

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).

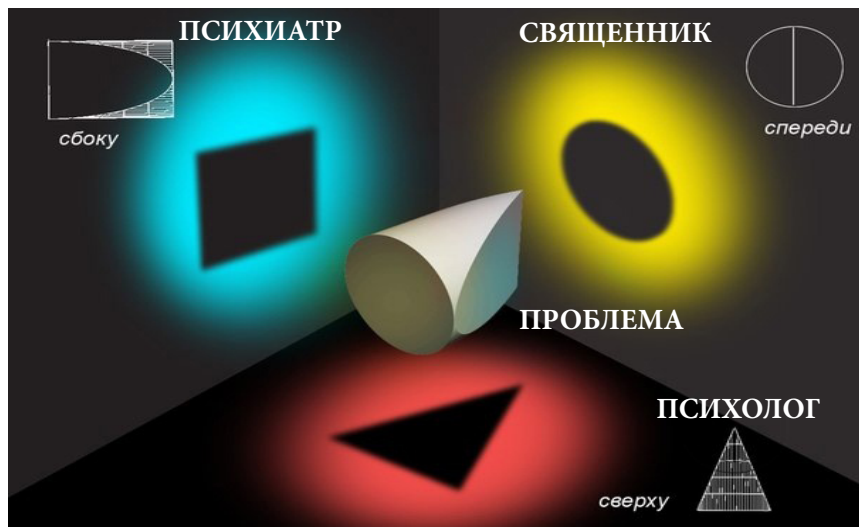


Рисунок 1. Взгляды специалистов-практиков на одну проблему

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 клиничко-катамнестический 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; сотрудничество 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.