

PHILOSOPHY



Под редакцией
Роберта Л. Херрмана

БОГ, НАУКА И ПОКОРНОСТЬ

Десять ученых
о теологии смирения

act
ИЗДАТЕЛЬСТВО

Астрель
МОСКВА

2007

Забытый фактор здоровья

Медицинские исследования открывают клиническую эффективность религии

**ДЭВИД Б. ЛАРСОН
И СЬЮЗЕН С. ЛАРСОН**

Медицина продолжает верить в возможность создания средства, которое позволило бы избавить человека от физических и эмоциональных страданий при помощи объективных методов науки. Используя все, что может улучшить клинический результат выздоровления, мы, как ученые, обладаем возможностью исследовать новые области, которые ранее находились за пределами научных исследований, чтобы найти новые многообещающие способы жить более здоровой жизнью.

В области эпидемиологии определение факторов, которые способствуют здоровью и которые увеличивают риск заболевания и более ранней смерти, является одной из главных задач. Эпидемиологи изучают факторы, предотвращающие болезнь, часто еще до начала понимания механизма, который лежит в основе этого действия. Желание провести подобные исследования, чтобы определить работающие механизмы, а потом попытаться выяснить их природу, требует определенного профессионального смирения, которое

отказывается принижать значимость потенциальных клинических факторов, еще не оцененных по достоинству современными теориями. Новые открытия, которые способствуют росту здоровья, создают новые возможности для научных теорий, возникающих на основе новых данных. Факторы, на которые ранее не обращали внимания, ждут своего открытия.

Как пишет в книге «Подход смирения» сэр Джон Темплтон: «Чем больше мы узнаем о Вселенной, тем более смиренными мы должны быть, понимая, насколько несведущими мы были в прошлом и сколько еще нам предстоит открыть» (1).

В эпидемиологии поразительная связь, которая способствует излечению от болезни, может служить центральной темой для ряда исследований. Эпидемиология построена на феноменологии — объективном, научном наблюдении, которое ведет к новым исследованиям, «чтобы убедиться, что это действительно так». Например, когда Джон Сноу, один из основателей эпидемиологии, в середине XIX века отметил все случаи поражения холерой на карте Лондона, он проследил, что источником инфекции является столь печально знаменитый насос на Брод-стрит. Он убедил городских чиновников убрать этот насос, чтобы остановить распространение заразы. Только теоретические знания, которыми обладал Сноу в то время, позволили ему понять, что эпидемия передается по воде. Сегодня мы знаем, что содержащиеся в сточных водах бактерии могут заражать воду. Но в тот момент бактерии холеры еще не были открыты, а также не был понятен механизм их действия на систему пищеварения. Предотвращение распространения холеры в Лондоне началось с закрытия насоса на Брод-стрит. Впоследствии, когда были поняты механизмы заражения и найдены антибиотики против холеры, справляться с эпидемией стало гораздо проще, но первым шагом на пути к здоровью было наблюдение ученого, которое показало связь болезни с водоснабжением (2).

Подобные эпидемиологические наблюдения могут расходиться с существующими медицинскими теориями, и по-

этому для проведения подобных исследований требуется смирение и отказ от предвзятости в оценке их важности. В другом историческом примере из области медицины венгерский физиолог Игнас Семмельвейс, работавший в Венском госпитале в 1847 году, обнаружил, что уровень смертности молодых матерей почти в 10 раз меньше при соответствующем обхождении. В одном случае медсестры и акушерки тщательно мыли руки, и смертность пациенток была 3,3%. Но в тех случаях, когда о них заботились студенты, которые только что закончили вскрытие, но забывали помыть руки, смертность среди молодых матерей возрастала до 29,3%. Семмельвейс задолго до появления теории Луи Пастера предположил, что студенты грязными руками переносят «гнилостные частицы», которые и являются причиной смертельной лихорадки пациенток. После того как студентам приказали мыть руки раствором лимонной кислоты, уровень смертности сократился до 3% в первый год и до 1,27% во второй. Но несмотря на столь впечатляющие результаты, начальник Семмельвейса, который имел собственные представления в области медицины, вынудил его покинуть Вену (3). Проявление скромности и смирения со стороны руководителя улучшило бы заботу о пациентах и позволило бы сократить уровень смертности среди молодых матерей.

Клинические факторы, которые могут способствовать улучшению здоровья, заслуживают научного исследования и возможного включения в практику, поэтому не следует принижать их значение и выпускать их из внимания. В настоящее время опубликованные медицинские исследования говорят о наличии фактора, благоприятного для предотвращения болезни, ее излечения и последующего выздоровления (4). Этот фактор связан с феноменом долгожительства, низкого кровяного давления, большей способностью справляться со стрессом, низким уровнем депрессий, отказом от злоупотребления алкоголем и наркотиками, он изучается исследованиями, наблюдающими за людьми на протяжении десятилетий (5). И все же этот фак-

тор пока не включен в общую клиническую картину исследований. Так что же это за фактор, который часто остается без внимания? Это — сила личной духовности человека или его религиозность.

Связь между духовностью и здоровьем сейчас приобретает клиническое и медицинское признание, основанное на опубликованных в известных медицинских журналах исследованиях. В 1998 году Консенсусный отчет собрал результаты работ более семидесяти основных ученых в области физического и умственного здоровья, привязанностей и неврологии, чтобы познакомить ученых с современными достижениями, а также обозначить будущие направления исследований и потенциальные трудности. Консенсусный отчет позволил сделать следующий вывод: «Данные из многих областей исследований одновременно достаточно обширны и провокационны, что позволяет говорить о продолжении и расширении поля исследований» (6).

Духовность и ее потенциальная связь с физическим и эмоциональным здоровьем является важным клиническим фактором, который позволит расширить спектр исследований. И все же в этой новой области исследований требуется смирение, чтобы убедиться, что данный, столь часто не замечаемый или просто осмеиваемый медицинским сообществом фактор действительно эффективен.

Смирненное исследование

Что же относится к этим «обширным и провокационным» открытиям?

Три последних исследования являются очень наглядным примером роста глубины и объема исследований, изложенных в цитируемых научных журналах. Они обращены к изучению трех важных вопросов медицины: восстановление после сердечных операций, долгожительство и функционирование иммунной системы.

Хирургия сердца

Когда религиозность оказывается значимым клиническим фактором? Можем ли мы изменить эффективность восстановления после операций? Многие исследователи и клиницисты считают, что религиозность не связана с восстановлением. Но последнее исследование Дартмундской медицинской школы показывает, что хорошим предвестником того, насколько хорошо человек перенесет операцию на сердце, является сила его религиозности. При исследовании 232 пациентов, те из них, которые говорили, что они не получают большой поддержки со стороны своего религиозного чувства, обладали в три раза большим уровнем смертности и на шесть месяцев более долгим сроком восстановления, чем те, которые говорили, что получают определенную поддержку. Ни один из тех, кто считал себя глубоко религиозным до операции, не умер в ближайшие 6 месяцев, в сравнении с 12%-ным уровнем смертности среди тех, кто редко или никогда не посещал церковь. Если бы исследование не включило в свой инструментарий переменные, описывающие религиозные ценности, как это происходит в большинстве исследований, то подобные результаты не были бы обнаружены и, возможно, эффективный метод восстановления после сложной и дорогой операции был бы не открыт.

В результате значимости этих открытий главный исследователь проекта доктор Томас Оксман предположил, что вопрос по поводу религиозной веры пациента может быть важным для прогноза результата, наряду с другими вопросами по поводу образа жизни, вредных привычек и так далее. «Курение и гипертония являются факторами риска для сердечно-сосудистых заболеваний, и хотя мы не знаем механизма их влияния, врачи все равно советуют воздерживаться от курения, — говорит он. — Со временем врачам можно советовать задавать относительно простые вопросы по поводу религиозности и советовать определенные формы религиозного участия, столь же непосредственно, как они задают вопросы по поводу курения и гипертонии».

Это исследование говорит о том, что врачи «вероятно, не смогут повлиять на пациента в вопросе обращения к религии ... не более, чем они могут убедить его бросить курить». Но все же поощряя данный тип поведения, они могут «улучшить качество жизни пациентов и изменить их поведение в сторону благоприятного восстановления» (7).

Долгожительство

Довольно нежелательный клинический исход, который сложно обсуждать, это смерть. С 1965 года проводится долгосрочное исследование здоровья и морального духа более 5280 человек в округе Каламеда, Калифорния, направленное на выяснение практик ведения здорового образа жизни и привычек, которые способствуют долгожительству. За 28-летний период исследований У. Дж. Стробридж и его коллеги обнаружили, что уровень смертности у людей, которые обычно посещают религиозные службы раз в неделю или чаще, на 25% меньше, чем у тех, кто делает это нечасто или вообще не делает (8).

Функционирование иммунной системы

Исследование более 1700 пожилых людей из Северной Калифорнии, проведенное в Медицинском центре университета Дьюка, выявило, что люди, которые посещают церковь с любой частотой, будут в два раза менее вероятно остальных обладать повышенным уровнем протеина в крови, который может вызвать проблемы функционирования иммунной системы. Высокий уровень интерлейкина 6 (IL-6) может быть связан с отсутствием эффективности иммунной системы, что делает тело более подверженным различным заболеваниям.

Исследователи отмечают, что высокий уровень стресса связан с высвобождением гормонов, таких как кортизол и IL-6, что может влиять на работоспособность иммунной системы. Они выдвинули гипотезу о том, что если религиозность улучшает управление стрессом, как это видно из других исследований, то религиозность может сократить и

производство IL-6, а также выброса в кровь кортизола и других гормонов, которые неблагоприятно влияют на иммунитет.

«Помогая улучшать контроль за стрессом, большая религиозность может помочь подавлять производство биологических веществ, которые снижают способности тела противостоять болезни», — отмечает известный исследователь доктор Гарольд Кениг.

Исследование выявило отношения между низким уровнем посещения религиозных служб и высоким уровнем IL-6, которое нельзя было объяснить другими исследуемыми переменными, включая депрессию или отрицательный жизненный опыт, которые также могли бы увеличить этот уровень.

«Это открытие дает некоторую поддержку гипотезе, согласно которой пожилые люди, часто посещающие религиозные службы, обладают более здоровой иммунной системой», — считают исследователи (9). Важно, чтобы будущие исследования в смиренном желании открыть новые границы медицинского знания изучили связь между религиозностью и функционированием иммунной системы, а также нейрохимическими процессами.

Парадигмальный сдвиг в медицине

В свете этих открытий, значительное число из которых мы обсудим позже, медицинское образование, исследования и практика находятся сегодня на грани возможного парадигмального сдвига, который приведет к признанию важности духовности для здоровья. Ранее более традиционная медицина не считала религиозность важным фактором здоровья, считая ее не связанной с состоянием организма. Некоторые области науки, наоборот, считали, что религиозность может нанести человеку вред (10). Более того, духовность считалась либо слишком противоречивой, либо неизмеримой, или основанной на трансцендентальных верованиях, лежащих за пределами эмпиризма. Однако эффект религи-

озности и духовной веры можно исследовать эмпирически. Мету религиозности можно определить при помощи вопросов об участии в религиозных мероприятиях, например о частоте посещения церкви, молитвы, чтения священных текстов. О духовности можно узнать, спрашивая о том, какие факторы дают высший смысл и цель в жизни человека. То, как человек оценивает личную значимость своей религиозной веры, можно узнать при помощи выяснения, до какой степени, если таковая вообще имеется, Бог является источником силы или комфорта. Затем показатели религиозности можно сравнить с различными индексами физического или эмоционального здоровья или личного благополучия. Лучший подход к изучению связей между религиозным обязательством и здоровьем – многомерный. И все же не следует слишком увлекаться оценкой духовных или религиозных факторов, необходимо двигаться постепенно, как и в любой области научного исследования. Удивительно, но даже упрощенные оценки (например, частота посещения церкви) показывают интересные закономерности для здоровья. Но чем более надежны и уместны показатели, которые оценивает исследователь, тем более поучительными являются результаты.

Томас Кун в своей инновационной работе «Структура научных революций» говорит, что принятие новых парадигм возможно только после проявления неполноты старой парадигмы. Способ восприятия специфической научной области может оставаться устойчивым, пока существующая парадигма, как считается, способна к решению существенных задач или проблем в этой области. Только когда ограничения старой модели будут показаны – часто путем нового исследования, – группы ученых начинают бросать вызов исходной теории и развивать более полную парадигму, которая может объяснить полученные новые данные. Следовательно, благодаря росту количества исследований, обнаруживающих связи между религиозностью и физическим и умственным здоровьем, предотвращением болезни, улучшением восстановления после болезни и стресса, а также

долгожительством, медицина начинает развивать модель здравоохранения, которая будет включать духовное измерение. Почему должен фактор, столь распространенный среди пациентов и важный для столь многих из них, оставаться без внимания? Смирение приглашает нас расширить наше знание и пересмотреть наши взгляды.

Кун предупреждал, что принятие новой парадигмы остается сложным и трудным делом. Часто ученые стремятся объяснить новые данные в терминах старых парадигм до тех пор, пока не поймут, что старая парадигма слишком ограничена. Кун говорил об эксперименте, который должен снять это сопротивление и позволить принять новые открытия. Участников эксперимента просили определить игральную карту после краткого показа. Некоторые карты были изменены, так что пики были красными, а черви — черными. Участники исследования правильно определяли нормальные карты, но они совершенно без колебаний определяли и измененные карты. Например, черная восьмерка червей определялась либо как восьмерка червей, либо как восьмерка пик. Карты воспринимались на основе принадлежности к уже существующей парадигме. Только после длительного процесса со множеством показов участники эксперимента видели карты иными, часто неожиданно для себя самих, понимая тот способ, которым были заменены некоторые карты. Узнавая новые карты, они совершали парадигмальный сдвиг (11).

Борьба парадигм продолжается на арене религиозности и веры. Некоторые исследователи все еще пытаются объяснить полученные данные, основываясь на старых парадигмах. Выделяя религиозность из общей картины клинических исследований, они интерпретируют данные о часто положительных связях здоровья с религиозностью, принося их значение, воспринимая их, как влияние другого, уже известного, фактора. Они приписывают эффект религиозности «только» религии, как механизму социальной поддержки, или «только» поддержке религией ведения более здорового образа жизни. Все же, когда эти факторы

учитываются в исследованиях, религиозность по-прежнему проявляется как статистически существенный благоприятный клинический фактор. Некоторые исследователи и клиницисты должны все же признать эту новую карту в колоде. Но увеличение числа медицинских исследователей и практиков, признающих уместность религиозного и духовного обязательства в предотвращении болезни, излечении и ускорении выздоровления, сегодня очевидно.

Вопрос о неизученных предпосылках – личный опыт

Теории, основанные на неисследованных предпосылках, отвергающие роль религии как важного клинического фактора, являются препятствием на пути к парадигмальному сдвигу, который признает позитивную связь религиозности и здоровья. Но, проводя объективное количественное исследование публикаций в известных научных журналах, мы нашли путь к новым исследованиям. Применяя научные методы, мы можем прийти к новому пониманию важности того, что мы когда-то предали забвению. Как говорит Рассел Стэннард, автор первой главы данной книги, теории, основанные на личных предположениях людей, должны уступить место практическим свидетельствам.

Когда я изучал психиатрию в середине 70-х годов, я постоянно слышал, что религия в целом вредна для умственного здоровья человека. Мне было интересно, правда ли это. В своей работе с пациентами в качестве психиатра я наблюдал, что религиозность людей часто помогает им справиться с проблемой, а иногда дает дополнительную мотивацию для выздоровления. Однако не существовало аудитории, с которой можно было бы обсудить этот вопрос. Если бы кто-то предположил, что религия не всегда может быть вредной – на самом деле она является нейтральной, а иногда может быть и полезной, – то его бы высмеяли за средневековые взгляды и обвинили бы в непрофессионализме, пожелав ему «разобраться» со своими

собственными психологическими проблемами. Но, на мой взгляд, не подвергавшийся сомнению принцип, согласно которому религия считается вредной, заслуживает более подробного исследования. Я хотел посмотреть, что показывают исследования.

Основатель современной психиатрии Зигмунд Фрейд, который блестяще объяснял понятие бессознательного, высказал очень сильные утверждения о своем восприятии религии. Будучи общепризнанным атеистом, он объявил религию «универсальным неврозом одержимости... инфантильной беспомощностью ... регрессом к первичному нарциссизму» (12). Другие профессиональные исследователи умственного здоровья, казалось, согласились с его утверждениями. Религия в середине 1970-х годов была названа Группой развития психиатрии «пограничным психозом ... регрессией, спасением, проекцией в мир примитивного инфантильного состояния» (13). Современный психолог Альберт Эллис, известный своей работой в области рациональной эмоциональной терапии, написал:

«Религиозность во многих случаях эквивалентна иррациональному мышлению и эмоциональному расстройству... Тонким решением эмоциональных проблем будет отказ от всякой религиозности... чем менее религиозен человек, тем более он будет эмоционально здоровым» (14).

Но еще один известный психолог, Карл Юнг, сделал следующее наблюдение:

«Среди всех пациентов второй половины моей жизни... не было ни одного, который не стремился бы на исходе лет найти религиозный ответ на вопросы жизни. Можно с уверенностью утверждать, что каждый из таких людей чувствовал себя больным, потому что он потерял то, что давали людям живые религии любой эпохи, и ни один из тех, кто не нашел свой религиозный ответ, не смог излечиться от этой болезни» (15).

Исследования против неизученных предпосылок

До какой степени любое из этих мнений опирается на объективные исследования? Как профессиональные клиницисты, не должны ли мы смиренно изучить эти противоположные предпосылки при помощи исследования? Как написано в Притчах 18:2: «Человек, которому не хватает мудрости, получает удовольствие не от обучения, а только от выражения своего мнения». Нам нужно нечто большее, чем мнение. Нам необходимы более объективные стандарты, такие как исследование, чтобы изучить доступные свидетельства. Когда мы смиренно и честно применяем научные методы, что мы находим в опубликованных данных? Наука может отказаться от цитирования имен и заменить исследованиями те факты, которые являются выражением личного мнения, чтобы изучить новые, влияющие на здоровье пациента.

Говоря о важности проведения эмпирических исследований религии, Джон Фогило и Говард Бруди в «Журнале семейной практики» утверждают:

«Важность исследования религиозных вопросов в семейной медицине может быть недооценена, потому что они кажутся слишком смешными. Как ни иронично выглядит, отсутствие серьезных источников по вопросам религии в семейной медицине и является тем фактором, который оставляет нас в этом вопросе на уровне анекдотов и мнений, вместо того чтобы продвигаться вперед в определении, является ли религия полезной, нейтральной или вредной для здоровья пациентов» (16).

Если окажется, что религиозность вредна, как полагал Фрейд и его последователи-психологи, тогда исследования, опубликованные в психологических журналах, должны это продемонстрировать. Я обратился к исследованиям, чтобы увидеть, подтверждают ли данные то, о чем все это время говорили психологи. Я решил изучить эти исследования, чтобы убедиться, насколько часто психиатрия изучала ре-

лигиозность, а также определить общие выводы этих исследований. Я предполагал, что результаты исследований будут формировать нормальную кривую, то есть среди них будут как позитивные, так и негативные выводы, а основная их часть будет склоняться к неопределенности. Я решил оставаться максимально объективным, чтобы не допускать ошибки.

Чтобы избежать ошибки в выборке статей, которые я рассматривал, я создал научный и объективный процесс, который назвал «систематическим обзором». Наша исследовательская команда просмотрела каждую публикацию в четырех ведущих психологических журналах за период в пять лет (1978–1982), чтобы убедиться, какое количество из них содержало измеряемые религиозные показатели. Изучение каждой статьи в данных журналах позволило сохранить объективность и избежать игнорирования некоторых исследований в силу своего собственного вкуса или антипатий. Этот метод также давал полный отчет о «положении дел» в этой области, благодаря обзору тем публикаций за определенный период времени.

Метод систематического обзора

Чтобы вам был понятен тот принцип, который мы использовали для сбора представленной здесь информации, я хотел бы немного больше объяснить вам, почему этот клинический систематический метод является таким важным шагом для объективного учета противоречивых факторов.

Традиционные обзоры

Хотя это не всегда осознается, обзоры в определенной области исследований являются показателем уровня ее развития. Особенно это касается новых областей, для понимания динамики которых необходим обзор всех исследований, опубликованных до определенного времени, а также рекомендации по их продолжению. Традиционно процесс обзо-

ра основывался на субъективных предпочтениях исследователя. Он позволял ему высказывать личные суждения по поводу того, какие статьи включать в обзор, какие части этих статей являются наиболее значимыми, как лучше интерпретировать результаты. К числу позитивных сторон этой стратегии можно отнести ее гибкость, возможность выразить свое собственное мнение. Однако такой подход слишком сильно зависит от личного опыта исследователя, проводящего обзор, поэтому не может считаться совершенным. Его недостаток содержит возможность для искажения результатов личным мнением. Кроме того, такой обзор относительно не структурирован, и даже если подозревать ошибки, почти невозможно объективно их доказать из-за отсутствия полного охвата картины. Поэтому даже если обзор отражает научную область исследования достаточно полно, он все равно бессилён против критики, опирающейся на другие факты.

Эти недостатки могут иметь особенно большое значение, если тема, о которой идет речь, недооценена из-за предрассудков, как в случае влияния религиозности на здоровье. Традиционные обзоры сохраняют этот предрассудок, а поэтому критичны и субъективны как в выборе исследований для анализа, так и в интерпретации данных (17).

Метааналитические обзоры

Иную стратегию по сравнению с более традиционными формами обзора предлагает метаанализ, в котором в исследования включаются статистические данные, которые могут быть объединены с выводами, что дает более обоснованную оценку определенных клинических результатов или эффектов. Благодаря ясной статистической методологии, можно минимизировать ошибки в обзорах исследований.

Однако критерии применимости метаанализа очень жестки. Он создан для серии исследований с (1) гомогенными исследуемыми группами, (2) одинаковыми тестами (3) гомогенными исследуемыми переменными с одинаковой размерностью. Таким образом, более объективный метод

метаанализа не подходит для рассмотрения широких полей знания, различных методологий исследования или различных по размерности переменных, как это часто происходит в исследовании связи между религиозностью и здоровьем.

Систематический обзор

Следовательно, нам с коллегой Джоном Лайонсом, доктором философии, пришлось разработать новую стратегию – систематический обзор. Он является родственником метаанализа, а концептуальным аппаратом обязан Ричарду Лайту и Дэвиду Пилмеру, книга которых под названием «Суммирование» заложила основы для создания систематического обзора (18). Используя объективный и обоснованный метод отбора, систематический обзор минимизирует склонности и ошибки исследователя, свойственные традиционному обзору, но он более широк, чем метаанализ, так как может изучать широкий круг негомогенных групп. Все стороны обзора выражены количественно, в том числе и критерии включения или исключения.

Область исследования систематического обзора чаще всего охватывает все статьи с количественными исследованиями в определенных ведущих научных журналах обычно за последнее время. Количественное исследование не касается отчетов о практике, комментариев и редакторских заметок. Интересующие переменные определяются заранее, например количественные измерители религиозности. Затем команда исследователей вручную ищет в каждой статье в рамках выбранного временного диапазона те переменные, которые необходимо описать. В итоге считается общее число статей и типы измерителей, которые подходят под интерес.

Особый метод позволяет проанализировать качество избранных исследований, определяя степень их надежности (обычно она должна быть выше 0,80), а затем эти данные суммируются во всех исследованиях. Результат может быть представлен в виде числа, поэтому, как и в любой надежной работе, его можно проверить.

Поиск при помощи компьютера не дает столь полной информации, как систематический обзор, изучающий полный текст статьи. Когда дело доходит до интересующих переменных, они часто похоронены в таблицах или тексте, так как представляют не основную часть работы, и поэтому не упоминаются в ключевых словах, необходимых для компьютерного поиска. Мы показали, что систематический обзор является более чувствительным методом, чем поиск по ключевым словам при помощи компьютера. Мы сравнили результаты систематического обзора и поиска библиотекарем по базе данных при помощи компьютера и обнаружили, что последний выделяет только 65% статей, которые были обнаружены при помощи систематического обзора (19). Хотя обзор, выполненный вручную, гораздо более эффективен, он занимает много времени и сил. Когда статьи, попадающие под интересующую категорию, выделены, остается последний шаг – оценить данные, описывающие нужную переменную.

Систематический обзор, включающий все количественные переменные, сводит ошибку индивидуального исследователя к минимуму, объективно качественно и количественно оценивая результаты в потенциально неоднородной группе. Одна из таких групп – исследования религиозности и здоровья. Мы создали новый метод исследования, который будет максимально возможно объективным, чего требует смирение в поисках нового знания.

Систематический обзор четырех журналов по психиатрии

Имея в виду, что психиатрии исторически не хватало объективности в исследовании религиозных взглядов пациентов, мы в первую очередь занялись работами в области психиатрии, опубликованными в «Американском журнале психиатрии», «Британском журнале психиатрии», «Канадском журнале психиатрии» и «Архиве общей психиатрии» с 1978

по 1982 год. Сначала все исследования были проанализированы на содержание количественных данных. Как мы уже замечали, отчеты о практике, комментарии и редакторские заметки были исключены из обзора. Затем мы попытались определить, как часто встречаются в статьях измерители религиозности и насколько они хорошо проанализированы. Одним из примеров переменной, отражающей религиозность, можно считать ответ на вопрос, как часто человек посещает религиозные службы.

За четырехлетний период в этих журналах было опубликовано 3777 статей, из которых 2348 содержат количественные исследования. Среди них 59, или 2,5%, включают в себя одну или более относящуюся к религиозности переменную. Только в трех из 2348 исследований религиозность была основной темой (20). При таком минимальном внимании, объективность негативного отношения к религии может быть поставлена под вопрос, если данный пятилетний период является для всей науки репрезентативным. С нашей точки зрения, пока не подтвержденной, эти пять лет репрезентативны. При таком минимальном объеме данных является ли негативное отношение к религии предрассудком или проверенным фактом?

Многомерные измерители религиозности

Затем мы обратили внимание на применяемые в исследованиях измерители религиозности. Религиозность – это сложный и многомерный фактор, поэтому более точно его можно исследовать при помощи спектра вопросов. Такие измерители, которые позволяют определить активность религиозности – посещение служб, частота молитв, чтения священных текстов, предоставление временных или финансовых ресурсов, – дают представление об участии человека в религиозной жизни. Существуют также вопросы, позволяющие выявить важность религии для человека, например, в какой степени Бог является для него источником силы и комфорта, как часто человек обращается к высшим силам перед принятием важных решений. Другие измерители по-

зволяют определить, является ли религия для человека «внешним» или «внутренним» феноменом. Внутренние и внешние формы религиозности по-разному будут отражены в разных исследованиях. Гордон Олпорт из Гарварда так определяет эти понятия (21):

Внешняя

Внешне религиозный человек использует религию как средство получения статуса или личной уверенности, для оправдания своих действий и для взаимопонимания, делая, таким образом, религию более практичной и эго-ориентированной.

Внутренняя

Внутренне религиозный человек делает веру частью своей внутренней жизни и живет в соответствии с ней, независимо от внешнего общественного давления и других возможных личных последствий.

К 1982 году было разработано около сотни вопросов о религиозности, покрывающих ряд измерений социального статуса, как внешнего, так и внутреннего. Гораздо меньшей степенью определенности обладают вопросы о религиозной принадлежности, такие как «протестант/католик/еврей/другая вера». Они игнорируют множество практик, существующих внутри самих этих групп, а также степень важности, которой обладает религия для человека. Применение таких измерителей основано на предпосылке, что у каждой религии есть определенные уникальные признаки. Но когда отвечающий на данный вопрос человек не дополняет свой ответ какими-то более определенными ответами, позволяющими судить о мере его практики, его понимание религии и своей религиозности остается скрытым в области личных впечатлений и интерпретаций. Что на самом деле измеряется? В зависимости от контекста принадлежность к определенной религии может отражать социальное или этническое происхождение, а не личные верования челове-

ка. В действительности, когда в клинических исследованиях в качестве измерителя религиозности используется принадлежность, большинство из них показывает «нейтральное» влияние религии на здоровье. Это говорит о низкой эффективности данного индикатора. Следовательно, необходимо учитывать типы измерителей религиозности, которые применяются в исследованиях.

Наши данные показывают лишь минимальное внимание к религиозности. Мы обнаружили, что менее 1% количественных исследований, опубликованных в четырех научных журналах за пять лет, содержали индикаторы религиозности. Из 59 исследований, которые содержали индикаторы религиозности, 37 измеряли ее при помощи принадлежности, 17 использовали более сложные показатели и 5 – показатели обоих типов. Что касается числа использованных вопросов, 14% исследований содержали два вопроса, а 3% – три или более.

Более того, только одно из 2348 количественных исследований за этот пятилетний период включало в себя многомерный опросник по религиозности, который ранее был проверен на статистических данных, например, на достоверность измерителя. Только в десяти исследованиях используется более одного вопроса по религиозности, и удивительно, но только восемь из них содержали ссылки на другие исследования данной группы, что говорит о недостаточном знакомстве с результатами других ученых. И вновь отметим, что хотя лишь малая часть использовала более одного показателя, большинство пользовались одним наименее эффективным – принадлежностью (22).

Систематический обзор показывает, насколько мало психиатрия изучала религию. Следовательно, негативное отношение психологии к религии остается в лучшем случае под вопросом. Вспоминая изначальные результаты, мы решили установить, была ли в этих немногих исследованиях связь между религией и здоровьем признана нейтральной, благоприятной и негативной. По нашей гипотезе, связь должна была сформировать стандартную кривую, в которой

большинство случаев приходилось бы на нейтральную связь, а меньшая часть на позитивные и негативные корреляции.

Чтобы дать психиатрии наиболее полное представление об этих исследованиях, мы провели систематический обзор двух ведущих американских журналов по психологии с 1978 по 1989 год (23). Данная работа должна была показать, какую связь выделяли или выдвигали в качестве гипотезы исследователи. Во-первых, были выделены все количественные религиозные исследования в «Американском журнале психиатрии» и «Архивах общей психиатрии» за эти годы. Показатель религиозной принадлежности был исключен из обзора, так как он не позволяет определить религиозность. Оставшиеся показатели были поделены на шесть категорий.

Обзор статей за 12 лет выявил 139 исследований религиозности, в которых использовались количественные показатели. Удивительно, но только в 36% (50) из 139 работ сообщалось о связи между религиозностью и психическим здоровьем. В остальных такой связи найдено не было, либо она осталась не проанализированной. В 50 исследованиях, где была обнаружена связь между религиозностью и психическим здоровьем, в 72% она была положительной, в 16 — отрицательной и в 12 — незначительной. Эти данные отличаются от нашей первоначальной гипотезы о нормальном распределении. На самом деле более 90% работ указывают на то, что 4 из 6 показателей религиозности благоприятны для психического здоровья: участие в религиозных церемониях, молитвы, общественная поддержка и личная связь с Богом. Более того, результаты оказались значительно более положительными, чем можно было бы представить по мнению традиционной психиатрии.

Оставшиеся две категории, религиозный смысл и неопределенная «религия» без каких-либо дальнейших уточнений, берут на себя 7 из 8 негативных корреляций и 5 из 6 незначительных, что неудивительно. Неадекватный измеритель обычно ассоциируется с ненадежностью и понижает вероятность с точки зрения статистики продемонстрировать связь между факторами.

«Смысл» обладает большим потенциалом для негативных ассоциаций. Чтобы пояснить это, потребуются дальнейшие исследования, с более точными и адекватными показателями, способными лучше оценить положительную и отрицательную связь. Например, один из подходов заключается в сравнении клинических ассоциаций человека с высоким уровнем религиозной осмысленности и низким уровнем религиозной практики. Можно предположить, что человек, не посещающий религиозные службы, но для которого религия или духовность имеют большой смысл, страдает от внутреннего конфликта, что негативно отражается на его психическом здоровье.

Самое удивительное в этих исследованиях – это отсутствие гипотез. Только в 30 (22%) из 139 исследований были выдвинуты гипотезы. Это указывает на недостаточно развитый теоретический подход к религиозности и психическому здоровью, а также говорит о необходимости дальнейших исследований религии и духовности.

Место для прогресса

При помощи объективного метода систематического обзора, направленного на анализ связи религиозности и здоровья, мы убедились в том, что она определяется исследователями как позитивная. Но число работ по этой тематике на удивление малочисленно. Недостаточное внимание исследователей поднимает вопросы, такие как открытость ученых объективным данным относительно влияния религиозности на психическое здоровье. Наша работа показала, что, если психиатрия стремится к научной объективности, она должна существенно повысить количество исследований в этом направлении, включить показатели религиозности в свои изыскания и сделать новые научные открытия, способные показать, что религия благоприятна для здоровья.

Подход смирения будет поощрять дальнейшие объективные исследования. Одни из самых ярких ученых в этой

области Аллен Бергин и Рид Пейн описывают эту ситуацию словами «заговор молчания»:

«Парадоксально, но традиционная психология и психиатрия приветствуют индивидуализм, свободу выражения и терпимость и при этом так сильно сопротивляются анализу одного из самых фундаментальных вопросов человечества – морали и духовности. На самом деле терапевты настойчиво пытаются избежать противоречий, на которые наталкивает исследование религии. Относительно научного «заговора молчания» можно заметить, что:

Мы говорим о целом, но привязаны к частностям;
Мы ценим открытость, но остаемся закрытыми;
Нам нравится считать себя восприимчивыми, но не во всем;
Мы терпимы, но не в том, чего не понимаем» (24).

Психиатрия редко обращается к религиозным темам в ведущих журналах. Это говорит о нехватке понимания важности этих факторов в жизни многих пациентов. И все же область медицины претерпела изменения, о которых мы поговорим ниже.

Изменение негативного образа религиозности

Можно предположить, что мало исследованный вопрос не подвергался научному комментированию. Однако обилие внимания к религии со стороны психиатрии становится очевидным при анализе «Пособия по диагностике и статистике» (DSM). Оно было создано ведущими и признанными учеными, врачами и клиницистами и перед публикацией было проверено множество раз. Следовательно, оно отражает современное понимание областей, связанных с психическим здоровьем, и психиатрии в частности, и используется не только психиатрами, но и психологами, социальными

работниками, другими экспертами в области духовного здоровья. Третье, переработанное издание DSM-III-R содержит словарь с описанием примеров использования около ста самых распространенных технических терминов, применяемых в пособии. Это издание включает в себя сорок пять иллюстраций некоторых терминов.

Поскольку психиатрия проводит эмпирические исследования в области религии только в 2,5% всех случаев, можно было бы предположить, что примеры понятий из религии встречаются в данном руководстве крайне редко. Однако все совсем наоборот. Из сорока пяти иллюстраций, поясняющих технические термины словаря, 22% связаны с религиозностью, что почти в десять раз больше уровня исследований. Более того, хотя в приведенных выше исследованиях религия чаще всего называется благоприятным фактором для здоровья, в данном пособии примеры из религии используются для иллюстрации патологий. К тому же помимо религиозных, всего два термина имеют отношение к занятию человека, один – к семье и ни одного – к этническим, расовым, половым, образовательным и культурным особенностям. Удивительно, но ни один из них не связан с сексуальностью, хотя психиатрия во многом связана с психоанализом Фрейда (25).

Психиатры, которые занимались составлением этого пособия, демонстрируют значительную неприязнь к религии, используя ее понятия для описания патологий и неверно интерпретируя ее язык. Например, понятие «бред» иллюстрируется в данном пособии следующим примером: «Когда человек утверждает, что он является самым худшим грешником на Земле, его поведение можно считать признанием, сделанным в бреду» (DSM-III-R, 395). Очевидно, что писавшие словарь ученые не были знакомы с выражением «худший из всех грешников», которое появляется в некоторых религиозных текстах, а также в Первом послании Павла к Тимофею (1:15,16):

«Верно слово и достойно всякого принятия, что Иисус Христос пришел в мир спасти грешников, из которых я первый. Но для того я и помилован, чтобы Иисус Хрис-

тос во мне первом показал все долготерпение, в пример тем, которые будут веровать в Него к вечной жизни».

Человек, который использовал слова «худший из всех грешников», возможно, просто повторял фразу святого Павла, пользующегося уважением в христианской религиозной культуре.

Недостаточное знакомство с культурой может привести к неправильной интерпретации идиом, таких как «дождь льет как из ведра». Какой-то человек, не знакомый с употреблением данного выражения, услышав его, может подумать, что у сказавшего бред. Как дождь может лить из ведра? Однако знакомые с употреблением данного выражения люди понимают, что дождь идет настолько сильно, что его можно сравнить со сплошным потоком воды из ведра. Незнакомому с этим выражением человеку необходимо прояснить его смысл: это конкретное выражение или метафора? Чувствительный к языковому контексту человек может понять это сразу, в противном случае он будет считать его проявлением психопатологии.

«Американский журнал психиатрии» опубликовал наше исследование о недостатках словаря DSM-III-R. Более того, в четвертом издании многие иллюстрации, не проявляющие уважения к религиозным чувствам и неадекватно отражающие язык религии, были заменены. С одной стороны, мы объективно оценили негативное отношение психиатрии к религии, а с другой стороны, показали, насколько редко проводились исследования в этой области, поэтому данная статья помогла подтвердить необходимость важных и необходимых изменений. Наука смиренно признала свой недостаток и изменила следующее издание «Пособия по диагностике и статистике».

Различие мировоззрений

Тот факт, что многие психиатры не обладают достаточным пониманием языка религии, может быть результатом отно-

сительного отсутствия личной заинтересованности в религии по сравнению с населением в целом. Например, согласно результатам опроса Гэллала, хотя 6% населения США являются атеистами или агностиками, 21% психиатров и 28% клинических психологов являются атеистами или агностиками. Кроме того, хотя среди населения США 72% людей согласны с утверждением: «Весь мой подход к жизни основан на религии», только 39% психиатров и 33% клинических психологов согласны с подобным утверждением: «Мои религиозные убеждения больше всего влияют на мою жизнь» (26).

Следовательно, большинство профессионалов в области умственного здоровья имеют дело с пациентами, которые часто придерживаются сильных религиозных взглядов, отличающихся от их собственных. Образование может, таким образом, играть важную роль в обретении понимания религиозной культуры людей, о которых они заботятся.

Говоря об этом различии, попечительский совет Американской ассоциации психиатров призывает к большей чувствительности в своем послании 1990 года «Руководство по возможным конфликтам между религиозностью психиатров и психиатрической практикой». В частности, в этом документе содержался пример отношений убежденно религиозного человека и психиатра с другим мировоззрением. Психиатр называл длительные и сложившиеся убеждения этого человека «глупым неврозом». Послание говорит: «Вследствие интенсивности этих отношений, подобные интерпретации причиняют большой вред и могут впоследствии привести к самоубийству». Напротив, авторы послания предлагают психиатру «поддерживать и уважать религиозные взгляды пациента» (27).

Признавая потенциальное расхождение в мировоззрениях пациента и доктора, терапевты могут прийти к большей чувствительности по отношению к религиозной культуре пациента. А это, в свою очередь, позволит пациентам более свободно обсуждать духовные или религиозные проблемы, которые у них есть, с психиатром.

Важность религии у населения США

Более пятидесяти лет организация Гэллапа проводит опросы американцев. За это время число американцев, которые верят в Бога, осталось на удивление постоянным: 96% в 1944 году и 95% в 1993-м. Более того, 85% американцев считают религию «очень важным» фактором в своей жизни, а 95% открыто признают, что верят в Бога (28). Более 90% американцев хотят, чтобы их дети получали какую-то форму религиозного образования (29). Около 40% еженедельно посещают одно из 500 000 мест религиозного поклонения в США, в том числе церкви, синагоги, мечети. Около 20% посещают церковь раз в месяц, и в целом 60% посещают церковь раз в месяц или чаще (30).

Эти тенденции, вероятно, сохранятся и в следующем поколении. Это можно сказать на основании опроса подростков, проведенного Гэллапом в 1992 году. Значительное число американцев (95%) верят в Бога, часто молятся в одиночестве (42%), еженедельно читают священные книги (42%), еженедельно посещают службы (45%). Удивительно, но 27% подростков считают, что религия более важна для них, чем для их родителей (31).

Имеют ли эти цифры национального масштаба значение для области здоровья и медицины или это просто интересные демографические факты?

Религиозность доминирует среди пациентов

Так как согласно этому исследованию религиозность играет главную роль в жизни многих американцев, хотят ли они говорить с психиатрами о своих духовных проблемах? Исследование, опубликованное в «Журнале семейной практики», посвященное изучению более двух сотен пациентов, показало: 77% считают, что психиатры должны учитывать духовные потребности пациентов. Более того, 37% хотят, чтобы их психиатры больше уделяли внимания духовным вопросам пациентов, а почти каждый второй, или 48%, хотят, чтобы их врачи молились вместе с ними. Но только 32% сказали, что

их врачи хотя бы раз обсуждали с ними духовные вопросы (32). В то же время национальное исследование, проведенное газетой *Weekend*, выявило, что 63% опрошенных считает необходимым обсуждение своих религиозных взглядов со врачами, и только 10% врачей поступают так.

Почему многие врачи не решаются задавать такие вопросы, как: «Что помогает вам справляться с болезнью?» или: «Играет ли в вашей болезни роль ваша вера или духовность?» Почему они должны колебаться спрашивать о том, какую духовную поддержку хотят иметь их пациенты?

Болезнь и духовный кризис

Возможно, многие врачи по-прежнему не знают о важности духовных вопросов для большинства своих пациентов во время работы с серьезными или хроническими заболеваниями. Одно из исследований медицинского центра Дьюка показало, что 44% пациентов верят, будто религиозные взгляды являются наиболее важным фактором в избавлении от болезни, по сравнению с 9% врачей (34). Некоторые врачи могут полагать, что обсуждение религиозных и духовных взглядов пациентов неприменимо, основываясь на отсутствии связи с клиническим опытом. Эта точка зрения является результатом незнания клинических результатов влияния религиозности на здоровье.

В дополнение к недостаточному осознанию важности врачи часто испытывают личный дискомфорт в этом вопросе или понятные колебания, страх, связанный с возможностью проецирования их собственных взглядов на взгляды пациента. И все же, как отмечали физиологи Тимоти Даалман и Дональд Нис в «Журнале семейной практики», «духовные и религиозные вопросы затрагиваются во время отношений врача и пациента, так как они являются компонентами здоровья и благополучия» (35). Эти исследователи также обнаружили, что, учитывая социальную, духовную и физиологическую историю человека, врач может определить тех пациентов, которые более всего стремятся обсуждать духовные вопросы – пациентов, которые часто посещают религиозные службы. Около 90%

пациентов, которые ежемесячно посещают религиозные службы, считают, что доктора должны обращаться к помощи священников, а 68% считают, что их религиозное развитие должно входить в описание их состояния.

Почему пациенты так сильно чувствуют важность духовных вопросов в медицинской заботе о них? Снижение здоровья часто говорит о духовном кризисе, отмечает исследователь Гарольд Кениг из медицинского центра университета Дьюка. Во время серьезной болезни пациент начинает часто ставить под вопрос цель своей жизни, важность или смысл своей работы, свои личные отношения или свое высшее предназначение. Более того, пациенты, госпитализированные с серьезными медицинскими заболеваниями, также сталкиваются с сильным стрессом, в том числе беспокойством по поводу диагноза, болью и дискомфортом, вызванными болезнью и терапевтическими процедурами, чувством изоляции и потенциальной потерей контроля над личными процессами, такими как еда или сон.

Следовательно, как обнаружил доктор Кениг, почти половина госпитализированных пациентов в определенной степени подвержена клинической депрессии. Как некоторые пациенты справляются со своим стрессом? В исследовании Национального института умственного здоровья около 40% серьезно больных пациентов говорят, что религиозные верования или практики были для них самым важным средством в борьбе со стрессом, и более половины из них говорят, что использовали религиозные средства, такие как молитва или чтение религиозных текстов. Другие исследования, о которых мы поговорим ниже, показывают, что религиозность помогает предотвратить уровень депрессии среди серьезных больных, а также ускорить их выздоровление.

Как религия помогает справиться с болезнью? Доктор Кениг в своем исследовании пациентов с физическими болезнями обнаружил, что религия может дать следующее:

1. Надежду на исцеление, на то, что они справятся, надежду на свою семью и любимых, на жизнь после смерти.

2. Контроль за своим состоянием, потому что они могут молиться Богу, который обладает высшей властью.
3. Силу – чтобы справиться со своими проблемами.
4. Смысл – чтобы осознать суть своих страданий.
5. Цель, понимание своей полезности – помогает сохранить уважение к себе в стрессовой и болезненной ситуации (36).

Как указывают Фоглио и Броди, «семейные доктора, которые обладают способностью исцелять, не могут выбирать, учитывать ли религиозные составляющие в практике или нет, часто они делают это бессознательно» (37). Когда доктора спрашивают пациентов об их глубоких духовных проблемах, их пациенты начинают им больше доверять и более открыто обсуждать свои проблемы. Студенты-медики обратили внимание, что, когда они начинали говорить со своими пациентами о духовных вопросах и о том, что дает им смысл жизни, они устанавливали очень сильный контакт, которого раньше не хватало.

Медицинские школы о клинической важности духовности

Еще одна причина, по которой клиницисты стремятся избегать разговора о духовных вопросах с пациентами, – недостаточная подготовка и отсутствие знаний о том, как к этому относиться и обращаться с их духовностью. В прошлом медицинские школы редко говорили о духовных вопросах. Они считались слишком личными, слишком туманными и не имеющими отношения к делу. Однако недостаточное внимание в медицинском образовании к этому вопросу необходимо изменить, основываясь на том факте, что растущее число клинических исследований, многие из которых проведены при поддержке программ фонда Джона Темплтона, говорит о важности религии для здоровья. В 1992 году только две или три медицинские школы предла-

гали курсы по духовности. В 1999 году около шестидесяти двух школ включили в программы своего обучения курсы, на которых объяснялось, как общаться с пациентами на духовные темы, и двадцать семь из них, в том числе школа Джона Хопкинса, Гарварда, Джорджтауна, Брауна, Эмори, Вандербилта, Джорджа Вашингтона, получили гранты фонда Темплтона. Результаты исследований, наряду с открытием новых способов улучшения восстановления пациентов, способствовали введению новых курсов.

Компоненты обучения

Ключевые компоненты курсов медицинских школ были выделены доктором Кристиной Пучалски, директором по образованию Национального института медицинских исследований, который получил премию фонда Темплтона. Она также является директором клинических исследований и образования в Центре улучшения заботы об умирающих медицинской школы Джорджа Вашингтона. Вот компоненты курса:

1. Обучение студентов записывать духовные взгляды человека при анамнезе и относиться к ним уважительно, без осуждения или навязывания.
2. Знакомство с исследованиями влияния духовности на здоровье.
3. Включение священников и других церковных служителей в состав больничного персонала.
4. Внедрение проблемного обучения на основе случаев, в которых духовные воззрения пациентов обсуждаются наряду с физиологическими, социальными и психологическими особенностями. Также в обсуждение включается анализ положительных или отрицательных видов ответов.
5. Эффективное и сострадательное общение с хроническими больными и умирающими пациентами по поводу их страдания, веры и выбора терапии и ухода. Студенты учатся продолжать заботиться об умирающих, даже если специальное лечение уже недоступно.

6. Обучение необходимым навыкам для того, чтобы с состраданием относиться к плохим новостям и использовать при необходимости религиозные ресурсы пациентов.
7. Поощрение студентов в изучении своих собственных религиозных взглядов и того, как они могут помочь или повредить способности справляться со стрессом, а также как они могут повлиять на заботу о пациентах.
8. Пересмотр основных духовных традиций и определенных аспектов религиозных и культурных традиций, которые могут повлиять на здоровый выбор.

Эти компоненты включены в программы различных медицинских школ, их студенты более опытны в обращении с духовными проблемами пациентов, чаще сотрудничают с капелланами и другими священнослужителями больницы. Чтобы привлечь новые духовные ресурсы, студенты изучают духовную историю.

Духовная история

Что может дать духовная история? В 1998 году на семинаре для студентов-медиков, проводимом в Американской ассоциации медицинских колледжей, доктор Кристина Пучалски предложила использовать для структурных вопросов сокращение FISA (ВВУВ). FISA позволяет оценить потенциальную силу духовных ресурсов человека по следующей схеме:

Вера и убеждения: Вы считаете себя духовным или религиозным человеком? Если пациент говорит «да», то врач может продолжать задавать другие вопросы. Если он говорит «нет», то врач может спросить: «Что тогда придает смысл вашей жизни?» Иногда пациенты отвечают, что источником смысла является семья, карьера или природа.

Важность и влияние: Насколько важна религия или духовность в вашей повседневной жизни? Любите ли вы

молиться или читать священные тексты? Изменялось ли за последнее время ваше участие в религиозной жизни? Она помогает вам или вредит? Оказывает ли религия влияние на вашу заботу о себе?

Участие в сообществе: Вы принадлежите к церкви или другой религиозной, духовной группе? Как часто вы посещаете их мероприятия? В последнее время вы посещали подобные службы реже или чаще?

Влияние на лечение: Хотите ли вы обсуждать свои духовные вопросы во время лечения? Есть ли какие-то аспекты веры, которые могут повлиять на характер лечения? Есть ли что-то еще, что вы хотите сказать по поводу важности духовности в вашей жизни?

Если пациент отвечает «да» на эти вопросы или считает себя духовным человеком и религия имеет для него смысл, то можно продолжить список вопросов. Людям нравится рассказывать о себе, особенно о том, что они считают для себя важным. Задавая вопросы о том, что придает жизни человека смысл, можно внести сострадание в медицинскую заботу, обеспечив «контакт» с современным миром высокотехнологичной медицины. Разговор о духовной истории человека может проводиться периодически, что позволит открыть новые ресурсы для восстановления сил человека, такие как религиозная социальная поддержка, а также позволит понять причины отказа или нежелания пациента принимать определенные лекарства.

Доктор Джон Тарпли, координатор отделения общей хирургии медицинской школы Вандербилта и лауреат премии фонда Темплтона за 1998 год, описывает, почему он высоко ценит разговор о духовной истории. Он говорит, что, работая с онкологическими больными, он применяет диету. Если диета по какой-то причине истощает пациента, он обращается за помощью консультанта по питанию. Когда пациент проходит через состояние духовного кризиса, вызванное хирургической операцией, если это необходимо, он обращается за помощью к священнику. «Это не только

приемлемо, но и лучше для пациента, который чувствует заботу о своем духовном состоянии», – утверждал Тарпли на награждении премией Темплтона в 1998 году в Вашингтоне.

Говоря о духовной истории, доктор Пучалски рекомендует сосредоточить разговор на пациенте и разговаривать в тех терминах, которые связаны с религиозной традицией пациента. Необходимо, чтобы врач не навязывал свои собственные взгляды, предупреждает она.

Продолжая этот процесс, фонд Джона Темплтона в 1997 году начал вручать награды за внесение в расписание психиатрических учебных заведений курсов по религии, и Гарвардская медицинская школа получила одну из первых наград. Руководство по составлению расписания основывалось отчасти на данных систематических обзоров психологического здоровья, а также включало советы группы психиатров, принадлежавших к разным религиозным традициям – индуизму, буддизму, иудаизму, протестантизму, католицизму и исламу. Сегодня подобное расписание используется в некоторых медицинских журналах, его распространение также было поддержано фондом Джона Темплтона. Руководство по составлению расписания для учреждений первичной заботы сейчас находится в процессе создания и должно выйти в свет в 2000 году.

Растущее внимание со стороны медицинских школ к образованию с учетом религии может способствовать парадигмальному сдвигу и включению этих забытых ранее факторов в медицинскую практику. Но для того чтобы медицинское сообщество могло воспринять эти ценности, ему необходимо смирение. Так как предполагается, что то, чему учат в медицинских школах, должно основываться на экспериментах, то вопрос о добавлении потенциально противоречивого фактора вроде духовности также должен решаться с научной точки зрения. Эти исследования важны не только для подготовки специалистов следующего поколения, особенно тех, которые будут заботиться о пациентах, но и для улучшения клинических результатов тех, о ком мы заботимся. Есть ли еще исследования, которые способствуют новому парадигмальному сдвигу?

Исследования, опубликованные в медицинских журналах

Публикации медицинских изданий сильно отличаются от данных, которые приводятся в журнальных статьях или газетах. Эксперты просматривают эти исследования, прежде чем допустить к публикации. Такой анализ помогает выделить те исследования, которые не соответствуют научным стандартам; они помогают гарантировать высокое качество и понятные научные методы. Следовательно, когда медицинский или клинический журнал публикует исследование, ученые понимают, что оно будет соответствовать научным стандартам и обладать ценностью в соответствии с нормами медицинского сообщества.

Эти исследования публикуются по тематическим направлениям в соответствии с областями медицины, например восстановление после хирургической операции, сопротивление серьезным болезням, депрессия, сокращение времени пребывания в госпитале, понижение кровяного давления, долгожительство, предотвращение суицида, злоупотребление алкоголем или наркотиками, и так далее. Новые исследования в области религии открывают новое плодородное поле для научного анализа. Смирение позволяет более глубоко проникнуть в тайны этого клинически значимого фактора.

Восстановление после хирургических операций

Почему религиозность пациента связана с сокращением пребывания в больнице? Религия может помогать людям более эффективно справляться с болезнями, а поэтому ускорять восстановление после болезни. Кроме того, более религиозные люди меньше испытывают депрессию, чем простые, что также может помочь сократить пребывание в больнице. «Исследования показывают, что человек, который нервничает или находится в подавленном состоянии, пользуется большим количеством услуг по укреплению здоровья», — говорится в обзоре. В одном из исследований об-

наружилось, что страдающие депрессией люди остаются в больнице в два раза дольше, чем те, которые не страдают депрессией. Растущее число исследований говорит о том, что религиозно активные люди гораздо реже бывают в подавленном состоянии и быстрее восстанавливаются после депрессии, если она имеет место. Улучшение способности справляться с болезнью при помощи религии может помочь сократить пребывание в больнице.

Борьба с серьезными болезнями

Борьба с раком

Диагноз заболевания, угрожающего жизни, например рака, является причиной страха и растерянности пациента. Чтобы понять, как лучше удовлетворить потребности пациентов, страдающих раковыми заболеваниями, исследовательская группа Мичиганского университета изучила опыт 108 женщин, которые проходили лечение разных стадий рака женских органов. Что помогало этим женщинам справляться с болезнью и чего они ждали от своих докторов? Около 93% больных раком говорили, что их религия помогала им сохранять надежду. 75% опрошенных сказали, что религия играет важную роль в их жизни, а 41% ответили, что религиозная жизнь поддерживает в них чувство значимости. Почти половина – 49% – почувствовали, что стали более религиозными после заболевания.

«Отчасти удивительно, но ни один пациент не стал менее религиозным после того, как у него был выявлен рак», – говорится в исследовании.

Несмотря на отношения с врачом, 96% больных хотели «поговорить прямо» о своей болезни. Страх боли пугал их больше всего, поэтому они хотели знать о возможной боли и о том, как с ней справиться сразу после установления диагноза. Что касается потребности в заботе, около 64% опрошенных оценивали докторов по степени сострадания,

которую те выражали. Основываясь на этих данных, исследователи пришли к выводу, что ответственная забота о больных раком пациентах должна включать в себя сочувственно, но честно предоставленную информацию о заболевании, обучение пациента технике снятия боли, максимизацию его комфорта и достоинства, поддержку пациента в его религиозности (44).

Справиться со СПИДом

Получение диагноза ВИЧ-инфекции также может повергнуть пациента в отчаяние. Медицинская школа Йельского университета изучила опыт девяноста пациентов, больных СПИДом, опросила их на предмет их страха смерти, религиозности, чувства вины за инфекцию. Врачи школы обнаружили, что религиозно активные больные обладали меньшим страхом, а также лучше справлялись с болезнью, чем нерелигиозные пациенты. Страх смерти был более вероятен среди 26% людей, которые считали, что болезнь – своего рода наказание (17% считали, что это было наказание Бога). Страх смерти был меньше среди пациентов, которые часто читали Библию, регулярно посещали церковь или считали, что Бог является центральной частью их цели в жизни. Те пациенты, которые верили, что Бог их простит, охотнее участвовали в обсуждении своих сложностей, говорили о том, что их вера играет определенную роль, помогая им справиться со страхом смерти.

«ВИЧ-инфекция ставит под удар самые глубокие верования, которые имели зараженные люди», – отмечают исследователи. Как говорят данные исследования: «Вера в Бога, который прощает и дает утешение, может означать способность принять заболевание или преждевременную смерть» (45).

Борьба с детскими хроническими болезнями

Одно из величайших беспокойств родителей – болезнь их ребенка. Когда болезнь становится хронической, легко появляется беспокойство, стресс может влиять на всех членов семьи. Такой долговременный стресс может привести к из-

менению всех семейных ролей, к социальной изоляции, а также негативно повлиять на брак. То, как родители могут справиться с хронической болезнью ребенка, указывает не только на их собственный уровень физической боли, но и на социальное и личное восприятие детей или родственников.

Исследование 102 родителей с хронически больными детьми помогло понять, как родители используют различные ресурсы, помогающие им заботиться о ребенке – религиозные, семейные, личные, финансовые, социальные – как до того, как ребенок заболел, так и после этого события.

Исследователи обнаружили, что «если религия не помогает родителям справиться с ситуацией, то в дело активнее включаются другие ресурсы». Семьи, которые не обладали достаточной религиозностью, использовали другие ресурсы – помощь родственников, финансы. Авторы добавляют: «Другими словами, родителям, религиозность которых помогала им справиться с проблемой, не требовалось опираться на поддержку других ресурсов, менять что-то в семейном, финансовом или социальном положении». Они пришли к выводу: «Религия и способность справляться тесно связаны между собой» (46).

Решение медицинских проблем – молитва как индикатор

Если пациент верит, что молитва может ему потенциально помочь, то, скорее всего, в нужное время она будет более действенна. Это вновь указывает на клиническую важность изучения духовной и религиозной истории, чтобы понять, как пациенты справляются с болезнью и в какой степени они используют эти вспомогательные механизмы. Увеличение числа молитв пациента может быть одной из сторон его медицинской заботы.

Исследование более чем 250 беременных афро-американских и испанских женщин в Гальвстоне, Техас, выявило, что хотя 48% матерей ежедневно молились за своих рождающихся детей, те из них, кто молился в основном за детей, имели проблемы со здоровьем либо непосредственно после зачатия, либо во время протекания беременности.

Более здоровые матери меньше молились за своих детей. Эти факты подтвердились и после проверки уровня их веры, семейного положения и степени образованности.

Следовательно, не только частота проведения религиозных обрядов в целом, но и увеличение или уменьшение доли этих практик в последние месяцы или во время определенной терапии могут служить еще одним клиническим индикатором потенциальных медицинских осложнений, которые должны выявляться терапевтом.

К несчастью, некоторые клиницисты, особенно в областях, имеющих отношение к психическому здоровью, порой неправильно интерпретировали частые молитвы, полагая, что если у пациента есть какая-то проблема, за избавление от которой он молится, то и сама молитва должна быть проблемой. Скорее, рост числа молитв может указывать на необходимость привлечения дополнительных духовных ресурсов в попытке лучше справиться с физической или эмоциональной проблемой здоровья, которая заботит пациента. Смирение вынуждает нас смотреть глубже, чтобы понять убеждения и заботы пациента.

Восстановление

Помимо предотвращения болезни, религиозная вера может в некоторой степени помочь в восстановлении после болезни.

Более быстрое восстановление после депрессии среди серьезно больных

Депрессия часто поражает пожилых пациентов, госпитализированных в результате медицинских осложнений. Хотя сильная депрессия характерна только для 1% пожилых людей, живущих не в одиночестве, эта цифра вырастает до 10% у госпитализированных больных, и до 35 и более процентов больных страдают менее сильными видами депрессии. Часто депрессия сохраняется еще долго после окончания лечения. Большая часть проявлений депрессии является

результатом страдания, физической недееспособности и частичной потери контроля над собой в результате заболевания. Помимо того что депрессия отрицательно влияет на качество жизни, она еще и затрудняет восстановление от физического недуга, продлевает пребывание в больнице и вызывает появление других болезней, в том числе ведущих к смерти.

Исследователи из медицинского центра университета Дьюка изучали влияние таких ресурсов человека, как его религиозные убеждения, на более быстрое восстановление после депрессии. Они использовали многомерные оценки, в том числе вопросы о частоте посещения религиозных мероприятий, личной религиозной активности, такой как чтение Библии или молитвы, а также шкалу Хога для измерения внутренней религиозной убежденности. Как было замечено ранее, внутренняя религиозность зависит от того, насколько искренним является желание человека использовать религиозные представления как один из главных факторов, управляющих поведением.

В исследование были включены восемьдесят семь престарелых больных, страдающих от депрессии. Их состояние депрессии прослеживалось в течение почти года. Исследование обнаружило, что, в значительной степени, чем больше внутренняя религиозность человека управляла его жизнью, тем быстрее он восстанавливался после депрессии.

«Рост на 10% результатов измерений по тесту внутренней религиозности означал рост на 70% скорости восстановления после болезни», — говорят исследователи. Этот эффект сохранился и после оценки демографических, психосоциальных, физиологических факторов, а также обращения с больным.

Любопытно, что, в отличие от других исследований религиозной веры и здоровья, частота посещения церкви или личное участие в ритуалах, как оказалось, не влияли на состояние здоровья — то есть на более быстрое восстановление после депрессии. Это, правда, несмотря на тот факт, что посещение церкви и личная религиозная активность напря-

мую связаны с внутренней религиозной убежденностью. Но, как показало исследование, это не одно и то же. Следовательно, если бы исследователи использовали только два этих фактора, они не обнаружили бы связи между религиозностью и восстановлением после депрессии. Это говорит о важности использования адекватных и многообразных измерителей, а не только одной характеристики, такой как посещение церкви и тому подобное. Включение внутренних и внешних характеристик позволяет более полно и точно оценить связь между религией и здоровьем.

«Религиозные убеждения и поведение обычно используются пожилыми заболевшими людьми, чтобы справиться с медицинскими проблемами, и может вести к более быстрому восстановлению после депрессии», — утверждают исследователи. «Психиатры должны интересоваться здоровыми религиозными убеждениями человека и поддерживать их у пожилых пациентов, страдающих физическими заболеваниями, понимая, что эти убеждения могут облегчить и ускорить выздоровление» (47).

Более быстрое восстановление после депрессии в результате добавления религиозной практики к терапии религиозных пациентов

В другом исследовании, посвященном связи религии и депрессии, было выявлено, что обращение к внутренним духовным ресурсам ускоряет восстановление. Среди религиозных пациентов, страдавших от депрессии, те, которых лечили при помощи терапии, содержащей религиозные компоненты, показали лучшие результаты как в отношении депрессии, так и в отношении восстановления после болезни, чем те, которых лечили традиционными способами.

Исследование воспользовалось очень творческим методом, чтобы исключить случайность в получении результата. Этот метод состоял в разбиении группы религиозных пациентов на две подгруппы по различным видам терапии, а также еще на две подгруппы в зависимости от того, был ли сам терапевт религиозным человеком или нет. Таким

образом, было сформировано четыре группы пациентов. Пациенты первой группы получали нерелигиозную терапию от религиозного врача, пациенты второй группы – нерелигиозную терапию от нерелигиозного врача, пациенты третьей группы – религиозную терапию от нерелигиозного врача, и четвертая – религиозную терапию от религиозного врача. Две группы, в которых использовалась религиозная терапия, показали наиболее сильные результаты, независимо от того, был ли врач религиозным или нет (48).

Это открытие подтверждает более ранние наблюдения, сделанные Бергеном и Дженсоном о том, что более 70% населения, для которых религиозные убеждения играют центральную роль в жизни, «могут считать лечение, лишенное религиозного содержания, чуждым: большинство подобных людей наверняка предпочтет лечение, которое соответствовало или, по крайней мере, было бы внимательно к их духовной культуре. Мы должны лучше чувствовать эту общественную потребность» (49). Опираясь на духовные ресурсы пациентов, врач может существенно ускорить выздоровление.

Предотвращение

Помимо того что религиозность является важным фактором в восстановлении после болезни, как показывают исследования, она может играть существенную роль в предотвращении физического заболевания. Она может усилить иммунитет, как уже говорилось, сократить риск повышения кровяного давления, в целом увеличить шансы прожить дольше. Более того, религиозное чувство может защитить против эмоциональных расстройств, которые приводят к саморазрушительным поступкам, таким как самоубийство или злоупотребление наркотиками. Отчасти причина этого в том, что религиозный человек выбирает более здоровый образ жизни, например избегает алкоголя и курения. Сам по себе выбор здорового образа жизни является важным

фактором, который влияет на состояние человека. Но только этот фактор не влияет на связь между религиозностью и здоровьем. В ряде исследований, даже таких, которые учитывают влияние здорового образа жизни, связь между сильной религиозностью и здоровьем сохраняется.

Предотвращение высокого кровяного давления

Сердечно-сосудистые заболевания остаются главной причиной смертности среди жителей США. Почти треть всех американцев страдает от высокого кровяного давления. Даже относительно небольшое восстановление диастолического давления человека на несколько миллиметров может на 10–20% сократить вероятность заболевания сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Последние исследования, проведенные учеными университета Дьюка среди почти четырех тысяч пожилых людей старше 65 лет, которые посещают религиозные службы по крайней мере раз в неделю и молятся или читают Библию по меньшей мере раз в день, показали, что такие люди обладают значительно более низким кровяным давлением, чем те, кто делает это менее часто. Регулярное участие в религиозных службах приводит к тому, что человек на 40% менее вероятно будет страдать от гипертонии, которая является фактором, увеличивающим вероятность сердечного приступа и удара. Эти результаты сохраняются, если принимать во внимание возраст, пол, расу, образование и другие переменные, которые могли бы повлиять на результат. Исследования также обнаружили, что связь между религиозным участием и стабильным кровяным давлением выражена сильнее у чернокожих, а также у «молодых пожилых», то есть людей в возрасте от 65 до 75 лет, чем у тех, кто старше 75 (50).

Эти результаты подтверждают данные предыдущих исследований, изучавших отношение между религиозной верой и кровяным давлением, даже при учете факторов образа жизни. В старой парадигме исследователи делали предположения, что религиозный эффект есть не что иное, как

результат «более здорового образа жизни». Но является ли религиозность важным фактором, если принимать в расчет наличие вредных привычек?

В исследовании белых курящих мужчин (а курение является вредной привычкой) наша команда исследователей обнаружила, что те курильщики, которые посещали религиозные службы раз в неделю и отмечали, что религия для них важна, в семь раз реже страдали высоким кровяным давлением, по сравнению с теми курильщиками, которые не проявляли интереса к религии. Это различие не может быть объяснено только с позиции здорового образа жизни. Более того, те курильщики, которые посещали религиозные службы раз в неделю или чаще, но не считали, что религия для них важна, все же в четыре раза реже страдали высоким кровяным давлением. Эти результаты показывают, что два фактора – посещение религиозных служб и важность религии – дают большую защиту от возможности высокого кровяного давления, а также подтверждают необходимость использования различных критериев для того, чтобы понять, какие из религиозных факторов больше всего влияют на здоровье (51).

Ранее Левин и Вандерпул провели обзор эпидемиологических исследований и обнаружили более двадцати исследований за последние тридцать лет, посвященных изучению связи между кровяным давлением и религиозностью. Во всех из них, кроме одного, была выявлена связь между религиозностью, измеренной путем анализа различных показателей, и низким кровяным давлением или низким уровнем гипертонии. Авторы пришли к выводу: «Гипертония – распространенная и серьезная проблема, которая, кажется, может быть побеждена религией» (52).

Долгожительство

Факторы, предопределяющие долгожительство, стали важным объектом эпидемиологических исследований. Изучая влияние психосоциальных факторов на долгожительство и опыт долгожителей, ученые пришли к выводу, что религи-

озность является очень важным условием долгожительства. Как говорилось ранее, в длительном 28-летнем исследовании 5286 человек, живущих в округе Аламеда, Калифорния, было выявлено, что люди, которые посещают религиозные службы еженедельно или чаще, умирали на 25% реже, чем те, которые посещали службы нерегулярно (53). Люди, которые посещают религиозные службы еженедельно или чаще, не только жили дольше, после начала посещения церкви они были более склонны к совершению благоприятных жизненных поступков, например, к тому, чтобы бросить курить, больше заниматься собой, расширять свои социальные контакты, оставаться в браке. Таким образом, это улучшающее здоровье поведение помогло снизить их уровень смертности. Исследователи заметили, что помимо посещения церкви на долгожительство влияют «практики, улучшающие здоровье, широкие социальные контакты, более стабильные браки».

Могут ли эти результаты быть объяснены тем, что более здоровые люди охотнее посещают церковь? Напротив, исследование показало, что человек, который «не обладает значительной мобильностью, чаще будет посещать церковь».

Недавно наша исследовательская команда провела метаанализ, для того чтобы изучить связь между религиозностью и смертью от любой причины. После интенсивного анализа литературы мы обнаружили более сорока исследований, в которых в общей сумме участвовало 126 000 человек. Большинство из этих исследований использовали только один показатель религиозности, обычно один из следующих: 1) посещение служб; 2) важность религии для человека; 3) сила и удовольствие, которые дает религия. Если бы эти исследования использовали более одного измерителя, то результаты показали бы еще более сильную связь между уровнем смертности и религиозностью. Следовательно, обнаруженная зависимость была, вероятно, недооценена.

Статистический метаанализ, который строго просуммировал результаты этих исследований, обнаружил, что вероятность смертности для человека, набравшего большой

балл в религиозности, была примерно на 29% меньше, чем у человека, который набрал меньший балл за многолетний период (54). Основываясь на этом, недостаток религиозного участия был признан потенциальным риском для здоровья и фактором, влияющим на более раннюю смерть в той же степени, что и алкоголь, воздействие органических растворителей на рабочем месте и враждебность.

Более того, исследования, которые следили за состоянием человека в течение длительного времени и наблюдали за более пожилыми участниками, обнаружили самую сильную связь между религиозностью и долгожительством. Контролируя другие факторы, которые могут влиять на продолжительность жизни, чтобы избежать ошибки, наша команда пришла к таким выводам:

«Религиозность довольно часто ассоциируется с повседневной моральностью. Распространенность этой ассоциации, кажется, того же порядка, что и между алкоголем и враждебностью... Преобладание этой ассоциации кажется не случайным, возможно, оно опосредовано такими факторами, как социальная поддержка, долговременность браков и хорошее здоровье».

Другие исследования тоже показывают защитное действие религиозности, особенно среди пожилых людей. Например, хорошо продуманное исследование пожилого поколения, живущего в Нью-Хейвене, Коннектикут, обнаружило, что люди, которые обладают сильным религиозным чувством, в два раза вероятнее проживут на два года больше других людей.

В этом исследовании учитывались возраст, семейное положение, доход, раса, пол, здоровье человека, наличие госпитализаций. После двух лет изучения у более религиозных людей уровень смертности оказался в два раза ниже, чем у нерелигиозных (55).

Наряду с постоянными подобными открытиями, в рамках подхода смирения хотелось бы продолжить исследования дальше, сконцентрировав внимание, возможно, на группах риска или добавив переменных, свидетельствующих о

религиозности, может быть, разделив их на внутренние и внешние, чтобы понять, как духовные верования, практики и внутренние ресурсы могут помочь людям избежать ранней смерти.

Предотвращение самоубийств

Рост уровня самоубийств косит молодое поколение. В США причина одной из каждых семи смертей подростков от пятнадцати до девятнадцати лет приходится на самоубийство. Уровень самоубийств в этой возрастной группе с 1950 по 1990 год вырос на 400%, согласно данным Национального центра статистики здоровья (NCHS). Одно из исследований 525 подростков обнаружило, что религиозность значительно сокращает риск самоубийства (56). Подростковые самоубийства часто связаны с депрессией. Другое исследование подростков обнаружило, что люди, которые часто посещают церковь и получают духовную поддержку, набирают меньше всего баллов в тесте на выявление склонности к депрессии Бека. Старшеклассники любого пола, которые редко посещают церковь и получают незначительную духовную поддержку, имеют самый высокий уровень депрессии, часто клинически опасного уровня (57).

Насколько религия может помочь предотвратить самоубийство? Широкомасштабное исследование показало, что человек, который не посещает церковь, в четыре раза вероятнее может совершить самоубийство, чем тот, который посещает церковь часто (58). Стивен Стэк обнаружил, что уровень частоты посещения церкви сильнее всего коррелирует с вероятностью самоубийства, даже сильнее, чем безработица (59). Он предложил несколько способов, которыми религия могла бы помочь предотвратить самоубийства, в том числе при помощи повышения самооценки, моральной адекватности или чувства ответственности перед Богом. Религиозность может стать уникальным источником уважения к себе при помощи веры в то, что Бог любит каждого человека. Учитывая, что низкая самооценка может привести к суицидальным мыслям, уважение к себе, воспитан-

ное на основе веры, может играть важную роль в снижении уровня самоубийств.

Кроме того, многие религии исходят из того, что Бог заботится о нуждах человека. Вера в справедливость, в загробную жизнь и возможность воздаяния за прожитую жизнь может играть значительную роль в сокращении возможности саморазрушительного поведения.

Перед лицом этих данных исследователи, которые отрицают важность религиозных убеждений, упускают из виду важный фактор, им необходим подход смирения, чтобы расширить свою парадигму. Исследователи, оценивающие методы борьбы с высоким числом самоубийств, не столь давно пришли к выводу, что «хотя религия и является фактором, влияющим на отсутствие склонности к самоубийству, число показателей, имеющих отношение к религии, в исследованиях самоубийств близко к нулю» (60). Исследователи признают важность религиозного опыта и необходимость его включения в изучение проблемы самоубийств. Если подходить к этим исследованиям смиренно и с открытым сознанием, то можно понять необходимость показателей, которые помогут выявить недостаток религиозности, связанный с ростом риска самоубийства. Это принесет пользу как пациентам, так и врачам, которые смогут лучше заботиться о здоровье людей.

Предотвращение и улучшенные методики излечения злоупотреблений

Нехватка веры также является потенциальным фактором риска для злоупотребления алкоголем. Бенсон рассматривает почти сорок исследований, которые подтверждают, что обладающие сильной верой люди с меньшей вероятностью будут подвержены злоупотреблению алкоголем (61). Это подтверждает выводы Горсуха и Батлера, которые обнаружили, что недостаток религиозности является инструментом для предсказания злоупотреблений:

«Всякий раз, когда при анализе учитывалась религия, она позволяла предсказать наличие или отсутствие у

человека пристрастия к алкоголю и наркотикам, независимо от того, измерялась ли религиозность воспитанием, принадлежностью церкви, активным участием в ее деятельности или внутренней убежденностью» (62).

Лок и Хагс изучили почти 14 000 молодых людей и обнаружили, что анализ шести переменных религиозности и восьми показателей возможного злоупотребления алкоголем показывает, что религиозная вера связана с меньшей вероятностью злоупотребления. В этом исследовании показатель «важность религии» для человека был лучшим предсказателем, указывающим на отсутствие пристрастия. Авторы верят, что результаты говорят о том, что «появляющийся здесь контроль связан с внутренними ценностями, а не со страхом или давлением окружения» (63).

Но религия может помочь не только предотвратить употребление наркотиков. Развитие внутренних духовных ресурсов может способствовать лучшему излечению от наркотической зависимости. Например, 45% участников религиозной программы по избавлению от наркозависимости через три года не вернулись к употреблению наркотиков, в сравнении с 5% посещавших обычные программы, лишенные религиозных составляющих (64). Необходимы новые исследования лечения от наркотической зависимости.

Принимая во внимание постоянно растущий процент людей, страдающих от употребления наркотиков, можно еще раз обратиться к исследованиям связи религиозности и злоупотребления наркотиков и воспользоваться помощью религии в программах по предотвращению и реабилитации, что поможет решить серьезную и довольно дорогостоящую социальную проблему.

Предотвращение алкоголизма и улучшенные методики излечения

Как и в борьбе с наркотиками, религия может участвовать в борьбе с алкогольной зависимостью (65). Исследования подтверждают, что недостаток личной религиозности является

фактором риска для алкоголизма. Кроме того, среди людей, которым поставлен диагноз «алкоголизм», наблюдается пониженная религиозная активность (66). В исследовании религиозной жизни алкоголиков, наша исследовательская группа выявила, что 89% алкоголиков потеряли интерес к религии еще в подростковом периоде, тогда как в контрольной группе у 48% был повышенный интерес к религии, а у 32% он остался без изменений (67). Алкоголики часто говорят о своем негативном опыте в отношении религии и, кажется, придерживаются представлений, согласно которым Бог их наказывает, а не любит и прощает (68).

Более того, связь между религиозностью и отказом от употребления или умеренным употреблением алкоголя была документирована. Амоатенг и Бар утверждают, что вне зависимости от религиозной принадлежности и наличия или отсутствия особого учения о вреде алкоголя в доктрине, активные члены религиозных групп потребляют значительно меньше алкоголя, чем неактивные (69).

Даже после того как человек стал алкоголиком, религия может быть важным инструментом в излечении болезни. Члены Общества анонимных алкоголиков обращаются к высшей силе, чтобы человек мог избавиться от зависимости. Люди, которые прошли реабилитацию в АА, более вероятно прекратят злоупотреблять алкоголем, чем те, которые прошли обычную программу (70).

Предотвращение курения

В настоящее время более четверти американцев регулярно курят. Большинство начинает курить в подростковом возрасте, примерно треть курильщиков не достигает возраста шестидесяти пяти лет. Что может помочь курильщикам избавиться от этой привычки или, еще лучше, помочь им никогда не начинать курить?

Важное исследование, проведенное в масштабах страны среди пожилых американцев, выявило, что люди, которые всю жизнь обладали сильным религиозным чувством, скорее всего никогда не брали в рот сигареты. Более того,

пожилые люди, которые принимают активное участие в религиозных мероприятиях, в девять раз менее вероятно будут курить, как обнаружили исследователи медицинского центра университета Дьюка. Среди тех пожилых людей, которые курят, число курильщиков значительно всего уменьшается среди религиозно активных людей.

Частое посещение религиозных служб является одним из самых важных религиозных факторов, связанных в этом исследовании с меньшей вероятностью курения. Частное исследование не обнаружило такой же сильной связи с чтением религиозных текстов и молитв. Просмотр религиозных программ по телевидению или слушание религиозного радио не вызывает отказа от курения (71).

Но религия потенциально эффективна не только в предотвращении возникновения курения, она может помочь и в отказе от этой привычки, как показывают другие исследования (72).

Потенциальные вредные эффекты, связанные с религиозностью

Современные научные исследования случаев, когда религия оказывала отрицательное воздействие на физическое и умственное здоровье человека, еще только предстоит провести. Насколько злоупотребление и манипулирование религиозными чувствами может быть опасным для здоровья? Трагические события в Вако, Техас, и Джонстауне являются примерами определенных религиозных сект, которые не только вредны, но и смертельны для своих адептов. Что характеризует такие секты и как люди могут избежать этого губительного, а не целительного религиозного опыта?

Кроме того, медицинская этика иногда противоречит некоторым религиозным учениям. Например, Свидетели Иеговы отказываются от переливания крови. Должны ли врачи позволять Свидетелям Иеговы отказывать своим детям в переливании крови, ведь дети еще малы и поэтому не

принимают решения самостоятельно, или же врачу следует прибегнуть к приговору судьи, если он считает, что жизнь ребенка в опасности.

Даже в традиционных религиях существуют определенные принципы, которые могут быть более или менее полезны для заботы о здоровье. Некоторые исследования беспокойства и страха перед смертью показывают, что человек, который религиозен только внешне, но не внутренне, больше беспокоится, чем человек, который либо верит внутренне, либо вообще отказывается от веры (73). Обладающие сильной внутренней верой люди, напротив, менее беспокоятся по поводу смерти, а это очень важный фактор здоровья для людей с риском серьезных или угрожающих жизни заболеваний.

Если Бог видится человеку осуждающим и карающим, а не прощающим, то каковы результаты такой точки зрения для ментального здоровья? Как могут священнослужители помочь больному человеку, если они видят, что его религиозные чувства вызывают у него осложнения, а не помогают избавиться от болезни? Необходимо проводить больше исследований в этой области.

Систематические обзоры могут помочь расширить поле исследований

Медицинские исследования, которые продолжают предложенную теологией смирения линию, могут существенно помочь открыть важный фактор в предотвращении, излечении болезни и ускорении восстановления – сильную религиозную или духовную веру.

И наконец, чтобы определить главные вопросы медицины, ученые начали проводить систематические исследования в различных ее областях, которые помогают выяснить, как часто религиозность способствует выздоровлению. Результаты систематического изучения количественных исследований, опубликованных в официальных журналах,

обсуждаются в семейной медицине, подростковой медицине, психологии, подобно методу систематического обзора исследований в психиатрии, о которых мы говорили ранее.

Семейная медицина

Область семейной медицины часто рассматривает болезнь в физическом, социальном, эмоциональном и даже духовном аспектах. Может ли эта область наиболее адекватно изучить роль религиозности в деле сохранения здоровья? Для того чтобы увидеть, как часто принимались во внимание показатели религиозности и какими критериями пользовались исследователи, наша команда предприняла систематический обзор всех статей, опубликованных в журнале «Journal of Family Medicine» с 1976 по 1986 год.

В семейной медицине только 3,5% статей посвящены анализу религиозности в различных ее формах — только на 1% выше, чем в психиатрии. Всего было рассмотрено 1086 исследований. Около 603 (55%) используют только один количественный показатель для определения религиозности и только 468 из них используют по крайней мере одну психологическую переменную. Из 468 исследований только 21 используют по крайней мере один религиозный показатель. Но в отличие от психологии, семейная медицина действительно применяет оценки религиозности в большинстве исследований, а не просто включает в них номинальные показатели. Но все же, как и в психиатрии, только в одном исследовании использовались предварительно проверенные комплексные оценки религиозности (74).

Затем мы проанализировали эти исследования, чтобы посмотреть, была ли религиозность полезной, нейтральной или вредной для выздоровления. Результаты говорят о наличии позитивной связи между духовностью и здоровьем, которая почти в три раза сильнее, чем проявлявшаяся отрицательная связь. Показатели общественной поддержки, религиозных церемоний и личных отношений с Богом оказались позитивными в двадцати одном исследовании и нейтральными в трех, отрицательной закономерности выявle-

но не было. Номинальные измерения дали нейтральные показатели, что неудивительно, так как они описывают религиозную демографию, а не силу религиозности. Такой показатель, как осмысленность, дал наиболее отрицательную ассоциацию, так как проявил себя негативно в пяти из девяти исследований. То же самое и для категории «неясно», в которой четыре из шести ассоциаций были негативными, что также неудивительно, учитывая неопределенность того, что измеряет данный показатель (75).

Еще одно систематическое исследование также обнаружило, что данной области исследований надо пройти большой путь, чтобы улучшить методологию, а также ввести надежные показатели или оценки религиозности. Тем не менее, как и в психиатрии, когда степень религиозности определялась еще проще, исследования обнаружили в целом положительную связь между религиозностью и здоровьем.

Подростковая психология

На какой стадии находится подростковая психология в принятии клинической значимости религиозности для борьбы с определенными рискованными типами поведения и реабилитации?

Систематический обзор количественных исследований, опубликованных в пяти ведущих научных журналах по подростковой психологии с 1992 по 1996 год, показал, что 109 из 922 статей (примерно 12%) включают в себя измерение религиозности. Это более чем в пять раз превосходит подобный показатель в психиатрии и семейной медицине, что показывает, насколько подростковая психология чувствительнее к роли религиозных факторов в физическом и умственном здоровье, более того, в отношении качества почти половина исследований, изучавших влияние религии, использовала два или более показателей религиозности. Эти результаты свидетельствуют, что подростковая психология обладает более совершенной методологией в изучении религиозности, но и ее необходимо улучшить (76).

Исследования показывают, что религиозная вера может помочь подросткам избежать рискованного поведения, такого

как употребление алкоголя и наркотиков, сексуальный опыт до достижения совершеннолетия и самоубийство. Таким образом, важно продолжать исследования этого крайне релевантного фактора в области подростковой психологии.

Забота об умственном здоровье

В области заботы об умственном здоровье были также проведены исследования, подобные исследованию в области подростковой психологии. Изучение исследований с 1991 по 1995 год показало, что в 31 из 311 проведенных исследований (около 10%) содержались оценки религиозности, и этот процент значительно выше, чем в исследованиях по психиатрии. Также почти в 40% этих исследований использовались два или более вопроса, направленные на выявление религиозности, и это важный шаг вперед по сравнению с психиатрией (77).

В этой области есть своя история признания важности религиозных факторов, которая являет собой интересный контраст негативному отношению к религиозности в психиатрии и психологии того времени. Флоренс Найтингейл учила, что духовность является неотъемлемой частью нашего внутреннего опыта и ее можно исследовать при помощи науки (78). Более того, с 1988 года «духовное страдание» стало официально признанным диагнозом.

Кроме того, медицинские сестры получали гораздо больше практики в вопросах, связанных с духовностью и религией, чем представители других медицинских профессий. В 1990 году в общенациональном исследовании 60% зарегистрированных медсестер сказали, что в их подготовке некоторое внимание уделялось духовным вопросам. Два других исследования, проведенных в том же году, выявили, что только 5% психологов занимались духовным образованием во время своей профессиональной подготовки и только 18% психиатров получили подобное обучение. Благодаря последним изменениям в расписании групп подготовки психиатров и психологов, этот процент должен вырасти.

Психология

Нехватка исследований по данной проблеме в области психологии позволяет начать тщательное изучение этой очень важной связи между религией и здоровьем. Систематический обзор семи главных журналов Американской ассоциации психологов с 1991 по 1994 год показал, что только 2,7%, или 62 из 2302 количественных исследований, содержали показатели религиозности. В большинстве случаев – около 80% – измерения проводились с учетом только одного имеющего отношение к религиозности показателя. Эти результаты выявляют, что в психологии существует нехватка эмпирических данных по оценке влияния религии на здоровье (79).

В обращении к психологам по поводу столетия Американской ассоциации психологов в 1992 году известный психолог Йельского университета Сеймур Сарасон указал на отсутствие «трансцендентности» в современной психологии. Он сказал, что заметил во многих своих коллегах негативный предрассудок против религии:

«Я думаю, не ошибусь, сказав, что большинство представителей Американской ассоциации психологов, если их об этом спросить, отнесут себя к атеистам или агностикам. Я также наверняка не ошибусь в том, что едва ли какой-либо из компонентов религиозного мировоззрения или опыта был бы интересен большинству психологов. И есть не так уж мало психологов, которым не только сложно определить характер этих религиозных чувств, но и которые считают проявление их иррациональностью, подменой, неврозом или несостоятельностью. На самом деле, если мы узнаем, что человек религиозен или стремится развиваться в том направлении, мы посмотрим на этого человека странно, часто приходя к выводу, что у него, наверное, есть свои глубокие личные проблемы» (80).

Дальнейшие эмпирические исследования помогут лучше проинформировать психологов об их предрассудках.

Смиренно признав результаты подобных исследований и расширив свой кругозор, они смогут лучше понять религиозного человека, а также пользу и потенциальный вред религии. Очень низкий уровень исследований в данной области, обычно проводимых на основе нескольких или одного показателя, является причиной того, что университетская психология не стала лидером в исследованиях связи религии и здоровья. В результате остается достаточно важная и интересная возможность расширить горизонты своего знания и изучить связь между духовностью и умственным здоровьем.

Заключение

Среди поисков медициной более эффективных способов повышения здоровья духовная и религиозная преданность выделяется как клинически релевантный фактор. Активное религиозное действие может помочь предотвратить болезнь, ускорить восстановление и помочь пациентам справиться со страданием и неспособностью, которые вызывают болезнь. Эмпирическое исследование, проведенное на основе критического анализа публикаций в медицинской и клинической литературе, дало довольно существенные и последовательные доказательства того, что сильное религиозное чувство может в целом ускорить выздоровление.

Распространение этой медицинской парадигмы уже охватывает больше чем половину американских медицинских школ, которые включают в учебный план изучение духовной истории пациента наряду с психосоциальной историей и экзаменом по физиологии. Молодые врачи, обучаемые в рамках этого нового подхода, начнут признавать этот важный фактор, его возможность как помогать, так и приносить вред и научатся тому, как лучше включить это знание в заботу о своих пациентах.

Кроме того, полученные в медицине данные исследований могут разжечь любопытство других научных областей,

сопротивляющихся этим принципам, исследовать этот фактор с научной точки зрения и с академической честностью. Как пишет сэр Джон Темплтон в «Подходе смирения»: «Без смирения мы не будем достаточно наивными и непредубежденными, чтобы обнаружить новые области для исследований». Подобные данные могут способствовать росту эмпирического знания в клинических областях, улучшить клиническую заботу благодаря исследованиям связи между религиозным и духовным действием и физическим и умственным здоровьем, а также помочь в решении социальных задач, таких как злоупотребление алкоголем и наркотиками. Если область исследования останется открытой и объективной, ее ждут новые возможности дальнейшего изучения этого многообещающего, но почти забытого фактора здоровья.

Примечания:

1. Sir John Marks Templeton, *The Humble Approach: Scientists Discover God* (New York: Continuum, 1995), 10.
2. Kimberly A. Sherrill and David B. Larson, «The Anti-Tenure Factor in Religious Research in Clinical Epidemiology and Aging», in *Religion in Aging and Health*, ed. Jeffrey S. Levin (London: Sage, 199), 155.
3. Dale A. Matthews and David B. Larson, «Faith and Medicine: Reconciling the Twin Traditions of Healing», *Mind/Body Medicine*, (1997): 2–3.
4. Dale A. Matthews, Michael E. McCullough, David B. Larson, Harold G. Koenig, James P. Swyers, and Mary G. Milano, «Religious Commitment and Health Status: A Review of the Research and Implications for Family Medicine», *Archives of Family Medicine* 7 (1998): 118–124.
5. David B. Larson and Susan S. Larson, *The Forgotten Factor in Health: What Does the Research Show?* (Rockville, Md.: National Institute for Healthcare Research, 1994).

6. David B. Larson, James P. Swyers, and Michael E. McCullough, eds., *Scientific Research on Spirituality and Health: A Consensus Report* (Rockville, Md.: National Institute for Healthcare Research, 1998).
7. Thomas E. Oxman, D. H. Freeman and E. D. Manheimer, «Lack of Social Participation or Religious Strength and Comfort as Risk Factors for Death after Cardiac Surgery in the Elderly», *Psychosomatic Medicine* 57.1 (1995): 5–15.
8. W. J. Strawbridge, R. D. Cohen, S.J. Shema, et al., «Frequent Attendance at Religious Services and Mortality over 28 Years», *American Journal of Public Health* 87.6 (1997), 957–961.
9. Harold K. Koenig, H.J. Cohen, et al., «Attendance at Religious Services, Interleukin-6, and Other Biological Parameters of Immune Function in Older Adults», *International Journal of Psychiatry in Medicine* 27.3, (1997), 233–250.
10. David B. Larson and Mary G. Milano, «Making the Case for Spiritual Interventions in Clinical Practice», *Mind/Body Medicine* 2.1 (1997), 20–30.
11. Thomas S. Kuhn, «The Structure of Scientific Revolutions», *International Encyclopedia of Unified Science*, ed. Otto Neurath, vol. 2 (Chicago: University of Chicago Press, 1970), 1–210.
12. Sigmund Freud, «Obsessive Actions and Religious Practices», in *The Standard Edition of the Complete Works of Sigmund Freud*, т. 9 (London: Hogarth Press, 1959), 126–127.
13. Group for the Advancement of Psychiatry, «Mysticism: Spiritual Quest or Mental Disorder», в D. Lukoff, F. Lu and R. Turner, «Toward a More Culturally Sensitive DSM-IV: Psychoreligious and Psychospiritual Problems», *Journal of Nervous and Mental Disease* 180 (1992), 673–682.
14. Albert Ellis, «Psychotherapy and Atheistic Values», *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 48 (1980), 635–639.
15. Carl J. Jung, «Psychotherapies on the Clergy», in *Collected Works*, т. 2, изд. 2-е (1969), 327–347.

16. J. R. Foglio and H. Brody, «Religion, Faith, and Medicine», *Journal of Family Practice* 27.5 (1988), 473–474.
17. David B. Larson, Kimberly A. Sherrill and John S. Lyons, «Neglect and Misuse of the R Word: Systematic Reviews of Religious Measures in Health, Mental Health, and Aging», in *Religion in Aging and Health*, ed. Jeffrey S. Levin (London: Sage, 1993), 178–195.
18. Richard J. Light and David B. Pillemer, *Summing Up: The Science of Reviewing Research* (Cambridge, Mass.: Harvard University Press 1984).
19. J. C. Baretta, D. B. Larson, J. J. Zorc and John S. Lyons, «A Comparison of the MEDLARS and Systematic Review of the Consultation-Liaison Psychiatry Literature», *American Journal of Psychiatry* 147 (1990), 1040–1042.
20. D. B. Larson, E. M. Pattison, D. G. Blazer, A. R. Omran, and B. H. Kaplan, «Systematic Analysis of Research on Religious Variables in Four Major Psychiatric Journals, 1978–1982», *American Journal of Psychiatry* 149 (1986), 329–334.
21. G. W. Allport and J. M. Ross, «Personal Religious Orientation and Prejudice», *Journal of Personality and Social Psychology* 5 (1967), 432–443.
22. Larson et al., «Systematic Analysis of Research».
23. D. B. Larson, K. A. Sherrill, J. S. Lyons, F. C. Craigie, S. B. Thielman, M. A. Greenwold and S. S. Larson, «Dimensions and Valences of Measures of Religious Commitment Found in the *American Journal of Psychiatry* and the *Archives of General Psychiatry*: 1978 through 1989», *American Journal of Psychiatry* 149 (1992), 557–559.
24. A. E. Bergin and I. R. Payne, «Proposed Agenda for a Spiritual Strategy in Personality and Psychotherapy», *Journal of Psychology and Christianity* 10.3 (1991), 197–210.
25. D. B. Larson, S. B. Thielman, et al., «Religious Content in the Diagnostic and Statistical Manual, Third Edition-Revised, Appendix C: The Glossary of Technical Terms», *American Journal of Psychiatry* 150 (1993), 1884–1885.
26. A. E. Bergin and J. P. Jensen, «Religiosity of Psychotherapists: A National Survey», *Psychotherapy* 27 (1990), 3–7.

27. American Psychiatric Association Board of Trustees, «Guidelines Regarding Possible Conflict between Psychiatrists' Religious Commitment and Psychiatric Practice», *American Journal of Psychiatry* 147.4 (1990), 542.
28. G. H. Gallup, *Religion in America: 1992–1993* (Princeton, N.J.: Gallup Organization, 1993).
29. D. R. Hoge, «Religion in America: The Demographics of Belief and Affiliation», in *Religion and the Clinical Practice of Psychology* (Washington, D.C.: American Psychological Association, 1996), 21–41.
30. G. H. Gallup, *Religion in America: 1996* (Princeton, N.J.: Gallup Organization, 1996).
31. G. H. Gallup and R. Bezilla, *The Religious Life of Young Americans* (Princeton, N.J.: George Gallup International Institute, 1992).
32. D. E. King and B. Bushwick, «Beliefs and Attitudes of Hospital Inpatients about Faith, Healing, and Prayer», *Journal of Family Practice* 39 (1994), 349–352.
33. Tom McNichol, «The New Faith in Medicine», *USA Weekend*, April 5–7, 1997, 4–5.
34. H. G. Koenig, L. B. Bearon, M. Hover, et al., «Religious Perspectives of Doctors, Nurses, Patients and Families», *Journal of Pastoral Care* 45 (1991), 254–267.
35. Timothy P. Daaleman and Donald E. Nease, «Patient Attitudes Regarding Physician Inquiry into Spiritual and Religious Issues», *Journal of Family Practice* 39.6 (1994), 564–568.
36. Harold G. Koenig, «Use of Religion by Patients with Severe Medical Illness», *Mind/Body Medicine* 2.1 (1997), 31–43.
37. Foglio and Brody, «Religion, Faith, and Medicine», 473.
38. Christina M. Puchalski and David B. Larson, «Developing Curricula in Spirituality and Medicine», *Academic Medicine* 73.9 (1998), 970–974.
39. Oxman, Freeman, and Manheimer, «Lack of Social Participation».

40. R. C. Harris, M. A. Dew, A. Lee, et al., «The Role of Religion in Heart Transplant Recipients' Long-Term Health and Well-Being», *Journal of Religion and Health* 34.1 (1995), 17–32.
41. P. Pressman, J. S. Lyons, D. B. Larson and J. J. Strain, «Religious Belief, Depression, and Ambulation Status in Elderly Women with Broken Hips», *American Journal of Psychiatry* 147.6 (1990), 758–760.
42. E. McSherry, M. Ciulla, S. Salisbury and D. Tsuang, «Spiritual Resources in Older Hospitalized Men», *Social Compass* 35.4 (1987), 515–537.
43. Harold G. Koenig and David B. Larson, «Use of Hospital Services, religious Attendance, and Religious Affiliation», *Southern Medical Journal* 91.10 (1998), 925–932.
44. J. A. Roberts, D. Brown, T. Elkins and D. B. Larson, «Factors Influencing Views of Patients with Gynecological Cancer about End-of-Life Decisions», *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 176.1 (1997), 166–172.
45. L. C. Kaldjian et al., «End-of-Life Decisions in HIV-Positive Patients: The Role of Spiritual Beliefs», *AIDS* 12.1 (1998), 103–107
46. Carolyn M. Rutledge, Jeffrey S. Levin, David B. Larson and John S. Lyons, «The Importance of Religion for Parents Coping with a Chronically ill Child», *Psychology and Christianity* 14 (1995), 50–57
47. H. G. Koenig, L. K. George and B. L. Peterson, «Religiosity and Remission of Depression in Medically ill Older Patients», *American Journal of Psychiatry* 155.4 (1998), 536–542.
48. L. R. Propst, R. Ostrom, P. Watkins, T. Dean and D. Mashburn, «Religious Values in Psychotherapy and Mental Health: Empirical Findings and Issues», *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 60 (1992), 94–103.
49. Bergin and Jenson, «Religiosity of Psychotherapists».
50. H. G. Koenig et al., «The Relationship between Religious Activities and Blood Pressure in Older Adults», *International Journal of Psychology in Medicine* 28.2 (1998), 189–213.

51. D. B. Larson, H. G. Koenig, B. H. Kaplan, R. S. Greenberg, E. Logue, and H. A. Tyroler, «The Impact of Religion on Men's Blood Pressure», *Journal of Religion and Health* 28.4 (1989), 265–278.
52. J. S. Levin and H. Y. Vanderpool, «Is Religion Therapeutically Significant for Hypertension?» *Social Science Medicine* 29.1 (1989), 69–78.
53. Strawbridge et al., «Frequent Attendance at Religious Services and Mortality over 28 Years».
54. Michael E. McCollough, David B. Larson, William T. Hoyt, Harold G. Koenig, and Carl Thoresen, «Religious Involvement and Mortality: A Meta-Analytic Review», *Health Psychology* 19.3 (2000): (in press).
55. D. M. Zuckerman, S. V. Kasi and A. M. Ostfeld, «Psychosocial Predictors of Mortality among the Elderly Poor», *American Journal of Epidemiology* 119 (1984), 410–423.
56. D. Stein, E. Witztum, D. Brom, A. K. DeNour and A. Elizur, «The Association between Adolescents' Attitudes toward Suicide and Their Psychosocial Background and Suicidal Tendencies», *Adolescence* 27.108 (1992), 949–959.
57. L. S. Wright, C. J. Frost and S. J. Wisecarver, «Church Attendance, Meaningfulness of Religion and Depression Symptomatology among Adolescents», *Journal of Youth and Adolescence* 22.5 (1993), 559–568.
58. G. W. Comstock and K. B. Partridge, «Church Attendance and Health», *Journal of Chronic Disease* 25 (1972), 665–672.
59. S. Stack, «The Effect of Religious Commitment on Suicide: A Cross-National Analysis», *Journal of Health and Social Behavior* 24 (1983), 362–374.
60. N. C. Koehoe and T. G. Gutheil, «Neglect of Religious Issues in Scale-Based Assessment of Suicidal Patients», *Hospital and Community Psychiatry* 45.4 (1994), 366–369.
61. P. Benson, «Religion and Substance Use», in *Religion and Mental Health*, ed. J. F. Schumaker (New York: Oxford University Press, 1992), 211–220.

62. R. L. Gorsuch and M. C. Butler, «Initial Drug Abuse: A View of Predisposing Social Psychological Factors», *Psychological Bulletin* 3 (1976), 120–137.
63. B. R. Loch and R. H. Hughes, «Religion and Youth Substance Use», *Journal of Religion and Health* 24.3 (1985), 197–208.
64. D. P. Desmond and J. F. Maddox, «Religious Programs and Careers of Chronic Heroin Users», *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 8.1 (1981), 71–83.
65. P. H. Hardesty and K. M. Kirby, «Relation between Family Religiousness and Drug Use within Adolescent Peer Groups», *Journal of Social Behavior and Personality* 10.2 (1995), 137–142.
66. D. A. Brizer, «Religiosity and Drug Abuse among Psychiatric Inpatients», *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 19.3 (1993), 337–345.
67. David B. Larson and William P. Wilson, «Religious Life of Alcoholics», *Southern Medical Journal* 73.6 (1980), 723–727.
68. R. L. Gorsuch, «Assessing Spiritual Values in Alcoholics Anonymous», in *Research on Alcoholics Anonymous: Opportunities and Alternatives*. ed. B. S. McCrady and W. R. Miller (New Brunswick, N.J.: Rutgers Center for Alcoholic Studies, 1993), 301–318.
69. A. Y. Amoateng and S. J. Bahr, «Religion, Family, and Adolescent Drug Use», *Psychological Perspectives* 29 (1986), 53–73.
70. H. A. Montgomery, W. R. Miller and J. S. Tonigan, «Does Alcoholics Anonymous Involvement Predict Treatment Outcome?» *Journal of Substance Abuse Treatment* 12.4 (1995), 341–346. •
71. H. G. Koenig et al., «The Relationship between Religious Activities and Cigarette Smoking in Older Adults», *Journal of Gerontology: Medical Sciences* 53A.6 (1998), M1–M9.
72. C. C. Voorhees, F. A. Stillman, R. T. Swank, et al., «Heart, Body and Soul: Impact of Church-Based

- Smoking Cessation Interventions on Readiness to Quit», *Preventive Medicine* 25.3 (1996), 277–285.
73. M. Baker and R. Gorsuch, «Trait Anxiety and Intrinsic-Extrinsic Religiousness», *Journal for the Scientific Study of Religion* 21.2 (1982), 119–122.
74. R. C. Craigie, I. Y. Liu, D. B. Larson and J. S. Lyons, «A Systematic Analysis of Religious Variables in the *Journal of Family Practice* 1976–1986», *Journal of Family Practice* 27.5 (1988), 509–513.
75. F. C. Craigie, Jr., D. B. Larson and I. Y. Liu, «References to Religion in the *Journal of Family Practice: Dimensions and Valence of Spirituality*», *Journal of Family Practice* 30.4 (1990), 477–480.
76. Andrew J. Weaver, Judith A. Samford, Virginia J. Morgan, Alex Licton, David B. Larson and James Garbarino, «An Analysis of Research on Religious Variables in Five Major Adolescent Research Journals: 1992–1996» (accepted for publication. *Journal of Nervous and Mental Disease*).
77. Andrew J. Weaver, Laura T. Flannely, Kevin J. Flannely, Harold G. Koenig and David B. Larson, «An Analysis of Research on Religious and Spiritual Variables in Three Mental Health Nursing Journals, 1991–1995», *Issues in Mental Health Nursing* 19 (1998), 263–276.
78. J. Macrae, «Nightingale's Spiritual Philosophy and Its Significance for Modern Nursing», *Image: Journal of Nursing Scholarship* 27.1 (1995), 8–10.
79. Andrew J. Weaver, Amy E. Kline, Judith A. Samford, Lea Ann Lucas, David B. Larson and R. L. Gorsuch, «Is Religion Taboo in Psychology? A Systematic Analysis of Research on Religious Variables in Seven Major American Psychological Association Journals. 1991–1994», *Journal of Psychology and Christianity* 17.3 (1998), 220–232.
80. S. B. Sarason, «American Psychology and the Need for Transcendence and Community», *American Journal of Community Psychology* 21(1993), 185–202.