

© П.Дж. Ферхаген, 2021

НАУЧНЫЙ ОБЗОР

УДК 616.89-02-058

<https://doi.org/10.30629/2618-6667-2021-19-4-90-99>

Положение религии и духовности в психиатрии: семь рекомендаций

Петер Дж. Ферхаген

Центральный Институт психического здоровья, Хардервейк, Нидерланды

Автор для корреспонденции: Peter J. Verhagen, GGz Centraal, Westeinde 27, 3844 DD Harderwijk, Netherlands; p.verhagen@ggzcentraal.nl

Резюме

Обоснование: в декабре 2015 г. исполнительный комитет Всемирной психиатрической ассоциации одобрил Заявление о положении религии и духовности в психиатрии. Тогда же секция по религии, духовности и психиатрии Всемирной психиатрической ассоциации взяла на себя обязательство распространить это заявление по всему миру. **Цель:** донести это заявление, особенно семь рекомендаций, до сведения международного психиатрического сообщества и, в частности, российского психиатрического сообщества. **Метод:** нарративный обзор с разъяснением семи рекомендаций, которые подчеркивают признание значимости религии и духовности в психиатрии. **Заключение:** религия и духовность в психиатрии являются частью повседневной психиатрической практики, научных исследований, общего медицинского образования и обучения в ординатуре по психиатрии, а также в политической и общественной сферах. Публикация Заявления о положении религии и духовности в психиатрии представляется важным достижением исполнительного комитета Всемирной психиатрической ассоциации, которое несет пользу психиатрии во всем мире.

Ключевые слова: Всемирная психиатрическая ассоциация, заявление, религия и духовность в психиатрии, диалог, рекомендации

Для цитирования: Ферхаген П.Дж. Положение религии и духовности в психиатрии: семь рекомендаций. *Психиатрия*. 2021;19(4):90–99. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2021-19-4-90-99>

REVIEW

UDC 616.89-02-058

<https://doi.org/10.30629/2618-6667-2021-19-4-90-99>

Position Statement on Religion and Spirituality in Psychiatry: Seven Recommendations

Peter J. Verhagen

GGz Centraal Mental Health Institution, Harderwijk, the Netherlands

Corresponding author: Peter J. Verhagen, GGz Centraal, Westeinde 27, 3844 DD Harderwijk, Netherlands; p.verhagen@ggzcentraal.nl

Summary

Background: in December 2015 the Executive Committee of the World Psychiatric Association approved a Position Statement on religion, spirituality in psychiatry. Since then, the World Psychiatric Association Section of Religion, Spirituality and Psychiatry has committed to publicizing the Position Statement worldwide. **Aim:** to bring this statement, especially the seven recommendations, to the attention of the international psychiatric community, in particular the Russian psychiatric community. **Method:** a narrative review and the seven recommendations in the Position Statement are explained, thus demonstrating its importance. **Conclusion:** religion and spirituality in psychiatry are part of daily psychiatric practice, scientific research, residency training and continuous medical education, and the political and public realm. With the publication of the Position Statement, the Executive Committee of the World Psychiatric Association has made a major accomplishment that benefits psychiatry around the world.

Keywords: World Psychiatric Association, Position Statement, religion and spirituality, dialogue, recommendations

For citation: Verhagen P.J. Position Statement on Religion and Spirituality in Psychiatry: Seven Recommendations. *Psychiatry (Moscow) (Psikhiatriya)*. 2021;19(4):90–99. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2021-19-4-90-99>

ВСТУПЛЕНИЕ

В декабре 2015 г. исполнительный комитет (ИК) Всемирной психиатрической ассоциации (ВПА) принял Заявление о положении религии и духовности в психиатрии [1]. С того времени секция ВПА по религии, духовности и психиатрии прилагает все усилия, чтобы это Заявление о положении религии и духовности в психиатрии стало известным во всем мире. В настоящее время доступны различные переводы с английского на другие языки (португальский, испанский, хинди, голландский), а на некоторые языки (французский, китайский, арабский) перевод еще выполняется. Настоящая публикация содержит перевод заявления на русский язык.

Идея Заявления о положении религии и духовности в психиатрии

Как секретарь секции ВПА по религии и духовности в психиатрии, я выступил с инициативой принять соответствующее Заявление о положении религии и духовности в психиатрии. Эта секция была основана в 2003 г. под председательством Herman M. van Praag. С 2006 г. секция работала в сотрудничестве со специальной группой по духовности и психиатрии Королевского колледжа психиатров в Лондоне. Это сотрудничество привело к публикации первого варианта заявления [2]. Однако Европейская комиссия в то время решила не включать этот вопрос в повестку дня Генеральной ассамблеи во время Всемирного конгресса ВПА в Праге, запланированного на сентябрь 2008 г., так как предполагалось, что эта идея не встретит понимания. В 2015 г., после некоторой подготовительной работы, доработанный проект документа был представлен и одобрен, после чего он был опубликован в февральском выпуске журнала *World Psychiatry* за 2016 г. В 2018 г. публикации Заявления о положении религии и духовности в психиатрии был посвящен тематический выпуск журнала *Mental Health, Religion & Culture* [3].

В настоящее время несколько национальных организаций продвигают тему религии и духовности в психиатрии. Например, Американская психиатрическая ассоциация и Королевский колледж психиатров (Великобритания) опубликовали соответствующие заявления. В Бразилии, Южной Африке и Индии рабочие группы по религии и духовности в психиатрии связаны с национальными ассоциациями. В 2014 г. Психиатрическая ассоциация ЮАР опубликовала довольно пространное Заявление о включении духовности в практическую деятельность врачей-психиатров [4]. В 2016 г. Немецкое общество специалистов в области психиатрии, психотерапии, лечения психосоматических и неврологических заболеваний (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde, DGPPN) представило заявление по этой же проблеме [5]. Голландская психиатрическая ассоциация (GGZ Nederland, Geestelijke Gezondheidszorg) и Голландская ассоциация психиатрической помощи и лечения наркозависимости

(Dutch Association of Mental Health and Addiction Care) недавно создали собственную платформу по религии, духовности и поиску смысла жизни. Стало известно, что на XVII съезде Российского общества психиатров (Санкт-Петербург, 15–18 мая 2021 г.) была создана специальная секция «Клиническая психиатрия, религиозность и духовность».

Принято, что национальные и международные ассоциации психиатров, такие как ВПА, сообщают в официальных документах от имени профессионалов о занимаемой позиции в отношении особо актуальных или спорных тем. Эти документы обычно известны как заявления о позиции или заявления о консенсусе.

В рамках ВПА (WPA) привлекать внимание к обоим типам документов и предлагать их считается задачей научных секций. Считается, что эксперты этих подразделений обладают знаниями и опытом для выявления и определения приоритетности проблем, требующих особого внимания по явной причине или по косвенным основаниям. После внесения такого предложения исполком (ИК) и/или генеральная ассамблея (ГА) решают эти вопросы. Секции, конечно, также могут работать вместе над заявлениями о позиции или о консенсусе. Цель такого документа — подтвердить, что конкретная тема в психиатрии заслуживает большего, чем обычно, внимания — не только в повседневной практике, но также в исследованиях и обучении. Для такой международной организации, как ВПА (WPA), предлагаемая тема должна иметь глобальное значение, а обсуждаемые проблемы должны быть актуальными или вызывать серьезную озабоченность. Следует отметить, что есть разница между заявлением о позиции и заявлением о консенсусе. В заявлении о позиции исполнительный комитет выражает только свою позицию по определенному вопросу. Напротив, заявление о консенсусе получает одобрение всех национальных психиатрических ассоциаций, которые представлены на Генеральной ассамблее.

Выбор темы заявления о позиции (или заявления о консенсусе) должен отвечать пяти критериям:

- 1) актуальность для дальнейшего развития и практики психиатрии во всем мире;
- 2) доступность и достаточность научных исследований для обоснования важности проблемы;
- 3) достижение консенсуса соответствующих профессиональных организаций по рассматриваемой проблеме;
- 4) тема должна иметь общественную значимость;
- 5) признание риска нанесения ущерба психиатрии и пациентам в отсутствие заявления о позиции по обсуждаемой теме.

В предыдущих публикациях я неоднократно заявлял, что члены секции религии и духовности в психиатрии убеждены, что тема психиатрии и религии соответствует этим критериям. Поэтому нашей целью было прийти к заявлению о консенсусе, т.е. утверждению, одобренному всеми членами ВПА. Однако в 2008 г. и позже это оказалось нереализованным по многим

причинам, которые здесь невозможно подробно описать. В результате акцент сместился на заявление о позиции [6]. В данной статье я не пересматриваю вышеупомянутые критерии для обоснования заявления о позиции и его важности. Вместо этого теперь, когда изложена позиция, я считаю, что было бы более полезно сосредоточиться на семи рекомендациях и кратких комментариях к этим рекомендациям¹ [7].

РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Необходимо принимать во внимание и тактично учитывать религиозные убеждения и практики пациентов, а также их духовность, что является важной составляющей сбора анамнеза психического заболевания.

В прошлом авторы часто писали об «утраченной дименсии», имея в виду представления психиатров о значимости религии, духовности и поиска смысла в жизни пациентов. В последнее время ряд событий положительно повлиял на отношение психиатров к этому вопросу. Транскультуральная психиатрия, конечно, проделала большую и ценную работу в том, что касается принятия во внимание религии и духовности. Из-за глобализации и мультикультурности общества религия больше не представляется единственной среди более или менее традиционных форм духовности. Религиозные воззрения и духовность занимают отчетливое место в обследовании конкретного пациента (Американская психиатрическая ассоциация, 2013). Следствия этой ситуации четко видны в «транскультуральном интервью» в соответствии с DSM-5 [8]. Это связано со вторым довольно радикальным изменением, реализованным в DSM-IV [9]. В DSM-IV была представлена транскультуральная формулировка, которая, как уже сказано, получила дальнейшее развитие в DSM-5. Но это еще не все. По сравнению с DSM-III был пересмотрен глоссарий; исследования показали, что религиозные термины и понятия очень часто использовались в значении психопатологических нарушений. По мнению специалистов, вопрос был слишком значимым, так как религия предстала в невыгодном свете. В DSM-IV это было пересмотрено. Кроме того, код V (религиозная или духовная проблема) был введен в DSM-IV и сохранен в DSM-5 в разделе V62.89 [9, 10]. Благодаря этим изменениям появилась возможность для другого, более профессионального, отношения к данному вопросу, не делая эту тему более значимой, чем она есть на самом деле.

Третье событие, которое способствовало изменению отношения психиатров к религиозности и духовности пациентов, связано с вкладом позитивной психологии и позитивной психиатрии. Акцент на личном выздоровлении и благополучии означал переход от

мышления, в основном ориентированного на переживание слабости духа, к мышлению и деятельности, ориентированной на его укрепление [11]. В личном выздоровлении основное внимание уделяется целоположению, укреплению духа и надежде. Центральная тема — научиться жить с болезнью. В соответствии с этим наблюдается сдвиг в оценке результатов вмешательств для пациентов [12]. В то же время мы должны сделать вывод, что клиническая практика как в амбулаторных, так и в стационарных условиях отстает от этого развития. Одна из возможных причин этого заключается в том, что раньше называлось отрывом от религиозности [13]. Специалисты в области психического здоровья менее склонны отождествлять себя с определенной религиозной традицией. Однако с профессиональной точки зрения ошибочно полагать, что от психиатра требуется приверженность религиозным традициям при исследовании религиозных и духовных потребностей пациентов. Психиатр должен уметь слушать и действовать в соответствии с тем, что говорят сами пациенты.

Первая рекомендация означает, что религия, духовность и поиск смысла жизни больше не могут не учитываться в психиатрической практике. Слова «рутинно» и «существенно» более конкретно выражают важность религии, духовности и стремления к обретению смысла жизни: эти элементы могут играть рутинную роль в анамнезе каждого пациента, но могут иметь особое значение и быть необходимыми для прояснения некоторых аспектов проблемы и предотвращения игнорирования потребностей пациентов. Внимание к религии, духовности и поиску смысла жизни оправданно и уместно в процессе психиатрической оценки. Было сделано много предложений относительно «религиозного анамнеза» или истории духовной жизни как в исследовательском, так и в глубинном значении этих понятий. Вышеупомянутое транскультуральное интервью также свидетельствует об этом. Впоследствии результаты могут быть учтены при диагностике и при необходимости включены в план лечения.

2. Понимание религии и духовности и их вклада в диагностику, этиологию и лечение психических расстройств следует рассматривать в качестве важных компонентов как психиатрической подготовки, так и непрерывного профессионального развития.

Религия, духовность и поиск смысла жизни играют различную роль в моделях психопатологии. Они могут рассматриваться как фактор уязвимости (хотя доказательства этого все еще ограничены), а также как защитный и исцеляющий фактор (для этого есть разные доказательства) или как формирующий симптомы фактор психопатологии и даже как выражение психопатологии (для этого также имеется довольно много доказательств). Поэтому необходим дифференцированный взгляд на религию, духовность, поиск смысла жизни и психопатологию.

Однако модели и объяснения, основанные на биомедицинских представлениях, препятствуют

¹ Документ состоит из двух частей: преамбулы и набора из семи рекомендаций. Они размещены на сайте Научного центра психического здоровья в переводе на русский язык (документы WPA на website psychiatry.ru).

Таблица 1. Необходимые компетенции врачей-ординаторов психиатрической клиники (цит. по: de Oliveira E., Oliveira F.H.A., Peteet J.R., Moreira-Almeida A. [17])**Table 1.** Competencies for psychiatry residents (after de Oliveira E., Oliveira F.H.A., Peteet J.R., Moreira-Almeida A. [17])

Знания/Knowledge
<p>Врачи-психиатры должны подтвердить понимание следующих тем/Residents must show understanding of the following topics:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Исторические и демографические аспекты религиозных/духовных убеждений у разных групп пациентов/Historical and demographic aspects of religious/spiritual beliefs in different patient populations. 2. Исследование связи между религиозными/духовными убеждениями и физическим и психическим здоровьем/Research on the relationship between religious/spiritual beliefs and physical and mental health. 3. Психодинамические аспекты, включая вклад религиозных и духовных проблем в психопатологию (например, перенос и контрперенос)/Psychodynamic aspects involving religious and spiritual issues in psychopathology (e.g., transference and countertransference)
Навыки/Skills
<p>Врачи-психиатры должны показать свою компетентность в следующих областях/Residents must show competence in the following areas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Выяснение религиозного/духовного анамнеза/Taking a religious/spiritual history. 2. Включение биопсихосоциодуховных элементов в понимание пациента, отраженное в диагнозе и плане лечения/Incorporating bio-psycho-socio-spiritual elements into the understanding of the patient, reflected in diagnosis and treatment plan. 3. Определение того, как их собственные религиозные/духовные убеждения могут повлиять на формулировку случая, диагноз и планы лечения/Identifying how their own religious/spiritual beliefs can impact their formulation of the case, the diagnosis, and treatment plans. 4. Распознавание и психотерапевтическая работа над реакциями переноса и контрпереноса/Recognizing and working on transference and countertransference reactions. 5. Принятие своевременного решения, когда уместно направить пациента к капелланам, духовным лидерам или целителям или проконсультироваться с ними/Deciding when it is appropriate to refer a patient to or consult with chaplains, spiritual leaders, or healers
Установки/Attitude
<p>Врачи-психиатры должны обладать следующими установками/Residents must show the following attitudinal characteristics:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Осведомленность о религиозном и духовном опыте пациентов и его влиянии на их личность и мировоззрение, а также о предубеждениях, которые могут повлиять на лечение пациента/Awareness of patients' religious and spiritual experiences, the impact that these experiences have on their identity and worldview, and biases that could influence patient treatment. 2. Уважение и принятие разнообразия культурного и религиозного опыта/Respect for and acceptance of the diversity of cultural and religious experiences

такому компетентному подходу. Это также относится и к биопсихосоциальной модели, поскольку в ней делается упор на «биологическую» составляющую [12]. Тем не менее значительный объем научной литературы посвящен концептуальным вопросам, таким как более дифференцированные модели, например интеграция духовности в биопсихосоциальную модель, модель стресс-уязвимости [14], энактивизм [15] или модель «объяснительного плюрализма» [16]. Энактивизм — это позиция в когнитивной науке, которая утверждает, что познание возникает в результате динамического взаимодействия между действующим организмом и окружающей его средой.

Очевидна та мысль, что обучение и непрерывное образование должны обеспечивать практиков современными знаниями, навыками и непредвзятым отношением. Со временем было представлено множество учебных программ ординатуры по психиатрии с упором на религию и духовность. Недавно de Oliveira и соавт. предложили 12-часовой курс, который включает в себя концепции и доказательства, касающиеся религии и духовности, а также взаимоотношений с психическим здоровьем, принимая во внимание духовный анамнез/формулировку случая, исторические аспекты и исследования, основные местные религиозные и духовные традиции, дифференциальный диагноз духовных переживаний и психических расстройств, а также интеграцию религии и духовности в подходе к лечению [17]. Программа курса направлена на развитие широкого спектра компетенций, навыков и поведенческих характеристик (табл. 1).

Эта программа предоставляет информативный обзор того, что требуется от участников, но каждая программа должна быть учтена в соответствии с ее конкретными требованиями.

3. Существует потребность в дополнительных исследованиях о роли религиозного мировоззрения и духовности в психиатрии, особенно в области их клинического использования. Эти исследования должны охватывать самые разные культурные и географические особенности.

Научных доказательств более чем достаточно, чтобы подчеркнуть важность религии и духовности в психиатрии [18]. Например, исследования среди населения в целом показали, что поиск смысла жизни коррелирует с большей ее продолжительностью (отношение рисков 2,43; 95% доверительный интервал 1,57–3,75) [19], улучшением здоровья [20] и более высоким качеством жизни [21]. В систематическом обзоре 43 клинических исследований в 31 из них обнаружена положительная связь между религиозной/духовной вовлеченностью и более низким уровнем выраженности психических расстройств, в восьми сообщалось как о положительных, так и отрицательных соотношениях, а в двух — об определенной связи с развитием психических расстройств [22]. Поиск смысла жизни (в религиозном понимании) коррелировал с меньшим вкладом депрессии и тревоги, меньшим количеством попыток самоубийства, меньшими проявлениями зависимости и лучшим качеством жизни, более быстрым выздоровлением от депрессивных симптомов и лучшими результатами лечения. В недавнем обзоре проспективных исследований также обнаружена положительная

взаимосвязь между религиозностью/духовностью и исходом депрессии [23]. Однако есть аспекты религии, такие как отчуждение, борьба и осознание греха, которые могут негативно сказываться на психическом здоровье. Кроме того, могут возникать психиатрические симптомы религиозного или духовного содержания (бред или галлюцинации). Поэтому крайне важно, чтобы эта тема получила дальнейшее развитие в клинической психиатрической практике. Хотя переменам положено начало, мы должны признать, что фактическое применение на практике таких данных было медленным. Это удивительно, потому что доказательства и основанная на них практика играют такую важную роль в психиатрии. Несмотря на доказательства положительных и отрицательных связей между религией и психическим здоровьем, психиатры, похоже, все еще неохотно принимают эти выводы во внимание. Почему? Это все еще слепая зона для психиатров? Есть ли здесь проблема установок или это обусловлено отсутствием образования и подготовки? Или, возможно, проблема связана с самими доказательствами? Их качество низкое, их применимость проблематична или они недостаточно актуальны? Интерпретация и применение доказательств, очевидно, зависит не только от эмпирических данных; отношение психиатра также играет важную роль в этом процессе. Поскольку психиатрия с самого начала занимала критическую позицию по отношению к религии, сохраняют ли психиатры в настоящее время критическое отношение к религии и духовности? Это не означает, что профессионалы должны сами занять религиозную позицию, но они должны уметь интегрировать религию и духовность в свой профессиональный опыт с помощью рефлексии (и саморефлексии) [6, 24].

4. Подход к религии и духовности должен быть ориентирован на человека. Психиатры не должны использовать свое профессиональное положение для пропаганды духовного или светского мировоззрения. От психиатров следует ожидать, что они всегда будут уважать духовные/религиозные верования и обычаи своих пациентов, а также членов их семей и лиц, осуществляющих уход за ними, и быть чуткими к ним.

Хотя растет понимание того, что духовный опыт и религиозные практики могут быть важны для пациентов, этот вопрос остается спорным, а отношение к нему психиатров неоднозначным. Против этого выдвигается возражение: психиатры могут перейти через этические границы, т.е. могут навязать пациентам свои собственные верования или заставить пациентов раскрыть свои религиозные убеждения. Каждый документ по профессиональной этике гласит, что врачи/психиатры никогда не должны навязывать свои убеждения пациентам и должны подвергать их обсуждению только в том случае, если это каким-то образом имеет отношение к лечению и уходу за пациентами. Другими словами, этические принципы очень четкие [25].

Глагол «навязать» — часто используемое слово в дискуссиях об отношении психиатров к религии. Почти в каждом подобном руководящем документе, касающемся взаимоотношений между религией, духовностью и психиатрией, говорится, что психиатры не должны навязывать свои религиозные или светские взгляды своим пациентам. Помимо этических принципов кажется разумным предположить, что это сопротивление проистекает как минимум из двух влиятельных источников. Прежде всего, упомянем о том, что Max Weber (1864–1920) очень открыто сопротивлялся навязыванию личных ценностей науке [26]. Под возрастающим давлением рационализации он разделял факты и ценности, науку и религию; его влияние было огромным на протяжении десятилетий. Во-вторых, такое навязывание — серьезное нарушение психоаналитических принципов. R.B. Blass иллюстрирует это фактом из жизни З. Фрейда, который сам признавал, что на определенном этапе своей работы навязывал свои теории пациентам, что, безусловно, имело клиническое значение. Согласно R.B. Blass, убеждение или вера могут «возникать либо из соблазнительного желания (навязывания самих себя реальности), либо из нашей базовой открытости истине (навязывания реальности нам)» [27].

Это еще раз проливает свет на то, что эмпирические данные сами по себе недостаточно убедительны. Со временем было использовано несколько ключевых слов, чтобы охарактеризовать отношение психиатров к религии: они признаются, они не верят, они борются, они откладывают суждения или остаются в нерешительности. Однако наличие ответственного убеждения или суждения — это постоянная рефлексивная обязанность, и переработка нашего доксистического мышления² с его логикой убежденности, неверия, приостановления суждения является профессиональным требованием. Этот образ мышления частично проистекает из желания знать (или не знать); в психоаналитическом лексиконе это называется эпистемофильным инстинктом, т.е. инстинктом получения знаний [27]. Знание — это не что-то само по себе. Мы относимся к знаниям так же, как к объектам. «<Мы> любим вещи, ненавидим и хотим знать <...>». «...<Поскольку> мы также должны быть любимыми, бояться ненависти и хотеть, чтобы нас понимали» [28]. Это стремление к истине или знанию, очевидно, чревато опасностями и подводными камнями. Одна из них — «опасность думать, что мы знаем истину, быть убежденными в истине, хотя на самом деле мы этого не знаем, в то время как на самом деле мы *навязываем* наши предвзятые убеждения реальности» [27]. Сомнение было бы лучшей альтернативой, хотя оно могло быть основано на «страхе навязывания» [27]. Согласно интерпретации R.B. Blass представлений З. Фрейда, только когда мы способны различать наши опасные желания с позиции открытости реальности, мы можем доверять тому, что

² Тип логики в рассуждениях о веровании. — Примеч. ред.

знаем [27]. Только тогда появится профессиональное пространство для уважения и восприимчивости к духовным/религиозным убеждениям и практике пациентов, их семей и лиц, осуществляющих уход за ними.

5. Психиатры, независимо от их профессиональных убеждений, должны быть готовы работать с лидерами/членами религиозных общин, капелланами, пастырскими работниками и другими членами сообщества в поддержку благополучия своих пациентов и должны поощрять их междисциплинарную работу. Коллеги поступают так же.

В 2014 г. президент APA P. Summergrad выступил с инициативой партнерства с заинтересованным духовенством «с целью улучшения понимания психических заболеваний и снижения стигмы в религиозных общинах» [29]. Инициированный таким лидером общественного мнения, как президент Американской психиатрической ассоциации (АРА), этот шаг дал огромный импульс, особенно с учетом того, что психиатрия долгое время игнорировала сотрудничество с духовенством и духовными лидерами. Руководство по психическому здоровью для религиозных лидеров, изданное в 2018 г., стало результатом этого партнерства [30]. Партнерство и сотрудничество также являются одним из трех измерений стратегических рамок плана действий WPA на 2017–2020 гг. [31].

Инициативы выдвигаются и с другой стороны. Всемирный совет церквей, отмечая, что церкви играют важную роль в сфере здравоохранения, и подтверждая, что здоровье и исцеление являются центральными элементами христианского служения, разработал свою программу, способствующую укреплению здоровья [32]. Программа основана на четырех принципах: 1) церковь — это место санитарного просвещения; 2) церковь — это место практических действий; 3) церковь — это место для защиты и заботы о творении; 4) церковь — это место силы общественного свидетельства. Я не буду вдаваться в богословское объяснение и предпосылки этих принципов, но идея ясна и прямолинейна. Мы не сможем достичь каких-либо целей, связанных с укреплением здоровья, если мы не будем работать вместе с местными сообществами и расширять их возможности. В соответствии со своим американским аналогом, программа заявляет, что церкви могут содействовать в оказании психологической помощи, борясь со стигмой и дискриминацией, отстаивая права и достоинство человека, обеспечивая участие квалифицированных медицинских работников, уход и поддержку [32, 33].

Еще одна долгожданная инициатива реализована в Москве.

В Москве в ФГБНУ НЦПЗ в апреле 2017 г. прошла Международная конференция «Религиозность и клиническая психиатрия» под эгидой Всемирной психиатрической ассоциации (WPA), соорганизаторами которой являлось Российское общество психиатров (РОП). (В мероприятии приняли участие 356 человек из 19 субъектов РФ, а также представители

из Великобритании, Швейцарии, Нидерландов, Израиля, США.) Рассматривались вопросы религиозности в рамках клинической практики, включая проблемы определения нормальной и патологической религиозности; феноменологии бреда одержимости и религиозно-архаического бредового комплекса, онейроидно-кататонических состояний с религиозным содержанием при шизофрении, проблемы религиозных копинг-стратегий при психических расстройствах, в частности способы совладания с патологической реакцией горя в позднем возрасте; вопросы психотерапевтической тактики в контексте религиозной картины мира. Было отдельно указано на необходимость взаимодействия психиатров со священнослужителями в ситуациях, когда пациенты являются верующими.

В рамках работы Межсоборного присутствия Русской православной церкви, являющейся наиболее крупной религиозной организацией в России, создан специальный Экспертный совет по пастырскому попечению о душевнобольных, по инициативе которого в 2018–2019 гг. в московском Данилове монастыре в помещении отдела внешних церковных связей Московского патриархата (Department of External Church Relations of the Moscow Patriarchate) были проведены международные конференции³ с участием представителей христианских конфессий и психиатрического сообщества, на которых были высказаны предложения о необходимости тесного сотрудничества священнослужителей и психиатров, а также идеи об общей ответственности духовенства и медицинских работников за организацию психиатрической и духовной помощи душевнобольным. Была подчеркнута важность преподавания священнослужителям основ психиатрии и знакомства психиатров с основами религиозных учений и деятельностью религиозных организаций. Важнейшим итогом усилий экспертного совета по пастырскому попечению о душевнобольных явилась подготовка специального документа Межсоборного присутствия «Пастырское попечение в Русской православной церкви о психически больных» и издание специального руководства для священнослужителей «Основы пастырской психиатрии» (М.: Издательство Московской патриархии, 2021. 232 с.), направленных на повышение компетенции священнослужителей в отношении выявления психической патологии и дифференциации нормальной и патологической религиозности. Польза рекомендации работать в сотрудничестве с церковью может быть проиллюстрирована на основе предварительных результатов исследований, преследующих несколько целей. В одном из них показано, что церковь пытается адаптировать использование религиозных традиций к определенным состояниям

³ Материалы обеих конференций изданы Научным центром психического здоровья: Психиатрия и религия: Материалы международной конференции (Москва, 13–14 ноября 2018 г.) / отв. ред. профессор, д.м.н. В.Г. Каледа, к.м.н. Г.И. Копейко. СПб.: Скифия-принт, 2019. 168 с.; Психическое здоровье и религиозный опыт: Материалы международной конференции (Москва, 7–8 ноября 2019 г.) / отв. ред. к.м.н. Г.И. Копейко, к.м.н. О.А. Борисова. СПб.: Скифия-принт, 2020. 196 с.

психического здоровья, например к деменции [34]. В другом исследовании изучали результаты сотрудничества профессионалов, например капелланов и медсестер [35], или перспектив совместной работы клинических психологов и духовно-религиозных целителей [36]. Рассмотрены эффекты некоторых вмешательств, таких как молитва, в лечении боли [37]. Эти исследования свидетельствуют об интересе к данной области и раскрывают множество возможностей и подходов, которые, хотя и имеют ограничения, создают возможности продвигать идею и намерение сотрудничества.

6. Психиатры должны обнаруживать свою осведомленность, уважение и чуткость к той важной роли, которую духовность и религия играют для многих сотрудников и волонтеров в выборе и формировании работы в области охраны психического здоровья.

Шестая рекомендация относится к аспекту выполнения работы — оплачиваемой или добровольной, — которая, вероятно, уже не так привычна, как раньше. Однако мы знаем, что многие сотрудники и волонтеры могут воспринимать такую работу как то, что они называют призванием. Это мнение ценно для них и поэтому его следует уважать. Так что было бы полезно вкратце поразмышлять над понятием «призвание». Эту конструкцию можно разделить на: 1) отношение человека к требованиям жизни; 2) намерение человека работать со своими талантами; 3) способ, которым человек придает содержание своему ученичеству, будучи последователем или лидером религиозной или духовной традиции [38]. Это называется «основным призванием». Его выражение — «вторичное призвание» — проявляется в обязательствах человека. Самая важная часть призвания — это ценность личности. В этом смысле призвание оказывается частью личности, и человек живет в соответствии со своим призванием и растет в нем, и наоборот. Нет необходимости ограничивать взгляд на призвание только христианским мировоззрением. Помимо религиозной трактовки призвания существуют также духовно-гуманистические взгляды. Например, призвание — это то, что человек воспринимает как цель своей жизни [39]. Недавние исследования показали, что концепция призвания продолжала развиваться параллельно с изменениями значения концепций в религиозной и духовной сфере: от «призвания следовать за Христом» к более эгоцентричной концепции, как говорилось выше. Призвание — это что угодно, только не старомодное понятие. Связанное с хорошим здоровьем, призвание направлено на саморазвитие и процветание [39].

Стратегия более справедливого отношения к сотрудничеству и уважению к профессии состоит в том, чтобы работать в междисциплинарном контексте над совместным подходом и набором практических рекомендаций. Как мы заняты разделением задач между практикующими врачами, медсестрами и кураторами, персоналом, обладающим практическим опытом, и духовными опекунами — священнослужителями? Какие

инструменты в отношении диагностики, методов и вмешательств (и соответствующих этических аспектов) доступны в области поиска смысла и духовности и как их можно реализовать? Перспектива больных, клиентов психотерапевтов и близких родственников — это отправная точка. «Отрыв от религиозности» всегда играл здесь роль: больные и пациенты психотерапевтов, а также медсестры обычно придают большее значение религиозности, духовности и поиску смысла существования, чем психологи и психиатры. Поэтому потребности больных и пациентов психотерапевтов в области поиска смысла и духовности требуют внимания. Это также дает возможность расставить приоритеты и укрепить положение духовников-священнослужителей в сфере охраны психического здоровья и оптимизировать их сотрудничество с другими профессионалами. Таким образом, должно стать возможным удовлетворение религиозных и духовных потребностей, призвания и этических принципов с сугубо профессиональным поведением [40].

7. Психиатры должны быть осведомлены о потенциальной пользе и вреде религиозных, духовных и светских мировоззрений и практик и быть готовыми критически и беспристрастно делиться этой информацией с более широким сообществом в поддержку укрепления здоровья и благополучия.

Я хотел бы обсудить несколько аспектов, связанных с этой рекомендацией, которые касаются пропаганды компетентности в области здоровья. Нет сомнений в том, что здоровье (в том числе психическое) — это общественная и политическая проблема. Религиозное или духовное благополучие не было включено в уставшее (1948 г.) определение здоровья, предложенное Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ). С тех пор были сформулированы новые определения. Например, в 1984 г. ВОЗ заявила, что здоровье — это не состояние, а динамический баланс устойчивости, т.е. есть ресурс для жизни. В этой пересмотренной версии, используемой до сих пор, здоровье определяется как степень, в которой человек или группа могут реализовать свои чаяния, удовлетворить потребности и изменить окружающую среду или справиться с ней (ВОЗ, 2018). Религия, духовность или поиск смысла жизни прямо не упоминаются, но, вероятно, подразумеваются в таких ключевых словах, как устойчивость, стремления, потребности и преодоление трудностей. Однако в 2001 г. ВОЗ признала, насколько сложно понять психическое здоровье и психическое функционирование и что с межкультурной точки зрения невозможно сформулировать всеобъемлющее определение [41]. Помимо определения ВОЗ также разработала инструменты для измерения качества, в которые действительно была включена религиозная область [42]. С тех пор были предприняты попытки прийти к новому определению, включающему духовные и экзистенциальные темы в качестве измерения здоровья [43]. Это тема важна в открытом доступе. Здоровье — это не цель как таковая, а средство для достижения важных

целей и существования, имеющего смысл; это влияет на всех нас. Религия, духовность и экзистенциальная ориентация — это источники поддержки, позволяющие справиться с проблемами, с которыми без них трудно справиться.

В связи с этим в своем плане действий на 2017–2020 гг. ВПА сформулировала важные стратегии по укреплению психического здоровья и повышению доступности и качества психиатрической помощи [31]. План действий основан на трех принципах: значимость психического здоровья и психиатрической помощи для конкретных целевых групп, содействие стимулирующим мероприятиям и сотрудничество с партнерами [31]. Согласно этому плану действий, психиатры — исходя из своего опыта — должны способствовать укреплению и улучшению психического здоровья. Из вышесказанного ясно, что религия и духовность также могут способствовать улучшению психического здоровья и выздоровления и, следовательно, могут быть частью пропаганды здоровья. В этом контексте я хочу привести два ярких и, возможно, неожиданных примера пропаганды здоровья: содействие процветанию человека [44] и определение всепрощения как проблемы общественного здравоохранения [45]. Во-первых, человеческое процветание предполагает не только психологическое благополучие. Люди могут процветать, даже если они страдают психическим заболеванием. Личное выздоровление — это больше, чем просто облегчение симптомов. Во-вторых, всепрощение — это мощное вмешательство, которое укрепляет здоровье и целостность даже в национальном и международном масштабе. Вот почему процветание и всепрощение так важны для общественного здоровья. Неужели это слишком многого требует от психиатров? Опять же, речь идет о повышении осведомленности о том, что служит психическому здоровью с точки зрения личного выздоровления.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На основании вышеизложенного можно утверждать, что Заявление ВПА о положении религии и духовности предназначено для расширения осведомленности об их важности в психиатрии. Психиатр или специалист в области психического здоровья если будет понимать пациента как личность, помещая уникального человека в центр внимания. Утверждение и публикация Заявления о религии и духовности в психиатрии представляется важным шагом в этом направлении. Не так давно отношения между психиатрией и религией характеризовались противостоянием. Наряду с этим, одинаково разрушительна дуалистическая позиция с наведением непроницаемых границ между психиатрией и религией, каждая из которых занимает свою собственную область [46].

Задача, на решение которой направлено анализируемое заявление, — это диалог о предпосылках, предположениях, человеческом видении и ценностях

в отношении интерпретации и применения эмпирически полученных данных. Основной диалог ведется между пациентом и психиатром (и другими специалистами в области психического здоровья), а также всеми другими заинтересованными сторонами. Заявление о месте религии и духовности утверждает этот диалог.

Принятие заявления — это важный шаг. Следует подчеркнуть, что еще предстоит проделать большую работу не только в области исследований, но и в сфере образования, т.е. психиатрической подготовки, а также в непрерывном образовании и обучении.

Тем временем была создана крупная международная междисциплинарная сеть в области психиатрии, которая смягчает культурные различия. Во всем мире ведется научная и клиническая работа, направленная на дальнейшее развитие нашего понимания всего, что связано с важностью религии, духовности и стремлений, значения для психического здоровья и психопатологии. Действительно, религия, духовность и поиск смысла жизни не утратили актуальности, но продолжают приобретать новые формы взаимоотношений.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ/REFERENCES

1. Moreira-Almeida A, Sharma A, van Rensburg BJ, Verhagen PJ, Cook CC. WPA Position Statement on Spirituality and Religion in Psychiatry. *World Psychiatry* 2016;15(1):87–88. doi: 10.1002/wps.20304 PMID: 26833620; PMCID: PMC4780301
2. Verhagen PJ, Cook Ch. Epilogue: Proposal for a World Psychiatric Association Consensus or Position Statement in Spirituality and Religion in psychiatry. In: Verhagen PJ, van Praag HM, López-Ibor JJ Jr., Cox JL, & Moussaoui D. (Eds.). *Religion and psychiatry: Beyond boundaries* Chichester: Wiley-Blackwell. 2010:615–631.
3. Verhagen PJ. Psychiatry and religion: consensus reached! *Mental Health, Religion & Culture*. 2017;20(2):1–12. doi: 10.1080/13674676.2017.1334195
4. Janse van Rensburg ABR. South African Society of Psychiatrists guidelines for the integration of spirituality in the approach to psychiatry practice. *South African Journal of Psychiatry*. 2014;20:133–139. doi: 10.7196/sajp.593DGPPN
5. Utsch M, Anderssen-Reuster U, Eckhard F, Gross W, Murken S, Schouler-Ocak M, Stotz-Ingenlath G. Empfehlungen zum Umgang mit Religiosität und Spiritualität in Psychiatrie und Psychotherapie. *Spiritual Care* 2016;6(1):141–146. doi: 10.1515/spir-care-2016-02206
6. Verhagen P.J. Psychiatry and religion. Controversies and consensus: A matter of attitude. Dürren: Shaker Verlag. 2019.
7. Peteet JR. The WPA position paper on spirituality and religion in psychiatry: A North American perspective. *Mental Health, Religion and Culture*. 2017;20(6):1–6. doi: 10.1080/13674676.2017.1380128

8. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fifth Edition. DSM-5™. Washington: American Psychiatric Publishing. 2013.
9. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth Edition. Washington DC: American Psychiatric Association. 1994.
10. Turner RP, Lukoff D, Barnhouse RT, Lu FG. Religious or spiritual problem. A culturally sensitive diagnostic category in the DSM-IV *J Nerv Ment Dis.* 1995;183(7):435–444. doi: 10.1097/00005053-199507000-00003 PMID: 7623015
11. Oades LG, Mossman L. The science of wellbeing and positive psychology. In: M. Slade, L. Oades, & A. Jarden (Eds.), *Wellbeing, recovery and mental health.* Cambridge: Cambridge University Press. 2017:7–23.
12. Slade M. The contribution of mental health services to recovery. *Journal of Mental Health.* 2009;18(5):367–371.
13. Heffernan S, Neil S, Weatherhead S. Religion in inpatient mental health: a narrative review *Mental Health Review Journal (MHRJ).* 2014;19(4):221–236. <https://doi.org/10.1108/MHRJ-09-2014-0035>
14. Braam AW. Religion and spirituality in prevention and promotion in mental health. In B.P. Mosqueiro, D. Bhugra, & A. Moreira-Almeida (Eds.), *Spirituality and mental health across cultures* (in press). Oxford: Oxford University Press. 2021.
15. de Haan S. An enactive approach to psychiatry [Special issue] *Philosophy, Psychiatry, & Psychology.* 2020;27(1):3–25. doi: 10.1353/ppp.2020.0001
16. Kendler KS. The dappled nature of causes of psychiatric illness: replacing the organic-functional/hardware-software dichotomy with empirically based pluralism. *Mol Psychiatry.* 2012;17(4):377–388. doi: 10.1038/mp.2011.182 PMID: 22230881; PMCID: PMC3312951
17. de Oliveira E, Oliveira FHA, Peteet JR, Moreira-Almeida A. Religiosity and spirituality in psychiatry residency programs: why, what, and how to teach? *Braz J Psychiatry.* 2020;S1516-44462020005035204. doi: 10.1590/1516-4446-2020-1106 Epub ahead of print. Erratum in: *Braz J Psychiatry.* 2021 Jul 21; PMID: 33111775
18. Vander Weele TJ. Religion and health: a synthesis. In: J.R. Peteet, & M.J. Balboni (Eds.), *Spirituality and Religion within the Culture of Medicine: From Evidence to Practice.* New York, NY: Oxford University Press. 2017:357–401.
19. Alimujiang A, Wiensch A, Boss J, Fleischer NL, Mondul AM, McLean K, Mukherjee B, Pearce CL. Association Between Life Purpose and Mortality Among US Adults Older Than 50 Years. *JAMA Netw Open.* 2019;2(5):e194270. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2019.4270 PMID: 31125099; PMCID: PMC6632139
20. Aftab A, Lee EE, Klaus F, Daly R, Wu TC, Tu X, Huegex S, Jeste DV. Meaning in Life and Its Relationship With Physical, Mental, and Cognitive Functioning: A Study of 1,042 Community-Dwelling Adults Across the Lifespan. *J Clin Psychiatry.* 2019;81(1):19m13064. doi: 10.4088/JCP.19m13064 PMID: 31846240; PMCID: PMC7138140
21. Vitorino LM, Lucchetti G, Leao FC, Vallada H, Peres MFP. The association between spirituality religiousness and mental health. *Scientific Reports.* 2018;8:article 17233. doi.org/10.1038/s41598-018-35380-w
22. Bonelli RM, Koenig HG. Mental disorders, religion and spirituality 1990 to 2010: a systematic evidence-based review. *J Relig Health.* 2013;52(2):657–673. doi: 10.1007/s10943-013-9691-4 PMID: 23420279
23. Braam AW, Koenig HG. Religion, spirituality and depression in prospective studies: A systematic review. *J Affect Disord.* 2019;257:428–438. doi: 10.1016/j.jad.2019.06.063 PMID: 31326688
24. Glas G. Person-centered care in psychiatry. Self-relational, contextual and normative perspectives. London: Routledge. 2019 doi: 10.4324/9780429242960 eBook ISBN9780429242960
25. Cook CCH, Powell AE, Sims A, Eagger S. Spirituality and secularity: professional boundaries in psychiatry. *Mental Health, Religion and Culture.* 2011;14(1):35–42. <http://dx.doi.org/10.1080/13674676.2010.484935>
26. Weber M. *Wissenschaft als Beruf 1917/1919. Studienausgabe der Max Weber — Gesamtausgabe.* 1994. Band I/17. Tübingen: J.C.B. Mohr (Paul Siebeck).
27. Blass RB. The quest for truth as the foundation of psychoanalytic practice: a traditional freudian-kleinian perspective. *Psychoanal Q.* 2016;85(2):305–337. doi: 10.1002/psaq.12075 PMID: 27112741
28. Britton R. *Belief and Imagination.* Routledge. 1998: 240 p. ISBN 9780415194389
29. Summergrad P. Psychiatry and the faith community. *Psychiatric News.* 2014; 49 (16):1–1. doi: 10.1176/appi.pn.2014.8b24
30. American Psychiatric Association. *Mental health. A guide for faith leaders.* Washington: American Psychiatric Association Foundation. 2018 Retrieved August 15, 2020, from <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/cultural-competency/engagement-opportunities/mental-health-and-faith-community-partnership>
31. Herrman H. The WPA Action Plan 2017–2020. *World Psychiatry* 2017;16(3):329–330. doi: 10.1002/wps.20471 PMID: 28941086; PMCID: PMC5608810
32. Makoka M. *Health-promoting churches. Reflections on health and healing for churches on commemorative world health days.* Geneva: WCC Publications. 2020:76 p. ISBN: 978-2-8254-1708-9
33. Vanier J, Swinton J. *Mental Health: The Inclusive Church Resource.* London: Darton, Longman and Todd Ltd. 2014:96 p. ISBN: 0232530661; ISBN-13(EAN): 9780232530667
34. Epps F, Choe J, Alexander K, Brewster G. Designing Worship Services to Support African-American Persons Living with Dementia. *J Relig Health.* 2020;59(4):2163–2176. doi: 10.1007/s10943-020-00993-x PMID: 32020382

35. Taylor EJ, Li AH. Healthcare Chaplains' Perspectives on Nurse-Chaplain Collaboration: An Online Survey. *J Relig Health*. 2020;59(2):625–638. doi: 10.1007/s10943-019-00974-9 PMID: 31912352
36. Liem A. "Doing My Profession is also Part of Worship": How Clinical Psychologists Address Aspects of Spirituality and Religion in Indonesia. *J Relig Health*. 2020;59(3):1434–1457. doi: 10.1007/s10943-019-00880-0 PMID: 31286337
37. Illueca M, Doolittle BR. The Use of Prayer in the Management of Pain: A Systematic Review. *J Relig Health*. 2020;59(2):681–699. doi: 10.1007/s10943-019-00967-8 PMID: 31912350
38. Dunbar S, Frederick T, Thai Y, Gill J. Calling, caring, and connecting: burnout in Christian ministry. *Mental Health, Religion & Culture* 2020;23(2):173–186.
39. Duffy RD, Dik BJ, Douglass RP, England JW, Velez BL. Work as a calling: A theoretical model. *J Couns Psychol*. 2018;65(4):423–439. doi: 10.1037/cou0000276 PMID: 29999369
40. Braam AW. Towards a multidisciplinary guideline religiousness, spirituality, and psychiatry: what do we need? *Mental Health, Religion and Culture*. 2017;20,579–588. <https://doi.org/10.1080/13674676.2017.1377949>
41. WHO 2018 retrieved 29 July 2020 <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
42. WHOQOL SRPB Group. A cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life. *Soc Sci Med*. 2006;62(6):1486–1497. doi: 10.1016/j.socscimed.2005.08.001 PMID: 16168541
43. Huber M, Knottnerus JA, Green L, van der Horst H, Jadad AR, Kromhout D, Leonard B, Lorig K, Loureiro MI, van der Meer JW, Schnabel P, Smith R, van Weel C, Smid H. How should we define health? *BMJ*. 2011;343:d4163. doi: 10.1136/bmj.d4163 PMID: 21791490
44. VanderWeele TJ. On the promotion of human flourishing *Proc Natl Acad Sci USA*. 2017;114(31):8148–8156. doi: 10.1073/pnas.1702996114 PMID: 28705870; PMCID: PMC5547610
45. VanderWeele TJ. Is Forgiveness a Public Health Issue? *Am J Public Health*. 2018;108(2):189–190. doi: 10.2105/AJPH.2017.304210 PMID: 29320296; PMCID: PMC5846597
46. Barbour IG. When science meets religion. Enemies, strangers, or partners? New York: Harper San Francisco. 2000:205 p.

Сведения об авторе

Петер Дж. Ферхаген, профессор, доктор медицины, психиатр, групповой психотерапевт, теолог, Центральный институт психического здоровья, Хардервейк, Нидерланды, <https://orcid.org/0000-0002-6045-1976>
p.verhagen@ggzcentraal.nl

Information about author

Peter J. Verhagen, Professor, Dr. of Sci. (Med.), Psychiatrist, Group Psychotherapist, Theologist, GGZ Centraal Mental Health Institution, Harderwijk, Netherlands, <https://orcid.org/0000-0002-6045-1976>
p.verhagen@ggzcentraal.nl

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.
No conflict of interests.

Дата поступления 07.04.2021
Received 07.04.2021

Дата рецензии 07.09.2021
Revised 07.09.2021

Дата принятия 14.09.2021
Accepted for publication 14.09.2021