

ПСИХОПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ И ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ РЕЛИГИОЗНОЙ ВЕРЫ В ПОЗДНЕМ ВОЗРАСТЕ

Ю.И. Полищук, З.В. Летникова

*Московский научно-исследовательский институт психиатрии –
филиал «НМИЦ ПН им. В.П.Сербского» Минздрава России*

Вера и верования, в том числе религиозные, являются важнейшими элементами структуры личности каждого человека. Вера является смыслообразующим и целеполагающим феноменом и ориентиром. Она оказывает упорядочивающее и организующее влияние на психическое, в частности эмоциональное, состояние. Являясь интегрированным сочетанием интеллекта, эмоций и воли, вера определяет содержание и направленность духовной жизни человека, формирует его мировосприятие и мировоззрение, выбор объектов поклонений, убеждений и ценностных ориентаций. Она является духовной и психологической установкой, опорой, утешением и ободрением в трудные и тревожные периоды жизни человека при дестабилизации его психического состояния, повышает его стрессоустойчивость и облегчает страдания. Положительное влияние веры на физическое и психическое здоровье при лечении больных людей лекарственными и нелекарственными средствами и методами давно известно как эффект плацебо. Вера пациента в новый для него лечебный препарат или в высокий авторитет врача, его назначившего, определяет иногда до 20–30% лечебного эффекта.

С возрождением мировых религий в России за последние десятилетия и ростом числа верующих людей в стране всё более актуальным становится углублённое изучение психологических, психотерапевтических и психиатрических аспектов религиозной веры. Издавна религия, помимо важных социальных функций, выполняла психогигиенические, психопротективные и психотерапевтические функции. Они заключались в удовлетворении потребности людей в поиске смысла жизни и мировоззренческой ориентации, потребности поклонения высшему авторитету перед лицом драматических и трагических природных и социальных событий, которые легче переживались и переносились в результате внутренней опоры на этот высокий авторитет. Психопротективное и психотерапевтическое значение религиозной веры, религиозных представ-

лений и убеждений, религиозного мировоззрения неоднократно отмечалось видными отечественными и зарубежными психологами и психиатрами [4, 5, 13, 14, 23, 26–28, 31, 33]. С распадом СССР в России началось возрождение всех религий, в первую очередь православия. Прозвучали призывы вернуться к православным традициям и соединить медицину с христианской верой, используя её профилактический и лечебный потенциал [1, 6–8, 12, 20, 21, 24]. Было создано Московское общество православных врачей во главе с профессором А.В.Недоступом. Был образован церковно-общественный совет по биомедицинской этике, в состав которого, наряду с представителями Русской православной церкви, вошли титулованные медики и биологи. При многих медицинских, в том числе психиатрических, учреждениях на основе концепций православной медицины началось активное строительство храмов и часовен. В 1992 году патриарх Алексий II освятил храм иконы Божией матери при НИИ клинической психиатрии НЦПЗ РАМН, в котором было создано отделение православной психиатрии во главе с кандидатом медицинских наук Г.И.Копейко. При ГНЦ судебной и социальной психиатрии имени В.П.Сербского был построен храм иконы Божией матери «Умиление». При клинике НИИ наркологии МЗ РФ на базе психиатрической больницы №13 был возведён храм для духовного окормления и духовной психотерапии больных алкоголизмом и наркоманиями. В Твери при областном психоневрологическом диспансере была построена церковь во имя иконы Божией матери «Нечаянная радость» для богослужений с участием психически больных. Настоятель этой церкви, будучи врачом и священником, высказывал, как и многие церковные иерархи [9], убеждение в том, что молитва оказывает лечебный эффект при психических заболеваниях. Положительное влияние богослужений и церковных таинств на психическое состояние больных обсуждалось на одном из заседаний Екатеринбургского областного общества психиатров под председательством профессора Б.А.Трифонов.

В Москве при Крутицком монастыре был создан душепечительский Центр имени Иоанна Кронштадского, которым некоторое время руководил доктор медицинских наук, невролог и иеромонах А.Берестов. В нём при участии православных психиатров и психотерапевтов оказывается духовно-психологическая и медицинская помощь больным алкоголизмом и наркоманиями. Православным обществом «Радонеж» была организована работа постоянного семинара «Психиатрия и религия», целью которого явилась разработка православного взгляда на психические заболевания и современные методы их лечения. С 1998 года в Москве проводилась работа семинара «Психиатрия и проблемы духовной жизни» под руководством доцента Б.А.Воскресенского. Международный институт резервных возможностей человека в Санкт-Петербурге, переименованный в Александро-Невское братство трезвости, осуществлял широкую практику «православного кодирования» больных алкоголизмом и наркоманиями на коммерческой основе. Перед сеансом коллективного кодирования священник проводил молебен с песнопениями и выставлением икон. В разработке и применении метода «православного кодирования» принимали участие профессор П.И.Буль и доцент А.В.Архангельский.

Накоплен положительный опыт сотрудничества работников отделения внебольничной помощи и реабилитации научно-исследовательского Института наркологии – филиала ФГБУ «НМИЦ ПН имени В.П.Сербского» Минздрава России со Свято-Богословским монастырём в Рязанской епархии. На втором этапе лечебно-реабилитационного процесса больные наркоманиями в течение 6–12 месяцев жили и работали в монастырских условиях, привлекались к участию в церковных службах, изучали религиозную литературу, общались со священником, который становился их духовным наставником. Одновременно они находились под наблюдением врача-нарколога. Достигнутые терапевтические ремиссии характеризовались большей продолжительностью и стойкостью по сравнению с ремиссиями у пациентов, не проходивших монастырский этап лечения и реабилитации [20]. В работе по изучению влияния религиозной веры на психически больных сотрудниками отдела по изучению особых форм заболеваний у лиц с православным мировоззрением НЦПЗ РАМН было показано, что пребывание больных с шизоаффективными расстройствами на стадии формирования ремиссии в православной общине закрытого типа сопровождалось улучшением психического состояния в большей степени по сравнению с неверующими пациентами контрольной группы за счёт удовлетворения потребности больных в религиозном утешении и поддержке [29]. Зарубежными исследователями было показано, что религиозная вера положительно коррелирует с психическим

здоровьем [37, 39, 40]. Было установлено, что риск развития депрессии уменьшается при использовании религиозных способов преодоления психологических трудностей путём упования на силу Бога и усердной молитвы [36, 38]. С использованием количественных методов оценки было доказано, что истинная религиозная вера способствует уменьшению депрессивной симптоматики у больных позднего возраста [35].

В 2016 году в Научном центре психического здоровья РАН под председательством академика РАН А.С.Тиганова состоялась научная конференция с международным участием на тему «Проблемы психосоциальной реабилитации психически больных с религиозным мировоззрением». На ней была подчеркнута важность учёта духовного и религиозного ресурса личности при психических заболеваниях. Доклад «Религиозные копинг-стратегии в реабилитации психически больных» был представлен заместителем директора НЦПЗ РАН по научной работе Г.И.Копейко. Анализ соотношения религиозности и суицидальности в разных странах был посвящён докладу доктора медицинских наук В.Э.Пашковского. Несколько докладов, в том числе зарубежных специалистов из Хорватии и Сербии, были посвящены анализу и оценке религиозной духовности при лечении и реабилитации больных алкоголизмом. В 2017 году в Научном центре психического здоровья РАН прошла первая Международная конференция на тему «Религиозность и клиническая психиатрия». Она была организована и подготовлена НЦПЗ РАН, секцией Всемирной психиатрической Ассоциации «Психиатрия и религия», Российским обществом психиатров и Союзом охраны психического здоровья России. В ней приняли участие психиатры и медицинские психологи из Великобритании, Нидерландов, Швейцарии, Израйля и ряда городов России (Москва, Санкт-Петербург, Ростов-на-Дону, Саранск, Архангельск, Иваново, Тула, Новороссийск) [16]. Организаторы конференции отметили назревшую необходимость включения вопросов религиозности и духовности в современную клиническую психиатрию и практическую деятельность психиатров. Профессор Р.Хефти из Швейцарии в докладе «Религиозные копинг-стратегии при психических расстройствах (научные исследования и клиническая практика)» показал большую распространённость религиозного копинга у психически и соматически больных в США и странах Западной Европы. Результаты собственных исследований с применением психометрических методик и статистических методов свидетельствовали о положительном влиянии религиозной веры при депрессивных состояниях. Протективное влияние религиозной веры по отношению к депрессивным расстройствам было продемонстрировано С.Дейном (Великобритания). Вклад отечественных психиатров в

разработку проблемы влияния религиозной веры на психическое здоровье был подробно рассмотрен в докладе профессора В.Г.Каледы (Москва). Особое внимание им было уделено взглядам выдающегося российского православного психиатра Д.Е.Мелехова, который в своей работе «Психиатрия и проблемы духовной жизни» указывал, что религиозные переживания могут помогать сопротивляться психической болезни, приспособиться к ней и компенсировать образовавшийся дефект. Наряду с психиатрическим диагнозом должен быть, по его мнению, установлен диагноз духовного состояния человека, и психиатр при лечении верующих пациентов должен взаимодействовать со священником [13]. Это мнение разделяется Б.А.Воскресенским, который считает, что религиозная вера во многих случаях способствует смягчению и ослаблению психических расстройств [6].

Исходя из необходимости дальнейшего научного доказательства психопрофилактического и психотерапевтического значения религиозной веры и с учётом всего вышеизложенного, **целью** нашей работы было выяснение влияния религиозной веры на возникновение и клинические проявления депрессивных и тревожных расстройств в пожилом и старческом возрасте. В **задачи** исследования входило: 1) сравнение частоты возникновения разных клинических форм депрессивных и тревожных расстройств у религиозно верующих и неверующих людей позднего возраста; 2) оценка продолжительности депрессивных и тревожных расстройств у религиозно верующих и неверующих людей.

Объектом изучения явились две случайных выборки пациентов по 100 человек в каждой в возрасте 55–90 лет с наличием у них разнообразных депрессивных и тревожных расстройств. Главным критерием отбора больных в основную группу было наличие у них истинной (внутренней по Г.Оллпорту) религиозной веры [34]. Критерием отбора пациентов в контрольную группу было отсутствие религиозной веры при наличии каких-либо депрессивных и тревожных расстройств. Обе группы были сопоставимы по полу (соотношение женщин и мужчин 7:1) и соматическому состоянию с преобладанием у большинства больных хронической сердечно-сосудистой патологии (ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь). Средний возраст больных основной группы составлял 72 года, контрольной группы – 70 лет.

Методы исследования: клинико-психопатологический, анамнестический, катамнестический, психометрические (гериатрическая шкала депрессии Yesavage, шкала тревоги Taylor, опросник копинг поведения Neim, краткий тест оценки психического состояния MMSE), статистические методы (пакет программ «SPSS Statistics 19»). Анализ межгрупповых различий проводился с помощью критерия Манна-Уитни и критерия Фишера. Различия считались достоверными при $p < 0,05$.

Работа проводилась на базе отделения дневного пребывания московского Центра социального обслуживания «Сокольники».

Результаты

Пациенты основной группы характеризовались наличием устойчивого религиозного мировоззрения, воцерковлённостью. Они прошли обряд крещения и другие религиозные обряды. Регулярно посещали церковный храм не реже одного раза в неделю, исповедовались и причащались, принимали участие в религиозных таинствах, покаяниях, обрядах и ритуалах. Отмечали все религиозные праздники. Усердно молились утром и вечером, обращаясь к Богу с просьбой о здоровье и помощи для себя и своих близких. Старались соблюдать посты. Пациенты контрольной группы были невоцерковлёнными и относили себя к атеистам. Некоторые из них иногда формально выполняли отдельные религиозные ритуалы, подражая окружающим.

Результаты выявления разных клинических форм депрессивных и тревожных расстройств по МКБ-10 у верующих и неверующих пациентов представлены в таблице.

Полученные результаты свидетельствуют о значительном преобладании у религиозно верующих людей позднего возраста кратковременных депрессивных (в 5 раз) и кратковременных тревожных (в 2 раза) реакций по сравнению с неверующими людьми позднего возраста. Более тяжёлые и более выраженные (по клиническим и психометрическим данным) депрессивные и тревожные расстройства в форме тревожных дистимий и смешанного депрессивного и тревожного расстройства, близкого к тревожной дистимии, достоверно чаще (в 2 раза и в 8 раз соответственно) выявлялись у неверующих пациентов. У неверующих людей также чаще (в 4 раза) выявлялись тяжёлые психогенные и эндореактивные депрессивные эпизоды в форме патологической реакции горя, тогда как у лиц с наличием религиозной веры достоверно чаще преобладали менее выраженные и остаточные проявления патологической реакции горя в форме депрессивных и тревожно-депрессивных реакций, реже дистимий. Значимых различий между двумя группами пациентов по депрессивным и тревожным расстройствам органической природы не отмечалось. Приведенные данные свидетельствуют о том, что наличие религиозной веры и использование религиозных способов совладания с функциональными депрессивными и тревожными расстройствами («На всё воля Божия», «Так угодно Богу», «В горе необходимо смирение и терпение») способствуют, оказывая психотерапевтическое и психопрофилактическое действие, смягчению и редукции этих расстройств.

**Клинические формы депрессивных расстройств
у религиозно верующих и неверующих пациентов позднего возраста**

Клинические формы депрессивных и тревожных расстройств	верующие n=100	неверующие n=100	значимое отличие р
КДР	10%	2%	p<0,05
КТР	21%	10%	p<0,05
КТДР	7%	6%	не значимо
ПДР	1%	3%	не значимо
ПТР	9%	7%	не значимо
ПТДР	5%	6%	не значимо
Дистимии	9%	18%	p<0,05
Смешанное тревожное и депрессивное расстройство	2%	17%	p<0,001
Органическое тревожное расстройство	5%	4%	не значимо
Органическое депрессивное расстройство	-	3%	не значимо
Органическое смешанное депрессивное и тревожное расстройство	7%	8%	не значимо
ПРГ остаточные явления	22%	8%	p<0,05
Депрессивные эпизоды	2%	8%	p<0,05

Примечания: КДР – кратковременные (1–3 мес.) депрессивные реакции; КТР – кратковременные (1–3 мес.) тревожные реакции; КТДР – кратковременные (1–4 мес.) тревожно-депрессивные реакции; ПДР – пролонгированные (6–18 мес.) депрессивные реакции; ПТР – пролонгированные (6–18 мес.) тревожные реакции; ПТДР – пролонгированные (6–20 мес.) тревожно-депрессивные реакции; ПРГ – патологическая реакция горя (8–36 мес.)

Обсуждение

Возможность лечебного влияния религиозной веры признавал В.М.Бехтерев. Важными психотерапевтическими факторами, по его мнению, являются воодушевление на фоне религиозной экзальтации, внушение и самовнушение в процессе богослужений, религиозных обрядов и ритуалов [4]. По мнению Г.Оллпорта и некоторых психиатров, человек в стрессовых ситуациях, в условиях безнадежности и разочарования, которые часто возникают в позднем возрасте, нередко занимает христианскую позицию, испытывая потребность в духовной опоре на высшую силу в лице всемогущего Бога [11, 14, 15, 34]. Г.Оллпорт был убежден, что истинная религиозная вера, как духовно-личностное образование, способствует сохранению и укреплению психического здоровья и призывал психиатров больше уделять внимание религиозным убеждениям и переживаниям психически здоровых и больных людей. Психотерапевтическая и психопрофилактическая роль религиозного мировосприятия и мировоззрения сопоставима с методом психотерапии мирозерцанием по Я.Марциновскому. Этот метод заключается в формировании у пациента целительного мирозерцания с переживанием высоких и чистых идеалов, высокой нравственности, в результате чего пациент как бы возвышается над своими болезненными переживаниями, которые постепенно блекнут и отделяются от его личности [19]. Психопрофилактическое и психотерапевтическое влияние духовно возвышающей религиозной веры сопоставимо также с методом аретотерапии А.И.Яроцкого, в основе которого лежит опора на высшие проявления духовной жизни, их стимулирование и обогащение [32]. По мнению П.И.Сидорова, религиозная вера является одним из самых доступных и эффективных адаптационных ресурсов, к которому обращаются больные с разными видами психической и сома-

тической патологии. Она является положительной копинг-стратегией, улучшает комплаенс и социальное функционирование верующих пациентов [22–24]. Сведения о религиозной, православной психотерапии содержатся в Психотерапевтической энциклопедии под редакцией Б.Д.Карвасарского, изданной в 1998 году [19].

С достаточными, по нашему мнению, основаниями, учитывая взгляды В.М.Бехтерева, Д.Е.Мелехова и других авторов, а также результаты данного исследования, можно считать, что в основе положительного влияния религиозной веры и религиозных практик на психическое состояние и личность человека лежат, прежде всего, процессы внушения и самовнушения с религиозной трансформацией сознания и самосознания. Эти процессы развиваются под влиянием специфической обстановки богослужений в храмах, во время проповедей, красочных обрядов и ритуалов. Полумрак, мерцающие свечи, тишина, монотонная и малопонятная речь священника, протяжное пение церковного хора, повторяющиеся однообразные действия и движения в виде поклонов, преклонений, крестных знамений, многократных повторений слов молитвы – всё это в совокупности способствует развитию состояний изменённого сознания и повышенной внушаемости. Во время продолжительных ночных бдений в процессе усердной молитвы нередко развиваются состояния религиозной экзальтации и религиозного экстаза с чувством благоговения, «растворения в Боге», «богообщения» с формированием особого модуса изменённого сознания, сходного с тем, с которым работают трансперсональные психотерапевты [30]. Процедуры исповеди, покаяния и отпущения грехов способствуют уменьшению беспокойства и тревоги, восстановлению психической уравновешенности и стабильности. Считается, что психический эффект сосредоточенной и проникновенной молитвы сходен

с эффектом медитации, которая признана в качестве психотерапевтического метода [10, 19]. И во время сосредоточенной молитвы, и при медитации происходит дистанцирование от неприятных мыслей и переживаний, отрешение от них с наступлением спокойствия и психического равновесия.

На механизмы психотерапевтического действия усердной молитвы с переживанием «богообщения» проливают свет результаты нейрофизиологических исследований В.Б.Слезина и его сотрудников. С помощью электроэнцефалографических исследований было показано, что состояние сосредоточенной молитвы сопровождается подавлением амплитуды быстрых ритмов электроэнцефалограммы с перестройкой биоэлектрической активности коры головного мозга в сторону её временного понижения. Такое функциональное состояние головного мозга во время сосредоточенной и усердной молитвы было обозначено как состояние «медленного бодрствования» [25]. Сходные изменения частотной структуры биоэлектрической активности головного мозга были обнаружены другими авторами при состояниях глубокой медитации и гипноза [2]. По мнению В.Ю.Слезина, в состоянии сосредоточенной и продолжительной молитвы деятельность коры головного мозга минимизируется, результатом чего является временная редукция депрессивных и тревожных расстройств. Анализируя психопрофилактическое и психотерапевтическое действие религиозной веры, следует отметить, что в качестве способов преодоления депрессивных и тревожных состояний православными психиатрами и психологами, помимо молитвы, называются употребление Богоявленской воды с просфорой, окропление святой водой, помазание из лампад со святых мест, прикосновение к местам хранения мощей святых, к чудотворным иконам [1, 21, 26]. Верующим внушается, что Богоявленская вода обладает огромной целительной силой, которая вызвана действием «Божией благодати». Возможный лечебный и профилактический эффект всех этих действий может быть объяснён известным психофизиологическим механизмом косвенной,

чрезпредметной (по В.М.Бехтереву) психотерапии и верой в лечебные свойства предметов религиозного культа. Доказана психотерапевтическая роль религиозной веры при патологических реакциях горя после смерти близких людей [3, 17, 18]. Религиозные мифологические представления о бессмертии душ и загробной жизни усопших, надежда на будущую встречу любящих душ в ином мире после физической смерти нередко смягчают психическую боль невозвратимой утраты близкого человека. Православное вероучение о необходимости недопущения и преодоления таких «греховных» эмоциональных состояний как печаль, уныние, гневливость [9], несомненно, имеет психогигиеническое и психопрофилактическое значение. При оценке значения религиозной веры для пациентов хосписа считается, что религиозная вера является наилучшей психотерапией страха смерти, так как она обещает иную, загробную жизнь взамен уходящей земной жизни [7].

Заключение

Таким образом, анализ данных литературы и результаты собственных исследований дают дополнительные научные основания для признания важной психопрофилактической и психотерапевтической роли и значения религиозной веры при психических, в частности депрессивных и тревожных, расстройствах, весьма распространённых в позднем возрасте. При лечении религиозно верующих психически больных психиатрам следует уделять больше внимания возможной связи психических нарушений с нарушениями в духовной сфере личности и в таких случаях привлекать к сотрудничеству опытных священников. Их участие в бригадном лечебном и реабилитационном процессах повышает их эффективность [11, 13, 40]. Результаты проведенного исследования подтверждают необходимость дополнения биопсихосоциальной парадигмы в психиатрии биопсихосоциодуховной парадигмой с учётом всё большего распространения религиозной веры и религиозного мировоззрения в населении Российской Федерации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Авдеев Д.А., Невярович В.К. Нервность, её духовные причины и проявления. М.: 1999.
2. Аладжалова Н.А., Рожнов В.Е., Каменецкий С.Л. Гипноз человека и сверхмедленная электрическая активность головного мозга. // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 1976. №5. С.704–709.
3. Баранская И.В. Патологические реакции горя в позднем возрасте. Канд. дисс. М., 2003.
4. Бехтерев В.М. Внушение и его роль в общественной жизни. // Мозг, структура, функция, патология и психика. М., 1994. Т.2. С.501–678.
5. Братусь Б.С. Христианская и светская психотерапия // Московский психотерапевтический журнал. 1997. № 4. С. 7–19.
6. Воскресенский Б.А. Оживление религиозности в России и проблемы психического здоровья населения // Социальная и судебная психиатрия. М., 1996. С. 20–23.
7. Гнездилов А.В. Актуальность духовных аспектов в службе «Хосписа» // Московский психотерапевтический журнал. 2003. № 2. С.132–137.
8. Григорьев Г.И. Православие и духовно ориентированная психотерапия патологических зависимостей // Вестник психотерапии. 2009. № 30. С. 7–24.
9. Иерофей (Влахос). Православная психотерапия. Сергиев Посад, 2004. 368 с.
10. Каптен Ю.Л. Основы медитации. СПб, 1991.
11. Карвасарский Б.Д., Абабков В.А., Васильев А.В. и другие. Копинг-поведение у больных неврозами и его динамика под влиянием психотерапии. Пособие для врачей. Санкт-Петербург, 1998.
12. Матвеев Г.Н. Современная больница и права верующего. М., 2000.
13. Мелехов Д.Е. Психиатрия и проблемы духовной жизни // Психиатрия и актуальные проблемы духовной жизни. М., 1997. С. 5–61.
14. Оллпорт Г.В. Личность в психологии. М.-СПб., 1998.
15. Полищук Ю.И. Духовное измерение в психиатрии. М.: Цифровичок. 2010. 142 с.
16. Полищук Ю.И. Международная московская конференция «Религиозность и клиническая психиатрия» // Российский психиатрический журнал. 2017. № 3. С. 66–69.

17. Полищук Ю.И., Баранская И.В., Летникова З.В. Значение религиозной веры в смягчении и преодолении патологических реакций горя в позднем возрасте // Клиническая геронтология. 2002. Т. 8. № 6. С. 61–64.
18. Полищук Ю.И., Федотов Д.Д. Гуманитарные основы психиатрии. Смоленск: Свиток. 2017. 112 с.
19. Психотерапевтическая энциклопедия / Под ред. Б.Д.Карвасарского. СПб.: Питер.Ком, 1998. 744 с.
20. Разуваев В.А., Дудко Т.Н., Пузиенко В.А. Опыт сотрудничества наркологической службы с православной церковью // XI съезд психиатров России. М.:2000. С.264.
21. Семёнова А.Н. Дорога к храму – дорога к здоровью. СПб, 1999.
22. Сидоров П.И. Духовно-нравственные ресурсы психиатрии и ментальной медицины // Психическое здоровье. 2014. № 6. С. 22–39.
23. Сидоров П.И. Религиозные ресурсы психиатрии и ментальной медицины // Психическое здоровье. 2014. № 12. С. 65–76.
24. Сидоров П.И., Згонникова Е.В., Соловьёв А.Г. Возможности взаимодействия психологов, психиатров и церкви в решении проблем психического здоровья населения // Независимый психиатрический журнал. 1998. № 4. С. 49–51.
25. Слезин В.Б., Музалевская Н.И., Урицкий В.М., Рыбина И.Я. Изменения функционального состояния головного мозга при христианской молитве // Независимый психиатрический журнал. 1999. № 4. С. 28–32.
26. Смирнова Е.Т. Введение в религиозную психологию. Самара.: Изд.дом «Бахрах-М», 2003. 160 с.
27. Франкл В. Человек в поисках смысла. М., 2012. 366 с.
28. Фромм Э. Бегство от свободы. М., 1998.
29. Хакина И.А., Казьмина О.Ю., Поляков Ю.Ф. Особенности социальной поддержки у больных шизоаффективными расстройствами с религиозным мировоззрением. // Социальная и клиническая психиатрия. 2000. №3. С.21-25.
30. Хоружий С.С. Подвиг как органон. Организация и герменевтика опыта в исихастской традиции // Вопросы философии. 1998. №3. С. 35–118.
31. Юнг К.Г. Воспоминания, сновидения, размышления. Минск: Харвест, 2003. 496 с.
32. Яроцкий А.И. Идеализм как физиологический фактор. Юрьев. 1908. 304 с.
33. Ясперс К. Общая психопатология. М.: Практика. 1997. 1056 с.
34. Allport G.W. The individual and his religion. New York. Macmillan, 1950.
35. Braam A.W., Sonnenberg C.M., Beekman A.T., Deeg D.J., Tilburg W.V. Religious denomination as a symptom-formation factor of depression in older Dutch citizens // Int. J. Geriatr. Psychiatr. 2000. Vol.15. N 5. P. 458–466.
36. Kennedy G.J., Kelman H.R., Thomas C.Ch. The relation of religious preference and practice to depressive symptoms among 1855 older adults // J. Gerontol. Psychol. Sci. 1996. Vol. 51. P. 301–308.
37. Koenig H.G. Aging and God, spiritual pathway to mental health in midlife and later years. Binghamton. New York, 1994.
38. Koenig H.G., George L.K., Seigler I.C. The use of religion and other emotion regulating coping strategies among older adults // Gerontologist. 1998. Vol. 28. P. 303–310.
39. Meares A. Why be old? How to avoid the psychological reactions of aging. London? 1975.
40. Tepper L., Rogers S.A., Coleman E.M. et al. The prevalence of religious coping among patients with persistent mental illness // Psychiatr. Serv. 2001. Vol. 52. P. 660–665.

ПСИХОПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ И ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ РЕЛИГИОЗНОЙ ВЕРЫ В ПОЗДНЕМ ВОЗРАСТЕ

Ю.И. Полищук, З.В. Летникова

На основании обзора данных научной литературы делается вывод о значительном психопрофилактическом и психотерапевтическом потенциале религиозной веры и религиозных способов совладания с психическими расстройствами. Результаты проведенного сравнительного анализа частоты и продолжительности разных форм тревожных и депрессивных расстройств у 100 религиозно верующих и 100 неверующих (атеистов)

пациентов позднего возраста в условиях центра социального обслуживания показали, что наличие истинной религиозной веры оказывает смягчающее и ограничивающее влияние на возникновение и развитие тревожных и депрессивных расстройств у пожилых и престарелых людей.
Ключевые слова: религиозная вера, психопрофилактика, психотерапия, поздний возраст.

PSYCHO-PREVENTIVE AND PSYCHOTHERAPEUTIC VALUE OF RELIGIOUS FAITH AT LATE AGE

Y.I. Polischuk, Z.V. Letnikova

Based on the review of scientific literature, a conclusion is made about the significant psychotherapeutic potential of religious faith and religious ways of coping with mental disorders. The results of comparative analysis of the frequency and duration of various forms of anxiety and depressive disorders in 100 religiously believers and

100 non-believers (atheists) of late age patients in a social service center showed that the presence of a true religious faith has a softening and limited effect on the occurrence and development of anxious and depressive disorders of the elderly people.

Key words: religious faith, psychoprophylaxis, psychotherapy, late age.

Полищук Юрий Иосифович – доктор медицинских наук, профессор, руководитель отделения профилактической геронтопсихиатрии Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала ФГБУ «НМИЦ ПН им.В.П.Сербского» МЗ РФ; e-mail: yu.polischuk@mail.ru

Летникова Зинаида Владимировна – старший научный сотрудник Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала ФГБУ «НМИЦ ПН им.В.П.Сербского» МЗ РФ; e-mail: Z.Letnikova@mail.ru