Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова
2020, т. 120, № 1, с. 103-110
https://doi.org/10.17116/jnevro2020120011103

S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry
2020, vol. 120, no 1, pp. 103-110
https://doi.org/10.17116/jnevro2020120011103

Влияние фактора религиозности на депрессивные состояния и суицидальное поведение

© Г.И. КОПЕЙКО, О.А. БОРИСОВА, Е.В. ГЕДЕВАНИ, В.Г. КАЛЕДА

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия

Резюме

В обзоре представлены данные мировой научной литературы, отражающей положительное влияние религиозности на процесс восстановления после перенесенных депрессивных состояний, а также протективную роль религиозного фактора в отношении суицидальной активности. Несмотря на разнородные данные относительно роли религиозности в терапии психических заболеваний, к настоящему моменту накоплен достаточно большой объем литературы, свидетельствующей о благоприятном влиянии фактора религиозности, описаны конкретные терапевтические подходы и программы по профилактике самоубийств.

***Ключевые слова**: депрессивные расстройства, суицидальное поведение, протективная роль религиозности, религиозные копинг-стратегии, внутренняя религиозная ориентация, общее благополучие.*

Информация об авторах:
Копейко Г.И. — https://orcid.org/0000-0002-1209-1443; gregory_kopeyko@mail.ru
Борисова О.А. — https://orcid.org/0000-0002-7429-7244; olga.borisova@ncpz.ru
Гедевани Е.В. — https://orcid.org/0000-0001-8829-3191; gedevani@hotmail.com
Каледа В.Г. — https://orcid.org/0000-0002-8580-9890; kaleda-vg@yandex.ru

Как цитировать:
Копейко Г.И., Борисова О.А., Гедевани Е.В., Каледа В.Г. Влияние фактора религиозности на депрессивные состояния и суицидальное поведение. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2020;120(1):103-110. https://doi.org/10.17116/jnevro2020120011103

The influence of religiosity on depressive disorders and suicidal behavior

© G.I. KOPEYKO, O.A. BORISOVA, E.V. GEDEVANI, V.G. KALEDA

Mental Health Research Center, Moscow, Россия

Abstract

This review of the literature is focused on the positive influence of religiosity on recovery after depression and on the protective role of religiosity against suicidal activity. Despite the inconsistent results on the role of religiosity in treatment of mental diseases, to date there is a sufficiently large body of literature showing the beneficial effect of religiosity and describing specific therapeutic approaches and suicide prevention programs.

***Keywords:** depressive disorders, suicidal behavior, protective role of religiosity, religious coping strategies, intrinsic religiosity, well-being.*

Information about the authors:
Kopeyko G.I. — https://orcid.org/0000-0002-1209-1443; gregory_kopeyko@mail.ru
Borisova O.A. — https://orcid.org/0000-0002-7429-7244; olga.borisova@ncpz.ru
Gedevani E.V. — https://orcid.org/0000-0001-8829-3191; gedevani@hotmail.com
Kaleda V.G. — https://orcid.org/0000-0002-8580-9890; kaleda-vg@yandex.ru

To cite this article:
Kopeyko GI, Borisova OA, Gedevani EV, Kaleda VG. The influence of religiosity on depressive disorders and suicidal behavior. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry = Zhurnal Nevrologii i Psikhiatrii im. S.S. Korsakova*. 2020;120(1):103-110. (In Russ.). https://doi.org/10.17116/jnevro2020120011103

Автор, ответственный за переписку: Гедевани Екатерина Владимировна — e-mail: gedevani@hotmail.com

Corresponding author: Gedevani E.V. — e-mail: gedevani@hotmail.com

Настоящий обзор освещает данные, касающиеся протективной роли религиозности и духовности в отношении депрессивных расстройств и самоубийств. Он основан на результатах исследований, направленных на изучение влияния религиозного фактора в традиционных религиозных конфессиях и деноминациях. Ввиду малочисленности научных исследований и противоречивости представленных результатов был исключен вопрос о влиянии конкретных религиозных конфессий на депрессивные состояния, а также не рассматривались исследования, содержащие данные, полученные в нетрадиционных религиозных течениях. Кроме того, в данный обзор не входит анализ негативных влияний религиозности на психические заболевания, эти проблемы предполагается обсудить в отдельных публикациях.

Влияние религии на развитие и проявления депрессивных расстройств

Материалы, подтверждающие протективную роль религиозности и духовности в отношении депрессивных расстройств и самоубийств, представляются особенно важными, так как эти данные позволяют персонифицированно подходить к лечению и реабилитации больных с психическими расстройствами, имеющими религиозное мировоззрение. Многочисленные исследования свидетельствуют о комплексном многогранном влиянии религиозного фактора как на улучшение общего психологического благополучия, так и на специфическую защиту от депрессивных расстройств в виде так называемых копинг-стратегий (стратегий преодоления) при вышеупомянутых состояниях [1—12].

Многие авторы указывают на связь между религиозной вовлеченностью или личным участием в религиозных обрядах с меньшей выраженностью депрессивных расстройств, депрессогенных эффектов стрессовых жизненных событий, а также с меньшим числом суицидальных попыток и самоубийств, при этом отмечено наличие статистически значимой обратной взаимосвязи между религиозностью и депрессией [13—21].

Область имеющихся на настоящий момент исследований не ограничивается исключительно сферой психического здоровья. Результаты некоторых работ, связанных с паллиативным лечением поздних стадий онкологического заболевания, также показывают снижение выраженности проявлений депрессии и суицидальной активности [22—25]

Одной из работ, иллюстрирующих положительное влияние фактора религиозности, является метаанализ исследований, опубликованных в 1872—2010 гг., проведенный G. Koenig и соавт. [26]. Полученные ими результаты показали, что в 272 (61%) из 444 исследований было отмечено уменьшение под влиянием религиозности тяжести депрессивных симптомов и укорочение длительности депрессивных фаз; в 106 (75%) из 141 исследования наличие религиозности коррелировало с меньшим количеством суицидов и негативным отношением к ним больных.

Из исследований последнего времени можно выделить работу, проведенную D. Anyfantakis и соавт. [27], которые изучали потенциальные связи религиозности с депрессией. В их исследование были включены 220 пациентов, посещавших учреждение первичной медицинской помощи в сельском городе Спили на Крите, большинство из которых (98,5%) были православными христианами. Все больные прошли стандартизированную процедуру оценки их психического состояния с использованием нескольких шкал: шкалы оценки чувства согласованности (Sense of Coherence — SOC), депрессии Бека (Beck Depression Inventory — BDI) и религиозных и духовных убеждений (Royal Free Interview — RFI-SRB). Был проведен множественный линейный регрессионный анализ показателей этих шкал с учетом демографических характеристик. Установлена выраженная обратная связь между шкалой BDI и RFI-SRB (B-coef= –0,6999, p<0,001), а также между шкалой BDI и SOC (B-coef= –0,556, p<0,001) и отмечено, что высокорелигиозные жители сельского Крита имеют более низкую вероятность развития депрессии. При интерпретации полученных результатов авторы ссылаются на работу G. Chrousos [28], в которой согласно данным нейроэндокринологических исследований была проиллюстрирована способность организма к поддержанию собственного гомеостаза с помощью поведенческих реакций. D. Anyfantakis и соавт. высказали предположение, что участие в религиозных мероприятиях способствует не только укреплению социальных контактов, возрастанию чувства оптимизма и принадлежности к группе, но и к более высокому уровню социальной ответственности, что снижает возможность возникновения депрессии.

Для лучшего понимания современных зарубежных исследований, посвященных роли религиозности в области медицины, необходимо осветить часто используемые понятия, такие как внешняя (extrinsic) и внутренняя (intrinsic) религиозная ориентация. Эти термины были сформулированы в 1960-х годах после анализа крайне противоречивых результатов исследований относительно влияния религиозности на психическое здоровье G. Allport и соавт. [29]. По их данным, индивиды, обладающие внутренней религиозной ориентацией, рассматривают религию как основу своего бытия и следуют ей в течение жизни. Тогда как внешняя религиозная ориентация в первую очередь служит другим, более приземленным целям, а не религиозным убеждениям как таковым. Таким образом, люди, которых характеризует внешняя религиозная ориентация, используют религию для удовлетворения своих базовых потребностей, таких как необходимые им социальные отношения или личный комфорт [30].

Клиницисты используют эти понятия в своей исследовательской работе и часто находят корреляции внутренней религиозной ориентации с чувством общего благополучия и положительными исходами заболевания [31—40]. Так, M. McCullough [41] в ходе обзора 80 источников литературы приходит к заключению о значимости религиозности для развития депрессивных симптомов. Он указывает на то, что внешняя религиозная ориентация связана с повышенным риском развития депрессивных расстройств и более глубоким уровнем депрессивной симптоматики. Напротив, внутренняя религиозная ориентация имеет отрицательную корреляцию с депрессивными симптомами.

Метаанализ 147 независимых исследований, представленный T. Smith и соавт. [42], показал, что религиозность умеренно, но достоверно связана с меньшей выраженностью депрессивных симптомов. Но при этом было выявлено, что связь религиозности и таких симптомов различается в зависимости от метода оценки (показателей) религиозности. Два конкретных ее параметра имеют положительные корреляции с высокой частотой депрессивных симптомов: внешняя религиозная ориентация (R=0,155) и отрицательные религиозные копинг-стратегии (R=0,136). С другой стороны, внутренняя религиозная ориентация была связана

с низким уровнем депрессивных расстройств (R=–0,175). Приведенные данные были получены при исследовании населения США, где жители, по статистическим данным, имеют высокий уровень религиозности. Речь идет об очень религиозных и умеренно религиозных людях, к которым отнесли 68% населения, что подразумевает регулярное посещение церкви и оценку религии как очень важной составляющей жизни. При обобщении результатов был сделан вывод, что защитная роль религиозности в отношении депрессии более выражена у лиц, перенесших психотравмирующую ситуацию. С этим положением согласны авторы ряда других работ [43—46], считающие, что травма становится толчком к более глубокому духовному развитию индивида, она способствует обретению внутренней устойчивости, осознанному проживанию жизни и пониманию ее ценности.

Отдельного внимания заслуживают исследования пожилых пациентов с депрессией. Одним из них является проспективное исследование влияния религиозности на течение депрессивных расстройств, проведенное H. Koeniig и соавт. [47], которые наблюдали 87 пожилых людей, госпитализированных по поводу депрессии в среднем в течение 47 нед. Было выявлено, что внутренняя религиозная ориентация связана с более быстрым наступлением ремиссии (на 70%).

В ходе исследования австралийских ученых V. Payman и соавт. [48], посвященного влиянию религиозного копинга на течение депрессии у пожилых, пациенты были обследованы клинически при помощи MMSE и шкалы депрессии для лиц пожилого возраста (GDS-15). Религиозность пациентов оценивали при помощи опросника DUREL. Результаты сопоставляли с результатами приведенных выше исследований американских коллег [47]. Выявлено положительное влияние религиозных копинг-стратегий на процесс выздоровления, и был сделан вывод о необходимости введения в клиническую практику методик социальной поддержки пожилых, в частности религиозных копинг-стратегий. Сходные данные получены также и другими исследователями, изучавшими влияние различных факторов на течение депрессий позднего возраста [49—51].

Помимо внутренней религиозной ориентации многие современные исследователи используют понятие общего благополучия (well-being), которое они считают важным показателем позитивного воздействия религии на психическое и соматическое здоровье. Так, бразильские ученые M.Peres и соавт. [52] при обследовании 782 взрослых в исследовании, направленном на оценку роли понимания смысла жизни, миролюбия, веры и религиозности в области психического здоровья, установили достоверную связь этих показателей с качеством жизни, положительным состоянием здоровья и общим благополучием [52].

Некоторые авторы [53] указывают на значимые гендерные и личностные различия в проявлении отдельных аспектов религиозности и духовности и считают, что их необходимо учитывать при изучении влияния религиозности на проявления депрессии. Дополнительно к этому могут быть приведены также данные некоторых американских исследователей [54], которые, подтверждая, что религия или духовность связаны с общим благополучием человека, подчеркивают, что они опосредованы такими чувствами, как благоговение, благодарность, любовь и миролюбие, но отнюдь не положительными эмоциями, связанными с секулярными развлечениями, чувством гордости или тщеславия.

В ходе многоцентрового перекрестного исследования, проведенного в поликлиниках пяти университетских больниц Кореи, было установлено, что симптомы тревоги и депрессии более выражены в подгруппе пациентов с низкой религиозностью, чем в подгруппе пациентов с высокой или нулевой религиозностью (p<0,01), и фактор общего благополучия достигает более высоких значений в подгруппах как с высокой, так и с низкой религиозностью в отличие от подгруппы нерелигиозных больных (p<0,05) [55].

Одним из важнейших аспектов изучения протективного влияния религиозного фактора в отношении депрессивных расстройств является воздействие религиозности на поведение подростков и юношей. Так, американские авторы M. Donahue и P. Benson [56] в результате исследования 34 129 подростков пришли к выводу, что общее благополучие, связанное с религиозностью, реализуется в трех наиболее актуальных для юношеского возраста областях: 1) социальные ценности и действия (помощь другим людям, волонтерство); 2) психическое состояние (суицидальные мысли и попытки, самооценка); 3) факторы риска (алкоголь, табак, применение психоактивных веществ, вовлечение в насильственные или другие формы деликвентного поведения, ранняя половая жизнь). При изучении протективной роли религии некоторые исследователи также указывают на негативное отношение основных традиционных религий к табакокурению и употреблению алкоголя — серьезных факторов риска большинства известных заболеваний, и полагают, что позитивным в этих случаях является само воздействие религиозной среды и собственной духовности на эмоциональное состояние и реакцию на стрессовые воздействия [57—60].

Таким образом, в ряде независимых исследований была показана протективная роль религиозности при депрессивных состояниях: более низкая вероятность возникновения депрессивных расстройств, уменьшение тяжести депрессии, укорочение депрессивных фаз, большая скорость наступления ремиссии. Описаны эффективные религиозные копинг-стратегии, используемые для борьбы с депрессией, в том числе разнообразные виды социальной поддержки, оказываемые религиозной общиной. Кроме того, выявлены группы лиц, страдающих депрессивными состояниями, для которых религиозная поддержка особенно значима, — пожилые пациенты и лица подростково-юношеского возраста. Показано положительное воздействие религиозных убеждений на пациентов с онкологическими заболеваниями, страдающих депрессией.

Влияние религии на суицидальную активность

Одной из наиболее актуальных проблем современной психиатрии является проблема самоубийств.

По прогнозам ВОЗ в 2030 г. депрессивные расстройства будут занимать первое место по интегральному показателю суммы потенциальных лет жизни, утраченных из-за преждевременной смерти и нетрудоспособности. В последние годы неуклонно растет число завершенных суицидов среди детей и подростков в РФ. Так, по данным Главного управления криминалистики следственного комитета России, количество попыток самоубийств среди несовершеннолетних выросло с 1094 в 2014 г. до 1633 в 2016 г. При этом за первый квартал 2017 г. было зарегистрировано 823 таких попытки, т.е. больше половины от общего количества зафиксированных за весь предыдущий год. При суицидальных попытках в 2014 г. погибли 737 подростков, а в 2017 г. — 692 [61].

Согласно данным мировой статистики уровень совершаемых самоубийств определяется как гендерными и возрастными факторами, так и культуральными, включающими религиозную принадлежность [62]. В 2016 г. было зафиксировано 884 000 завершенных суицидов, соотношение между мужчинами и женщинами составило 3,2:1, за исключением Китая, где уровень суицидов выше среди женщин [63]. Отмечен также возрастной фактор: большее количество суицидов совершается после 45 лет, а пик суицидальной активности приходится на возраст старше 75 лет [64].

Некоторые авторы [65, 66] обоснованно считают, что при таких высоких показателях смертности от самоубийств фактор религиозности не может быть оставлен без внимания. Одной из групп американских ученых [67] были проанализированы истории жизни лиц, умерших в возрасте 50 лет и старше (584 самоубийства и 4279 естественных смертей). С учетом гендерных, расовых факторов, а также семейного положения, возраста и частоты социальных контактов было установлено, что уровень самоубийств среди лиц, которые не посещали религиозные мероприятия, был в 4 раза выше, чем среди тех, кто имел высокий уровень религиозной активности.

При изучении национальной репрезентативной выборки из 16 306 подростков в США, обнаружено, что внутренняя религиозная ориентация связана с низким уровнем суицидальных мыслей или попытками совершить самоубийство [68]. Аналогичные результаты были получены также канадскими учеными [69]. При обследовании 420 подростков в Турции было установлено, что подростков, получивших религиозное образование, отличало меньшее количество суицидальных идей и меньшее принятие идеи самоубийства. При этом они были готовы оказывать помощь и выражали сочувствие своим близким друзьям с суицидальными мыслями, не имевшими религиозного образования [70]. Сходные данные получены в исследовании лиц пожилого возраста, в котором с учетом социально-медицинских показателей было установлено, что среди 835 афроамериканцев, проживающих в пансионатах для пожилых, меньше страдали от суицидальных мыслей те, кто использовал религиозные и духовные копинг-стратегии [71].

Помимо того, что религиозная активность связана с более низким уровнем самоубийств, выявлена ее связь с негативным отношением к самоубийству и меньшим количеством совершаемых суицидальных попыток даже у больных с клинически выраженной депрессией. K. Dervic и соавт. [72] при обследовании 371 стационарного больного с депрессией установили, что пациенты, не имеющие религиозной принадлежности, несмотря на тот же уровень тяжести депрессивного состояния, что и религиозные пациенты, совершали больше попыток самоубийства в течение жизни (66,2% против 48,3%). Эти больные считали, что имеют меньше оснований для продолжения жизни, практически не демонстрировали морального неприятия самоубийства в отличие от больных, связанных с религией.

В исследовании P. Huguelet [73] была изучена религиозность у 115 амбулаторных пациентов с шизофренией и шизоаффективными расстройствами и 30 стационарных больных с депрессивными расстройствами. Помимо данных, полученных в ходе проведения стандартного полуструктурированного опроса, принимали во внимание их субъективную оценку роли религии (защитной или стимулирующей) в решении совершить самоубийство. Было выявлено, что 43% пациентов с психозом ранее пытались покончить жизнь самоубийством; 25% всех обследованных признали защитную роль религии, которую связали как с морально-нравственным осуждением самоубийства, так и с личным использованием религиозных копинг-стратегий. В данной работе было показано, что религиозность может играть значимую роль в непринятии пациентами, даже находящимися в психотическом состоянии, решения о самоубийстве (хотя известно, что такие пациенты характеризуются высоким риском тяжелых суицидальных попыток).

В аспекте рассматриваемой проблемы рядом авторов были выполнены многолетние наблюдения за больными [74, 75]. В систематическом обзоре литературы о религии и самоубийстве за последнее десятилетие (89 статей), выполненном R. Lawrence [76], было выявлено, что принадлежность к религиозной конфессии не всегда защищает от суицидальных идей, но способствует сокращению попыток самоубийства. При этом автор подчеркивает, что в этом случае речь идет о традиционных религиях, так как религиозные группы меньшинств с характерной социальной изоляцией не способны оказывать такое же защитное воздействие.

В своем обзоре социологической литературы из 130 источников за 15-летний период, посвященной суициду, S. Stack [77] рассматривает различные теории возникновения суицидальной активности в популяции. Он однозначно указывает на положительное влияние религиозного фактора, который предполагает использование множества приемов копинга и подразумевает негативное отношение к суициду.

Отдельного внимания заслуживает смыслообразующая роль религии, на что обращают внимание G. Kirov и соавт. [78] в работе с пациентами, перенесшими психотические состояния. Авторы полагают, что психоз, как правило, негативно влияет на личность больного, приводит к расстройствам мышления, сопровождающимся аффектом страха, чувствами хаоса и беспомощности, нарушает внутренний порядок личности. С помощью психотерапии с опорой на религиозные взгляды пациента и сохранные стороны его личности иногда удается восстановить равновесие и целостность личности, расщепленной болезнью, что переживается субъектом как оживление, обретение источника счастья, мира и уверенности. Таким образом, вера с точки зрения психологии является особой формой защиты и способствует реализации адаптивных копинг-стратегий. Многие пациенты сознательно используют молитву во времена больших страданий и отчаяния, другие рассматривают свою болезнь как испытание (положительная переоценка) или полагаются на свою церковную деятельность (увеличение социализации).

В литературе рассматривается также важность смыслообразующего аспекта религиозности, который тесно сопряжен с процессом самоидентификации [79]. Это положение подтверждают данные исследования [80], в которое были включены 3032 респондента в возрасте от 25 до 74 лет. Полученные результаты обработаны с использованием многофакторной регрессионной модели. Было установлено, что регулярное участие в жизни религиозных институтов связано с более высокой религиозной социальной идентичностью и вследствие этого с более высоким уровнем общего благополучия.

Некоторые авторы обозначают наиболее явный протективный фактор религиозности, препятствующий реа-

лизации самоубийства, — его религиозное этическое осуждение [81]. Несмотря на некоторые различия в отношении к самоубийствам в традиционных религиозных конфессиях, во всех имеется общая идея, заключающаяся в признании безусловной ценности человеческой жизни. Эта идея является смыслообразующей и отражается на общем отношении к жизни и чувстве собственного достоинства.

Некоторые авторы указывают на то, что духовная жизнь общества создает важный экзистенциальный контекст для индивидуума [82, 83]. Исходя из этого положения, проблема самоубийств среди молодежи может определяться отсутствием значимого духовного опыта, связанного с имеющимся в современном мире «общественным духовным вакуумом», что приводит к потере смысла и вследствие этого к возможности суицида [84].

Некоторые специалисты высказывают точку зрения, согласно которой одним из путей предотвращения самоубийств могут быть программы вовлечения религиозных общин в государственные проекты. Примером такой программы является шотландская программа Scottish Choose Life Strategy (The Scottish Executive, 2002) [85, 86]. Целью этой программы является снижение уровня самоубийств, и совместная работа по тренингу навыков реагирования членов религиозных общин и религиозных лидеров на смерть от самоубийства и суицидальное поведение. H. Mowat и соавт. [87] организовали в Шотландии движение церковных приходских медсестер (на основе более ранней американской модели Westberg [88], в которой медсестра-специалист нанимается на работу в приход, членом которого он или она является). Аналогичный проект (Hybrid-2) также существует в США [89]. До последнего времени эта работа ограничена христианскими группами, исследований в отношении других религиозных общин не проводили.

Таким образом, в большинстве исследований подчеркивается тот факт, что религиозность коррелирует с негативным отношением к самоубийству и сниженным уровнем суицидальной активности. Кроме того, даже в случае больных с психотическими расстройствами религиозность играет существенную роль в неприятии решения о самоубийстве, при этом важное значение играет смыслообразующая роль религиозной веры, а также поддержка религиозной общины.

В заключение необходимо отметить, что наиболее важной представляется проблема персонифицированного подхода к пациентам с религиозными убеждениями [90—103]. По мнению J. Griffith [104], роль клинициста должна заключаться в том числе и в оценке значимости религиозных взглядов и практик в жизни пациента. Несмотря на наличие психического заболевания религиозное мировоззрение позволяет сохранить базовые ценности жизни, осуществить религиозное переосмысление ситуации болезни и собственной личности, обрести с помощью религиозной веры успокоение, утешение, прощение, примирение и воспользоваться различными видами социальной поддержки через религиозную общину.

В своей работе с пациентом врач должен опираться на понимание роли религии в сохранении и поддержании здоровья [104]. В комплексной системе лечебно-реабилитационных мероприятий и психокоррекционной работы с депрессивными больными возможно как применение эффективных религиозных копинг-стратегий, так и личное участие в религиозных обрядах верующих пациентов, страдающих психическими заболеваниями [105—107].

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.
The authors declare no conflicts of interest.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Koenig HG, Büssing A. The Duke University Religion Index (DUREL): a five-item measure for use in epidemological studies. *Religions.* 2010;1(1):78-85. https://doi.org/10.3390/rel1010078
2. Park JI, Hong JP, Park S, Cho MJ. The relationship between religion and mental disorders in a Korean population. *Psychiatry Investigation.* 2012;9(1):29. https://doi.org/10.4306/pi.2012.9.1.29
3. Carpenter TP, Laney T, Mezulis A. Religious coping, stress, and depressive symptoms among adolescents: A prospective study. *Psychology of Religion and Spirituality.* 2012;4(1):19. https://doi.org/10.1037/a0023155
4. Tedrus GM, Fonseca LC, Hoehr GC, Magri F. Religious-spiritual coping in epileptic patients: correlation with clinical aspects: P1428. *European Journal of Neurology.* 2012;19:246.
5. Zinnbauer BJ, Pargament KI, Cole B, Rye MS, Butfer EM, Belavich TG, Hipp K, Scott AB, Kadar JL. Religion and spirituality: Unfuzzying the fuzzy. *Sociology of Religion.* 2015;36(4):29-34.
6. Rosmarin DH, Pirutinsky S, Greer D, Korbman M. Maintaining a grateful disposition in the face of distress: The role of religious coping. *Psychology of Religion and Spirituality.* 2016;8(2):134. https://doi.org/10.1037/rel0000021
7. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Comprehensive textbook of psychiatry, 10th edition. Volume 2. *Wolters Kluwer.* 2017;2576-2594.
8. Sajadi M, Niazi N, Khosravi S, Yaghobi A, Rezaei M, Koenig HG. Effect of spiritual counseling on spiritual well-being in Iranian women with cancer: A randomized clinical trial. *Complementary Therapies in Clinical Practice.* 2018;30:79-84. https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2017.12.011
9. Mitchell L, Romans S. Spiritual beliefs in bipolar affective disorder: their relevance for illness management. *Journal of Affective Disorders.* 2003;75(3):247-257. https://doi.org/10.1016/S0165-0327(02)00055-1
10. Ozawa C, Suzuki T, Mizuno Y, Tarumi R, Yoshida K, Fujii K, Uchida H. Resilience and spirituality in patients with depression and their family members: A cross-sectional study. *Comprehensive Psychiatry.* 2017;77:53-59. https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2017.06.002
11. Ismail Y, Hendry J. Support needs of adolescents' post-cancer treatment: A systematic review. *Radiography.* 2018;24(2):175-183. https://doi.org/10.1016/j.radi.2017.12.004
12. Lee YH, Salman A. The mediating effect of spiritual well-being on depressive symptoms and health-related quality of life among elder. *Archives of Psychiatric Nursing.* 2018;32(3):418-424. https://doi.org/10.1016/j.apnu.2017.12.008
13. Moreira-Almeida A, Sharma A, Van Rensburg BJ, Verhagen PJ, Cook CC. WPA Position Statement on Spirituality and Religion in Psychiatry. *Actas Espanolas de Psiquiatria.* 2018;46(6):242-248. https://doi.org/10.1002/wps.20304
14. Whalen EA. Religion and suicide. *Review of Religious Research.* 1964;5(2):91-110. https://doi.org/10.2307/3510501
15. Pritchard C, Amanullah S. An analysis of suicide and undetermined deaths in 17 predominantly Islamic countries contrasted with the UK. *Psychological Medicine.* 2007;37(3):421-430. https://doi.org/10.1017/S0033291706009159
16. Dein S. Spirituality, psychiatry and participation: A cultural analysis. *Transcultural Psychiatry.* 2005;42(4):526-544. https://doi.org/10.1177/1363461505058909

17. Hilton SC, Fellingham GW, Lyon JL. Suicide rates and religious commitment in young adult males in Utah. *American Journal of Epidemiology*. 2002;155(5):413-419. https://doi.org/10.1093/aje/155.5.413
18. Barber CW, Miller MJ. Reducing a suicidal person's access to lethal means of suicide: a research agenda. *American Journal of Preventive Medicine*. 2014;47(3):264-272. https://doi.org/10.1016/j.amepre.2014.05.028
19. Baetz M, Bowen R. Suicidal ideation, affective lability, and religion in depressed adults. *Mental Health, Religion & Culture*. 2011;14(7):633-641. https://doi.org/10.1080/13674676.2010.504202
20. Stearns M, Nadorff DK, Lantz ED, McKay IT. Religiosity and depressive symptoms in older adults compared to younger adults: Moderation by age. *Journal of Affective Disorders*. 2018;238:522-525. https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.05.076
21. Mosqueiro BP, da Rocha NS, de Almeida Fleck MP. Intrinsic religiosity, resilience, quality of life, and suicide risk in depressed inpatients. *Journal of Affective Disorders*. 2015;179:128-133. https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.03.022
22. Balducci L. Geriatric Oncology, Spirituality, and Palliative Care. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2019;57(1):171-175. https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2018.05.009
23. Balboni TA, Vanderwerker LC, Block SD, Paulk ME, Lathan CS, Peteet JR, Prigerson HG. Religiousness and spiritual support among advanced cancer patients and associations with end-of-life treatment preferences and quality of life. *Journal of Clinical Oncology: Official Journal of the American Society of Clinical Oncology*. 2007;25(5):555. https://doi.org/10.1200/JCO.2006.07.9046
24. Fradelos EC, Kourakos M, Zyga S, Tzavella F, Tsaras K, Christodoulou E, Papathanasiou IV. Measuring Religiosity in Nursing: Reliability, Validity and Psychometric Properties of the Greek Translation of the Centrality of Religiosity Scale-15. *American Journal of Nursing*. 2018;7(3-1):25-32. https://doi.org/10.11648/j.ajns.s.2018070301.14
25. Yoon SJ, Suh SY, Kim SH, Park J, Kim YJ, Kang B, Kim HJ. Spiritual Well-being Among Palliative Care Patients With Different Religious Affiliations: A Multicenter Korean Study. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2018;56(6):893-901. https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2018.09.001
26. Koenig H, Koenig HG, King D, Carson VB. *Handbook of religion and health*. Oxford University Press, USA; 2012.
27. Anyfantakis D, Symvoulakis EK, Linardakis M, Shea S, Panagiotakos D, Lionis C. Effect of religiosity/spirituality and sense of coherence on depression within a rural population in Greece: the Spili III project. *BMC Psychiatry*. 2015;15(1):173. https://doi.org/10.1007/BF03401304
28. Chrousos GP. Stress and disorders of the stress system. *Nature Reviews Endocrinology*. 2009;5(7):374. https://doi.org/10.1038/nrendo.2009.106
29. Allport GW, Ross JM. Personal religious orientation and prejudice. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1967;5(4):432. https://doi.org/10.1037/h0021212
30. Masters KS, Hooker SA. Religion, spirituality, and health. In: Paloutzian R.F., Park C.L., eds. *Handbook of the psychology of religion and spirituality*. New York, NY, US: Guilford Press; 2013.
31. Mickley JR, Soeken K, Belcher A. Spiritual well-being, religiousness and hope among women with breast cancer. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*. 1992;24(4):267-272. https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1992.tb00732.x
32. Nelson PB. Intrinsic/Extrinsic Religious Orientation of the Elderly Relationship to Depression and Self-Esteem. *Journal of Gerontological Nursing*. 1990;16(2):29-35. https://doi.org/10.3928/0098-9134-19900201-09
33. Patock-Peckham JA, Hutchinson GT, Cheong J, Nagoshi CT. Effect of religion and religiosity on alcohol use in a college student sample. *Drug and Alcohol Dependence*. 1998;49(2):81-88. https://doi.org/10.1016/S0191-8869(97)00164-5
34. Nelson C, Jacobson CM, Weinberger MI, Bhaskaran V, Rosenfeld B, Breitbart W, Roth AJ. The role of spirituality in the relationship between religiosity and depression in prostate cancer patients. *Annals of Behavioral Medicine*. 2009;38(2):105-114. https://doi.org/10.1007/s12160-009-9139-y
35. Caribé AC, Studart P, Bezerra-Filho S, Brietzke E, Noto MN, Vianna-Sulzbach M, Miranda-Scippa Â. Is religiosity a protective factor against suicidal behavior in bipolar I outpatients? *Journal of Affective Disorders*. 2015;186:156-161. https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.07.024
36. Mahmoodabad SSM, Ehrampoush MH, Tabei SZ, Nami M, Fallahzadeh H, Namavarjahromi B, Forouhari S. Extrinsic or intrinsic religious orientation may have an impact on mental health. *Research Journal of Medical Sciences*. 2016;10(4):232-236. Accessed March 27, 2019. Available at: http://eprints.umsha.ac.ir/id/eprint/2369
37. Foong HF, Hamid TA, Ibrahim R, Haron SA. Moderating effect of intrinsic religiosity on the relationship between depression and cognitive function among community-dwelling older adults. *Aging & Mental Health*. 2018;22(4):483-488. https://doi.org/10.1080/13607863.2016.1274376
38. Shattuck EC, Muehlenbein MP. Religiosity/Spirituality and Physiological Markers of Health. *Journal of Religion and Health*. 2018;1-20. https://doi.org/10.1007/s10943-018-0663-6
39. Charlemagne-Badal SJ, Lee JW. Intrinsic Religiosity and Hypertension Among Older North American Seventh-Day Adventists. *Journal of Religion and Health*. 2016;55(2):695-708. https://doi.org/10.1007/s10943-015-0102-x
40. Morawa E, Erim Y. Health-Related Lifestyle Behavior and Religiosity among First-Generation Immigrants of Polish Origin in Germany. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2018;15(11):2545. https://doi.org/10.3390/ijerph15112545
41. McCullough ME, Bono G, Root LM. Religion and forgiveness.Handbook of the psychology of religion and spirituality. *Guilford Press*. 2013; 394-411. Accessed March 27, 2019. Available at: http://local.psy.miami.edu/faculty/mmccullough/Papers/CV%20Papers/ReligionandForgiveness_HandbookPsychologyReligionSpirituality_2005.pdf
42. Smith TB, McCullough ME, Poll J. Religiousness and depression: evidence for a main effect and the moderating influence of stressful life events. *Psychological Bulletin*. 2003;129(4):614. https://doi.org/10.1037/h0087878
43. Hagberg JO, Guelich RA. *The critical journey: Stages in the life of faith*. — Sheffield Publishing; 2011. Accessed March 27, 2019. Available at: https://books.google.ru/books?hl=ru&lr=&id=P1ecCQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR1&dq=15.%09Hagberg+J.+O.,+Guelich+R.+A.+The+critical+journey&ots=heusA4tS0o&sig=MHF-DtmPqRM--iztkSJWffK9wNA&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false
44. Linley PA, Joseph S. Positive change following trauma and adversity: A review. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of the International Society for Traumatic Stress Studies*. 2004;17(1):11-21. https://doi.org/10.1023/B:JOTS.0000014671.27856.7e
45. Tedeschi RG, Calhoun LG. The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*. 1996;9(3):455-471. https://doi.org/10.1007/BF02103658
46. Harris JI, Erbes CR, Engdahl BE, Olson RH, Winskowski AM, McMahill J. Christian religious functioning and trauma outcomes. *Journal of Clinical Psychology*. 2008;64(1):17-29. https://doi.org/10.1002/jclp.20427
47. Koenig HG, Pargament KI, Nielsen J. Religious coping and health status in medically ill hospitalized older adults. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 1998;186(9):513-521. https://doi.org/10.1097/00005053-199809000-00001
48. Payman V, George K, Ryburn B. Religiosity of depressed elderly inpatients. *International Journal of Geriatric Psychiatry: A Journal of the Psychiatry of Late Life and Allied Sciences*. 2008;23(1):16-21. https://doi.org/10.1002/gps.1827
49. Bosworth HB, Park KS, McQuoid DR, Hays JC, Steffens DC. The impact of religious practice and religious coping on geriatric depression. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2003;18(10):905-914. https://doi.org/10.1002/gps.945
50. El-Gilany AH, Elkhawaga GO, Sarraf BB. Depression and its associated factors among elderly: A community-based study in Egypt. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2018;77:103-107. https://doi.org/10.1016/j.archger.2018.04.011
51. Roh HW, Hong CH, Lee Y, Oh BH, Lee KS, Chang KJ, Chung YK. Participation in physical, social, and religious activity and risk of depression in the elderly: a community-based three-year longitudinal study in Korea. *PloS One*. 2015;10(7):e0132838. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0132838
52. Peres MFP, Kamei HH, Tobo PR, Lucchetti G. Mechanisms behind religiosity and spirituality's effect on mental health, quality of life and well-being. *Journal of Religion and Health*. 2018;57(5):1842-1855. https://doi.org/10.1007/s10943-017-0400-6
53. Werdel MB, Dy-Liacco GS, Ciarrocchi JW, Wicks RJ, Breslford GM. The unique role of spirituality in the process of growth following stress and trauma. *Pastoral Psychology*. 2014;63(1):57-71. https://doi.org/10.1007/s11089-013-0538-4

54. Van Cappellen P, Toth-Gauthier M, Saroglou V, Fredrickson BL. Religion and well-being: The mediating role of positive emotions. *Journal of Happiness Studies*. 2016;17(2):485-505. https://doi.org/10.1007/s10902-014-9605-5

55. Lee SA, Ryu HU, Choi EJ, Ko MA, Jeon JY, Han SH, Jo KD. Associations between religiosity and anxiety, depressive symptoms, and well-being in Korean adults living with epilepsy. *Epilepsy & Behavior*. 2017;75:246-251. https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2017.06.005

56. Donahue MJ, Benson PL. Religion and the well-being of adolescents. *Journal of Social Issues*. 1995;51(2):145-160. https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1995.tb01328.x

57. Timio M. Blood pressure trend and psychosocial factors: the case of the nuns in a secluded order. Acta physiologica scandinavica. *Supplementum*. 1997;640:137-139. PMID: 9401626.

58. Krause N. Religion and health: Making sense of a disheveled literature. *Journal of Religion and Health*. 2011;50(1):20-35. https://doi.org/10.1007/s10943-010-9373-4

59. Newlin K, Dyess SM, Allard E, Chase S, Melkus GDE. A methodological review of faith-based health promotion literature: advancing the science to expand delivery of diabetes education to Black Americans. *Journal of Religion and Health*. 2012;51(4):1075-1097. https://doi.org/10.1007/s10943-011-9481-9

60. Al-Kandari YY. Religiosity and its relation to blood pressure among selected Kuwaitis. *Journal of Biosocial Science*. 2003;35(3):463-472. https://doi.org/10.1017/S0021932003004632

61. Крылова Н.Е. Группы смерти и подростковый суицид: уголовно-правовые, психологические и психиатрические аспекты. Психическое здоровье человека и общества. *Актуальные междисциплинарные проблемы*. 2018;529-535.
Krylova NE. Gruppy smerti i podrostkovyj suicid: ugolovno-pravovye, psihologicheskie i psihiatricheskie aspekty. Psihicheskoe zdorov'e cheloveka i obshchestva. *Aktual'nye Mezhdisciplinarnye Problemy*. 2018;529-535. (In Russ.).

62. Lester D. The role of shame in suicide. *Suicide and Life Threatening Behavior*. 1997;27(4):352-361. https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.1997.tb00514.x

63. Naghavi M. Global, regional, and national burden of suicide mortality 1990 to 2016: systematic analysis for the Global Burden of Disease Study. 2016. *BMJ*. 2019;364:l94. https://doi.org/10.1136/bmj.l94

64. Pritchard C, Baldwin DS. Elderly suicide rates in Asian and English-speaking countries. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2002;105(4):271-275. https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2002.1014.x

65. Moreira-Almeida A. *Религия и здоровье: чем больше мы знаем, тем больше мы должны узнать*. Под ред. Борисовой О.А. World Psychiatry (на русском). 2011;1:34-35. Ссылка активна на 27.03.19. Доступно по:
Moreira-Almeida A. *Religiya i zdorov'e: chem bol'she my znaem, tem bol'she my dolzhny uznat'*. Pod red. Borisovoi O.A. World Psychiatry. 2011;1:34-35. (In Russ.). https://www.wpanet.org/uploads/Publications/WPA_Journals/World_Psychiatry/Past_Issues/Russian/WPA12-1_Low.pdf#page=36

66. Mitchell L, Romans S. Spiritual beliefs in bipolar affective disorder: their relevance for illness management. *Journal of Affective Disorders*. 2003;75(3):247-257. https://doi.org/10.1016/S0165-0327(02)00055-1

67. Nisbet PA, Duberstein PR, Conwell Y, Seidlitz L. The effect of participation in religious activities on suicide versus natural death in adults 50 and older. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 2000;188(8):543-546. https://doi.org/10.1097/00005053-200008000-00011

68. Nonnemaker JM, McNeely CA, Blum RW. Public and private domains of religiosity and adolescent health risk behaviors: evidence from the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *Social Science & Medicine*. 2003;57(11):2049-2054. https://doi.org/10.1016/S0277-9536(03)00096-0

69. Fuller-Thomson E, West KJ, Baiden P. The tide does turn: Predictors of remission from suicidal ideation and attempt among Canadians who previously attempted suicide. *Psychiatry Research*. 2019;274:313-321. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.02.030

70. Eskin M. The effects of religious versus secular education on suicide ideation and suicidal attitudes in adolescents in Turkey. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2004;39(7):536-542. https://doi.org/10.1007/s00127-004-0769-x

71. Cook JM, Pearson JL, Thompson R, Black BS, Rabins PV. Suicidality in older African Americans: findings from the EPOCH study. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2002;10(4):437-446. https://doi.org/10.1097/00019442-200207000-00010

72. Dervic K, Oquendo MA, Grunebaum MF, Ellis S, Burke AK, Mann JJ. Religious affiliation and suicide attempt. *American Journal of Psychiatry*. 2004;161(12):2303-2308. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.12.2303

73. Huguelet P, Mohr S, Jung V, Gillieron C, Brandt PY, Borras L. Effect of religion on suicide attempts in outpatients with schizophrenia or schizo-affective disorders compared with inpatients with non-psychotic disorders. *European Psychiatry*. 2007;22(3):188-194. https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2006.08.001

74. Strawbridge WJ, Cohen RD, Shema SJ, Kaplan GA. Frequent attendance at religious services and mortality over 28 years. *American Journal of Public Health*. 1997;87(6):957-961. https://doi.org/10.2105/AJPH.87.6.957

75. Musick MA, Wilson J. Volunteering and depression: The role of psychological and social resources in different age groups. *Social Science & Medicine*. 2003;56(2):259-269. https://doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00025-4

76. Lawrence RE, Oquendo MA, Stanley B. Religion and suicide risk: a systematic review. *Archives of Suicide Research*. 2016;20(1):1-21. https://doi.org/10.1080/13811118.2015.1004494

77. Stack S. Suicide: a 15-year review of the sociological literature part I: cultural and economic factors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2000;30(2):145-162. https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.2000.tb01073.x

78. Kirov G, Kemp R, Kirov K, David AS. Religious faith after psychotic illness. *Psychopathology*. 1998;31(5):234-245. https://doi.org/10.1159/000029045

79. Beit-Hallahmi B. *Psychological perspectives on religion and religiosity*. 1st ed. London: Routledge; 2014. https://doi.org/10.4324/9781315749846

80. Greenfield EA, Marks NF. Religious social identity as an explanatory factor for associations between more frequent formal religious participation and psychological well-being. *The International Journal for the Psychology of Religion*. 2007;17(3):245-259. https://doi.org/10.1080/10508610701402309

81. Moreira-Almeida A, Lotufo Neto F, Koenig HG. Religiousness and mental health: a review. *Brazilian Journal of Psychiatry*. 2006;28(3):242-250. https://doi.org/10.1590/S1516-44462006005000006

82. Tacey D. *The spirituality revolution: The emergence of contemporary spirituality*. 1st ed. London: Routledge; 2004. https://doi.org/10.4324/9780203647035

83. Abeyta AA, Routledge C. The need for meaning and religiosity: An individual differences approach to assessing existential needs and the relation with religious commitment, beliefs, and experiences. *Personality and Individual Differences*. 2018;123:6-13. https://doi.org/10.1016/j.paid.2017.10.038

84. Eriksson CB, Yeh D. Grounded transcendence: Resilience to trauma through spirituality and religion. In: Gow K.M., Celinski M.J., eds. *Individual trauma: Recovering from deep wounds and exploring the potential for renewal*. New York: Nova Publishers; 2012. Accessed March 27, 2019. Available at: https://www.researchgate.net/profile/Marek_Celinski/publication/292065408_Individual_trauma_Recovering_from_deep_wounds_and_exploring_the_potential_for_renewal/links/58f96741aca2723d79d26fa9/Individual-trauma-Recovering-from-deep-wounds-and-exploring-the-potential-for-renewal.pdf#page=65

85. Platt S, Halliday E, Mackenzie M, McCollam A, McDaid D, McLean J, Woodhouse A. Evaluation of the first phase of choose life, the national strategy and action plan to prevent suicide in Scotland. *Psychiatria Danubina*. 2006;18(1):103-103. PMID: 16964046.

86. Platt S, Arensman E, Rezaeian M. *National Suicide Prevention Strategies — Progress and Challenges*. Crisis. 2019;40:75-82. https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000587

87. Mowat H. Ageing Health Care and the Spiritual Imperative: A View from Scotland. *Journal of Religion, Spirituality & Aging*. 2006;18(2-3):3-17. https://doi.org/10.1300/J496v18n02_01

88. Westberg GE, McNamara JW. *The parish nurse: Providing a minister of health for your congregation*. Minneapolis: Augsburg Books, 1990. Accessed March 27, 2019. Available at: https://books.google.ru/books?hl=ru&lr=&id=TIm5tGhOSZ0C&oi=fnd&pg=PA7&dq=Westberg+G.+E.,+McNamara+J.+W.+The+parish+nurse&ots=jn1TJWRo2e&sig=PhF6QabddrNsqnmftDhHPt3AfSk&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false

89. Haynes T, Turner J, Smith J, Curran G, Bryant-Moore K, Ounpraseuth ST, Yeary KHCK. Reducing depressive symptoms through behavioral activation in churches: A Hybrid-2 randomized effectiveness-implementation design. *Contemporary Clinical Trials*. 2018;64:22-29. https://doi.org/10.1016/j.cct.2017.11.010

90. Verhagen PJ. Psychiatry and religion: consensus reached! *Mental Health, Religion & Culture*. 2017;20(6):516-527. https://doi.org/10.1080/13674676.2017.1334195

91. Bhugra D. (ed.). *Psychiatry and Religion: Context, Consensus and Controversies*. London: Routledge, 2018. Accessed March 27, 2019. Available at: https://books.google.ru/books?hl=ru&lr=&id=s3tqDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT15&dq=bhugra+religion&ots=9Nyr1OcHcx&sig=tvAVMg0kclIp_udektZG6M6FQVQ&redir_esc=y#v=onepage&q=bhugra%20religion&f=false

92. Coleman S, Collins P. (ed.). *Religion, identity and change: perspectives on global transformations*. London: Routledge, 2017. Accessed March 27, 2019. Available at: https://books.google.ru/books?hl=ru&lr=&id=I7bfRtKgZPQC&oi=fnd&pg=PA1&dq=Coleman+religion&ots=usNB7Y3CPR&sig=C6Cvi0Q9IxKJckwqgZyeaB6WjXI&redir_esc=y#v=onepage&q=Coleman%20religion&f=false

93. Hefti R, Büssing A. *Integrating religion and spirituality into clinical practice*. Basel, Switzerland: MDPI AG-Multidisciplinary Digital Publishing Institute, 2018. Accessed March 27, 2019. Available at: https://www.mdpi.com/books/pdfdownload/book/631

94. Curlin FA. Religion and spirituality in medical ethics In: Balboni M., Peteet J., eds. *Spirituality and Religion Within the Culture of Medicine: From Evidence to Practice*. New York: Oxford University Press; 2017. Accessed March 27, 2019. Available at: https://books.google.ru/books?hl=ru&lr=&id=kjskDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA179&dq=curlin+2007+religion&ots=xKLN4EQerl&sig=obKovbqXndxlzS2hlpw8WQi381U&redir_esc=y#v=onepage&q=curlin%202007%20religion&f=false

95. Hansdak SG, Paulraj R. Are we doing harm by omission? Addressing religiosity of the mentally ill. *World Psychiatry*. 2013;12(1):40. https://doi.org/10.1002/wps.20012

96. Leavey G, Loewenthal K, King M. Locating the social origins of mental illness: the explanatory models of mental illness among clergy from different ethnic and faith backgrounds. *Journal of Religion and Health*. 2016;55(5):1607-1622. https://doi.org/10.1007/s10943-016-0191-1

97. Best M, Butow P, Olver I. Doctors discussing religion and spirituality: A systematic literature review. *Palliative Medicine*. 2016;30 (4):327-337. https://doi.org/10.1177/0269216315600912

98. Johnson EL. *God and soul care: The therapeutic resources of the Christian faith*. Westmont: Inter Varsity Press; 2017. Accessed March 27, 2019. Available at: https://books.google.ru/books?id=OmOMDwAAQBAJ&dq=E.+L.Johnson++religion+health&lr=&hl=ru&source=gbs_navlinks_s

99. Копейко Г.И., Борисова О.А., Казьмина О.Ю. Религиозные копинг-стратегии в реабилитации психически больных. *Психиатрия*. 2016;70:40-49.
Kopejko GI, Borisova OA, Kaz'mina OYu. Religioznye koping-strategii v reabilitatsii psikhicheski bol'nykh. *Psikhiatriya*. 2016;70:40-49. (In Russ.).

100. Борисова О.А., Гусев В.В., Дробашенко Т.Г., Пятницкая Л.Н., Слоневский Ю.А., Комиссарова С.А. Опыт конфессионально-ориентированной реабилитационной работы с психическими больными, основанной на анализе их религиозного мировоззрения. *Консультативная психология и психотерапия*. 2010;3:176-187. Ссылка активна на 27.03.19. Доступно по: http://psyjournals.ru/files/32849/mpj_2010_n3_Borisova%20and%20other.pdf
Borisova OA, Gusev VV, Drobashenko TG, Pyatnitskaya LN, Slonevskij YuA, Komissarova SA. Opyt konfessional'no-orientirovannoj reabilitatsionnoj raboty s psikhicheskimi bol'nymi, osnovannoj na analize ikh religioznogo mirovozzreniya. *Konsul'tativnaya Psikhologiya i Psikhoterapiya*. 2010;3:176-187. (In Russ.).

101. Магай А.И. Место духовно-ориентированного подхода в реабилитации больных эндогенными психическими заболеваниями с алкогольной зависимостью. *Теологический вестник Смоленской Православной духовной семинарии*. 2017;107-112. Ссылка активна на 27.03.19. Доступно по: http://smolensk-seminaria.ru/files/331/teolog-vestnik-chast-2-20.pdf#page=107
Magaj A. I. Mesto dukhovno-orientirovannogo podkhoda v reabilitatsii bol'nykh ehndogennymi psikhicheskimi zabolevaniyami s alkogol'noj zavisimost'yu. *Teologicheskij Vestnik Smolenskoj Pravoslavnoj Dukhovnoj Seminarii*. 2017;107-112. (In Russ.).

102. Каледа В.Г., Попович У.О., Романенко Н.В. Религия и психиатрия: проблема взаимоотношений в трудах отечественных психиатров. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2018;118(6):102-110.
Kaleda VG, Popovich UO, Romanenko NV. Religiya i psikhiatriya: problema vzaimootnoshenij v trudakh otechestvennykh psikhiatrov. *Zhurnal Nevrologii i Psikhiatrii im. S.S. Korsakova*. 2018;118(6):102-110. (In Russ.). https://doi.org/10.17116/jnevro201811861102

103. Зражевская И.А., Короленко Ц.П. Религиозное чувство в структуре идентичности. *Journal of Siberian Medical Sciences*. 2008;4. Ссылка активна на 27.03.19.
Zrazhevskaya IA, Korolenko TsP. Religioznoe chuvstvo v strukture identichnosti. *Journal of Siberian Medical Sciences*. 2008; 4. (In Russ.). http://ngmu.ru/cozo/mos/eng/article/text_full.php?id=295

104. Griffith JL. Psychiatry and mental health treatment. In: Cobb M., Puchalski C.M., Rumbold B. *Oxford textbook of spirituality in healthcare*. New York: Oxford University Press; 2012. Accessed March 27, 2019. Available at: https://books.google.ru/books?hl=ru&lr=&id=vg5O6hptvGQC&oi=fnd&pg=PA227&dq=Griffith+J.+L.++relig&ots=QjvxZj7142&sig=g4ieudp5DbuHHCx8k_Fg6Ff-2Cs&redir_esc=y#v=onepage&q=Griffith%20J.%20L.%20%20relig&f=false

105. Nooney J, Woodrum E. Religious coping and church-based social support as predictors of mental health outcomes: Testing a conceptual model. *Journal for the Scientific Study of Religion*. 2002;41(2):359-368. https://doi.org/10.1111/1468-5906.00122

106. Ellison CG, Levin JS. The religion-health connection: Evidence, theory, and future directions. *Health Education & Behavior*. 1998;25(6):700-720. https://doi.org/10.1177/109019819802500603

107. Bradley E. Religious involvement and social resources: evidence from the data set» Americans' changing lives». *Journal for the Scientific Study of Religion*. 1995;259-267. https://doi.org/10.2307/1386771

Поступила 19.06.19
Received 19.06.19
Принята к печати 24.07.19
Accepted 24.07.19