

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»
Российское общество психиатров
Секция «Клиническая психиатрия,
духовность и религиозность»

**ПОПЕЧЕНИЕ ЦЕРКВИ
О ДУШЕВНОБОЛЬНЫХ.
ДЕПРЕССИИ: ЗАДАЧИ
ПСИХИАТРА, ПСИХОЛОГА
И СВЯЩЕННОСЛУЖИТЕЛЯ**

*Материалы международной конференции
15–16 декабря 2022 года
(Москва)*



Санкт-Петербург
2023

СОДЕРЖАНИЕ

ПРИВЕТСТВЕННЫЕ СЛОВА

| | |
|---|---|
| <i>Митрополит Воронежский и Лискинский Сергей</i> | 5 |
| <i>Кекелидзе Зураб Ильич</i> | 7 |
| <i>Клюшник Татьяна Павловна</i> | 8 |

ДОКЛАДЫ

| | |
|--|-----|
| <i>Каледа В.Г.</i> Депрессия — вызов современности | 9 |
| <i>Борисова О.А., Смирнова Е.В.</i> Феноменологические особенности депрессии с религиозным содержанием | 16 |
| <i>Копейко Г.И., Владимирова Т.В., Алексеева А.Г.</i> Духовный кризис или переживание покинутости Богом в состоянии депрессии | 21 |
| <i>Алексеева А.Г., Владимирова Т.В.</i> Сравнительно-возрастные особенности депрессий | 26 |
| <i>протоиерей Илия Одяков, протоиерей Николай Мартинкевич</i> Особенности построения исповеди людей, страдающих депрессией | 33 |
| <i>Франсиско Гарсия Мартинес</i> Мир печали и гнева, предзнаменование радости и примирения | 45 |
| <i>Виал Мена Венсеслао Доминго</i> Выгорание как форма депрессии в пастырской работе | 51 |
| <i>Иванин Д.А.</i> Пастырская поддержка в духовном преодолении депрессивных состояний | 58 |
| <i>Павлова О.С.</i> Этическое и духовное осмысление депрессии в исламской традиции | 66 |
| <i>Александр Морейра-Альмейда</i> Биопсихосоциодуховный подход к депрессии | 76 |
| <i>Протоиерей Виктор Гусев</i> Два понимания религиозности. К осознанию парадигмы | 83 |
| <i>Лебедева А.А., Витко Ю.С., протоиерей Павел Великанов, Шаньков Ф.М., Гедевани Е.В., Борисова О.А.</i> ³ Опыт тематического анализа взаимодействия психиатра, психолога и священника при обсуждении верующего пациента с депрессией | 95 |
| <i>Немцев А.И.</i> Взаимосвязь религиозности и депрессии в свете современной психологии | 106 |

| | |
|---|-----|
| <i>Пальчиков М.А.</i> | |
| Психотерапевтический процесс и религиозность. | 112 |
| <i>Магай А.И., Солохина Т.А.</i> | |
| Духовно-ориентированная реабилитация психически больных с депрессивными расстройствами: подходы и основные принципы | 115 |
| <i>Барт ван ден Бринк</i> | |
| Суицидальность, психопатология, религия и духовность. | 123 |
| <i>Надюк Р.И.</i> | |
| Библиотерапия и пастырская работа с глубинными смыслами в духовно-психологической помощи людям, переживающим депрессивные состояния. | 132 |
| <i>Беланова А.М., Фаттахова Т.А., Тарумов Д.А.</i> | |
| Опыт оказания психолого-психиатрической помощи участникам боевых действий, находящимся в военном госпитале: взгляд врача, психолога и сестры милосердия | 146 |
| <i>Протоиерей Алексей Бабурин</i> | |
| Позитивное отношение к жизни и мирное принятие естественной смерти — необходимое основание в профилактике суицида. | 151 |
| <i>Шамрей В.К., Курасов Е.С., Рутковская Н.С.</i> | |
| Психические расстройства, суицидальное поведение и религиозность . . | 159 |
| <i>Гедевани Е.В., Копейко Г.И., Борисова О.А.</i> | |
| Экзистенциальный побег в монастырскую жизнь при депрессии. | 166 |
| <i>Ферла Мария Тереза</i> | |
| Депрессия: духовные, экзистенциальные и психопатологические аспекты. Терапевтическая модель | 172 |
| <i>Лазько Н.В.</i> | |
| Особенности депрессивных расстройств в условиях социально значимой ситуации (последствия COVID-19 и СВО) | 182 |
| <i>Протоиерей Павел Великанов</i> | |
| «Темная ночь души» и депрессия: к вопросу о растождествлении понятий. | 187 |
| <i>Осипова Н.Н., Машкова И.Ю., Бардеништейн Л.М.</i> | |
| Аффективные расстройства и коморбидная патология (биопсихосоциодуховный подход) | 194 |
| <i>Священник Хосе Антонио Фортеа Кукурулл</i> | |
| Депрессия и дух. Размышления о способности духовной жизни исцелять депрессию | 198 |
| СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ | 204 |

Лебедева А.А.¹, Витко Ю.С.¹,
протоиерей Павел Великанов²,
Шаньков Ф.М.³, Гедевани Е.В.³, Борисова О.А.³

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

1 — *Национальный исследовательский университет*

«Высшая школа экономики», Москва

2 — *Московская Духовная Академия*

3 — *ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва*

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

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

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

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

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

Постановка проблемы

До сих пор представляется затруднительной однозначная оценка взаимосвязи между религиозностью и депрессией. Некоторыми исследователями отмечено, что религиозные люди более успешно справляются с депрессией (Bonelli et al., 2012; Копейко с соавт., 2020). С другой стороны, описаны случаи, когда, напротив, наличие духовных и религиозных убеждений может усугублять клиническую картину состояния, так как формирование религиозной картины мира связано непосредственно с наличием психического заболевания (Борисова, Копейко, 2018). Отдельные авторы даже рассматривают наличие духовности и религиозности в качестве факторов риска психических заболеваний (Leurent et al., 2013). Определенную сложность в изучении взаимосвязи религиозности с депрессией представляет то обстоятельство, что каждый специалист по-разному определяет религиозность, ее место в онтологии личности и саму связь религиозности и болезни. Теоретически и эмпирически данное противоречие можно объяснить тем, что изучение темы духовности и религиозности представляется достаточно сложным, так как: 1) отсутствует методологический подход, который бы позволил прийти к единому пониманию духовности и религиозности; 2) имеются сложности разграничения болезни и проявлений духовной жизни пациента; 3) наблюдаемое несовершенство измерительных инструментов и ошибки интерпретации полученных данных не позволяют делать однозначных выводов о характере влияния религиозности на психическое состояние человека (Berry D., 2005).

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

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

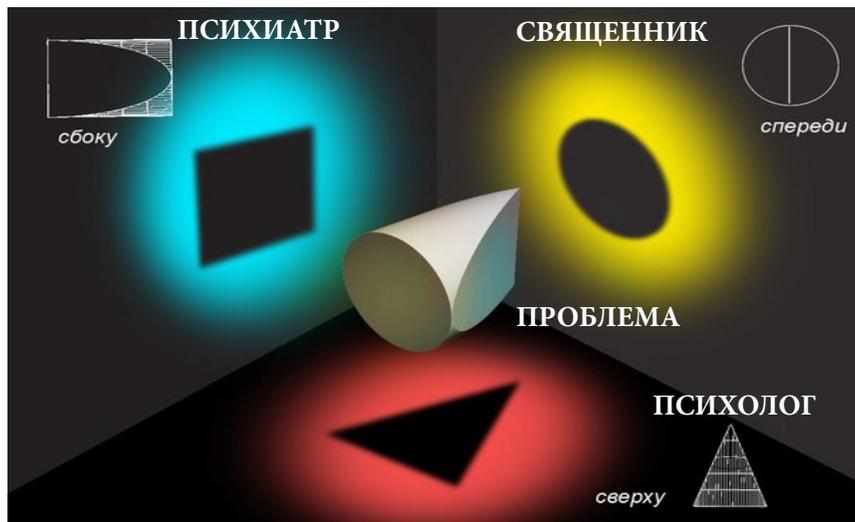


Рисунок 1. Взгляды специалистов-практиков на одну проблему

В процессе разработки нашего исследования мы пришли к единому мнению о том, что не следует выводить среднего арифметического между взглядами, а, напротив, необходимо учитывать уникальность перспективы отдельного специалиста, так как у каждого из них есть «слепое пятно», которое при этом является видимым для другого специалиста. Поэтому чтобы сохранить самобытность и опыт разных антропологических практик, мы направили внимание на организацию самого пространства для полифонического диалога голосов, выражающих свое мнение о случае.

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

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

Таблица 1. Характеристика антропологических практик
(Василюк, 2008)

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

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

Участники и процедура исследования

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

Поскольку подобный дизайн применялся впервые, перед нами стоял ряд задач, направленных на реализацию методологически оправданного исследования. Во-первых, необходимо было разработать и обосновать метод исследования; во-вторых, организовать пространство полифонического диалога

и утвердить его формат; в-третьих, собрать и проанализировать данные. Исследование состояло из следующих этапов:

1. Теоретико-методологическая разработка метода взаимодействия специалистов, получившего название **«полифонический консилиум»** по аналогии с полифонической супервизией Ф.Е. Василюка (более подробное описание будет приведено ниже).
2. На первом (подготовительном) этапе специалисты — психиатр, психолог, священник — провели **индивидуальные беседы** с пациентом. Психиатр, который ранее не встречался с пациентом, предварительно был ознакомлен с анамнезом, применив традиционный клинично-катamnестический метод исследования.
3. На втором (основном) этапе случай обсуждался на **«полифоническом консилиуме»** в двух кругах дискуссии. В конце обсуждения были сформулированы некоторые возможные способы дальнейшего ведения пациента.
4. На третьем (аналитическом) этапе собранные аудиопротоколы были **транскрибированы и проанализированы** в русле современной методологии качественных исследований с применением тематического анализа (Бусыгина, 2023).
5. На заключительном (рефлексивном) этапе, в ходе которого специалистам были презентованы полученные результаты исследования, состоялась повторная дискуссия. После нее специалисты поделились индивидуальными представлениями о потенциале используемого полифонического метода в ходе их практики. Данный этап не был запланирован изначально и был презентован на конференции.

Методология исследования

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

В ходе работы на основе устных рефлексий участников нами были выделены особенности, очерчивающие разрабатываемый метод: *неслиянность, но созвучие голосов; диалогичность-полилогичность; естественное сопротивление в зонах напряженности; соработничество участников.*

Результаты исследования

*Сопоставление категорий,
которыми оперируют специалисты*

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

«Религиозность» и «Болезнь» были заранее заданы в рамках дискуссии специалистов. Например, специалисты старались ответить на вопросы: «*Как Вы характеризуете проблемное состояние пациента?*», «*Как Вы характеризуете его религиозность, оказывает ли она влияние на болезнь?*». Помимо

этого, для интервью с пациентом были определены следующие вопросы, которые к непосредственному выделению категорий не привели: «Каков запрос пациента к Вам как к конкретному специалисту?», «Испытывал ли пациент какие-то мистические переживания, и если да, то как Вы можете охарактеризовать их влияние на состояние пациента?». Однако по результатам проведенной общей дискуссии были выделены две дополнительные темы — «личность», встречающаяся в речи психиатра и психолога, а также специфическая психологическая тема «переживания». Для каждого специалиста были выделены категории, являющиеся значимыми маркерами состояния пациента по вышеописанным темам (см. табл. 2).

Таблица 2. Сопоставление категорий специалистов

| Темы | ПСИХИАТР | ПСИХОЛОГ | СВЯЩЕННИК |
|----------------------|---|---|---|
| Религиозность | <ul style="list-style-type: none"> • Религиозность как копинг • Живая вера • Религия как ценность | <ul style="list-style-type: none"> • Утешение в религии • Гармония • Безопасное пространство общины • Живые отношения с Богом | <ul style="list-style-type: none"> • Самодостаточность, зрелость (в религиозном плане) • Живые отношения с Богом (диалогичные, динамичные) • Молитва как Богообщение • Религиозность как ресурс |
| Болезнь | <ul style="list-style-type: none"> • Симптомы и описание болезни респондентом • Отсутствие связи болезни с духовной жизнью • Болезнь как свой путь | <ul style="list-style-type: none"> • Мистический опыт как одна из причин болезни • Болезнь как способ сохранения контакта с Богом | <ul style="list-style-type: none"> • Болезнь как особый путь, замысел • Болезнь как пространство взаимодействия с Богом • Болезнь — не препятствие религиозности |
| Личность | <ul style="list-style-type: none"> • Сохранность юмора • Целостность • Активный поиск помощи • Здоровая личность | <ul style="list-style-type: none"> • Самоумаление • Поиск социального одобрения • Отсутствие субъектности • Лень, безволие • Высокие требования к себе | — |
| Переживание | — | <ul style="list-style-type: none"> • Внутренний конфликт • Обида • Сожаление • Горевание | — |

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

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

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

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

Таблица 3. Характеристика специалистами РЕЛИГИОЗНОСТИ пациента

| | Специфические категории | «Конфликтующие» категории | Общие категории | Общие метакатегории |
|-----------|---|---|---|---|
| Психиатр | <ul style="list-style-type: none"> • Сохранность смысла религиозного поведения • Религия как ценность • Отсутствие поиска мистического опыта | — | Живая вера | Религиозное совладание (религиозность как копинг) |
| Психолог | <ul style="list-style-type: none"> • Гармония (в религии) • Безопасное пространство общины | Социальная религиозность | Живые отношения с Богом | Религиозное совладание (утешение в религии) |
| Священник | Молитва как Богообщение | Самодостаточность, зрелость (в религиозном плане) | Живые отношения с Богом (диалогичные, динамичные) | Религиозное совладание (религиозность как ресурс) |

В понимании болезни все пересечения специалистов сходятся в категориях осмысления заболевания. Специалисты близки в своих рассуждениях

и дополняют друг друга, отмечая, что *болезнь для пациента — особый путь, способ отношений с Богом, даже — пространство этих отношений.*

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

Таблица 4. Характеристика специалистами БОЛЕЗНИ пациента

| | Специфические категории | «Конфликтующие» категории | Общие категории | Общие мета-категории |
|-----------|--|---|---|----------------------|
| Психиатр | Симптомы и описание болезни респондента | <ul style="list-style-type: none"> • Принятие и понимание необходимости лечения • <i>Болезнь не связана с духовной жизнью</i> | Болезнь — свой путь | Смысл болезни |
| Психолог | Исцеление от болезни в религиозной среде | <ul style="list-style-type: none"> • Повышенная приверженность лечению • <i>Мистический опыт как одна из причин болезни</i> | Болезнь — способ сохранения контакта с Богом | |
| Священник | Болезнь — не препятствие религиозности | — | <ul style="list-style-type: none"> • Болезнь — особый путь, замысел • Болезнь — пространство взаимодействия с Богом | |

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

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

Таблица 5. Характеристика специалистами ЛИЧНОСТИ пациента

| | Специфические категории | «Конфликтующие» категории | Общие категории | Общие метакатегории |
|-----------|---|--|--|---------------------|
| Психиатр | <ul style="list-style-type: none"> • Сохранность интересов • Синтонность • Критичность мышления • Сохранность юмора | <ul style="list-style-type: none"> • Активный поиск помощи • Целостность • Здоровая личность | «Выученная беспомощность» (подхватывается в дискуссии как цитата пациента) | — |
| Психолог | <ul style="list-style-type: none"> • Чувствительность, застенчивость • Поиск социального одобрения • Лень, безволие • Высокие требования к себе | <ul style="list-style-type: none"> • Зависимость от других • Самоумаление • Отсутствие субъектности | | — |
| Священник | — | — | — | — |

Таблица 6. Характеристика специалистами ЛИЧНОСТИ пациента

| | Специфические категории | «Конфликтующие» категории | Общие категории | Общие метакатегории |
|-----------|--|---------------------------|-----------------|---------------------|
| Психиатр | — | — | — | — |
| Психолог | <ul style="list-style-type: none"> • Внутренний конфликт • Обида • Сожаление • Горевание | — | — | — |
| Священник | — | — | — | — |

Заключение и выводы

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

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

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

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

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

Использованная литература

1. Борисова О.А., Копейко Г.И. Патологическая религиозность у больных с психическими заболеваниями // Психиатрия и религия. 2018. С. 11–23).
2. Бусыгина Н.П. Качественные и количественные методы исследований в психологии: учебник для вузов. М.: Изд-во «Юрайт», 2023 [Электронный ресурс]. Образовательная платформа «Юрайт». URL: <https://urait.ru/bcode/510940> (дата обращения: 30.02.2023).
3. Васильюк Ф.Е. От психологической практики к психотехнической теории. Консультативная психология и психотерапия. 1992. № 1 (1) [Электронный ресурс]. URL: https://psyjournals.ru/journals/cpp/archive/1992_n1/cpp_1992_n1_25828.pdf (дата обращения: 30.02.2023).

4. Василюк Ф.Е. Структура и специфика теории понимающей психотерапии. *Московский психотерапевтический журнал*. 2008. № 1. С. 5–33.
5. Дубограй Е.В. Взаимосвязь религиозности и психического здоровья человека: взгляд сквозь призму зарубежных медико-социологических исследований. *Вестник МГЛУ. Общественные науки*. 2018. Вып. 2 (800). С. 195–207.
6. Каледа В.Г. Основы пастырской психиатрии: Руководство для священнослужителей. М.: Издательство Моск. Патриархии РПЦ, 2021.
7. Копейко Г.И., Борисова О.А., Гедевани Е.В., Каледа В.Г. (2020) Влияние фактора религиозности на депрессивные состояния и суицидальное поведение. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2020. № 120 (1). С. 77–84. DOI:10.17116/jnevro202012001177.
8. Леонтьев Д.А. Синергетика и личность: к неравновесной персонологии. *Научный теоретико-методологический и историко-психологический журнал «Методология и история психологии»*. 2018. Вып. 3 (июль — сентябрь). С. 96–104.
9. Матурана У.Р., Варела Ф.Х. Древо познания. М.: Прогресс-традиция, 2001.
10. Морен Э. Образование в будущем: Семь неотложных задач. Синергетика. Антология / Ред. Е.Н. Князева. М.; СПб.: Центр гуманитарных инициатив, 2013. С. 247–322.
11. Мьюз С. с соавт. Исцеление страждущего // *Московский психотерапевтический журнал*. 2006. № 3. С. 106–159 [Электронный ресурс]. URL: https://psyjournals.ru/journals/cpp/archive/2006_n3/cpp_2006_n3_1658.pdf (дата обращения: 30.02.2023).
12. Шаньков Ф.М. Религиозное и духовное совладание. Обзор западных исследований // *Консультативная психология и психотерапия*. 2015. Том 23, № 5. С. 123–152. DOI: 10.17759/cpp.2015230507.
13. Швецов В. Церковное душепопечение лиц с психическими расстройствами (теоретические аспекты) // *Милосердие и профессионализм*. Сборник стенограмм, докладов и бесед семинара по христианской диаконии. СПб.: Издание Санкт-Петербургской благотворительной организации «Покровская община», 2003. С. 138–150.
14. Шерягина Е.В. Полифоническая модель супервизии Ф.Е. Василюка // II Международная конференция по консультативной психологии и психотерапии, посвященная памяти Федора Ефимовича Василюка: сборник материалов. Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Психологический институт Российской академии образования». 2020. № 1. С. 269–272.
15. Berry D. Methodological Pitfalls in the Study of Religiosity and Spirituality // *Western Journal of Nursing Research*. 2005. № 27 (5). Pp. 628–647. DOI:10.1177/0193945905275519.
16. Bonelli R., Dew R.E., Koenig H.G., Rosmarin D.H., Vasegh S. Religious and Spiritual Factors in Depression: Review and Integration of the Research // *Depression Research and Treatment*. 2012. Vol. 2012, Article ID 962860, 8 p. DOI:10.1155/2012/962860.
17. Leurent B., Nazareth I., Bellón-Saameño J., Geerlings M., Maarros H., Saldivia S., Švab I., Torres-González F., Xavier M., King M. Spiritual and religious beliefs as risk factors for the onset of major depression: An international cohort study. *Psychological Medicine*. 2013. № 43 (10). Pp. 2109–2120. DOI:10.1017/S0033291712003066.
18. Oman D., Lukoff D. Mental Health, Religion, and Spirituality // *Why Religion and Spirituality Matter for Public Health* / Ed. D. Oman. Springer Cham. 2018. DOI:10.1007/978-3-319-73966-3.