

## Структура и содержание ценностно-смысловой сферы психически больных с религиозным мировоззрением

**О.А. Борисова\***,  
ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия,  
*olga.borisova@ncpz.ru*

**В.В. Гусев\*\***,  
ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия,  
*i.v@mail.ru*

**А.М. Двойнин\*\*\***,  
ГАОУ ВО МГПУ, Москва, Россия,  
*alexdvoinin@mail.ru*

**Г.И. Копейко\*\*\*\***,  
ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия,  
*gregory\_kopeyko@mail.ru*

Целью описываемого в статье исследования явилась экспликация ценностно-смысловых образований и описание их структуры у психически больных с религиозным мировоззрением. Были выдвинуты предположения о том, что ценностно-смысловая сфера (ЦСС) психически верующих больных структурно и содержательно отличается от ЦСС неверующих психически больных и более сохранна. В исследовании участвовали 4 группы испытуемых: «православные больные» (N = 24, 9 мужчин и 14 женщин, возраст  $m = 26,7 \pm 6$ ); «неверующие больные» (N = 12 человек, 3 мужчин и 9 женщин, возраст  $m = 28,9 \pm 7,6$ ); «православные здоровые» (N = 15 человек, 4 мужчин и 11 женщин, возраст  $m = 30,2 \pm 6,4$ ); «неверующие здоровые» (N = 14 человек, 5 мужчин и 9 женщин, возраст  $m = 29,7 \pm 5,1$ ).

### Для цитаты:

Борисова О.А., Гусев В.В., Двойнин А.М., Копейко Г.И. Структура и содержание ценностно-смысловой сферы психически больных с религиозным мировоззрением // Культурно-историческая психология. 2019. Т. 15. № 4. С. 56–67. doi: 10.17759/chp.2019150406

### For citation:

Borisova O.A., Gusev V.V., Dvoinin A.M., Kopeyko G.I. Structure and Contents of the Value and Meaning System of Mentally Ill Patients with the Religious Outlook. *Kul'turno-istoricheskaya psikhologiya = Cultural-historical psychology*, 2019. Vol. 15, no. 4, pp. 56–67. (In Russ., abstr. in Engl.). doi: 10.17759/chp.2019150406

\* *Борисова Ольга Александровна*, кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник отделения особых форм психической патологии отдела по изучению эндогенных расстройств и аффективной патологии, ФГБНУ «Национальный центр психического здоровья», Москва, Россия. E-mail: *olga.borisova@ncpz.ru*

\*\* *Гусев Виктор Владимирович*, научный сотрудник, отделение особых форм психической патологии отдела по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний, ФГБНУ «Национальный центр психического здоровья», Москва, Россия. E-mail: *i.v@mail.ru*

\*\*\* *Двойнин Алексей Михайлович*, кандидат психологических наук, доцент департамента психологии, Институт педагогики и психологии образования, ГАОУ ВО «Московский городской педагогический университет», Москва, Россия. E-mail: *alexdvoinin@mail.ru*

\*\*\*\* *Копейко Григорий Иванович*, кандидат медицинских наук, заместитель директора по научной работе, ФГБНУ «Национальный центр психического здоровья», Москва, Россия. E-mail: *gregory\_kopeyko@mail.ru*

*Borisova Olga Alexandrovna*, PhD in Medicine, Leading Researcher, Department of Endogenous Mental Disorders and Affective States, Mental Health Research Center, Moscow, Russia. E-mail: *olga.borisova@ncpz.ru*

*Gusev Victor Vladimirovich*, Researcher, Department of Endogenous Mental Disorders and Affective States, Mental Health Research Center, Moscow, Russia. E-mail: *i.v@mail.ru*

*Dvoinin Alexey Mikhailovich*, Ph.D. in Psychology, Associate Professor, Department of Psychology, Institute of Pedagogy and Educational Psychology, Moscow City University, Moscow, Russia. E-mail: *alexdvoinin@mail.ru*

*Kopeyko Grigory Ivanovich*, PhD in Medicine, Deputy Director for Research, Mental Health Research Center, Moscow, Russia. E-mail: *gregory\_kopeyko@mail.ru*

Для диагностики ЦСС была применена методология личностных конструктов Дж. Келли: метод триад, «лестница» Хинкла, оценочная репертуарная решетка. Результаты показали, что ЦСС психически больных с религиозным мировоззрением характеризуется (в структурном аспекте) большей взаимной связанностью ценностно-смысловых образований, чем у психически больных неверующих людей. По сравнению с психически больными верующими, у больных неверующих наблюдается существенное разрушение цельности и множественности взаимосвязей между ценностно-смысловыми образованиями под влиянием болезни, изменения содержания ЦСС. Устойчивость структуры и сохранность ключевых элементов содержания ЦСС верующих больных, вероятно, объясняется особым религиозным отношением к заболеванию, а также возможностью, несмотря на болезнь, реализовывать смысл жизни через стремление к Богу.

**Ключевые слова:** ценностно-смысловая сфера, смысловые образования, личностные конструкты, психическая болезнь, шизофрения, религиозное мировоззрение, православные верующие.

## Structure and Contents of the Value and Meaning System of Mentally Ill Patients with the Religious Outlook

**O.A. Borisova,**

Mental Health Research Center, Moscow, Russia,  
*olga.borisova@ncpz.ru*

**V.V. Gusev,**

Mental Health Research Center, Moscow, Russia,  
*i.v@mail.ru*

**A.M. Dvoinin,**

Moscow City University, Moscow, Russia,  
*alexdrvoinin@mail.ru*

**G.I. Kopeyko,**

Mental Health Research Center, Moscow, Russia,  
*gregory\_kopeyko@mail.ru*

The purpose of the study described in the article is to elicit value and meaning elements and to describe their structure in mentally ill patients with the religious outlook. The assumptions that the value and meaning system (VMS) of believing patients and non-believing ones differ are put forward. Four groups of subjects participate in the study: "Orthodox patients" (N = 24, 9 men and 14 women, age  $m = 26.7 \pm 6$ ); "Unbelieving patients" (N = 12 people, 3 men and 9 women, age  $m = 28.9 \pm 7.6$ ); "Healthy Orthodox believers" (N = 15 people, 4 men and 11 women, age  $m = 30.2 \pm 6.4$ ); "Healthy unbelievers" (N = 14 people, 5 men and 9 women, age  $m = 29.7 \pm 5.1$ ). G. Kelly's methodology of personal constructs is applied in the study to assess the VMS: the triad method, Hinkle's Laddering technique, and the repertory grid technique. The results show that the VMS of mentally ill patients with the religious outlook is characterized (in the structural aspect) by a greater mutual connection of value and meaning elements than in patients who do not believe. In comparison with believing patients, the unbelieving ones display significant disintegration and reduction of multiplicity of interrelationships between various value and meaning elements. The stability of the structure and key elements in the contents of the VMS in believing patients are probably explained by their special religious attitude to the disease as well as by the possibility, despite the disease, to actualize the meaning of life through the reaching for God.

**Keywords:** value and meaning system, meaning structures, personal constructs, mental illness, schizophrenia, religious outlook, Orthodox believers.

Психическое здоровье человека в значительной мере связано с состоянием его ценностно-смысловой сферы (ЦСС). Ценностные ориентации и личностные ценности в зависимости от социокультурного бэкграунда могут быть предикторами психического здоровья [28–29]. Однако в ряде случаев

специфическое содержание ценностно-смысловых структур, их ненормативные изменения могут predispose к психическим патологиям либо быть их симптомом, следствием трансформации жизненных отношений человека с миром под влиянием болезни [23]. При тяжелых формах психической патологии

(например, при шизофрении) наблюдается сужение набора смысловых образований, снижение смыслообразующей и побудительной функций мотивов [5; 7].

Исследования ценностных ориентаций больных шизофренией дают неоднозначные данные о содержании их ЦСС. Так, в одном исследовании обнаружено, что у здоровых людей блок так называемых «сверхценностей» (*любовь, семья, доверие, дружба*) не изменяется в течение жизни, тогда как у больных данный кластер теряет устойчивость после 40 лет по мере нарастания личностных изменений. Также у психически больных ценности утрачивают свое абстрактное и социокультурное значение и обретают непосредственное физическое (телесное) воплощение [10], становятся конкретными [15]. Отмечается высокая значимость ценностей межличностных отношений для больных людей и индивидуальных ценностей (*творчество, свобода, развлечения* и др.) — для здоровых [15]. По данным Е.М. Леонтьевой и О.Е. Головиной, 25% психически больных категорически отвергают ценности современного общества (и, как следствие, не готовы к нему адаптироваться) [8]. В исследованиях О.И. Осокиной с соавт. отмечены низкие показатели осмысленности жизни у больных, перенесших манифестный приступ шизофрении [11].

Наряду с данными, показывающими различия в ЦСС психически больных и здоровых людей, ряд исследований рисуют иную картину. По одним результатам, наиболее часто и психически больные, и условно здоровые люди выбирают в качестве значимых ценностей *любовь, здоровье, семью, дружбу, свободу* [9]. По другим результатам, ценностные ориентации больных шизофренией и здоровых лиц также не различаются, но в качестве предпочитаемых ценностей и тем, и другими указываются *счастливая семейная жизнь, здоровье, материальная обеспеченность, хорошие и верные друзья, воспитанность и хорошие манеры*. Авторами сделан вывод о том, что в «духовно-антропометрическом измерении» больные шизофренией не отличаются от здоровых людей [2]. В исследовании Т.А. Витюниной различий в смысложизненных ориентациях между лицами, страдающими шизофренией, и здоровыми людьми не выявлено, а сами показатели осмысленности жизни находятся в пределах нормы [3]. Однако при этом автор указывает на то, что у больных шизофренией структура жизненных ценностей сужена и искажена [3].

Обращает на себя внимание то, что в вышеупомянутых исследованиях не выявляется *религиозная ориентация* лиц, страдающих психическими заболеваниями, а сам этот фактор никак не учитывается. При этом анализ научной литературы по проблеме религиозного мировоззрения и духовных устремлений психически больных показывает, что религиозность и духовность обладают высоким значением для людей с тяжелыми психическими расстройствами в том, что касается качества их жизни и жизненных стратегий [19–20; 27; 32], предоставления рациональной модели для объяснения собственного заболевания и выбора средств его преодоления [37].

Исследование пациентов, страдающих различными психическими расстройствами, показало, что

для 26% больных духовные устремления играют огромную роль в обеспечении смысла жизни [24]. Религиозная практика и вера помогают пациентам дестигматизировать болезнь, переосмыслить ее в религиозных нарративах и духовных понятиях [22; 26].

В ряде работ показывается благотворная роль религиозного копинга в процессе лечения пациентов, страдающих психическими расстройствами [6; 26; 32; 39]. Больные обращаются к религии как к жизненному ресурсу, который способствует активизации адаптивных функций: саморегуляции, привязанности, эмоциональному комфорту, обретению смысла жизни и духовности [35–36]. В то же время, как отмечают Р. De Fazio et al., религиозные и духовные проявления у больных с биполярным расстройством можно спутать с симптомами заболевания [20]. Иногда духовность может быть источником страданий [18; 30; 32; 38], а религиозность — артикулировать психическое расстройство [12; 22].

В любом случае очевидно то, что наличие религиозного мировоззрения и духовных устремлений у пациентов с психическими заболеваниями должно учитываться в психотерапевтической и реабилитационной работе [1; 4; 13–14; 20–21; 24–25; 31; 34; 37 и мн. др.].

В условиях дефицита надежных данных о строении ЦСС психически нездоровых верующих, нами было проведено эмпирическое исследование, *целью* которого явилась экспликация ценностно-смысловых образований и описание их структуры у психически больных с религиозным мировоззрением.

На основе результатов теоретического анализа ранее проведенных исследований и имеющегося практического опыта изучения ЦСС психически больных в лабораториях Научного центра психического здоровья (НЦПЗ), нами были выдвинута следующая *гипотеза*: структура ЦСС лиц с религиозным мировоззрением, в отличие от неверующих людей, в меньшей степени подвержена разрушению под влиянием психической болезни.

Операциональными индикаторами ценностных и смысловых структур стали ценностные утверждения, оцениваемые посредством *личностных конструктов*, эмпирически выявляемых при помощи специально разработанных Дж. Келли методических процедур. Конструктивистский подход, реализованный в теории личностных конструктов Дж. Келли, позволяет реконструировать индивидуальную ЦСС личности, а также дает исследователю возможность выхода на наиболее глубокий из доступных для испытуемого уровней осознания смысловых образований.

## Программа эмпирического исследования

**Участники исследования.** Для проведения исследования нами была сформирована экспериментальная группа и три контрольные группы.

В *экспериментальную группу* («Православные больные» — ПБ) вошли 24 человека (9 мужчин и 14 женщин, возраст  $m = 26,7 \pm 6$ ) — больные с религиозным мировоззрением православного вероиспо-

ведения, которые находились на катанестическом наблюдении в отделении особых форм психической патологии НЦПЗ. Эти больные страдали приступообразной формой шизофрении и были выписаны из отделений клиники НЦПЗ после прохождения лечения по поводу острых психотических приступов с синдромами психического автоматизма, галлюцинаторно-бредовыми состояниями, выраженными аффективно-бредовыми расстройствами. В момент прохождения исследования они находились в состоянии стойкой лекарственной ремиссии (не менее 1 года) и обладали достаточной способностью выполнять предложенные методикой требования.

Были также сформированы *три контрольные группы*:

- «Неверующие больные» (НБ) — 12 человек (3 мужчин и 9 женщин, возраст  $m = 28,9 \pm 7,6$ ) — больные, не имеющие религиозного мировоззрения, клинические характеристики заболевания которых соответствовали экспериментальной группе;
- «Православные здоровые» (ПЗ) — 15 человек (4 мужчин и 11 женщин, возраст  $m = 30,2 \pm 6,4$ ) — условно здоровые православные верующие;
- «Неверующие здоровые» (НЗ) — 14 человек (5 мужчин и 9 женщин, возраст  $m = 29,7 \pm 5,1$ ) — условно здоровые нерелигиозные испытуемые.

Испытуемые относились к группам «неверующих», если они сами считали себя таковыми и не проявляли какой-либо заметно выраженной религиозности. Отбор в группы «верующих» проводился экспертом — священнослужителем с психологическим образованием на основе предварительно проведенного структурированного интервью. Критерием для отбора в группы «верующих» являлась однозначно проявляющаяся в жизни и четко выраженная в суждениях и поведении религиозность. Критерием для отбора в группу православных больных в данном исследовании также являлся факт прихода к православной вере задолго до инициальных этапов шизофренического процесса.

**Методика исследования.** Диагностика структуры и содержания ЦСС испытуемых осуществлялась методами, разработанными на основе методологии изучения личностных конструктов Дж. Келли: метод триад, «лестница» Хинкла и оценочная репертуарная решетка [17]. Метод триад использовался для определения исходных конструктов — «поверхностных», осознанных смысловых образований. «Лестница» Хинкла позволила выявить состав индивидуальных смысловых образований «базисного» уровня — такого наиболее глубокого уровня, который может быть осознан испытуемыми при помощи специальной исследовательской процедуры. Оценочная репертуар-

ная решетка дала возможность эксплицировать у испытуемых скрытую структуру ценностно-смысловых образований — реальных, а не только декларируемых.

Полученные методом репертуарной решетки данные подверглись статистической обработке. Корреляционный анализ с использованием коэффициента корреляции Пирсона проводился внутри каждой выборки с целью предварительной оценки основной структуры (в частности — иерархии) ценностно-смысловых образований. Факторный анализ проводился внутри каждой группы для выявления структуры ценностно-смысловых образований на метауровне — факторы рассматривались как максимально обобщенные и глубинные ценностно-смысловые структуры<sup>1</sup>. Для отбора значимых факторов использовался критерий Кайзера. Факторы подвергались вращению VARIMAX. Однофакторный дисперсионный анализ (ANOVA) проводился с целью оценки различий в вариациях ценностно-смысловых образований у разных групп испытуемых. При сравнении пар групп был использован тест гомогенности вариаций Лёвена.

В качестве *исходных элементов* для выявления конструктов и построения оценочной репертуарной решетки нами использовались 16 ценностных утверждений, отражающих обобщенные ценности<sup>2</sup> (табл. 1).

В связи с тем, что система конструктов каждого человека индивидуальна и заранее непредсказуема, для возможности сравнения результатов, полученных у разных испытуемых, мы ввели 3 основных заданных *конструкта*, неизменных для всех испытуемых (табл. 2).

После выявления конструктов строилась оценочная репертуарная решетка, в которой все 16 элементов оценивались испытуемыми по 11-балльным шкалам. Полюсами шкал при этом являлись полюса выявленных конструктов. Количество шкал равнялось количеству конструктов, выявленных у конкретного испытуемого.

**Процедура обследования.** Процедура диагностики проводилась индивидуально с каждым участником исследования в следующей последовательности. Для выявления исходных, «поверхностных» конструктов по методу триад испытуемому последовательно предъявлялись тройки из 16 элементов (ценностных утверждений) таким образом, чтобы каждый элемент встретился с каждым хотя бы один раз. Испытуемому предлагалось назвать, по какому важному признаку или качеству два из трех элементов схожи между собой и отличаются от третьего. Экспериментатор фиксировал два полюса выявляемого таким образом конструкта.

Затем для экспликации «базисных» конструктов по методу «лестница» Хинкла испытуемому задавался во-

<sup>1</sup> Следует отметить, что факторный анализ вполне применим в данной ситуации, несмотря на небольшие объемы выборок, так как в данном случае количество наблюдений, подвергавшихся факторному анализу, значительно превышало количество испытуемых в выборке, так как при обследовании методом репертуарной решетки каждый испытуемый оценивал 16 элементов (ценностных утверждений) целым набором конструктов, присваивая каждому элементу не одно, а несколько числовых значений. Использование факторного анализа в данной ситуации отражает общепринятую практику исследований личностных конструктов, при этом нередко он применяется для обработки данных, полученных на одном испытуемом [см.: 17]. — *Прим. авторов.*

<sup>2</sup> Далее для краткости мы будем также пользоваться номерами высказываний, заключая их в круглые скобки. — *Прим. авторов.*

Ценностные утверждения — элементы для выявления конструкторов  
(ценностно-смысловых образований)

№	Ценностные утверждения	Обобщенные ценности
1	Не причинять вреда ничему живому	Высшие моральные ценности
2	Стремиться к развитию в себе духовных качеств	Духовные устремления
3	Найти (реализовать) смысл своего существования	Осмысленность жизни
4	Создавать что-то новое, жить творчески	Творчество
5	Быть здоровым (восстановить, сохранить, укрепить, обрести здоровье)	Здоровье
6	Быть уверенным в завтрашнем дне (ощущать себя в безопасности в этом мире)	Уверенность в будущем
7	Общаться с друзьями, с близкими людьми, родственниками	Аффилиация
8	Хорошо относиться к самому себе (оценивать себя высоко)	Самоуважение
9	Максимально реализовать свои способности, умения, навыки	Самореализация
10	Добиться семейного благополучия, гармоничных отношений с родными и близкими	Семейное благополучие
11	Улучшить свои жилищные условия	Улучшение жилищных условий
12	Добиться успеха в профессиональном и общественном положении	Профессиональная и общественная успешность
13	Добиться материального благополучия	Материальное благополучие
14	Уметь ладить с людьми	Общение, внимание к другим
15	Быть чутким к нуждам других людей	Общение, внимание к другим
16	Стремиться к Богу	Религиозные устремления

Таблица 2

Заданные для испытуемых конструкторы

№	Полус конструктора	Полус конструктора
1	Осмысленность, осознанность	Бессмысленность, случайность
2	Возможность причинения вреда другим	Не причинение вреда другим
3	Имеет большое значение для меня	Не имеет для меня значения

прос о причинах/целях исходного, «поверхностного» конструктора, например: «Почему для Вас так важно...?»; «Зачем нужно...?». После получения ответа (конструктора второго порядка) данные вопросы повторялись, но уже по отношению этому ответу (конструктору) для выявления конструктора третьего порядка и т. д., до тех пор, пока испытуемый не мог или не хотел порождать новые конструкторы. Данная процедура осуществлялась с каждым исходным, «поверхностным» конструктором.

После этого испытуемому предъявлялась оценочная репертуарная решетка, построенная на основе выявленных у него «базисных» конструкторов и давалась инструкция оценить по 11-бальной шкале каждый из 16 элементов (ценностных утверждений) по каждому из конструкторов, представленных двумя полюсами.

### Результаты исследования и их обсуждение

**Результаты корреляционного анализа** ценностно-смысловых образований в экспериментальной и трех контрольных группах представлены на рис. 1.

В практике исследований личностных конструкторов психологический смысл такого показателя, как «количество корреляционных связей между конструкторами», или «когнитивная дифференцированность», трактуется как мера сложности и многомерности восприятия человеком определенной зоны опыта [17]. Большое количество связей говорит о

недифференцированности этого восприятия — конструкторы дублируют друг друга и объединяются в минимальное число факторов. Незначительное количество связей свидетельствует об отсутствии цельности в восприятии [16]. По данным F.M. Norris et al. в норме у здорового человека наблюдается несколько, четких кластеров конструкторов, соединенных между собой отдельными связями, тогда как у больных обсессивным неврозом заметна излишняя монолитность или фрагментарность конструкторов [33].

Заметим, что в нашем исследовании коррелируются не конструкторы, а оцениваемые ими элементы опыта — ценностные утверждения, что также практикуется исследователями. Таким образом, данные корреляционные связи в психологическом смысле дают информацию о мере целостности и дифференцированности ценностно-смысловых образований испытуемых. Общая логика интерпретации остается прежней.

Как видно из приведенных данных, структуры ценностно-смысловых образований у православных больных и православных здоровых сохраняют общие черты. При этом у православных больных наблюдается несколько более выраженная связанность между ценностно-смысловыми элементами, чем у православных здоровых. Возможно, у православных верующих повышение концентрации ценностно-смысловых элементов, их взаимное сближение становится необходимым условием для совладания с негативными психологическими последствиями заболевания.

На фоне этого очевидны существенные различия между структурой ценностно-смысловых образований у неверующих здоровых и неверующих больных. У последних наблюдается существенное разрушение цельности и множественности взаимосвязей между ценностно-смысловыми образованиями, их фрагментарность. Таким образом, православные больные демонстрируют большую сохранность ЦСС, нежели неверующие больные.

Вместе с тем на данном этапе анализа открытыми остаются вопросы: является ли высокая степень связанности ценностно-смысловых образований у неверующих здоровых свидетельством оптимальной цельности ЦСС или свидетельством ее слабой дифференцированности, упрощенности? Должна ли невысокая связанность ценностно-смысловых образований православных здоровых интерпретироваться как сложность организации ЦСС или как нарушение цельности? Ответы на эти вопросы можно получить, обратившись к результатам факторного анализа, репрезентирующего количество, «вес» и содержание базисных метаценностей (метасмыслов), которые объединяют в группы рассматриваемые ценностно-смысловые образования.

**Результаты факторного анализа** представлены на рис. 2 и 3. Названия факторов выводились из анализа их структуры и содержания – тех ценностно-смысловых элементов, которые являлись ведущими (с наибольшими факторными весами) и тех, которые обладали отрицательными весами. Также в расчет принимались элементы с нулевыми весами, которые не относились к конкретному фактору.

**Неверующие больные и неверующие здоровые.**

При анализе факторов в разных группах прежде всего обращает на себя внимание малое количество факторов у НЗ по сравнению с другими группами. 1-й фактор «Духовное и душевное» как некая метаценность проявляется в большом количестве ценностно-смысловых образований, среди которых ведущими являются: (2) *духовные устремления*, (15) *общение, внимание к другим (чуткость к нуждам других людей)*, (1) *высшие моральные ценности*, (3) *осмысленность жизни*, (10) *семейное благополучие*, (16) *религиозные устремления*, (4) *творчество*. Данные элементы обладают факторными нагрузками более 0,7. Естественно, что духовные и религиозные устремления здесь представлены в том светском смысле, в котором они понимаются человеком неверующим. Ценность (5) *здоровье* наряду с некоторыми другими примыкает к этому фактору и, по-видимому, обладает не чисто физическим смыслом, а скорее духовным/душевным. 2-й фактор «Материальное благополучие» у НЗ ожидаемо объединяет ценностно-смысловые структуры: (13) *материальное благополучие*, (11) *улучшение жилищных условий*, (12) *профессиональная и общественная успешность* с факторными нагрузками более 0,7.

Наличие малого количества факторов, по-видимому, является свидетельством того, что представители этой группы обладают малым количеством метаценностей (метасмыслов), которые стоят за их оценками значимости окружающего. Фактически это говорит о слабо дифференцированной, «черно-белой» системе метаценностей (метасмыслов), когда в

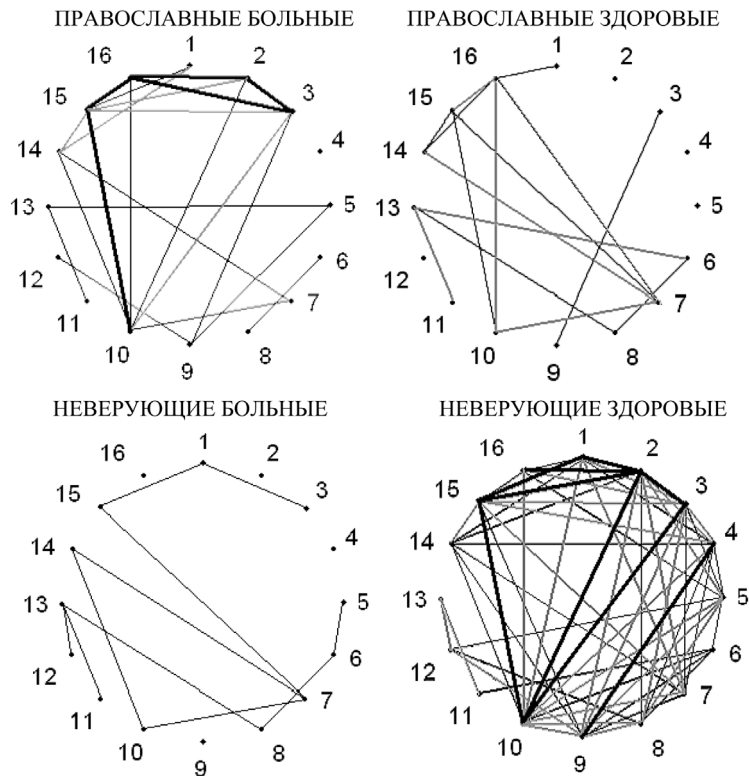


Рис. 1. Корреляционная структура ценностно-смысловых образований у разных групп испытуемых: 1–16 – ценностные высказывания из табл. 1, выступившие в качестве элементов для оценки;  $1 > r \geq 0,7$ ;  $0,7 > r \geq 0,6$ ;  $0,6 > r \geq 0,5$ . — Все корреляции значимы на уровне  $p \geq 0,001$ .

оценках значимости самых *различных* сторон жизни у этих испытуемых проявляется *одна и та же* метаценность. Таким образом, «клубок» корреляционных связей между конкретными ценностно-смысловыми структурами у НЗ, представленный на рис. 1, следует интерпретировать, скорее, как свидетельство слабой дифференцированности ЦСС. Обратим внимание на то, что вес первого фактора существенно выше, чем второго, т. е. репрезентируемая первым фактором метаценность «Духовное и душевное» существенно действеннее, значимее метаценности «Материальное благополучие», представленной вторым фактором.

Выявленные в группе НБ 5 факторов указывают на то, что содержание и структура ЦСС больных ка-

чественно и количественно отличаются от ЦСС неверующих здоровых испытуемых. Главная особенность структуры их факторов как соответствующих метаценностей (метасмыслов) — равенство по величине, *отсутствие ведущего фактора*. Принимая во внимание выявленную выше фрагментарность корреляций между ценностно-смысловыми образованиями у НБ, в психологическом смысле это может быть свидетельством слабой структурированности и иерархизированности ЦСС у данных лиц. На первом месте стоит фактор «Общение с родными и близкими», а на втором — «Здоровье и уверенность в будущем»; на третьем — «Стремление (абстрактное) к Богу и поиск смысла жизни».

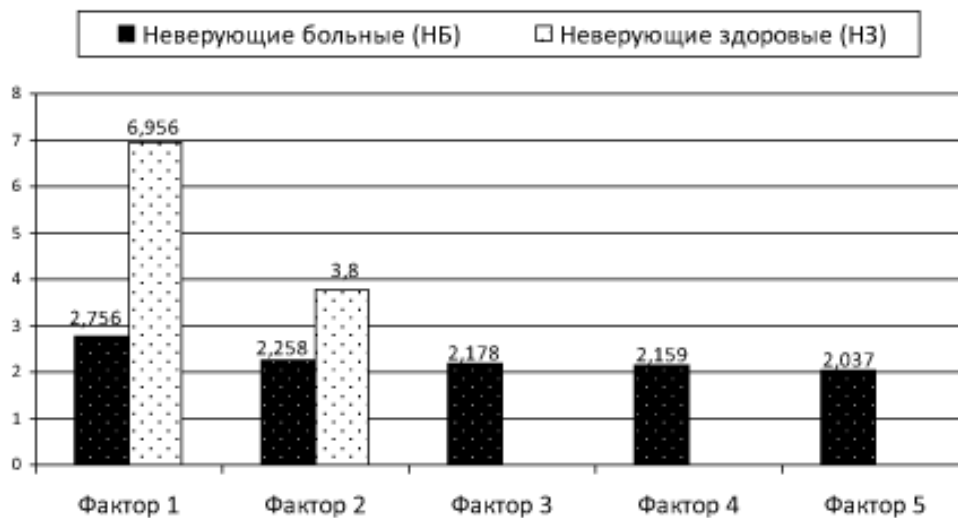


Рис. 2. Факторы, репрезентирующие мета-ценности (мета-смыслы) у неверующих:

*фактор 1:* НБ — Общение с родными, близкими; НЗ — «Духовное и душевное»; *фактор 2:* НБ — Здоровье и уверенность в будущем; НЗ — «Материальное благополучие»; *фактор 3:* НБ — Стремление к Богу (абстрактное) и поиск смысла жизни; *фактор 4:* НБ — Самореализация в профессии; *фактор 5:* НБ — Материальное благополучие, допускающее агрессию

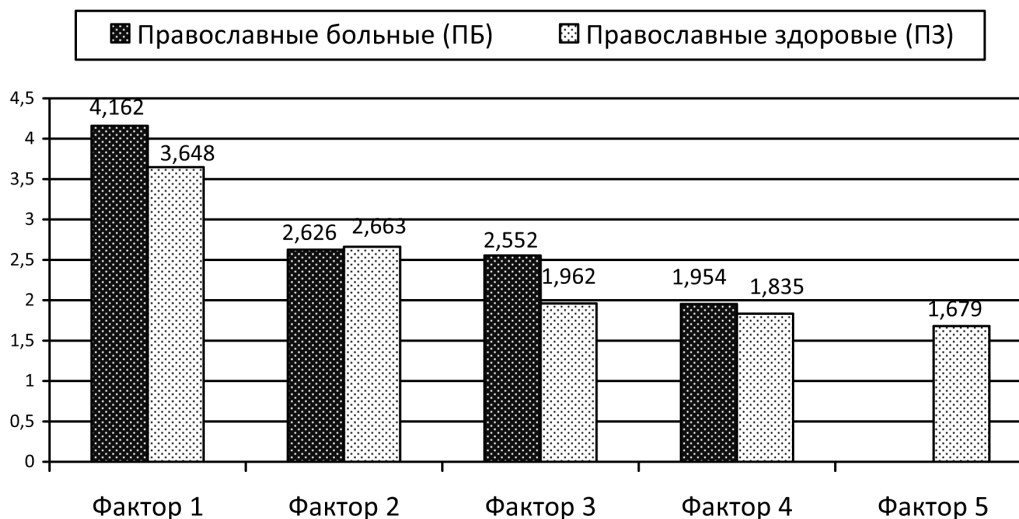


Рис. 3. Факторы, репрезентирующие мета-ценности (мета-смыслы) у православных верующих:

*фактор 1:* ПБ — Деятельное стремление к Богу и реализация смысла своего существования, с бережным отношением к людям; ПЗ — Личностные, близкие отношения к людям при стремлении к Богу; *фактор 2:* ПБ — Материальное благополучие в земном мире; ПЗ — Материальное благополучие, стабильность; *фактор 3:* ПБ — «Бескорыстное» умение ладить, не причиняя вреда; ПЗ — Развитие духовных качеств как смысл существования; *фактор 4:* ПБ — Чувство внутренней уверенности, безопасности; ПЗ — Здоровье; *фактор 5:* ПЗ — Творчество

Подобная картина нам представляется следствием болезни. В данной группе проявляется, прежде всего, стремление в условиях болезни найти поддержку у родных и близких. Естественна в ситуации болезни и особая (возросшая по сравнению со здоровым состоянием) озабоченность своим здоровьем, и связь здоровья с уверенностью в будущем. Выделение фактора «Стремление к Богу (абстрактное) и поиск смысла жизни» также понятны: болезнь ставит человека в особые условия, в которых он не может существовать так, как он жил до болезни. В частности, в этой ситуации становится недостижимым тот смысл жизни, который был у него раньше, и актуальной становится ситуация обретения смысла жизни в новых сложных условиях. Обращение к Богу в этом поиске вполне естественно, несмотря на то, что сами испытуемые данной группы определяют себя как людей неверующих. Данное стремление НБ к Богу абстрактно в том смысле, что осуществляется без понимания тех или иных путей к Богу, предлагаемых религией. Фактор «Самореализация в профессии», скорее всего, является способом сохранить связь с обществом — актуальной задачей для психически больного. Наконец, присутствующая у всех групп испытуемых метаценность материального благополучия выражена у НБ соответствующим фактором, допускающим агрессию для ее достижения.

**Православные больные и православные здоровые.** Обе группы испытуемых показывают набор из нескольких метаценностей (метасмыслов): у ПБ выделено 4 фактора, у ПЗ — 5 факторов. Наличие ведущих факторов с хорошими весами при той связанности ценностно-смысловых образований, которая представлена выше на рис.1, в данных группах скорее следует интерпретировать как свидетельство сложности организации ЦСС у этих испытуемых. Первые факторы, связанные со стремлением к Богу, в обеих группах являются ведущими со значимым отрывом по весу от остальных. При этом их отрыв от остальных у ПБ больше, чем у ПЗ. Вторые факторы, фиксирующие метаценность материального благополучия в обеих группах практически равны по весам. Четвертые факторы также близки по весам и выражают «Чувство внутренней уверенности, безопасности» у ПБ и «Здоровье» у ПЗ. Пятый фактор «Творчество» в выборке ПЗ имеет небольшой вес. При сопоставлении групп ПБ и ПЗ обращает на себя внимание совпадение первых и вторых факторов (самых значимых), как по ценностно-смысловому наполнению, так и по их месту в факторной структуре. Вторые факторы совпадают еще и по весу. Из этого можно сделать **предварительный вывод: психическая болезнь не разрушает основу структуры ЦСС у лиц с религиозным мировоззрением и позволяет сохранить ключевые элементы ее содержания.**

В третьих факторах группы расходятся. Если у ПБ данный фактор выражает метаценность «Бескорыстное» умение ладить, не причиняя вреда», то у ПЗ — «Развитие духовных качеств как смысл существования». Интересно отметить, что третий фактор

у ПЗ близок к третьему же фактору у НБ — «Стремление к Богу (абстрактное) и поиск смысла жизни». Однако ценностно-смысловое наполнение этих факторов радикально различается. В отличие от НБ, для ПЗ ценности «духовных качеств» и их «развития» основываются не на абстрактных представлениях, а на конкретном содержании, заложенном в православном вероучении. «Бескорыстное» умение ладить, не причиняя вреда», с одной стороны, подчеркивает социальную направленность ценностно-смысловых структур ПБ, а, с другой стороны, отражает важность для испытуемых *мирных* отношений (ср. с допущением НБ агрессивного поведения в пятом факторе).

Выделение фактора «Здоровье» у ПЗ, занимающего 4-е место, по-видимому, связано с христианским пониманием болезни и здоровья, а именно с тем, что болезнь не рассматривается как зло — через нее совершается благой Промысел Божий, который всегда ведет человека ко спасению. Вероятно, *данном отношением к заболеванию, а также возможностью, несмотря на болезнь, реализовывать смысл жизни через устремленность к Богу можно объяснить устойчивость ЦСС православных людей в ситуации болезни.* Характерно, что у ПБ отдельного фактора с четко выраженной ценностью (5) *здоровье* не наблюдается. Данная ценность у этой группы входит во второй фактор «Материальное благополучие в земном мире» с достаточно большим весом **0,659**. Это говорит о том, что здоровье в восприятии ПБ тяготеет к материальному и является составляющей его благополучия.

ЦСС у ПБ выглядит несколько более цельной, чем у ПЗ. Возможно, это объясняется тем, что условия болезни, оказывающие деструктивное воздействие на ЦСС, являются фактором, укрепляющим имеющиеся ценностно-смысловые образования верующего и концентрирующим их в группу ключевой метаценности — деятельного стремления к Богу и реализации смысла своего существования.

В дополнение к вышесказанному о различиях между выборками в факторах, репрезентирующих метаценности (метасмыслы) испытуемых, **результаты дисперсионного анализа** показывают следующее.

С точки зрения содержания ЦСС, между *православными* (больными и здоровыми) и *неверующими* (больными и здоровыми) респондентами наблюдаются различия по таким ценностно-смысловым элементам (на уровне значимости  $p \leq 0,01$ ), как: (2) *духовные устремления*, (16) *религиозные устремления*, (14) и (15) *общение, внимание к другим*, (3) *осмысленность жизни*, (8) *самоуважение*. Таким образом, выраженность данных элементов в ЦСС личности зависит от наличия/отсутствия религиозного мировоззрения и не зависит от наличия/отсутствия психического заболевания.

Наименее всего данные группы испытуемых различаются по ценностям (12) *профессиональная и общественная успешность* и (7) *аффилиация*, что говорит о независимости этих ценностно-смысловых образований от наличия/отсутствия религиозного мировоззрения.



В целом, ответы православных испытуемых более согласованы (наблюдается меньшая дисперсия) по ценностям (1) *высшие моральные ценности*, (2) *духовные устремления*, (3) *осмысленность жизни*, (5) *здоровье*, (16) *религиозные устремления* и менее согласованы, чем у неверующих, по ценности (6) *уверенность в будущем*.

Между *больными* (православными и неверующими) и *здоровыми* (православными и неверующими) выявлены различия (на уровне значимости  $p \leq 0,01$ ) по группам ценностей:

- (1) *высшие моральные ценности*, (15) *общение, внимание к другим (чуткость к нуждам других людей)*;

- (5) *здоровье*, (6) *уверенность в будущем*;

- (7) *аффилиация*, (10) *семейное благополучие*, (14) *общение, внимание к другим (умение ладить с людьми)*;

- (9) *самореализация*, (12) *профессиональная и общественная успешность*, (13) *материальное благополучие*.

Данные результаты свидетельствуют о том, что перечисленные элементы ЦСС личности существенно зависят от фактора наличия/отсутствия заболевания, тогда как фактор наличия/отсутствия религиозного мировоззрения в этом случае незначим. Исключением являются ценности (14) и (15) *общение, внимание к другим*, на которые влияют оба фактора.

## Заключение

Структура и содержание ценностно-смысловой сферы психически больных с религиозным мировоззрением достаточно редко становится предметом современных исследований. Накопленные на настоящий момент факты об особенностях ценностно-смысловой сферы людей, страдающих психическими расстройствами, противоречивы, что, вероятно, объясняется различиями в изучаемых выборках, а также различиями и несовершенством методического инструментария. Также важную роль могут играть такие факторы, как разные стадии заболевания, разная степень включенности испытуемых в реабилитационные и терапевтические мероприятия, индивидуальные особенности течения болезни и др. В ряде случаев психическое заболевание может приводить к сужению и искажению структуры и содержания ценностно-смысловой сферы. В других случаях изменения касаются лишь отдельных сторон ценностно-смысловой сферы и несущественны в статистическом отношении.

Результаты проведенного нами теоретического и эмпирического исследования показывают, что, в целом, фактор духовных устремлений, религиозного мировоззрения значимо влияет на структуру и содержание ценностно-смысловой сферы психически больных. При этом нами выявлены следующие закономерности.

1. Структура ценностно-смысловой сферы у психически больных с религиозным мировоззрением

характеризуется большей взаимной связанностью ценностно-смысловых образований, чем у психически больных неверующих людей. Вместе с тем она незначительно отличается от структуры ценностно-смысловой сферы у условно здоровых верующих — у больных верующих наблюдается несколько более выраженная *связанность* ценностно-смысловых элементов, чем у условно здоровых верующих. По-видимому, это является необходимым условием для совладания с негативными психологическими последствиями заболевания.

2. По сравнению с психически больными верующими, у больных неверующих наблюдается существенное разрушение цельности и множественности взаимосвязей между ценностно-смысловыми образованиями под влиянием болезни.

3. Содержание ценностно-смысловой сферы психически больных с религиозным мировоззрением отличается от содержания ценностно-смысловой сферы неверующих людей (больных и условно здоровых), но имеет сходство с содержанием ценностно-смысловой сферы условно здоровых верующих.

4. В содержании ценностно-смысловой сферы психически больных с религиозным мировоззрением метаценностями являются (в порядке уменьшения значимости): 1 — деятельное стремление к Богу и реализация смысла своего существования в сочетании с бережным отношением к людям; 2 — материальное благополучие в земном мире; 3 — «бескорыстное» умение ладить, не причиняя вреда; 4 — чувство внутренней уверенности, безопасности. В содержании ценностно-смысловой сферы психически больных нерелигиозных людей в качестве фундаментальной метаценности выступает значимость ближайшего социального окружения — общение с родными, близкими.

В целом, можно заключить, что психическое заболевание по-разному влияет на ценностно-смысловую сферу верующих и неверующих людей. У неверующих структура и содержание ценностно-смысловой сферы в ходе болезни существенно меняется. У лиц с религиозным мировоззрением заболевание не разрушает основу структуры ценностно-смысловой сферы и позволяет сохранить ключевые элементы ее содержания. Устойчивость этой сферы у верующих больных, вероятно, объясняется возможностью, несмотря на болезнь, реализовывать смысл жизни через устремленность к Богу и особым, соответствующим религиозному мировоззрению, отношением к заболеванию. Понятия «здоровье» и «болезнь» включены в мировоззрение верующих, в общий контекст их духовной, душевной и телесной жизни. Поэтому факт появления психического заболевания, как представляется, не вносит критических изменений в их картину мира и ценностно-смысловую сферу.

Безусловно, данные выводы носят предварительный характер и нуждаются в дополнительной проверке на выборках большего объема и на испытуемых с разными видами психических расстройств.

Литература

1. Борисова О.А., Гусев В.В., Дробашенко Т.Г., Пятницкая Л.Н., Слоневский Ю.А., Комисарова С.А. Опыт конфессионально-ориентированной работы с психически больными, основанной на анализе их религиозного мировоззрения // Консультативная психология и психотерапия. 2010. № 3. С. 176–187.
2. Букановская Т.И., Алборова Р.Н., Бабаянц А.Г. Ценностные ориентации личности в свете дестигматизации и реабилитации больных шизофренией // Кубанский научный медицинский вестник. 2011. № 6(129). С. 28–33.
3. Витюнина Т.А. Ценностно-смысловая сфера больных шизофренией // Вестник РГГУ. Серия «Психология». 2010. № 17(61). С. 241–258.
4. Двойнин А.М. Психологические особенности религиозной личности, влияющие на реабилитационную работу с больными, страдающими психическими расстройствами // Психиатрия. 2016. № 70(2). С. 50–54.
5. Зейгарник Б.В. Психология личности: норма и патология: Избранные психологические труды. 4-е изд., стер. М.: МПСИ; Воронеж: МОДЭК, 2007. 414 с.
6. Копейко Г.И., Борисова О.А., Казьмина О.Ю. Религиозные копинг-стратегии в реабилитации психически больных // Психиатрия. 2016. № 70(2). С. 40–49.
7. Коченов М.М., Николаева В.В. Мотивация при шизофрении. М.: МГУ, 1978. 88 с.
8. Леонтьева Е.М., Головина О.Е. Современное общество и его ценности глазами психически больных людей // Система ценностей современного общества. 2010. № 15. С. 223–230.
9. Леонтьева Е.М. Анализ ценностных ориентаций больных шизофренией // Сибирский психологический журнал. 2013. № 4. С. 14–22.
10. Леонтьева Е.М., Корнеев А.А. Использование методики «Классификация ценностей» как инструмента изучения ценностного мышления больных шизофренией // Экспериментальная психология. 2014. Т. 7. № 4. С. 100–109.
11. Осокина О.И., Абрамов В.А., Путятин Г.Г., Пырклов С.Г., Выговская Е.М., Денисов Е.М., Голоденко О.Н. Исследование жизненных смыслов и ценностных ориентаций у больных, перенесших манифестный приступ шизофрении // Запорожский медицинский журнал. 2014. № 3 (84). С. 77–80.
12. Пашковский В.Э. Психические расстройства с религиозно-мистическими переживаниями: Краткое руководство для врачей. СПб.: СПбМАПО, 2007. 144 с.
13. Полищук Ю.И. Значение религиозной веры как лечебного и реабилитационного фактора при психических расстройствах непсихотического уровня // Независимый психиатрический журнал. 2001. № IV. С. 63–67.
14. Полищук Ю.И., Летникова З.В. Фактор духовности в психиатрии и психотерапии // Психическое здоровье. 2010. № 3. С. 57–61.
15. Садловская Ю.В. Особенности ценностных ориентаций пациентов психиатрической больницы, проходящих курс реабилитации // Эффективные инструменты современных наук – 2010 [Электронный ресурс]. URL: [http://www.rusnauka.com/11\\_EISN\\_2010/Psihologia/63926.doc.htm](http://www.rusnauka.com/11_EISN_2010/Psihologia/63926.doc.htm) (дата обращения: 01.11.2019).
16. Тарарухина М.И., Ионцева М.В. Техника репертуарных решеток Дж. Келли // Социология: методология, методы, математическое моделирование (4М). 1997. № 8. С. 114–138.

References

1. Borisova O.A., Gusev V.V., Drobashenko T.G., Pyatnitskaya L.N., Slonevskii Yu.A., Komisarova S.A. Opyt konfessional'no-orientirovannoi raboty s psikhicheski bol'nymi, osnovannoi na analize ikh religioznogo mirovozzreniya [Confessional-oriented rehabilitation practice with mental patients based on the analysis of their religious world-view]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya [Counseling Psychology and Psychotherapy]*, 2010, no. 3, pp. 176–187. (In Russ., abstr. in Engl.).
2. Bukanovskaya T.I., Alborova R.N., Babayants A.G. Tsennostnye orientatsii lichnosti v svete destigmatizatsii i reabilitatsii bol'nykh shizofreniei [Person's value orientations in the light of destigmatization and rehabilitation of patients with schizophrenia]. *Kubanskii nauchnyi meditsinskii vestnik [Kuban Scientific Medical Bulletin]*, 2011. Vol. 129, no. 6, pp. 28–33.
3. Vityunina T.A. Tsennostno-smyslovaya sfera bol'nykh shizofreniei [Value and meaning domain of patients with schizophrenia]. *Vestnik RGGU. Seriya «Psikhologiya» [RGGU Bulletin. Psychology]*, 2010. Vol. 61, no. 17, pp. 241–258..
4. Dvoinin A.M. Psikhologicheskie osobennosti religioznoi lichnosti, vliyayushchie na reabilitatsionnyu rabotu s bol'nymi, stradayushchimi psikhicheskimi rasstroistvami [Psychological peculiarities of the religious personality, which influence on rehabilitation work for mentally disordered individuals]. *Psikhiatriya [Psychiatry]*, 2016. Vol. 70, no. 2, pp. 50–54.
5. Zeigarnik B.V. Psikhologiya lichnosti: norma i patologiya: Izbrannye psikhologicheskie trudy [Psychology of personality: norm and pathology: Selected psychological works]. 4-e izd., ster. Moscow: MPSI; Voronezh: MODEK, 2007. 414 p.
6. Kopeiko G.I., Borisova O.A., Kazmina O.Yu. Religioznye koping-strategii v reabilitatsii psikhicheski bol'nykh [Religious coping strategies in rehabilitations of mentally ill]. *Psikhiatriya [Psychiatry]*, 2016. Vol. 70, no. 2, pp. 40–49.
7. Kochenov M.M., Nikolaeva V.V. Motivatsiya pri shizofrenii [Motivation in the context of schizophrenia]. Moscow: Publ. MSU, 1978. 88 p.
8. Leontieva E.M., Golovina O.E. Sovremennoe obshchestvo i ego tsennosti glazami psikhicheski bol'nykh lyudei [Modern society and its values through the eyes of mentally ill people. *Sistema tsennostei sovremennogo obshchestva [The System of Values of Modern Society]*, 2010, no. 15, pp. 223–230.
9. Leontieva E.M. Analiz tsennostnykh orientatsii bol'nykh shizofreniei [The analysis of value orientations of patients with schizophrenia]. *Sibirskii psikhologicheskii zhurnal [Siberian Journal of Psychology]*, 2013, no. 4, pp. 14–22.
10. Leontieva E.M., Korneev A.A. Ispol'zovanie metodiki «Klassifikatsiya tsennostei» kak instrumenta izucheniya tsennostnogo myshleniya bol'nykh shizofreniei [Using the method of “classification of values” as tool for studies of value thinking in schizophrenic patients]. *Eksperimental'naya psikhologiya [Experimental Psychology]*, 2014. Vol. 7, no. 4, pp. 100–109. (In Russ., abstr. in Engl.).
11. Osokina O.I., Abramov V.A., Putyatin G.G., Pyrklov S.G., Vygovskaya E.M., Denisov E.M., Golodenko O.N. Issledovanie zhiznennykh smyslov i tsennostnykh orientatsii u bol'nykh, perenessikh manifestnyi pristup shizofrenii [Meanings of life and value orientations in patients with manifestation of schizophrenia]. *Zaporozhskii meditsinskii zhurnal [Zaporozhye Medical Journal]*, 2014. Vol. 84, no. 3, pp. 77–80.

17. Франселла Ф., Баннистер Д. Новый метод исследования личности: руководство по репертуарным личностным методикам. М.: Прогресс, 1987. 236 с.
18. Bonelli R.M., Koenig H.G. Mental disorders, religion and spirituality 1990 to 2010: A systematic evidence-based review // *Journal of Religion & Health*. 2013. Vol. 52(2). P. 657–673. doi:10.1007/s10943-013-9691-4
19. Borrás L., Mohr S., Gillieron C., Brandt P.-Y., Reiben I., Leclerc C., Huguélet Ph. Religion and spirituality: How clinicians in Quebec and Geneva cope with the issue when faced with patients suffering from chronic psychosis // *Community Mental Health Journal*. 2010. Vol. 46(1). P. 77–86. doi: 10.1007/s10597-009-9247-y
20. De Fazio P., Gaetano R., Caroleo M., Cerminara G., Giannini F., Moreno M.J.J., Díaz M.J.M., León A.M., Segura-García C. Religiousness and spirituality in patients with bipolar disorder // *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*. 2015. Vol. 19(4). P. 233–237. doi: 10.3109/13651501.2014.1000929
21. Gomi S., Starnino V.R., Canda E.R. Spiritual assessment in mental health recovery // *Community Mental Health Journal*. 2014. Vol. 50(4). P. 447–453. doi:10.1007/s10597-013-9653-z
22. Heilman S.C., Witztum E. All in faith: Religion as the idiom and means of coping with distress // *Mental Health, Religion & Culture*. 2000. Vol. 3(2). P. 115–124. doi:10.1080/713685606
23. Huguélet Ph., Guillaume S., Vidal S., Mohr S., Courtet Ph., Villain L., Girod Ch., Hasler R., Prada P.B., Olié E., Perroud N.A. Values as determinant of meaning among patients with psychiatric disorders in the perspective of recovery // *Scientific Reports*. 2016. Vol. 6. doi: 10.1038/srep27617
24. Huguélet Ph., Mohr S.M., Olié E., Vidal S., Hasler R., Prada P.B., Bancila M., Courtet Ph., Guillaume S., Perroud N.A. Spiritual meaning in life and values in patients with severe mental disorders // *Journal of Nervous and Mental Disease*. 2016. Vol. 204(6). P. 409–414. doi: 10.1097/NMD.0000000000000495
25. Johnson K.S., Tulskey J.A., Hays J.C., Arnold R.M., Olsen M.K., Lindquist J.H., Steinhauer K.E. Which domains of spirituality are associated with anxiety and depression in patients with advanced illness? // *Journal of General Internal Medicine*. 2011. Vol. 26(7). P. 751–758. doi:10.1007/s11606-011-1656-2
26. Koenig H.G., George L.K., Peterson B.L. Religiosity and remission of depression in medically ill older patients // *American Journal of Psychiatry*. 1998. Vol. 155. P. 536–542. doi:10.1176/ajp.155.4.536
27. Macmin L., Foskett J. “Don’t be afraid to tell.” The spiritual and religious experience of mental health service users in Somerset // *Mental Health, Religion & Culture*. 2004. Vol. 7 (1). P. 23–40. doi:10.1080/13674670310001602508
28. Maercker A., Mohiyeddini C., Müller M., Xie W., Hui Yang Z., Wang J., Müller J. Traditional versus modern values, self-perceived interpersonal factors, and posttraumatic stress in Chinese and German crime victims // *Psychology and Psychotherapy*. 2009. Vol. 82. P. 219–232. doi:10.1348/147608308X380769
29. Maercker A., Zhang X.Ch., Gao Zh., Kochetkov Ya., Lu Sh., Sang Sh., Yang Sh., Schneider S., Margraf J. Personal value orientation as mediated predictors of mental health: A three-culture study of Chinese, Russian, and German university students // *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2015. Vol. 15. P. 8–17. doi:10.1016/j.ijchp.2014.06.001
12. Pashkovskii V.E. Psikhicheskie rasstroistva s religiozno-misticheskimi perezhivaniyami: Kratkoe rukovodstvo dlya vrachei [Mental disorders with religious and mystical experiences: Brief guide for doctors]. Saint-Petersburg: SPbMAPE, 2007. 144 p.
13. Polishchuk Yu.I. Znachenie religioznoi very kak lechebnogo i reabilitatsionnogo faktora pri psikhicheskikh rasstroistvakh nepsikhoticheskogo urovnya [The significance of the religious faith as a treatment and rehabilitation factor in mental disorders of the nonpsychotic level]. *Nezavisimiy psikhiatricheskii zhurnal [Independent Psychiatric Journal]*, 2001, no. IV, pp. 63–67.
14. Polishchuk Yu.I., Letnikova Z.V. Faktor dukhovnosti v psikhii i psikhoterapii [Spiritual factor in psychiatry and psychotherapy]. *Psikhicheskoe zdorov’e [Mental Health]*, 2010, no. 3, pp. 57–61.
15. Sadlovskaya Yu.V. Osobennosti tsennostnykh orientatsii patsientov psikhiatricheskoi bol’nitsy, prokhodyashchikh kurs reabilitatsii [Features of value orientations of psychiatric hospital patients undergoing rehabilitation course] [Elektronnyy resurs]. *Effektivnye instrumenty sovremennykh nauk – 2010 [Effective Instruments of Modern Sciences – 2010]*. Available at: [http://www.rusnauka.com/11\\_EISN\\_2010/Psihologia/63926.doc.htm](http://www.rusnauka.com/11_EISN_2010/Psihologia/63926.doc.htm) (Accessed 01.11.2019).
16. Taratukhina M.I., Iontseva M.V. Tekhnika repertuarnykh reshiotok J. Kelly [Repertory grid technique]. *Sotsiologiya: metodologiya, metody, matematicheskoe modelirovanie (4 M)* [Sociology: methodology, methods, math modeling (4M)], 1997, no. 8, pp. 114–138.
17. Fransella F., Bannister D. Novyi metod issledovaniya lichnosti: rukovodstvo po repertuarным личностным методикам [New method of investigating personality: A guide to repertory personal methods]. Moscow: Progress, 1987. 236 p. (In Russ.).
18. Bonelli R.M., Koenig H.G. Mental disorders, religion and spirituality 1990 to 2010: A systematic evidence-based review. *Journal of Religion & Health*, 2013. Vol. 52, no. 2, pp. 657–673. doi:10.1007/s10943-013-9691-4
19. Borrás L., Mohr S., Gillieron C., Brandt P.-Y., Reiben I., Leclerc C., Huguélet Ph. Religion and spirituality: How clinicians in Quebec and Geneva cope with the issue when faced with patients suffering from chronic psychosis. *Community Mental Health Journal*, 2010. Vol. 46, no. 1, pp. 77–86. doi:10.1007/s10597-009-9247-y
20. De Fazio P., Gaetano R., Caroleo M., Cerminara G., Giannini F., Moreno M.J.J., Díaz M.J.M., León A.M., Segura-García C. Religiousness and spirituality in patients with bipolar disorder. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 2015. Vol. 19, no. 4, pp. 233–237. doi: 10.3109/13651501.2014.1000929
21. Gomi S., Starnino V.R., Canda E.R. Spiritual assessment in mental health recovery. *Community Mental Health Journal*, 2014. Vol. 50, no. 4, pp. 447–453. doi:10.1007/s10597-013-9653-z
22. Heilman S.C., Witztum E. All in faith: Religion as the idiom and means of coping with distress. *Mental Health, Religion & Culture*, 2000. Vol. 3, no. 2, pp. 115–124. doi:10.1080/713685606
23. Huguélet Ph., Guillaume S., Vidal S., Mohr S., Courtet Ph., Villain L., Girod Ch., Hasler R., Prada P.B., Olié E., Perroud N.A. Values as determinant of meaning among patients with psychiatric disorders in the perspective of recovery. *Scientific Reports*, 2016. Vol. 6, pp. 27617. doi:10.1038/srep27617
24. Huguélet Ph., Mohr S.M., Olié E., Vidal S., Hasler R., Prada P.B., Bancila M., Courtet Ph., Guillaume S., Perroud N.A. Spiritual meaning in life and values in patients with severe mental disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 2016. Vol. 204, no. 6, pp. 409–414. doi:10.1097/NMD.0000000000000495

30. Mohr S., Borrás L., Nolan J., Gillieron C., Brandt P.-Y., Eytan A., Leclerc C., Perroud N., Whetten K., Pieper C., Koenig H.G., Huguelet Ph. Spirituality and religion in outpatients with schizophrenia: A multi-site comparative study of Switzerland, Canada, and the United States // *International Journal of Psychiatry in Medicine*. 2012. Vol. 44 (1). P. 29–52. doi:10.2190/PM.44.1.c
31. Mohr S., Huguelet Ph. The wishes of outpatients with severe mental disorders to discuss spiritual and religious issues in their psychiatric care // *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*. 2014. Vol. 18(4). P. 304–307. doi:10.3109/13651501.2014.902071
32. Mohr S., Perroud N., Gillieron C., Brandt P.-Y., Reiben I., Borrás L., Huguelet Ph. Spirituality and religiousness as predictive factors of outcome in schizophrenia and schizo-affective disorders // *Psychiatry Research*. 2011. Vol. 186 (2–3). P. 177–182. doi:10.1016/j.psychres.2010.08.012
33. Norris F.M., Jones H.G., Norris H. Articulation of the conceptual structure in obsessional neurosis // *British Journal of Social and Clinical Psychology*. 1970. Vol. 9. P. 264–274.
34. Ouwehand E., Wong K., Boeije H., Braam A. Revelation, delusion or disillusion: Subjective interpretation of religious and spiritual experiences in bipolar disorder // *Mental Health, Religion & Culture*. 2014. Vol. 17(6). P. 615–628. doi:10.1080/13674676.2013.874410
35. Pargament K.I. *The psychology of religion and coping: theory, research, practice*. New York: Guilford, 1997.
36. Pargament K.I., Lomax J.W. Understanding and addressing religion among people with mental illness // *World Psychiatry*. 2013. Vol. 12(1). P. 26–32. doi:10.1002/wps.20005
37. Pesut B., Clark N., Maxwell V., Michalak E.E. Religion and spirituality in the context of bipolar disorder: a literature review // *Mental Health, Religion & Culture*. 2011. Vol. 14 (8). P. 785–796. doi:10.1080/13674676.2010.523890
38. Stroppa A., Moreira-Almeida A. Religiosity, mood symptoms, and quality of life in bipolar disorder // *Bipolar Disorder*. 2013. Vol. 15(4). P. 385–393. doi:10.1111/bdi.12069
39. Tepper L., Rogers S.A., Coleman E.M., H.N. Malony. The prevalence of religious coping among patients with persistent mental illness // *Psychiatric Services*. 2001. Vol. 52(5). P. 660–665. doi:10.1176/appi.ps.52.5.660
25. Johnson K.S., Tulsy J.A., Hays J.C., Arnold R.M., Olsen M.K., Lindquist J.H., Steinhauer K.E. Which domains of spirituality are associated with anxiety and depression in patients with advanced illness? *Journal of General Internal Medicine*, 2011. Vol. 26, no. 7, pp. 751–758. doi:10.1007/s11606-011-1656-2
26. Koenig H.G., George L.K., Peterson B.L. Religiosity and remission of depression in medically ill older patients. *American Journal of Psychiatry*, 1998. Vol. 155, pp. 536–542. doi:10.1176/ajp.155.4.536
27. Macmin L., Foskett J. “Don’t be afraid to tell.” The spiritual and religious experience of mental health service users in Somerset. *Mental Health, Religion & Culture*, 2004. Vol. 7, no. 1, pp. 23–40. doi:10.1080/13674670310001602508
28. Maercker A., Mohiyeddini C., Müller M., Xie W., Hui Yang Z., Wang J., Müller J. Traditional versus modern values, self-perceived interpersonal factors, and posttraumatic stress in Chinese and German crime victims. *Psychology and Psychotherapy*, 2009. Vol. 82, pp. 219–232. doi:10.1348/147608308X380769
29. Maercker A., Zhang X.Ch., Gao Zh., Kochetkov Ya., Lu Sh., Sang Sh., Yang Sh., Schneider S., Margraf J. Personal value orientation as mediated predictors of mental health: A three-culture study of Chinese, Russian, and German university students. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2015. Vol. 15, pp. 8–17. doi:10.1016/j.ijchp.2014.06.001
30. Mohr S., Borrás L., Nolan J., Gillieron C., Brandt P.-Y., Eytan A., Leclerc C., Perroud N., Whetten K., Pieper C., Koenig H.G., Huguelet Ph. Spirituality and religion in outpatients with schizophrenia: A multi-site comparative study of Switzerland, Canada, and the United States. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 2012. Vol. 44, no. 1, pp. 29–52. doi:10.2190/PM.44.1.c
31. Mohr S., Huguelet Ph. The wishes of outpatients with severe mental disorders to discuss spiritual and religious issues in their psychiatric care. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 2014. Vol. 18, no. 4, pp. 304–307. doi:10.3109/13651501.2014.902071.
32. Mohr S., Perroud N., Gillieron C., Brandt P.-Y., Reiben I., Borrás L., Huguelet Ph. Spirituality and religiousness as predictive factors of outcome in schizophrenia and schizo-affective disorders. *Psychiatry Research*, 2011. Vol. 186, no. 2–3, pp. 177–182. doi:10.1016/j.psychres.2010.08.012
33. Norris F.M., Jones H.G., Norris H. Articulation of the conceptual structure in obsessional neurosis. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 1970. Vol. 9, pp. 264–274.
34. Ouwehand E., Wong K., Boeije H., Braam A. Revelation, delusion or disillusion: Subjective interpretation of religious and spiritual experiences in bipolar disorder. *Mental Health, Religion & Culture*, 2014. Vol. 17, no. 6, pp. 615–628. doi:10.1080/13674676.2013.874410
35. Pargament K.I. *The psychology of religion and coping: theory, research, practice*. New York: Guilford, 1997.
36. Pargament K.I., Lomax J.W. Understanding and addressing religion among people with mental illness. *World Psychiatry*, 2013. Vol. 12, no. 1, pp. 26–32. doi:10.1002/wps.20005
37. Pesut B., Clark N., Maxwell V., Michalak E.E. Religion and spirituality in the context of bipolar disorder: a literature review. *Mental Health, Religion & Culture*, 2011. Vol. 14, no. 8, pp. 785–796. doi:10.1080/13674676.2010.523890
38. Stroppa A., Moreira-Almeida A. Religiosity, mood symptoms, and quality of life in bipolar disorder. *Bipolar Disorder*, 2013. Vol. 15, no. 4, pp. 385–393. doi:10.1111/bdi.12069
39. Tepper L., Rogers S.A., Coleman E.M., Malony H.N. The prevalence of religious coping among patients with persistent mental illness. *Psychiatric Services*, 2001. Vol. 52, no. 5, pp. 660–665. doi:10.1176/appi.ps.52.5.660