

Религиозность, качество личности, с которым стоит считаться в психиатрии

Herman M. van Praag^{1,2}

¹ University of Groningen, Utrecht, Maastricht, The Netherlands (Нидерланды);

² Albert Einstein College of Medicine, New York, NY, USA (США)

Перевод: Борисова А.С.

Редактура: Борисова О.А.

Pargament и Lomax предоставили яркий, убедительный и емкий обзор исследований в области взаимодействия психиатрии и религии. Однако, они не делают четкого разграничения между религиозностью и религией. Я делаю это разграничение, и рассматриваю этот вопрос, как наиболее важный, как в теории, так и на практике.

Я определяю религиозность как близость (сродство) к основной идеи религии. Эта идея заключается в том, что, кроме мира, который мы можем воспринять нашими органами чувств, существует другой мир, сверхъестественный. Истинно верующие испытывают стремление дотянуться до этого метафизического мира. Они хотят добавить в жизнь еще одно вертикально направленное измерение, они открыты идеи Бога и знают чувства, мысли, переживания, которые связаны с этим понятием.

“Размышление о высшем” (“Thinking upwards”) — термин, заимствованный у de Ryk (1) — не является бессмысленным делом. Это ведет к чему-то. Человек получает доступ к метафизическому миру. Миру вне горизонта, миру абсолютно иррациональному, непостижимому для рационального, логического анализа. Тот мир не остается пустым. Люди не могут свободно оперировать вакуумом. Они имеют тенденцию заполнять его. В случае тишины, наступающей в беседе — словами; в случае представления о метафизической вселенной — неопределимыми силами, влияющими на личную жизнь человека и общество в целом, частью которого он является. Силы, которые, как предполагается, действуют в этой метафизической вселенной, могут оставаться неопределенными, несформированными. В этом случае я говорю о духовности. Как альтернатива — представление о силах, объединенных в одном, вездесущем, всемогущем, всеобъемлющем мифическом естестве, называемом

Богом. В этом случае я говорю о религиозности.

Эта идея, этот образ и подобие Бога приобретает множество функций. Во-первых, это — символ; символ неограниченного творческого потенциала и абсолютной нравственности. В этом случае для истинно верующих он становится образцом для подражания, эталоном для собственного поведения. Слова «символ», «метафора» не имеют никакого очерняющего оттенка. Метафора, это как раз способ вербально выразить то, что на самом деле невозможно выразить словами. Что и даёт нам образ невыразимого/неописуемого и невообразимого.

Во-вторых, и отеческие, и материнские качества проецированы в Богообразии; в идеализированной форме. В основанном на личном опыте мире верующего человека, Бог — это и советник, и высший защитник. Он включается во временна эмоционального потрясения и дает утешение или смирение, в зависимости от надобности.

В-третьих, у Бога, как считают верующие, есть надежда. Он надеется, что человек (если перефразировать в еврейской манере) освятит, т.е. очистит от греха и порока свою жизнь. Бог вторгается в совесть человека; объединяется с его совестью. В этой ипостаси, Бог предупреждает его, когда он собирается сбиться с пути истинного и вызывает чувство вины, если отступление от веры, тем не менее, произошло.

Наконец, Бог предоставляет истинно верующим предназначение, или лучше: Он ожидает, что они выберут предназначение. Предназначение с альтруистическим характером; то, которое будет способствовать процветанию общества; на всех уровнях (социальном, культурном, научном), или менее возвышенно, но не менее важно,- стараясь сделать лучшее из того что можно, в семье, на работе или в общественной жизни.

Таким образом, в жизни верующего, образ Бога действует как важная система поддержки. Это делает жизнь светлее, при условии, что религиозность претворяется в жизнь без принуждения, без давления извне. Светлее в двойном смысле этого слова. Жизнь становится легче, становиться легче жить. И дает свет, облегчая поиск цели и смысла в жизни, чтобы в конце

путешествия можно было сказать: все это имело смысл. Я вижу разницу. Конечно, образ Бога — не единственный источник смысла, но, без сомнения, важный.

Религия, с другой стороны, относится к ряду религиозных доктрин; фактически к философии, способу интерпретировать человеческое существование с фокусом на идею Бога. Религия обеспечивает потребность “размышления о возвышенном”, его содержания и форме. Религия, можно сказать, это формализованная, структурированная, и часто, к сожалению, законодательная форма выражения религиозности. Религиозность — основание, религия — надстройка.

Религия представлена в различных структурах (ракурсах). На одном полюсе человек находит в ней то, что я называю, жестким, законодательно закрепленным набором положений, которым каждый обязан верить или следовать; положений, которые, часто, запрещают, а не поощряют размышления, склонны вызывать чувства греха и позора, вместо того, чтобы вызывать радость бытия.

На другом полюсе человек находит представление о жизни, которое очаровывает; которое без труда включается в жизнь; приглашает к обсуждению; стимулирует размышления относительно цели и смысла жизни; система, которая не представляет достоверных фактов, только возможности.

Религия может обогатить жизнь или испортить ее. Можно отклонить систему или охватить ее, частично или полностью. Она может действовать на пользу или во вред. На протяжении столетий, она часто действовала во зло. Это создало религии плохую репутацию.

Этот комментарий касается религиозности. Как видно на примере всех стран Запада, религиозность — частое явление. Она выражается множеством разных способов: вера в личного бога; вера во всемогущий, абстрактный принцип; вера в загробную жизнь; вера в бессмертие души; вера в божественное влияние в жизни и многие другие. Церковь и церковные власти потеряли престиж; а религиозность, кажется, все еще занимает сильные позиции. Эти данные действительно подтверждают то, что религиозность следует рассматривать в качестве нормального компонента личности человека.

Другие данные подтверждают это заключение. Религиозность – особенность, которая биологически закреплена. Во-первых, это частично детерминировано генетически (2). Во-вторых, несколько типов доказательств указывают на то, что мозг имеет системы, которые являются корнем/основанием для религиозных убеждений и переживаний (2–5). Если их активировать электромагнитным током, появятся религиозные переживания, даже у неверующих. Нейронная активность в этих областях меняется в зависимости от интенсивности и глубины религиозной приверженности.

Означает ли это, что религиозность вызвана биологически, что это не более чем продукт неких сверхактивных нейронных цепей в мозгу? Нет, это не правильное заключение. Это означает, что мозг является посредником между религиозными потребностями и удовлетворением этих потребностей. Религиозные потребности имеют психологическое происхождение, а их удовлетворение делает возможным благодаря мозгу, посредством нейробиологических процессов.

Выводы: религиозность – это свойство человеческого разума. Религия – это продукт человеческого разума. От религии можно избавиться. Религиозность же есть везде, пропитывает само наше бытие. Она существует, чтобы жить. (6).

Это так, как оно есть, и психиатры не могут игнорировать религиозность, независимо от своей собственной системы убеждений. Тщательный анализ личности – основное дело диагностики. Религиозность не должна быть пропущена в этом процессе (7). Играла ли она роль в возникновении текущего психического состояния, и если да, ее влияние обостряло его или смягчало? Может ли вертикально направленное измерение быть использовано в психологическом лечении, и если да, то кто будет отвечать за лечение – священник или психиатр, или это должно быть их тандем?

Короче говоря, религиозность имеет значение в психиатрии. Психиатры не могут позволить себе иметь слепые пятна в своей профессиональной деятельности.

Библиография

1. de Rijk LM. Religion, normen, waarden (Religion, norms, values). Amsterdam: Bert Bakker, 2008.
2. van Praag HM. Seat of the divine: a biological “proof of God’s existence”? In: Verhagen PJ, van Praag HM, Lopez-Ibor JJ, Jr. et al (eds). Religion and psychiatry. Beyond boundaries. New York: Wiley, 2010: 523-39.
3. Beauregard M, O’Leary D. The spiritual brain. New York: Harper, 2007.
4. Perroud N. Religion/spirituality and neuropsychiatry. In: Huguelet P, Koenig HG (eds). Religion and spirituality in psychiatry. Cambridge: Cambridge University Press, 2009:48-64.
5. Inzlicht M, McGregor I, Hirsh JB et al. Neural markers of religious conviction. Psychol Sci 2009;20:385-92.
6. Norenzayan A, Shariff AF. The origin and evolution of religious prosociality. Science 2008; 322:58-62.
7. Verhagen PJ, Cox JL. Multicultural education and training in religion and spirituality. In: Verhagen PJ, Van Praag HM, Lopez-Ibor JJ, Jr. et al (eds). Religion and psychiatry. Beyond boundaries. New York: Wiley, 2010:587-613.

DOI 10.1002/wps.20006

Религия и психическое здоровье: вклад антропологии

Simon L. Dein

Department of Mental Health Sciences, University College London, Charles Bell House, London WC1 7EY, UK (Великобритания)

Перевод: Борисова А.С.
Редактура: Борисова О.А.

Pargament и Lomax представляют всесторонний обзор стремительно увеличивающегося объема литературы, посвященной религии и психическому здоровью. Их сообщение сбалансировано/гармонично, благодаря описанию как положительных, так и негативных сторон воздействия религии и духовности на состояние личности. Намереваясь продолжить дискуссию о дальнейшем исследовании в области религии и психического здоровья, в этом комментарии я акцентирую внимание на некоторых областях, в которых мой подход, основанный на социальной антропологии, может отличаться от идей Pargament и Lomax.

Некоторые из областей, упомянутых в обзоре (например, смысл жизни, религиозно обусловленное насилие и конфликт на религиозной почве), привлекли внимание

антропологов. Как антрополог, я соглашаюсь, что результаты говорят о необходимости расширить исследования за счет изучения других религиозных групп, культур и стран. Религиозные факторы всегда действуют в контекстах культур. Например, живой опыт ислама может варьироваться у представителей общин разных культур. Гендерная иерархия и политическая организация могут различаться в двух исламских общинах, внося свой вклад в формирование определенных стрессогенных факторов. Это имеет как теоретическое, так и практическое значение.

Антропология может внести существенный вклад в эти дебаты, благодаря акценту на углубленное описание индивидуальных переживаний, и ее ключевой методологии – включенному наблюдению, – которая учитывает долгосрочное взаимодействие культуральных групп и облегчает понимание того, как религия и психическое здоровье воздействуют друг на друга во времени [1]. Кроме того, она способствует эмпическому пониманию того, как культурально организованы такие понятия, как религия, духовность, совладение с болезнью, вера и психическое заболевание.

Дальнейшие исследования в области религии и психического здоровья должны использовать набор секулярных/светских значений таких терминов как религия, духовность и здоровье, вместо впечатляющих профессиональных определений.

Данные антропологических полевых исследований могут быть привлечены для интерпретации существующих критериев оценки религиозно-культурных факторов.

Существующая литература по религии и психическому здоровью преимущественно концентрируется на вере, а не опыте. Антропологи, как правило, выступают в прения относительно понятия веры, особенно при обсуждении религиозных воззрений [2]. Спорно, может ли понятие веры, существующее в протестантизме, легко быть применено к группам с другой верой. И взаимоотношения между убеждениями, знанием и верой часто достаточно расплывчато определяются в существующей литературе.

Религиозный опыт включает как познавательные, так и эмоциональные составляющие. До настоящего времени акцент на познании вытеснял важную роль эмоциональных факторов в поддержании

веры. R. Firth [3] понимает веру как ряд идей, более или менее объединенных по смыслу, но скрепленных убеждением, что они верны — что они значимы в их отношении к реальности. Он указывает, что мы можем выделить элементы знания, эмоций и волевой деятельности, влияющих на веру. И именно эмоциональная составляющая любого вида переживаний является основанием для веры и наделяет ее мощным ощущением реалистичности.

Хотя я согласен с утверждением Pargament и Lomax, цитирующих антрополога С. Geertz, о том, что религия служит источником смысла для верующих, при этом социальная антропология выходит за пределы индивидуальных религиозных воззрений. Она открывает более широкую перспективу благодаря анализу путей, которыми структуры власти и религиозные структуры формируют специфические убеждения; и анализу способов, которыми особые фракции в религиозных общинах оспаривают эти убеждения.

Длительное время антропологи признают важность особых религиозных переживаний в поддержании благополучия в сообществах и роли ритуалов в порождении таких переживаний. Есть множество антропологических данных, исследующих роль ритуалов в поддержании психического здоровья. Тем не менее, существующие научные труды не исследовали влияния всего спектра религиозных ритуалов на психическое здоровье. Например, несмотря на то, что большая часть современной литературы концентрируется на христианстве, недостаточно работ, исследующих такие христианские таинства как крещение, евхаристии и возложение рук, весьма значимых с точки зрения облегчения психического состояния. Религиозный опыт, ритуалы и их влияние на пси-

хическое благополучие должны стать целью будущих исследований в этой области (4).

Кроме того, длительное пребывание исследователя в религиозной общине облегчает сбор подробных феноменологических описаний таких составляющих религиозного опыта как, например, слышание голоса Бога, и дает понимание того, как эти описания интерпретируются в разнообразных культурных контекстах (5). Это позволяет лучше понимать сходства и различия между нормативным религиозным опытом и психопатологическими состояниями.

Один из вопросов, обсуждаемых Pargament и Lomax — религиозные галлюцинации — вызвал некоторые обсуждения в ключе антропологии. Антрополог Т. Luhrmann [6] указывает, что галлюцинации ярко иллюстрируют образ, которым культура воздействует на наш самый незыблемый сознательный опыт, и способы, которыми и культурные факторы, и биологические ограничения формируют этот опыт.

Антропологическая литература указывает, что понимание психического здоровья включает физическое, эмоциональное и духовное измерения, и что оно, соединяя посредством разнообразных ритуалов эти измерения воедино, часто отражает восстановление гармоничных отношений с тем, что общины определяют как божественное. Как указывает социальный антрополог V. Turner в своей работе о пребывании среди народности ндембу (самобытная народность демократической республики Конго, прим. переводчика) (7), собрание вышеупомянутых трех измерений воедино столь же эффективно поддерживает общественное устройство, сколь восстанавливает тело, разум и душу страждущих. Таким образом, религия/духовность должна воздействовать

как на психическое здоровье, так и на состояние общества и социальную интеграцию.

Наконец, с точки зрения терапии, в настоящее время наблюдается все возрастающее число работ по кросс-культуральной психотерапии и значению взаимопонимания пациента и врача (8). Эта литература демонстрирует, что, хотя культуральное соответствие порой приводит к увеличению эффективности психотерапии, но другие факторы, такие как пол и социальное положение, также определяют результаты лечения. Эти выводы могли бы быть распространены и на исследование в области духовно интегрированной терапии, с учетом способов, которыми соответствие взглядов врача и пациента в религиозных аспектах может улучшить или ухудшить результаты лечения.

Библиография

1. Dein S, Cook CC, Koenig H. Religion, spirituality, and mental health: Current controversies and future directions. *J Nerv Ment Dis* 2012; 200: 852-5.
2. Tambiah S. *Magic, science, religion and the scope of rationality*. New York: Cambridge University Press, 1990.
3. Firth R. *Religion: a humanist interpretation*. London: Routledge, 1996.
4. Dein S. Judeo-Christian religious experience and psychopathology: the legacy of William James. *Transcult Psychiatry* 2010;47:523-47.
5. Dein S, Littlewood R. The voice of God. *Anthropol Med* 2007;14:213-28.
6. Luhrmann T. Hallucinations and sensory overrides. *Ann Rev Anthropol* 2011;40: 71-85.
7. Turner V. *The forest of symbols: aspects of Ndembu ritual*. Ithaca: Cornell University Press, 1967.
8. Kareem J, Littlewood R. *Intercultural therapy: themes, interpretations and practice*. Oxford: Blackwell, 1992.

DOI 10.1002/wps.20007

Оценка духовности пациента как часть стандартного психического обследования: проблемы и следствия

Philippe Huguelet¹,

Olfa Mandhouj²

¹ Division of General Psychiatry, Department of Mental Health and Psychiatry, University Hospitals of Geneva, 1207 Geneva, Switzerland (Швейцария)

² INSERM U699, Hospital Andre-Mignot, Le Chesnay, Paris, France (Франция)

Перевод: Борисова А.С.
Редактура: Борисова О.А.

Pargament и Lomax провели всесторонний и полный анализ как положительного, так и отрицательного воздействия религии на симптомы и исходы психических расстройств у больных. Их работа преимущественно основана на важном исследовании, проведенном Pargament и коллегами по религиозной и смыслообразующей копинг-стратегиям. Pargament и коллеги счи-

тают, что многие пациенты используют религию и в качестве ресурса для психологической адаптации, и в качестве модели, объясняющей их заболевание (1). Это может иметь как положительные последствия (например, “Я думаю, что моя болезнь – наказание Бога за мои грехи. Это придает смысл тому, что произошло со мной, таким образом, это менее несправедливо”), так

и отрицательные (например, “Я молился в течение многих лет. Я все еще болен, потому что я не достаточно верю в исцеляющую силу Бога. Я – плохой человек”) (2).

Отрицательные аспекты религии могут быть выражены через понятие “духовной борьбы”, сложное для понимания многих клиницистов. Духовная борьба может быть внутрличностной, межличностной, и/или связанной с представлением пациента о Боге. Оценивая этот феномен, необходимо учитывать тот факт, что духовная борьба может быть как причиной, так и следствием психопатологии (или и тем, и другим).

Статья Pargament и Lomax помогает клиницистам выяснить, в каком качестве может выступать религия: как ресурс для психологической адаптации к болезни, как источник смысла или эмоционального комфорта (например, как средство уменьшения тревоги), и как средство саморегуляции и улучшения качества жизни человека как члена социума. Клиницисты должны быть знакомы с этими понятиями до того, как они начнут выполнять оценку степени духовности, процедуру, которая должна быть частью обычного психиатрического обследования (3). Однако, они могут обнаружить, что у любого конкретного пациента в определенный период времени часто присутствуют не один, а большее количество вышеупомянутых аспектов (3). Например, пациент с шизофренией может страдать бредом с религиозным содержанием (“Дьявол говорит со мной...”) и, в то же самое время, быть способным молиться Богу, чтобы уменьшить свою тревогу. Важно помнить, что скрининговые вопросы могут быть использованы в процессе оценки всех аспектов религиозности пациента (3,4).

Как мы должны поступать после того, как оценка степени духовности выполнена? Полученные данные должны быть учтены как часть материала для поддерживающей психотерапии, способствуя формированию положительной копинг-стратегии и работе с негативными проявлениями духовности (например, духовной борьбой). В некоторых случаях, в зависимости от культурального контекста, в котором проводится лечение, проблемы могут быть более сложными. В некоторых регионах, где нет психиатров, традиционные целители пытаются помочь пациентам с расстройствами психики в рамках “интегрированного лечения”,

включающего духовное лечение и более секулярные методы (с тем или иным успехом). С другой стороны, в большинстве европейских стран психиатры придерживаются светской позиции в работе. Из этого следует, что проблемы, проявившиеся в результате оценки духовности пациента, могут рассматриваться психиатрами, как касающиеся священников или иных духовных лиц. Между этими двумя позициями существуют положения (варианты), где вопросы переплетаются. Так, в Соединенных Штатах некоторые клиницисты могут молиться со своими пациентами, что не рассматривалось бы как приемлемая форма поведения в большинстве общественных психиатрических учреждений в Европе.

Сложность этой области знаний также связана с существованием некой “серой зоны”, подчас находящейся в поле деятельности психотерапии, где данные внутрличностного характера могут рассматриваться или как “геологический”, или как когнитивный процессы, требующие психологического вмешательства, или как оба из вышеупомянутых процессов (например, чувство вины женщины после аборта, частично основанное на религиозных убеждениях).

Так что же нам делать? С одной стороны, психиатры должны адаптировать свою практику к тем запросам, которые предъявляет общество. С другой стороны, существуют обстоятельства, при которых “лечение, принятое, привычное, характерное, свойственное, закрепившееся в данной местности” (local care) несовместимо с эффективными стандартными методами лечения (такими, как антипсихотические средства при психотических симптомах). В некоторых регионах пациенты сначала консультируются со своим врачом по месту жительства, а затем обращаются к традиционной (народной) медицине, когда понимают, что прежнее лечение не приносит улучшения (5). В таких ситуациях клиницистам не стоит конкурировать с этими (традиционными) подходами, а лучше найти способы применения других моделей лечения, в которых подходы дополнили бы друг друга (6). Это может вызывать фрустрацию, учитывая время и деньги которые, вероятно, будут потеряны при такой последовательности действий. Однако фактически нет никакого другого выбора: люди, живущие в культуре, применяющей религиозные моде-

ли для объяснения психических расстройств, будут, скорее всего, искать традиционные пути лечения прежде, чем обратятся к современной психиатрии. Задача психиатров – принять во внимание культуральный контекст мышления их пациентов, что может включать в себя, когда это необходимо, и построение сотруднических взаимоотношений с членами религиозных общин.

В заключение мы хотели бы подчеркнуть что: а) оценка степени духовности пациента должна быть частью исследования культурологического контекста в ходе любой консультации пациента в психиатрическом учреждении, согласно рекомендациям WPA (7); б) оценка религиозных убеждений пациента, вероятно, вскроет психологические и социальные вопросы, которые имеют отношение к лечению; и в) эти данные могут иметь психотерапевтические, психиатрические и социальные последствия, в зависимости от особенностей пациента и местного психиатрического и культурологического контекста.

Библиография

1. McCabe R, Priebe S. Explanatory models of illness in schizophrenia: comparison of four ethnic groups. *Br J Psychiatry* 2004;185:25-30.
2. Huguelet P, Mohr S, Gillieron C et al. Religious explanatory models in patients with psychosis: a 3-year follow-up study. *Psychopathology* 2010; 43:230-9.
3. Huguelet P, Mohr S, Betrisey C et al. A randomized trial of spiritual assessment of outpatients with schizophrenia: patients' and clinicians' experience. *Psychiatr Serv* 2011;62:79-86.
4. Anandarajah G, Hight E. Spirituality and medical practice: using the HOPE questions as a practical tool for spiritual assessment. *Am Fam Physician* 2001;63: 81-9.
5. Campion J, Bhugra D. Experience of religious healing in psychiatric patients in South India. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1997; 32:215-21.
6. Khan I, Pillay K. User' attitudes toward home and hospital treatment: a comparative study between South Asian and white residents of the British Isle. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2003;10:137- 46.
7. Mezzich E. Psychiatry for the Person: articulating medicine's science and humanism. *World Psychiatry* 2007; 6: 65-7.

DOI 10.1002/wps.20008

Религия и здоровье: чем больше мы знаем, тем больше мы должны узнать

Alexander Moreira-Almeida

Research Center in Spirituality and Health, School of Medicine, Universidade Federal de Juiz de Fora, Brazil (Бразилия)
WPA Section on Religion, Spirituality and Psychiatry (Секция ВПА по религии, духовности и психиатрии)

Перевод: Борисова А.С.
Редактура: Борисова О.А.

За последние несколько десятилетий, в основном из-за растущего объема убедительных эмпирических данных, заметно возросло признание взаимосвязи между религиозностью и здоровьем. Эти данные бросили вызов ранее господствующим взглядам, главным образом, основанным на теоретических выкладках, что религиозность – это остаток примитивного психологического развития, обычно связываемого с незрелыми защитными реакциями и психиатрическими симптомами. Большая часть данных эпидемиологических исследований указывает на существование взаимосвязи на популяционном уровне причастности к религии и более хороших показателей здоровья (1). Однако, значение, которое могли бы иметь эти результаты для обычной клинической практики, обсуждено недостаточно; и мало исследований было проведено в области негативных проявлений этой взаимосвязи. Статья Pargament и Lomax выдвигает на первый план именно эти два упущения.

Авторы упоминают “сложную историю отношений между психиатрией и религией”. Несомненно, были конфликты между религией и психиатрией, а в более широком смысле – между религией и наукой. Однако, важно отметить, что, с исторической точки зрения, отношения между наукой и религией являлись скорее синергическими, чем антагонистическими. Создается впечатление, что этот конфликт был в основном ограничен периодом с середины 19-го столетия до конца 20-го столетия (2). На самом деле, с древних времен духовные проблемы и забота о больном были взаимосвязаны между собой; и было бы разумно проведение новых и всесторонних исследований исторических связей между духовностью и заботой о душевнобольных людях. Это историческое

понимание проблемы очень важно для объективной оценки ситуации.

В то время как взаимодействие между религиозностью и здоровьем было достаточно хорошо описано, понимание механизмов этого взаимодействия являлось задачей, требующей решения. Признание “активных ингредиентов” религии имеет особый интерес для клинициста, так как с их помощью возможно развитие новых подходов к лечению и профилактике заболеваний. Анализ четырех предложенных психосоциологических посредников (медицинские методы, социальная поддержка, психосоциологические ресурсы и системы ценностей) выявил то, что эмпирические доказательства являются “разнородными и противоречивыми” (3). Pargament и Lomax обсудили некоторые многообещающие подходы. Чтобы расширить знание по этому вопросу, полезно было бы исследовать проблему, как духовность может способствовать развитию в большей степени “благотворных” факторов, чем “патогенных” факторов. Могло бы также быть плодотворным сосредоточить внимание на механизмах, которые могут быть специфичными для духовной области и отсутствуют в секулярной среде. Исследования на качественном уровне являются важными, но до сих пор практически игнорируемые источники новых гипотез.

Понимание «темной» стороны религии требует проведения значительно большего количества исследований. Это особенно относится к религиозному насилию. Видимо, религия, в большей степени, чем любое другое обоснование (причина) межгруппового насилия, может становиться маркером, отражением широкого круга социокультуральных характеристик. Некоторые из случившихся конфликтов, которые были опрометчиво представлены как религиозные, могли бы стать более понятными, если бы их первопричинами считали экономические, этнические, или другие, более приземленные факторы (4). Религия, как и любая другая могущественная идея, такие как, например, наука, здоровье, социальная справедливость и свобода, может быть, и были использованы в качестве оправдания насилия и нетерпимости.

В дополнение к важному вопросу о том, когда религиозная проблема является первичной, а когда вто-

ричной по отношению к психическому расстройству, необходимо также провести более четкую дифференциацию между духовными переживаниями у здоровых людей, которые напоминают психиатрические симптомы, и психическими расстройствами с религиозным содержанием (5). Это – наиважнейшая, но все еще в основном неизведанная область.

В дополнение к изучению духовно интегрированного лечения, как и подчеркнуто авторами, необходимо лучшее понимание механизмов и влияния духовного лечения. Миллионы людей во всем мире, страдающих психическими расстройствами, обращаются за помощью к духовному лечению или только как к единственному средству, или в сочетании с психиатрическим лечением (6). Одним важным примером, который заслуживает дальнейшего всестороннего исследования, является религиозное/духовное лечение токсикомании. Такое исследование может помочь нам прояснить, какие методы вредны (и их нужно избегать), и какие могут быть эффективны (и они должны быть лучше изучены и должны использоваться).

На ряду с рассмотренными Pargament и Lomax исследованиям духовно интегрированного лечения, в которых показаны лучшие результаты по сравнению с обычным лечением, есть другие исследования, в которых был выявлен примерно одинаковый уровень эффективности этих двух видов лечения (7). Тем не менее, духовно интегрированное лечение может способствовать лучшему принятию психологического/психиатрического лечения среди религиозных пациентов. Некоторые пациенты с определенным профилем могут извлечь наибольшую пользу из этих комплексных подходов. Также стоит отметить, что, согласно некоторым данным, духовно интегрированное лечение может быть адекватно проведено нерелигиозными клиницистами (8).

И в заключении. Заслуженой обзоров Pargament и Lomax является обращение внимания широкой психиатрической аудитории на некоторые важные аспекты религии, которые относятся к клинической практике. Можно сделать некоторые выводы на основе имеющихся доказательств: а) существует часто встречающаяся и существенная взаимосвязь между религиоз-

ностью и психическим здоровьем; б) эти отношения обычно положительные, но есть также отрицательные взаимосвязи; и с) необходимо учитывать духовность пациентов, для того, чтобы обеспечить адекватное и культурально компетентное клиническое лечение.

Исходя из этого, перед психиатрическим сообществом встают некоторые нерешенные проблемы в области образования и исследований. С образовательной точки зрения уместно донести клиницистам знания, накопленные в этой области. С точки зрения исследования есть потребность в: а) расширении исследования на более разнообразных географических и культурных популяциях; б) проведении большего количества исследований в психиатрической популяции; с) исследовании влияния духовного и духовно интегрированного лечения; д) исследования механизмов воздействия религиозной вовлеченности и духовно-интегрированного лечения на здоровье; е) изучение духовного опыта, его первопричин и дифференцирование от расстройств психики; и ф) разработки клинического применения современных эпидемиологических

данных о взаимосвязи между религией и здоровьем.

Для того, чтобы сконцентрироваться на этих проблемах в ВПА создана Секция по религии, духовности и психиатрии. В секции приветствуется участие членом с любыми религиозным/философским корнями со всех континентов мира (www.religionandpsychiatry.com). Эта секция содействовала некоторым инициативам, таким как симпозиумы на международных конгрессах; издание информационного бюллетеня *Psyche и Spirit*: соединение психиатрии и духовности; и редакция руководства по Религии и Психиатрии (9).

Библиография

1. Koenig HG, King DE, Carson VB. Handbook of religion and health, 2nd ed. New York: Oxford University Press, 2012.
2. Numbers RL. Galileo goes to jail and other myths about science and religion. Cambridge: Harvard University Press, 2009.
3. George LK, Ellison CG, Larson DB. Explaining the relationships between religious involvement and health. *Psychological Inquiry* 2002; 13:190-200.

4. Cavanaugh WT. The myth of religious violence: secular ideology and the roots of modern conflict. New York: Oxford University Press, 2009.
5. Moreira-Almeida A, Cardena E. Differential diagnosis between non-pathological psychotic and spiritual experiences and mental disorders: a contribution from Latin American studies to the ICD-11. *Rev Bras Psiquiatr* 2011;33 (Suppl. 1): S21-36.
6. Schumann C, Stroppa A, Moreira-Almeida A. The contribution of faith-based health organisations to public health. *International Psychiatry* 2011; 8: 62-3.
7. Worthington EL, Hook JN, Davis DE et al. Religion and spirituality. In: Norcross JC (ed). *Psychotherapy relationships that work*, 2nd ed. New York: Oxford University Press, 2011:402-19.
8. Post BC, Wade NG. Religion and spirituality in psychotherapy: a practice-friendly review of research. *J Clin Psychol*: In Session 2009; 65:131-46.
9. Verhagen PJ, van Praag HM, Lopez-Ibor JJ et al (eds). *Religion and psychiatry. Beyond boundaries*. Chichester: Wiley- Blackwell, 2010.

DOI 10.1002/wps.20009

Религия и психиатрия: от конфликта к консенсусу

Marilyn Baetz

Department of Psychiatry, University of Saskatchewan, Saskatoon, SK, S7N 0W8, Canada (Канада)

Перевод: Борисова А.С.
Редактура: Борисова О.А.

Pargament и Lomax представляют религию как "обоюдоострый меч". Она может одновременно быть и ресурсом, и проблемой в психиатрии. Эта аналогия может быть полезной при руководстве дальнейшими исследованиями и при перемещении их в позицию согласия из позиции, которая порой бывала конфликтующей. Не только психиатрия испытывала сложности с религией, но также и религия — с ее выделением духа, души и тела — испытывала сложности с психиатрией. Для оптимального восстановления психического здоровья пациента психиатр должен быть способен собрать все данные для лечения больного: на всех уровнях, от клеточного до социального. Такие данные лучше всего получать, используя исследования, заслуживающие доверия.

Факторы, которые нужно принимать к рассмотрению в исследова-

нии, нацеленном на решение вопроса, является ли религия ресурсом или проблемой для психиатрического лечения, включают следующее:

- *Операционализация определения духовности.* Обычно критерии духовности принято измерять в "общих знаменателях", таких как, "Я чувствую связь со всей жизнью" (1), что может не точно передавать ее сущность. Такие параметры служили исследованию до настоящего времени, но были "нечисты", так как они в той же степени отражают психологическое благополучие и экзистенциальные или социальные структуры, как и духовность (2). Соответственно, заключения, основанные на этих исследованиях, могут вводить в заблуждение. Кроме этого, духовность обычно измеряется методом самооценки — процесса, который требует определенного уровня проницательности респондента для оценки некоторые аспектов самого себя по сравнению с неизвестными стандартами. Попытки найти объективные критерии оценки, такие как, например, поведение, связанное с духовностью, представляются намного более проблематичными. Тут риск заключается в возможности изме-

рения результата духовной жизни (то есть, душевного спокойствия или радости), а не самой сути духовности, что приведет к ошибочным заключениям.

- *Измерение религиозности в контексте многоконфессиональности.* Каждая религия исключительна в определенных областях. Таким образом, использование всеобъемлющих или общих критериев, игнорирующих индивидуальные догматы определенных религий, может привести только к компрометации исследований. Было бы полезно провести исследования того, что считается сущностью каждой религии, и особенно какие имеются отношения этой сущности к психическому здоровью. Религиозные верования, позиции, опыт, приверженность и зрелость могут быть общими темами для разных религий. Но каждая религия, и даже деноминации в пределах одной религии, будут иметь свои различные наборы "стандартов" или идеалов. Например, Иудаизм имеет тенденцию подчеркивать Бога как Всемогущего, в то время как католицизм имеет тенденцию подчеркивать Бога как Всепрощающего. Различные концепции Бога связаны с адаптивными или неадек-

ватными способами религиозных копинг- стратегий (3).

• *Выяснение роли культуры в религиозных проявлениях.* Благодаря культуре можно узнать о том, как религия и духовность интерпретируются человеком, и, впоследствии, о том, какие ответы он получает. Например, в некоторых странах "религия" расценивается как устаревший и почти уничижительный термин, в то время как в других "духовность" считается мистическим явлением нового века. Результаты исследований, проведенных среди афроамериканцев или в южной части Соединенных Штатов, имеют культурологический отпечаток, абсолютно отличный от других областей Соединенных Штатов, Канады или Европы. В частности, установлен намного более высокий базовый уровень религиозных верований. И могут потребоваться различные исследования, чтобы определить фактическую интеграцию индивидуума в религию или духовность в отличие от проявлений преобладающей культуры. В качестве примера: посещение религиозных служб может отражать либо внутреннюю религиозную направленность, либо согласие с социальными нормами, либо комбинацию обоих вариантов.

• *Долгосрочные исследования.* В течение прошлого десятилетия многие поддерживали лонгитудинальные когортные исследования, что привело к избытку междисциплинарных данных. Междисциплинарные данные были противоречивыми, часто показывая различные взаимоотношения между депрессией и религией, или депрессией и духовной самооценкой. Невозможно было выявить причинно-следственные связи. Вопрос о том, приводит ли психическое заболевание человека к духовности, или отталкивает от нее осталась нерешенным. Благоприятные данные лонгитудинальных исследований, направленных на изучение взаимоотношений депрессии и религиозных убежде-

ний или приверженности обрядам, стали интерпретироваться и в отношении того, как депрессия может влиять на религиозность, и в отношении того, как религиозность может влиять на депрессию (2). Долгосрочные исследования, посвященные изучению тревожных расстройств, дисрегуляции аффекта, усилению или уменьшению чувства вины или позора, или серьезных хронических психических заболеваний также могли бы дать полезную информацию. Междисциплинарные эпидемиологические исследования показали, во всяком случае, что религия и духовность в значительной степени определяют психическое здоровье. В такой же степени, как пол или материальное благосостояние. Это свидетельствует о том, что религия должна быть использована как один из факторов, которые следует учитывать в психиатрических эпидемиологических исследованиях. Есть также убедительные доказательства предположения, что религия – это не просто еще одно единица измерения социальной поддержки(4).

• *Исследование того, какие аспекты религии или духовности остаются неизменными во время психотического эпизода или каким образом их можно поддерживать.* Необходимы изменения при рассмотрении конечной цели: от лечения психического расстройства на пациент-ориентированную перспективу, в которой целью является духовный и психологический рост пациента. Согласно этому, Kohlberg (5) и Piaget (6) представляют моральное развитие как последовательность стадий, начинающихся с осознания себя «как начала и конца всего» и ведущих к всеобъемлющим этическим принципам.

Религия уникальна тем, что обеспечивает связь между прошлым и будущим. В обществе, где правительственное внимание направлено на краткосрочную целесообразность, многие ценности отброшены, семьи непостоянны, институты

нестабильны, и культуры менее «чисты» из-за миграции, и только религия ясно дает долгосрочную перспективу. Для понимания психических расстройств необходимы являются долгосрочные перспективы, включающие в себя рассмотрение религии и духовности. Врачи будут способны лучше помочь восстановлению сбалансированного психического здоровья пациентам, у которых религия и проблемы психического здоровья переплетаются, если психиатры будут лучше понимать потенциал и возможные ловушки религиозных или духовных аспектов жизни пациентов (или их отсутствия).

Благодарности

Автор хотел бы поблагодарить доктора Р.К. Боуэна и доктора Л. Бэлбуну за редакционную помощь.

Библиография

1. Underwood L, Teresi J. The Daily Spiritual Experience Scale: development, theoretical description, reliability, exploratory factor analysis, and preliminary construct validity using health-related data. *Ann Behav Med* 2002;24:22-33.
2. Koenig HG, King DE, Carson VB. *Handbook of religion and health.* Oxford: Oxford University Press, 2012.
3. Phillips RE, Stein CH. God's will, God's punishment, or God's limitations? Religious coping strategies reported by young adults living with serious mental illness. *J Clin Psychol* 2007;63:529-40.
4. Krause N. Exploring the stress-buffering effects of church-based and secular social support on self-rated health in late life. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2006; 61:S35-43.
5. Kohlberg L. *Essays on moral development.* San Francisco: Harper & Row, 1981.
6. Piaget J. *The moral judgment of the child.* New York: Free Press, 1965.

DOI 10.1002/wps.20010

Не причиняем ли мы вред упущением? Обращение к религиозности психически больных

Samuel George Hansdak¹,
Raja Paulraj²

¹ Department of Medicine, Christian Medical College, Vellore, Tamil Nadu, India (Индия)

² Herbertpur Christian Hospital of Emmanuel Hospital Association, Dehradun, Uttarakhand, India (Индия)

Перевод: Борисова А.С.
Редактура: Борисова О.А.

Основным препятствием в лечении психически больных в прежние времена было предубеждение, которое было связано с собственными религиозными взглядами врача. Религиозные лидеры для лечения психических заболеваний использовали экзорцизм [изгнание нечистой силы], часто применяя при этом жестокие, грубые и вар-

варские методы. Они полагали, что одержимость демоном является главной причиной психического заболевания. В наши дни мы встречаемся с проблемами противоположного характера. Врачи вообще не обращаются при лечении расстройств психики к проблеме религиозности, чтобы не навязывать свои религиозные взгляды пациен-

ту. Подобный подход также может наносить вред, учитывая то, что в заболевании бывает часто вовлечен духовный компонент. Мы, как медицинские сотрудники, имеющие прямое отношение к духовности, должны попытаться достигнуть сбалансированного отношения к этому вопросу.

Роль религии может восприниматься по-разному психиатрами и их пациентами (1). Психиатры являются часто менее религиозными, чем их пациенты, и могут не принимать во внимание насколько ценной является религия для пациента, когда он пытается справиться с болезнью. Кроме того, психиатры могут воспринимать саму религию через призму патологических проявлений у больных с религиозным бредом, что может сформировать предубеждение против религии как терапевтического ресурса. В-третьих, психиатры могут сосредоточиться на биологических аспектах психического заболевания и могут рассмотреть религиозный аспект как субъективный и не подтвержденный эмпирическими доказательствами. Наконец, психиатры могут полагать, что религия всегда вызывает зависимость и чувство вины (2).

Возможность негативного воздействия религии на психическое здоровье, или наш собственный личный опыт, не должны препятствовать тому, чтобы мы признавали наличие духовного компонента в психическом заболевании и, по крайней мере, если сами лично мы не пред-

ставляем духовную помощь, то должны предложить возможность ее получения. Это включает сбор духовного анамнеза, поддержание здоровых религиозных верований, обсуждение истинности [оспаривание] нездоровых верований, совместные молитвы с пациентами (в крайне исключительных случаях), и консультирование с подготовленными священниками, направление к ним, или совместная с ними терапия (3).

Существует, как нам представляется, важные отличия между методами лечения, принятыми в западных и восточных странах, что связано с различиями в основных духовных убеждениях. В западной культуре монотеизм и сильное влияние индивидуализма привели к появлению выраженного сопротивления признанию роли духовности в психических заболеваниях. На Востоке взгляды очень отличаются, из-за широкого принятия политеизма и устоявшихся убеждений о том, что причины бед и заболеваний могут быть на самом деле духовными по своей природе. Это, конечно, приводит к меньшему сопротивлению.

Pargament и Lomax справедливо подчеркивают необходимость проведения дальнейших исследований за пределами западной культуры.

В некоторых восточных странах духовность и религия являются частью повседневной жизни, и религиозность не может быть проигнорирована в терапевтических подходах. Поскольку почти каждое физическое недомогание связыва-

ется с какими-либо религиозными верованиями, или их отсутствием, лечение пациента без обращения к религиозности считалось бы незаконченным.

В заключение, мы должны задаться некоторыми вопросами, если пытаемся понять религию и ее влияние на больного, страдающего психическим заболеванием. Справедливо ли мы поступаем с нашими пациентами, когда мы не обращаемся к религиозности, оказывающей влияние на их клинические проявления? Можем ли мы научиться серьезно противостоять нашему "несерьезному" отношению к влиянию духовности у психически больных? Психиатрия и религия были ошибочными врагами вчера и являются позабытыми друзьями сегодня. Как мы, работая в области психического здоровья, можем найти способ преодолеть эту пропасть и признать, что они фактически работают параллельно друг другу?

Библиография

1. Curlin FA, Odell SV, Lawrence RE et al. The relationship between psychiatry and religion among US physicians. *Psychiatr Serv* 2007;58:1193-8.
2. Neeleman J, King MB. Psychiatrists' religious attitudes in relation to their clinical practice: a survey of 231 psychiatrists. *Acta Psychiatr Scand* 1993;88:420-4.
3. Koenig HG. Religion and mental health: what should psychiatrists do? *Psychiatr Bull* 2008;32:201-3.

DOI 10.1002/wps.20011

Религия и психическое здоровье: обоюдоострый меч или животворящая медицина?

David Greenberg

Herzog Hospital and Hebrew University, Jerusalem, Israel (Израиль)

Перевод: Борисова А.С.
Редактура: Борисова О.А.

Pargament и Lomax представляют религию как обоюдоострый меч: с одной стороны, помощь, саморегуляция, социальная поддержка, смысл и духовность; с другой - борьба и насилие. В этом комментарии я хотел бы обсудить значение такого понимания религии для религиозных людьми и применения его для психиатрических служб.

Отношение религиозных кодексов к воздействию религиозной жизни выражено ясно в следующей

цитате из Вавилонского Талмуда, центрального текста ортодоксального иудаизма: "Раввины учат: 'Это написано, 'И Вы должны поместить слова моей Торы в Ваших сердцах (Второзаконие 11:18) и слова, 'Вы должны поместить', может также иметь значение 'совершенное лечение', т.е. Тора сравнивается с животворящей медициной'".

Многие воспринимают влияние религии как полностью положительное по определению. Что это - отсутствие пронизательности? Сочли бы религиозные люди наблюдения Pargament и Lomax оскорбительными? Как бы они отреагировали на некоторые конкретные обвинения в негативном воздействии религиозной борьбы или в возникновении религиозно мотивированного насилия?

Предоставляя психиатрическую помощь членам ультраортодоксального иудейского сообщества Иерусалима в течение последних трех десятилетий, мы неоднократно имели возможность размышлять о том, действительно ли религия является обоюдоострым мечом или живительной медициной? Оценивая религиозные особенности пациентов при первичных обращениях к врачам, мы обнаруживали доминирование новообращенных правоверных иудеев, и первоначально пришли к заключению, что изменения их религии ускорило их заболевание. При переоценке данных, однако, в анамнезе у большинства пациентов были выявлены проявления психических заболеваний до момента смены их религии. Эта перемена принесла облегчение

на несколько лет, и затем прошлые проблемы появились повторно (1).

Наше внимание тогда сосредоточилось на обсессивно-компульсивных расстройствах (ОКР). Действительно ли ОКР более распространены в этой популяции, возвращенной на законах и поклонении соблюдению формальностей? Эпидемиологические исследования ОКР на культурологическом уровне не включали измерение степени религиозности. Хотя при сравнении в исследованиях ОКР городских и сельских жителей, не было получено данных о том, что ОКР были более распространенными в сельских, более традиционных сообществах, которые и являются, вероятно, более религиозными.

Изучая ультраправых пациентов с ОКР, мы отметили, что содержание религиозных симптомов ОКР было сходно с таковым у нерелигиозного населения. Далее, несмотря на концентрированность пациентов на соблюдении религиозных законов в своей жизни, у большинства из них симптомы имели как религиозное, так и нерелигиозное содержание (2). Когда их спрашивали, видят ли они связь между своими ОКР и своей религией, их ответы отражали целую гамму возможных вариантов. От обвинения своей религиозной практики и учителей, до понимания того, что это была их собственная проблема ("Я понимаю, что это - моя проблема, как говорят: 'Тора была дана не ангелам', Тора для подверженных ошибкам людей"). Понимание того что, если бы они не были религиозными, это просто проявилось бы в другой форме. Создается общее впечатление того, что религиозная форма ОКР ("скрупулезность") не вызвана религией, но принимает религиозную форму, отражающую содержание и ценности религиозной жизни людей,

страдающих психическими расстройствами (3).

Идеальным методом подхода к этим проблемам является проведение крупномасштабных эпидемиологических исследований. К сожалению, сдержанность ультраортодоксального [ультраправового] сообщества по отношению к участию в мирских проектах и, как результат, высокая частота отказа от участия, заставило организаторов недавнего исследования в Израиле исключать это сообщество с самого начала (4).

Религия основана на вере, и у верований, по определению, нет объективных доказательств. Сомнения в вопросах религиозной веры являются нормальным проявлением юности и ранней зрелости, - периодов жизни, когда люди, наиболее вероятно, претерпевают религиозные изменения, или же уменьшают, или увеличивают свое участие в религиозных обрядах (5). Для религиозного человека религиозные сомнения вызывают тревогу. Когда подростки становятся взрослыми, их мыслительные процессы созревают, и они, вероятно, научаются переносить амбивалентность сомнений. Таким образом, сомнения являются нормативными явлениями. Как и у всякого нормативного процесса, у них есть диапазон/спектр проявлений и степеней. Подобным образом, и эмоциональный ответ на сомнение различен, и на него будут оказывать влияние серьезные жизненные события, такие как тяжелое психическое заболевание, когда страдающий может, или найти помощь в религии, или спросить "почему мне?" и "почему Он создавал мир с такими проблемами?", что неизбежно приведет к сомнениям (6). Неясно, однако, ответственность за способность человека к сомнению должна быть возложена на религию.

Религиозно мотивированное насилие является проблематичным в существующем контексте. Мировые СМИ ежедневно предоставляют доказательства того, что оно существует. Редко это бывают действия отдельных людей, чаще организаций и стран, которые мотивированы религиозными верованиями. Убийства самого большого масштаба в прошлом столетии показали, однако, что это прерогатива не только одной религии. Так как такие действия оказываются организованными и идеологически обоснованными, то печальнейшей правдой является то, что психиатрические службы, направленные на индивидуума, никак не могут повлиять на их предотвращение.

Библиография

1. Witztum E, Greenberg D, Dasberg H. Mental illness and religious change. *Br J Med Psychol* 1990; 63:33-41.
2. Greenberg D, Shefler G. Obsessive compulsive disorder in ultra-orthodox Jewish patients: a comparison of religious and non-religious symptoms. *Psychol Psychother* 2002;75:123-30.
3. Greenberg D, Huppert JD. Scrupulosity: a unique subtype of obsessive-compulsive disorder. *Curr Psychiatry Rep* 2010;12: 282-9.
4. Levinson D, Paltiel A, Nir M et al. The Israel National Health Survey: issues and methods. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 2007;44:85-93.
5. Ozorak EW. Social and cognitive influences on the development of religious beliefs and commitment in adolescence. *J Sci Study Relig* 1989;28:448-63.
6. Webb M, Charbonneau AM, McCann RA et al. Struggling and enduring with God, religious support, and recovery from severe mental illness. *J Clin Psychol* 2011;67:1161-76.

DOI 10.1002/wps.20012

Распутывание сложностей в отношениях между религией и психиатрией

J.J. López-Ibor JR^{1,5},
M. Ines López-Ibor^{2,3,5},
S. González-Vives^{1,3,4},
J. Garccía-Albea^{1,3,4}

¹ Instituto de Psiquiatria y Salud Mental, Hospital Clínico San Carlos, Madrid (Испания)

² Departamento de Psiquiatria, Facultad de Medicina, Universidad Complutense, Madrid (Испания)

³ CIBERSAM, Madrid (Испания)

⁴ Instituto de Investigación Sanitaria, Hospital Clínico San Carlos, Madrid (Испания)

⁵ Fundación Juan Jose Lopez-Ibor, Madrid, Spain (Испания)

Перевод: Борисов А.С.

Редактура: Борисова О.А.

Одним из значимых моментов современности явилось разделение науки и религии. У этого раскола были положительные последствия, такие как прогресс научных исследований и отделение церкви от государства в развитых обществах. С другой стороны, религия и наука начали игнорировать или презирать друг друга, и это оказало особое влияние на исследования и практику в психиатрии, поскольку эта дисциплина имеет дело с самой "духовной" из болезней, Geisteskrankheiten (буквально, "болезни ума и духа"). Религиозность часто расценивается или как проявление психического расстройства, или как не имеющая никакого значения для клинической практики.

Статья Pargament и Lomax является точным и всесторонним резюме новых перспектив во взаимоотношениях между религией и психическими заболеваниями. Мы хотим подчеркнуть здесь два важных аспекта.

Первый аспект имеет значение для повседневной практики. Согласно Pargament и Lomax, религия может просто быть идиомой, через которую выражается психическое заболевание. Действительно, бред по существу не просто является побочным явлением болезни мозга, но и выражением попытки осмысленно справиться с непостижимыми переживаниями. Много лет назад Sarro (1) досконально изучил содержание бреда и пришел к выводу, что оно соответствует мифологемам, которые были описаны антропологами при изучении древних мифов и рели-

гий. Похожим образом Schneider (2) расценил бредовые идеи при тяжелых депрессивных состояниях как выражение первобытных страхов человека: страх не выжить, заболеть или быть на веки изгнанным. Рассматривая бредовые проявления аномальных состояний сознания, мы пришли к тому же самому заключению (3): сюжеты совпадают с вечными вопросами человечества (откуда мы взялись, есть ли жизнь после смерти, почему есть разделение на мужчин и женщин, и так далее). Болезненным является не сама озабоченность, не содержание бреда, а тот факт, что это появляется несвоевременно и вне контекста. В этом свете, относительно частое присутствие религиозного содержания в бредовых переживаниях не должно вызывать удивление.

Второй аспект является более общим и касается роли религии в становлении индивидуальной и коллективной идентичности, а также опасностей, которые содержатся в этом процессе, включая базирующееся на религии насилие и религиозную борьбу внутри себя, с другими, и с божественным. Недавно, мы рассмотрели (4) происхождение идентификации с антропологической точки зрения. Согласно Lovaglia и др. (5), человеческое развитие является последствием давления, возникшего в результате ксенофобии среди приматов на протяжении нескольких прошедших миллионов лет. Эта ксенофобия проявлялась в смертельных набегах на членов других групп того же самого вида приматов. Непосредственными последствиями являются межгрупповые конфликты, и внутригрупповая кооперация. Согласно теории социальной идентичности (6), самоощущение зависит от идентификации с группой. После того как идентификация была осуществлена, люди начинают приписывать приятные и желательные особенности членам группы, а отталкивающие и неприятные особенности людям вне группы. Религия может быть вовлечена в этот процесс, но только как один из многих возможных элементов. Ксенофобия может даже быть ориентирована на тело и зло, которое с ним связано: например, анорексия может

интерпретироваться как расстройство идентичности, основанное на желании личности доминировать и подчинить свое тело (аскетизм) и, таким образом, рассматриваться как священное заболевание.

Статья Pargament и Lomax должна приветствоваться как существенный вклад в разъяснение сложных отношений между религией и психическими заболеваниями. Также следует упомянуть о таких начинаниях [деятельности], как Секция WPA по Религии, Духовности и Психиатрии (www.religionandpsychiatry.com), публикация WPA руководства Психиатрия и Религия: Вне Границ (7); и Руководства по Религии и Здоровью (8). Стоит также отметить растущий интерес к темам, касающимся психиатрии, и с религиозной стороны. Наглядным примером тому является председательство Lopez Ibor, в институте Mystical Studies and Mental Health, основанном Орденом Кармелитов в Авиле (Испания), (www.citesavila.org; www.fundacionlopezibor.es).

Библиография

1. Mediavilla Sanchez JL. Mito y delirio. Cartas de Ramon Sarro. Oviedo: KRK, 2001.
2. Schneider K. Clinical psychopathology. New York: Grune and Stratton, 1959.
3. Garcca Albea J, Gonzalez Vives S, Tejeira C et al. Psicosis inducidas por estados excepcionales de conciencia. Actas Esp Psiquiatr (in press).
4. Lopez-Ibor JJ, Ortiz T, Lopez-Ibor MI. Perception, experience and body identity. Actas Esp Psiquiatr 2011;39(Suppl. 3):113-8.
5. Lovaglia MJ, Barron C, Houser JA. Social development and human evolution: man-aging the in-group boundary. Theory Workshop 2003;31.
6. Hogg MA, Terry DJ, White KM. A tale of two theories: a critical comparison of identity theory with social identity theory. Soc Psychol Q 1995;58:255-69.
7. Verhagen PJ, van Praag HM, Lopez-Ibor JJ et al (eds). Psychiatry and religion: beyond boundaries. Oxford: Wiley-Blackwell, 2010.
8. Koenig HG, King DE, Carson VB (eds). Handbook of religion and health. New York: Oxford University Press, 2012.

DOI 10.1002/wps.20013

Для обсуждения «сложной» проблемы требуется четкое руководство

Peter J. Verhagen

GGZ Centraal, Harderwijk, the Netherlands
(Нидерланды)
Секция ВПА по религии, духовности
и психиатрии

Перевод: Борисов А.С.
Редактура: Борисова О.А.

Pargament и Lomax оказали читателям World Psychiatry и сообществу ВПА большую услугу, представив эту всестороннюю и структурированную статью. Им удалось сделать возможным проведение соответствующего обсуждения и инновационных исследований, а также осуществление реальных изменений в области обучения, повышения квалификации и клинической практики. И они писали статью не для того, чтобы спровоцировать или уязвить кого-то. Их обзор хорошо сбалансирован и написан без прикрас, и поэтому его можно и следует читать вдумчиво. И, конечно, самоочевидными являются эмпирические данные.

Однако, предмет обсуждения сложен, что и обозначено пронизательно в названии этого Форума. В чем же дело? Действительно ли данные не столь самоочевидны, как мне кажется? Конечно, ведь авторы объясняют кратко, что отношения между психиатрией и религией имеют проблемную историю. Однако, как пишут авторы, взаимоотношения в этой области меняются, что приводит к «более детальному пониманию религии». Это касается возможных воздействий, (как спасительного, так и повреждающего характера), которые оказывают религиозные и духовные верованиями.

Часто бывает полезно быть оптимистом и иметь положительные ожидания, которые, судя по всему, имеют авторы. Но я думаю, что последствия той проблемной истории продолжают оставаться поводом для беспокойства. Проблемы, связанные с «психиатрией и религией» по-прежнему (и только?) поднимают видные ученые, о которых высказываются предположения, что они привержены религии или какой-либо духовной традиции. Другими словами, предполагается, что у них есть конфликт интересов, и, таким образом, их работы, естественно, стоит расценивать как основанные на личном мнении. Несмотря на свидетельства, представленные исследованиями, клиническая уместность данных все еще оспаривается. Кроме того, сама

тема «психиатрия и религия» воспринимается как угроза сохранению соответствующих терапевтических границ в клинической практике (1,2).

Некоторые коллеги действительно борются с двуликостью религии. Они находятся в сомнениях и признают, что религия и духовность могли бы быть полезными для определенных пациентов. Но, в то же самое время, они, как правило, подчеркивают отрицательные и вредные воздействия религии, свидетельства которых они оказывались через несколько лет (например, возникновение чувства вины).

Учитывая это «сложное» положение дел, ВПА могла бы взять на себя роль лидера. По мнению Секции ВПА по религии, духовности и психиатрии, это было бы крупным достижением, если бы ВПА взяла на себя такую роль. В 2006 году эта Секция ВПА и Специальная группа по психиатрии и духовности британской Королевской коллегии психиатров начали работать над положением, которое очертило бы видение ВПА на проблему «психиатрии и религии» в психиатрической практике, в исследованиях и обучении во всем мире. Первая версия этого положения была издана в томе (3) ВПА. Тем временем Специальная группа продолжала свою работу в Королевском Колледже, и в августе 2011 утверждение положения было одобрено (4).

Можно ли считать эту тему достойной такого внимания? Секция ВПА думает, что да, и что это согласовывается с собственными критериями ВПА.

Статья Pargament и Lomax поддерживает этот взгляд. Во-первых, тема является релевантной для дальнейшего развития всемирной психиатрии. Для психиатрии является важным, какое место занимает духовность и то, что осуществляется преобразование религии вместо ее отсутствия. Импульс обновления необходим для эмпирического и концептуального исследования различий между религиозными и духовными событиями, с одной стороны, и психопатологическими явлениями с другой. Религиозность и духовность могут являться искаженными, но не могут быть расценены сами по себе как болезненные состояния (5). К тому же, требуется исследование значения и эффективности религиозных и духовных практик исцеления по всему миру. Существуют важные различия в подходах к этим

практикам, в их интерпретациях и оценках, в зависимости от культурологических и субкультурологических контекстов, ценностей и источников.

Во-вторых, важность темы подтверждается огромным количеством эмпирических данных, хотя специалисты в области психического здоровья, психиатры в частности, часто не осведомлены об этих данных. Психиатрическое обучение должно быть обновлено, чтобы подготовить психиатров к изменению их позиции и углублению их знаний.

В-третьих, эта тема является релевантной для психического здоровья как предмет политического и общественного обсуждения, и, вероятно, получит широкий общественный отклик. В-четвертых, тема соответствует тенденции к более персонализированному подходу в клинической практике и увеличивающемуся вниманию к транскультуральным аспектам психиатрии. Если исходить из того, что потребности индивидуума действительно должны быть в фокусе клинического внимания, и должны быть поняты в его/ее культурном контексте, то пространство религии и духовности не может игнорироваться. Таким образом, замалчивание этой проблемы может нанести ущерб и психиатрии, и психиатрическим пациентам.

По всем этим причинам секция ВПА по религии, духовности и психиатрии придерживается мнения, что проблема психиатрии и религии затрагивает всемирную психиатрию и, следовательно, заявление заслуживает приоритетного отношения. Мы призываем ВПА взять на себя руководящую роль в разрешении этой проблемы.

References

1. Poole R, Higgs R. Spirituality and the threat to therapeutic boundaries in psychiatric practice. *Mental Health Religion & Culture* 2011;14:19-29.
2. Verhagen PJ. Controversy or consensus? Recommendations on psychiatry, religion and spirituality. *Asian J Psychiatry* 2012; 5:355-7.
3. Verhagen PJ, Cook CCH. Epilogue: Proposal for a World Psychiatric Association consensus or position statement on spirituality and religion in psychiatry. In: Verhagen PJ, Van Praag HM, Lopez-Ibor JJ et al (eds). *Religion and psychiatry. Beyond boundaries*. Chichester: Wiley-Blackwell, 2010:615-31.
4. Royal College of Psychiatrists. Recommendations for psychiatrists on spirituality and religion. www.rcpsych.ac.uk.
5. Sims A. Is faith delusion? *Psyche Geloof [Psyche Faith]* 2011;22:64-71.

DOI 10.1002/wps.20014