидальности и промискуитета.

Люди с серьезным психическим заболеванием могут считать саморегуляцию, появляющуюся благодаря религиозным убеждениям, особенно ценной. В одном из исследований пациентов с шизофренией или шизоаффективным

расстройством в Швейцарии, более широкое использование религиозных копинг-стратегий оказалось благоприятным диагностическим признаком для уменьшения через три года количества негативных симптомов и улучшения показателей социального функционирования и качества жизни [20].

Привязанность и присоединенность

Социолог Э. Дюркгейм утверждал, что религия принадлежит крайне важная роль, поскольку она позволяет людям обрести общность с другими и найти подлинного себя: «Идея сообщества, говорил он, является душой религии» [21]. Его идея нашла подтверждение в нескольких исследованиях, документально засвидетельствовавших, что люди, более вовлеченные в общественную религиозную жизнь (например, посещающие религиозные службы), имеют более развитую социальную сеть и большую социальную поддержку [22]. Однако важно отметить, что люди с серьезным психическим заболеванием часто чувствуют себя отчужденными от своих религиозных учреждений или других людей, в основном в результате стигматизации или опасных пристрастий в прошлом [23]. Религия в силах предложить этим людям некоторое утешение благодаря возможности более глубокой причастности к божественному (например, Богу, Иисусу, высшим силам), которые воспринимаются как более открытые для общения и животворящие, чем их вещественные образы [24].

Некоторые исследования связали установление человеком доверительных отношений с Богом со снижением проявлений психологического дистресса/душевного страдания. Важно отметить также частые сообщения о продолжительной связи с любимым умершим человеком. В одном из исследований родителей педиатрических пациентов с онкологическими заболеваниями, понесших тяжелую утрату, 88% респондентов сообщили об установлении длительной связи со своим умершим ребенком [25]. Одна скорбящая мать сказала: «Я все время разговариваю с ним. Я рассказываю ему о том, что происходит дома и у всех нас. Я чувствую особенно сильную связь [сним] на кладбище. Я представляю, что его дух [находится] в деревьях позади его могилы. Когда я начинаю беседовать с ним, ветер почти всегда шеплет листьями, это говорит мне, что он там» [25].

Эмоциональный комфорт

Фрейд и другие теоретики утверждали, что действие религии в

значительной мере направлено на смягчение тревоги у людей, живущих в мире могущественных сил, которые указывают на слабость и конечность человеческого естества. Многие исследования подтвердили эту концепцию [22]. Например, уровень религиозности был обратно пропорционален уровню депрессии, в особенности среди людей, сталкивающихся с серьезными жизненными ситуациями [26]; с менее выраженной реакцией горя среди членов семьи, ухаживающих за пациентами со слабоумием [27], и меньшим уровнем тревоги и переживания стресса среди пациентов с паническим расстройством [28].

По-видимому, вера в загробную жизнь играет ключевую роль в уменьшении базовых тревог экзистенциального характера. Экспериментальные исследования теории управления терроризмом показали, что напоминания о личной смертности увеличивали веру в загробную жизнь, а вера в загробную жизнь снижала тревогу, связанную со смертью [29].

Смысл

Основываясь на своих обширных антропологических учебно-полевых исследованиях, С. Geertz пришел к заключению, что самая важная функция религии — смыслообразующая (meaningmaking) (30). Он писал: «Смысл усилий заключается не в том, чтобы отрицать бесспорное — что есть необъяснимые факты, (что жизнь причиняет боль, или что и праведники страдают), а в том, чтобы отрицать существование непостижимых фактов, — (что жизнь невыносима, и что справедливость — мираж)».

Когда 2000 человек опросили о том, почему они религиозны, наиболее распространенный ответ был: «религия придает жизни смысл» [31].

Одно из исследований сотрудников хосписов выявило несколько форм благотворного религиозного переосмысления, которое придало смысл их деятельности, например восприятие их работы — заботы о других — как возможности духовного роста или как воплощение части Божественного плана или проявление Божественной воли [32]. Это восприятие коррелировало с лучшими результатами в работе и достижением цели в жизни. При долгосрочном исследовании родителей, перенесших насильственную смерть ребенка, те, кто более активно задействовал религиозные ресурсы, через пять лет более часто находили высший смысл в постигшей их страшной утрате [33]. Работая с фламандскими

пациентами, страдающими хронической болью, другая группа исследователей сообщила, что участие в молитве было связано с большей толерантностью к боли, но не с выраженностью боли; отношения между молитвой и терпимостью к боли были обусловлены переоценкой отношения к боли.

Духовность

Для религиозно настроенных людей, самая важная цель религии — духовность как таковая. Мировые религиозные традиции утверждают, что поиск священного приоритетен по сравнению с другими жизненными задачами. Психолог и теолог Р. Johnson ухватил это чувство: «Религиозный человек ищет больше всего свое предельное, окончательное Я» [35]. С этой точки зрения люди, борющиеся с тяжелой болезнью, более мотивированы на то, чтобы поддержать себя в духовном плане, также как и психологическом, социальном и физическом [36]. Эмпирические исследования показали, что люди способны сохранять свою веру в трудные периоды жизни. Например, в одном из исследований лиц, перенесших многочисленные травмы, 73% пациентов сообщили, что у них не было изменений в вере при повторном случае травмы [37].

Религия как проблема

Ряд теоретиков попытались изменить фундаментальные стереотипные представления о религии, чтобы определить особые аспекты, которые могут быть ответственны за ее возможную тревожную связь с личностной и социальной патологией. Например, Allport [38] четко сформулировал несколько характеристик «незрелого религиозного чувства»: оно упрощенное и недифференцированное; фанатичное и импульсивное; недостаточно влияющее на поведение и ценности; нетерпимое и неполное; внутренне противоречивое и фрагментарное. Pruyser [39] указал, что «обратная сторона» веры отмечена принесением интеллекта в жертву, регрессивными фантазиями, неспособностью переносить свободу и невротическими копинг-стратегиями. Согласно Pargament [40], нездоровая духовность «разъединена»: она некомпетентна, чтобы иметь дело со всем спектром внутренних и внешних жизненных запросов, потому что ей недостает всесторонности, глубины, гибкости, динамики, баланса и согласованности.

Два проблемных аспекта религиозности привлекли особое внимание в последние годы: борьба в религиозной сфере (обозначаемая

термином религиозная борьба) и религиозно обоснованное насилие (religiously-based violence).

Религиозная борьба

Хотя люди, страдающие серьезным психическим заболеванием, склонны сообщать, что религия — это скорее ресурс, чем источник проблем, меньшинство все же указывает, что вера способствует развитию у них чувства гнева, вины и даже приводит к страданиям и отчаянию [26]. Учитывая то, что религия может причинять страдания, в DSM-IV-TR в разделе «другие состояния, которые могут быть в центре клинического внимания» была включена категория религиозных и духовных проблем, таких как потеря веры или сомнения в ней, духовный кризис и новые религиозные течения [41].

Несколько исследователей начали изучать еще одно понятие — «религиозная борьба», которая была определена как сомнения, напряжения и конфликты по поводу внутриличностных проблем, а также проблем взаимодействия с другими людьми (межличностные проблемы) и с высшими силами или Богом (конфликт с «божественным») [42]. Например, одна молодая женщина так описала «борьбу с божественным», связанную с ее биполярным расстройством: «Я страдаю, действительно страдаю. Моя болезнь подрывает меня, и я злюсь на Бога за то, что Он не спасает меня, я имею в виду полную свободу от оков моего психического заболевания. Уже десять лет у меня эти проблемы, а ведь мне сейчас только 24 года. Я не понимаю, почему Он поднимает меня только для того, чтобы я снова упала».

Важно различить религиозную борьбу, которая является конечным результатом психопатологии и ту, которая приводит к психопатологии [43]. Вторичная религиозная борьба вызывается серьезными психологическими травмами. К ним относится и установление диагноза тяжелого психического заболевания, которое может пошатнуть или разрушить основные ценности и мировоззрение человека. Так, согласно одному из национальных обследований жителей Соединенных Штатов, была найдена взаимосвязь между разнообразием форм психопатологии и более выраженной степенью религиозной борьбы [44]. Первичная религиозная борьба вызывает последующие психологические проблемы. Несколько долгосрочных исследований обнаружили связь между религиозной борьбой и ухудшениями состояния физического и психического здоровья и

даже с большим риском смертности [45]. И наконец, при сочетанном типе религиозной борьбы проблематичная форма религиозности оказывается и причиной, и следствием психопатологии.

Основанное на религии насилие

Несмотря на то, что религии связаны с состраданием, человечностью и эмпатией, тем не менее, на протяжении веков она служила порой источником насилия, преследования, а иногда терроризма и геноцида. С этим можно столкнуться и в настоящее время во всем мире, что иллюстрируется фактами религиозного терроризма, сексуальных соvrащений со стороны духовенства и религиозно поддерживаемого геноцида. Взять один только случай среди многих примеров, когда в 2001, бельгийский суд осудил двух бенедиктинских монахинь, Сестер G. Mukangango и J. Kisito X., за участие в массовом убийстве более чем 7600 человек в женском монастыре Sovu в Butare [46].

Трудно представить себе объяснение, которое дало бы полное понимание столь сложного явления как религиозное насилие. Ученые, однако, выделили несколько психологических и социальных факторов, которые можно рассматривать, как причины данного феномена: а) пережитые в прошлом или имеющие место в настоящем позор и оскорбления; б) разделение мира, основанное на неспособности переносить двойственное отношение и двусмысленность, на два лагеря: благой и злой (демонический); в) базирующееся на страхе одиночества подчинение религии/религиозной организации, унижающем человеческое достоинство; г) угрозы собственным идеалам или почитаемому религиозному культу, что вызывает нарциссический гнев; д) требование полного совершенства и очищения; е) связь между насилием и очищением, воспринимаемая некритично как доктрина; ж) подавление сексуального влечения [47]. Особое внимание некоторыми учеными было обращено на важную роль религиозных лидеров в разжигании насилия. Например, Olsson [48] утверждает, что у лидеров деструктивных культов отмечается злокачественная форма расстройств личности по нарциссическому типу, при котором они могут справиться собственное чувство отверженности и одиночества, и поддерживать непомерно раздутое чувство собственной значимости только манипулируя другими и причиняя им боль и страдания.

Существует явный дефицит эмпирических исследований в этой чрезвычайно важной области.

Однако некоторые исследования могут служить опорой для этих теоретических направлений. Например, в некоторых экспериментальных исследованиях было отмечено влияние основанного (якобы) на Писании религиозного насилия на рост агрессивности (в особенности у более религиозных людей). Авторы [49] пришли к заключению, что «для определенной прослойки религиозных экстремистов длительное, выборочное чтение священных писаний (которое фокусируется на яростном возмездии неверующим, вместо общей идеи принятия и понимания) может привести к увеличению жестокости». Другие исследования показали, что люди, которые демонстрируют внешнюю религиозную ориентацию, ту, в которой религия используется в качестве инструмента, служащего нерелигиозным и отличным от духовных целям, с большей степенью вероятности проявят нетерпимость [50]. Эти результаты также могли бы быть отнесены к проблеме сексуального насилия со стороны духовенства, при котором священники прячутся под покровом религии, чтобы получить доступ к уязвимым группам населения в собственных деструктивных целях. Тем не менее, другое исследование предположило, что люди, которые полагают, что их священные ценности под ударом, в большей степени готовы участвовать в агрессивных, чрезвычайных ответных мерах [51].

Значение для психиатрической практики

Возникшие в последние годы теории и проводимые исследования в психиатрии и смежных с ней научных областях поставили под сомнение бытовавшие ранее негативные и стереотипные представления о религии и привели к более взвешенному подходу. Благодаря этому сейчас признается двойственная возможность религии способствовать как проблемам, так и решениям, как бедствию, так и облегчению у больных с серьезным психическим заболеванием. Признаки такого двойственного характера религии могут быть найдены у одного и того же человека. В одном из исследований пациентов с религиозным бредом [52] многие больные сообщили, что вера для них служила и помощью, и помехой, что показывает следующее высказывание пациента, испытывающего недоброжелательное воздействие духов: «Духи говорят: «мы поймаем его» и «мы убьем его», и они вызывают у меня физическую боль. Я говорил со священником о духах, и

он помог мне найти силы, чтобы бороться с ними. Бог любит меня и заботится обо мне. С Его помощью я побеждаю духов».

Более дифференцированное представление о религии имеет большое значение для оценки и лечения [психических заболеваний].

Диагностика и оценка

Произошедшие недавно изменения в этой области исследования указывают на необходимость более полно отслеживать религиозное пространство пациента в процессе психиатрического обследования и оценки [40]. Религия должна быть включена в стандартный список потенциальных ресурсов, которые пациент может использовать, сталкиваясь с болезнью и другими жизненными стрессами. Пациентов нужно спрашивать, есть ли у них ресурсы в религиозной сфере, к которым они могут обратиться, чтобы справиться со своими проблемами, так же как их спрашивают о других ресурсах, например об их семье и круге общения, хобби и занятиях спортом. С другой стороны важно понять имеют ли у пациента место какие-либо проблемы религиозного характера. Простой вопрос: «Затронули ли ваши проблемы вашу религиозность» может открыть дверь в исследование религиозной борьбы или других религиозных проблем пациента.

В процессе оценки религиозных проблем важно учитывать, вторичны ли они по отношению к психической симптоматике, являются ли они первичными источниками психиатрического расстройства или имеют сочетанный характер. Такое различие весьма существенно для дальнейшего лечения. Во многих случаях проблемы в духовной сфере, такие как религиозные галлюцинации и бред, могут быть лучше всего поняты как вторичные по отношению к основному психическому заболеванию; религия в этих случаях может просто быть идиомой или символом, через которые выражается заболевание [53]. Лечение психического заболевания среди людей с вторичными религиозными проблемами может привести как к духовному, так и эмоциональному улучшению. Однако в других случаях, когда религия сама по себе основной источник проблемы пациента, обращение внимания только на психическое заболевание может быть недостаточным, чтобы привести к значимым изменениям в его состоянии. Для облегчения состояния пациента может потребоваться духовно интегрированное лечение, которое обра-

щается к религиозному пространству/религиозной составляющей проблемы пациента.

Важно добавить, что чуткий и внимательный подход к оценке состояния пациента требует полного понимания той культуры, в которой пациент существует. Обычно на основании содержания религиозных убеждений нельзя определить являются ли они бредовыми и проблематичными для пациента [54]. Как отметили Miller и Kelley (55), «в некоторых африканских сообществах человека будут считать сумасшедшим, если он не верит, что духи мертвых активно влияют на жизнь человека». В некоторых случаях уместно и необходимо консультироваться с членами религиозной общины пациента, чтобы определить, нормативны ли его религиозные убеждения по их представлениям. В общем, психиатрические диагнозы и оценка должны включать понимание верований, практик и ценностей, определяющих внутренний мир пациента.

Лечение

Религия обращается к очень личным темам, которые лежат в основе личностной идентичности, убеждений, ценностей и мировоззрения человека. Это справедливо и для людей с серьезными психическими заболеваниями. Пациенты вряд ли вовлекутся в беседу о глубинной стороне своей жизни, если их психиатр не продемонстрирует открытости, интереса и понимания их религиозности.

Исследования конкретных случаев показали, как практикующие врачи могут оказать чуткую духовную поддержку, не комментируя онтологической реальности переживаний пациента, т. е. того, что лежит за пределами знаний или компетенции специалистов в области психического здоровья [56]. В этом смысле психиатры могут подходить к религиозности пациента тем же способом, как и к другим областям жизни пациента. Говоря об этом пункте с психодинамической точки зрения, Rizzuto [57] заявил: «врач должен обратиться к пациенту со всей полнотой аналитического опыта, который у него самого имеется благодаря изучению своего собственного религиозного мира, проведенному с тем же вниманием и уважением, что и изучение остальной части его душевной жизни. Некоторые практикующие врачи сообщают, что пациенты приветствуют этот тип духовно чуткого и интегрированного подхода к лечению [58, 59].

Один из самых важных вопросов — является ли духовно интегрированный подход к лечению таким же

эффективным или еще более эффективным, чем традиционные методы лечения. В этом направлении было проведено несколько исследований и первичные их результаты многообещающи. Несколько исследований изучали эффективность лечения, при котором пациент поощряют более полно обращаться к его религиозным ресурсам. При духовно интегрированном лечении результаты были лучше, чем при различных сравниваемых видах лечения, в следующих группах: пациенты-мусульмане из Малайзии с диагнозами генерализованное тревожное расстройство, дистимия и большое депрессивное расстройство [60]; пациенты с депрессией и пациенты с шизофренией в Австралии [61]; женщины из церкви Святых Последних Дней с нарушениями пищевого поведения в условиях стационара [62]; евреи с субклиническим беспокойством и тревогой [63]; и резистентные к лечению пациенты с опиоидной зависимостью в Соединенных Штатах [64]. Вдохновляющие результаты получены в нескольких оценочных исследованиях эффектов духовно интегрированного лечения, которое было направлено на религиозные проблемы. Обследовались группы пациентов в Соединенных Штатах, включая военных ветеранов с симптомами посттравматического стрессового расстройства [65] и женщин, подвергшихся сексуальному насилию [66].

Многообещающие направления

Несмотря на полученные знания о взаимоотношениях между религией и серьезными психическими заболеваниями вопросов остается больше, чем получено ответов. Есть несколько многообещающих областей для дальнейшей работы в этой сфере [67]. Во-первых, большая часть исследований и практической в этой области сосредоточились на культурах Запада. Результаты изучения этой особой тематики должны быть расширены за счет включения других религиозных групп из других стран и культур. Во-вторых, необходимы дальнейшие исследования, чтобы психиатры могли идентифицировать и различать как психиатрические заболевания, так и религиозные ресурсы и религиозные проблемы среди различных религиозных групп, культур. В-третьих, долгосрочные исследования необходимы, чтобы помочь разобраться в сложных взаимодействиях между религией и психопатологией. Особенно важно найти способы отражения в психическом расстройстве вторичных религиозных проблем и понять,

что заставляет людей искать утешения и поддержки в вере. Кроме того следует определить каким образом религиозные ресурсы и первичные религиозные проблемы пациента могут улучшать и/или обострять течение болезни.

Исследования религиозности, описанной в целом только несколькими показателями, такими как частота молитвы или принадлежность к религиозной общине, должны уступить место более конкретным исследованиям особых форм религиозной жизни у людей, страдающих определенными формами психического заболевания. Например, в каком случае обращение к религии может играть защитную роль при психическом заболевании; и, наоборот, в каком случае это может способствовать серьезным психологическим проблемам? Различаются ли этиологические факторы и последствия религиозного и нерелигиозного бреда и галлюцинаций? В-четвертых, дополнительные исследования необходимы для ответа на ключевые вопросы об объеме религиозной составляющей в психиатрическом лечении. Увеличивает ли духовно интегрированное лечение эффект стандартного психиатрического лечения? Какое воздействие, если таковое имеется, оказывает сходство или различие в религиозных убеждениях между доктором и пациентом на процесс и результат лечения? Какое влияние оказывают психотропные препараты на религиозные проблемы, верования, практики и опыт пациентов? В-пятых, для того чтобы продвинуться в этой области, следует разработать, тестировать и внедрить эффективные модели обучения психиатров [68, 69]. Наконец, хотя теория, исследования и практика в области соотношения религии и тяжелых психических расстройств все еще находятся на начальных стадиях, становится очевидным, что для высокого качества обеспечения/охраны психического здоровья требуется установление уважительных отношений сотрудничества между психиатрией и лидерами и членами религиозных общин.

Литература

1. Koenig HG, King D, Carson V. Handbook of religion and health, 2nd ed. New York: Oxford, 2012.
2. Pargament K. The psychology of religion and coping: theory, research, practice. New York: Guilford, 1997.
3. Freud S. The future of an illusion. New York: Norton, 1927/1961.
4. Richardson JT. Religiosity as deviance: negative religious bias and misuse of the DSM-III. Deviant Behav 1993;1: 1-21.

5. Weaver AJ, Samford JA, Larson DB et al. A systematic review of research on religion in four major psychiatric journals: 1991–1995. *J Nerv Ment Dis* 1998;186:187-90.
6. Bobgan M, Bobgan D. *Psychoheresy: the psychological seduction of Christianity*. San Francisco: East Gate, 1987.
7. Barbour JG. *Myths, models and paradigms: a comparative study in science and religion*. New York: Harper & Row, 1974.
8. Shafranske EP. Religious involvement and professional practices of psychiatrists and other mental health professionals. *Psychiatr Ann* 2000;30:1-8.
9. 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.
10. Tepper L, Rogers SA, Coleman EM et al. The prevalence of religious coping among patients with persistent mental illness. *Psychiatr Serv* 2001;52:660-5.
11. Neeleman J, Lewis G. Religious identity and comfort beliefs in three groups of psychiatric patients and a group of medical controls. *Int J Soc Psychiatry* 1994; 40:124-34.
12. Rammohan A, Rao K, Subbakrishna DK. Religious coping and psychological wellbeing in carers of relatives with schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 2002;105: 356-62.
13. Yangarber-Hicks N. Religious coping styles and recovery from serious mental illness. *J Psychol Theol* 2004;32:305-17.
14. Canada AL, Parker PA, deMoor JS et al. Active coping mediates the association between religion/spirituality and quality of life in ovarian cancer. *Gynecol Oncol* 2006;101:102-7.
15. Friedman LC, 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;19:327-34.
16. Prado G, Feaster DJ, Schwartz SJ et al. Religious involvement, coping, social support, and psychological distress in HIV-seropositive African American mothers. *AIDS Behav* 2004;8: 221-35.
17. Yates JW, Chalmer BJ, St. James P et al. Religion in patients with advanced cancer. *Med Ped Oncol* 1981;9:121-8.
18. Mohr S, Brandt PY, Borrás L et al. Toward an integration of religiousness and spirituality into the psychosocial dimension of schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2006;163:1952-9.
19. McCullough ME, Willoughby BLB. Religion, self-regulation, and self-control: associations, explanations, and implications. *Psychol Bull* 2009;135:69-93.
20. Mohr S, Perroud N, Gillieron C et al. Spirituality and religiousness as predictive factors of outcomes in schizophrenia and schizo-affective disorders. *Psychiatry* 2010;186:177-82.
21. Durkheim E. *The elementary forms of the religious life*. New York: Free Press, 1965.
22. Pargament KI, Cummings J. Anchored by faith: religion as a resilience factor. In: Reich J, Zautra AJ, Hall JS (eds). *Handbook of adult resilience*. New York: Guilford, 2010: 193-212.
23. Huguélet P, Mohr S, Borrás L et al. Spirituality and religious practices among outpatients with schizophrenia and their clinicians. *Psychiatr Serv* 2006;57:366-72.
24. Granqvist P, Kirkpatrick LA. Religion, spirituality and attachment. In: Pargament KI, Exline JE, Jones J (eds). *APA handbook of psychology, religion, and spirituality (Vol. 1)*. Washington: APA Press, 2013:139-56.
25. Sormanti M, August J. Parental bereavement: spiritual connections with deceased children. *Am J Orthopsychiatry* 1997;6: 460-9.
26. Smith TB, McCullough ME, Poll J. Religiousness and depression: evidence for a main effect and the moderating influence of stressful life events. *Psychol Bull* 2003;129:614-36.
27. Hebert RS, Dang Q, Schulz R. Religious beliefs and practices are associated with better mental health in family caregivers of patients with dementia: findings from the REACH study. *Am J Geriatr Psychiatry* 2007; 15:292-300.
28. Bowen R, Baetz M, D'Arcy C. Self-rated importance of religion predicts one-year outcome of patients with panic disorder. *Depress Anxiety* 2006;23:266-73.
29. Soenke M, Landau MJ, Greenberg J. Sacred armor: religion's role as a buffer against the anxieties of life and the fear of death. In: Pargament KI, Exline JE, Jones J (eds). *APA handbook of psychology, religion, and spirituality (Vol. 1)*. Washington: APA Press, 2013:105-22.
30. Geertz C. Religion as a cultural system. In: Banton M (ed). *Anthropological approaches to the study of religion*. London: Tavistock, 1966:1-46.
31. Clark WH. How do social scientists define religion? *J Soc Psychol* 1958;47:143-7.
32. Mickley JR, Pargament KI, Brant CR et al. God and the search for meaning among hospice caregivers. *Hospice J* 1998;13:1-17.
33. Murphy SA, Johnson LC, Lohan J. Finding meaning in a child's violent death: a five-year prospective analysis of parents' personal narratives and empirical data. *Death Studies* 2003;27:381-404.
34. Dezutter J, Wachholtz A, Corveleyn J. Prayer and pain: the mediating role of positive re-appraisal. *J Behav Med* 2011; 34:542-9.
35. Johnson P. *Psychology of religion*. Nashville: Abingdon, 1959.
36. Dein S, Pargament KI. On not praying for the return of an amputated limb: conserving a relationship with God as the primary function of prayer. *Bull Menninger Clin* 2012;76:235-59.
37. Falsetti SA, Resick PA, Davis JL. Changes in religious beliefs following trauma. *J Trauma Stress* 2003;16:391-8.
38. Allport GW. *The individual and his religion: a psychological interpretation*. Oxford: Macmillan, 1950.
39. Pruyser PW. The seamy side of current religious beliefs. *Bull Menninger Clin* 1977;41:329-48.
40. Pargament KI. *Spiritually integrated psychotherapy: understanding and addressing the sacred*. New York: Guilford, 2007.
41. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed., text revised*. Washington: American Psychiatric Association, 2000.
42. Pargament KI, Murray-Swank N, Magyar G et al. Spiritual struggle: a phenomenon of interest to psychology and religion. In: Miller WE, Delaney W (eds). *Judeo-Christian perspectives on psychology: human nature, motivation, and change*. Washington: APA Press, 2005:245-68.
43. Pirutinsky S, Rosmarin DH, Pargament KI et al. Does negative religious coping accompany, precede, or follow depression among Orthodox Jews? *J Affect Disord* 2011;132: 401-5.
44. McConnell K, Pargament KI, Ellison C et al. Examining the links between spiritual struggles and symptoms of psychopathology in a national sample. *J Clin Psychol* 2006;62:1469-84.
45. Exline J. Religious and spiritual struggles. In: Pargament KI, Exline JE, Jones J (eds). *APA handbook of psychology, religion, and spirituality (Vol. 1)*. Washington: APA Press, 2013:459-76.
46. Waller JE. Religion and evil in the context of genocide. In: Pargament KI, Exline JE, Jones J (eds). *APA handbook of psychology, religion, and spirituality (Vol. 1)*. Washington: APA Press, 2013:477-94.
47. Jones JE. *Blood that cries out from the earth: the psychology of religious terrorism*. Oxford: Oxford University Press, 2008.
48. Olsson PA. *Malignant pied pipers of our time: a psychological study of destructive cult leaders from Rev. Jim Jones to Osama bin Laden*. Baltimore: PublishAmerica, 2005.
49. Bushman BJ, Ridge RD, Das E et al. When God sanctions killing: effect of scriptural violence on aggression. *Psychol Sci* 2007;18:204-7.
50. Donahue MJ. Intrinsic and extrinsic religiousness: review and meta-analysis. *J Pers Soc Psychol* 1985;48:400-19.

51. Abu Raiya H, Pargament KI, Mahoney A et al. When Muslims are perceived as a religious threat: examining the connection between desecration, religious coping, and anti-Muslim attitudes. *Basic Appl Soc Psychol* 2008;30:311-25.
52. Mohr S, Borrás L, Betrisey C et al. Delusions with religious content in patients with psychosis: how they interact with spiritual coping. *Psychiatry* 2010;73: 158-72.
53. Greenberg D, Witztum E. Sanity and sanctity: mental health work among the ultra-orthodox in Jerusalem. New Haven: Yale University Press, 2001.
54. Pierre J. Faith or delusion? At the crossroads of religion and psychosis. *J Psychiatr Pract* 2001;7:163-72.
55. Miller L, Kelley BS. Relationships of religiosity and spirituality with mental health and psychopathology. In: Paloutzian RF, Park CL (eds). *Handbook of the psychology of religion and spirituality*. New York: Guilford, 2005:460-78.
56. Lomax JW, Kripal JJ, Pargament KI. Perspectives on 'sacred moments' in psychotherapy. *Am J Psychiatry* 2011;168:12-8.
57. Rizzuto AM, Shafranske E. Addressing religion and spirituality in treatment from a psychodynamic perspective. In: Pargament KI, Mahoney A, Shafranske E (eds). *APA handbook of psychology, religion, and spirituality*, Vol. 2. Washington: APA Press, 2013:125-46.
58. Stanley MA, Bush AL, Camp ME et al. Older adults' preferences for religion/spirituality in treatment for anxiety and depression. *Aging Mental Health* 2011; 15:334-43.
59. Kehoe N. *Wrestling with our inner angels: faith, mental illness, and the journey to wholeness*. San Francisco: Jossey-Bass, 2009.
60. Azhar MZ, Varma SL, Dharap AS. Religious psychotherapy in depressive patients. *Psychother Psychosom* 1995;63: 165-73.
61. D'Souza R, Rich D, Diamond I et al. An open randomized controlled trial using a spiritually 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.
62. Richards PS, Berrett ME, Hardman RK et al. Comparative efficacy of spirituality, cognitive, and emotional support groups for treating eating disorder inpatients. *Eat Disord* 2006;41:401-15.
63. Rosmarin DH, Pargament KI, Pirutinsky S et al. A randomized controlled evaluation of a spiritually integrated treatment for subclinical anxiety in the Jewish community, delivered via the Internet. *J Anxiety Disord* 2010;24:799-808.
64. Avants SK, 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 behavior. *Mental Health, Religion, and Culture* 2005;8:167-77.
65. Harris JI, Erbes CR, Engdahl BE et al. The effectiveness of a trauma focused spiritually integrated intervention for veterans exposed to trauma. *J Clin Psychol* 2011;67:1-14.
66. Murray-Swank N, Pargament KI. God, where are you? Evaluating a spiritually integrated intervention for sexual abuse. *Mental Health, Religion, and Culture* 2005;8:191-203.
67. Koenig HG. Schizophrenia and other psychotic disorders. In: Peteet JR, Lu FG, Narrow WE (eds). *Religious and spiritual issues in psychiatric diagnosis: a research agenda for DSM-V*. Arlington: American Psychiatric Association, 2011:31-51.
68. Blass DM. A pragmatic approach to teaching psychiatry residents the assessment and treatment of religious patients. *Acad Psychiatry* 2007;31:25-31.
69. Puchalski CM, Larson DB, Lu FG. Spirituality in psychiatry residency training programs. *Int Rev Psychiatry* 2001;13: 131-8.