

# РЕЛИГИОЗНЫЙ РЕСУРС В РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ С РАССТРОЙСТВАМИ ПОВЕДЕНИЯ И ПСИХИКИ



О влиянии духовной составляющей на реабилитационный процесс лиц с расстройствами поведения и психики на примере приходских семейных клубов трезвости рассказывают в своей статье сотрудники отделения особых форм психической патологии Научного центра психического здоровья РАН: старший научный сотрудник, член Церковно-общественного совета по биоэтике протоиерей Алексей БАБУРИН; врач-психиатр, ведущий научный сотрудник, кандидат медицинских наук Ольга Александровна БОРИСОВА; врач-психиатр, младший

научный сотрудник Андрей Игоревич МАГАЙ; клинический психолог Елизавета Андреевна КАЗЬМИНА.

---

## Материалистический и целостный (холистический) подходы к лечению

До XVIII в. просвещенный и искусный лекарь рассматривал физические, психические, социальные и духовные стороны жизнедеятельности человека в цельной совокупности. Он пунктуально придерживался принципа Сократа: мы не должны пытаться лечить тело без души.

Однако расцвет атеистических и материалистических идей постепенно начинает вытеснять из сознания людей понимание того, что мы созданы Творцом «по образу и подобию Божьему» (Быт. 1; 26). На человека стали смотреть, как на социальное животное.

В медицине биологический подход не позволял развиваться врачебному искусству и науке. Хотя некоторые ученые медики пытались противостоять этому редуccionизму, однако с их мнением не считались. Между тем, те, кто мыслил системно и следовал испытанной веками методологии медицинской науки и практики, сохранял и развивал принципы холистической медицины.

В советской России таким светочем был святитель Лука (Войно-Ясенецкий) (1877–1961), профессор хирургии, автор книг «Дух, душа, и тело» и «Очерки гнойной хирургии». Владыка всегда подчеркивал: «Для хирурга не должно быть «случая», а только живой страдающий человек» [1]. Во врачебной практике



А. А. Ухтомский



Д. Е. Мелухов

архиепископа Луки отчетливо видны примеры такого отношения к больному.

Архипастырь и врач, митрополит Антоний, глава Суражской епархии Русской Православной Церкви в Великобритании и Ирландии, также свидетельствовал о триединстве в человеке духа, души и тела. По этому поводу он писал: «Однако если обратимся к Священному Писанию, мы увидим, что с самого начала истории человечества совершенно ясно определены две области: дух и плоть. А между ними находится область человеческой душевности, человеческая душа, очень напоминающая сумерки между тьмой и светом» [2, 3].

Необходимость видеть «образ Божий» в другом человеке обосновывает в учении о доминанте великий физиолог, иеромонах и академик АН СССР А. А. Ухтомский (1875–1942).

Религиозность как лечебный фактор учитывали в своей врачебной практике многие корифеи отечественной медицины, сами являвшиеся религиозными людьми: Н. И. Пирогов (1810–1881), В. П. Филатов (1875–1956), С. С. Юдин (1891–1954), Г. А. Покровский (1925–2008).

В этом ряду необходимо вспомнить одного из основателей социальной психиатрии, доктора медицинских наук Д. Е. Мелухова (1899–1979). Профессор Мелухов, сын священника Рязанской епархии, был учеником и сподвижником основателей советской психиатрии С. С. Корсакова, П. Б. Ганнушкина. В

своей незавершенной работе «Психиатрия и проблемы духовной жизни» (1979) он пишет: «Так, всеобщим и императивным требованием становится *рассмотрение человека, как целого, во всей полноте его физических, психических и духовных проявлений, как духовной личности*» [4]. Ученый развенчивает представления о религиозной вере, как о болезненном явлении, расцениваемом в основном как бредовые расстройства в рамках шизофрении. Он утверждает, что психически больные люди могут иметь нормальную религиозную веру.

У душевнобольных он различает религиозные переживания как признак болезни («ложная мистика») и религиозные переживания как проявления «положительной здоровой мистики».

Благодаря таким авторитетным мнениям и на собственном опыте все большее и большее число специалистов постепенно стали понимать, что опора на бездушный материализм не способствует достижению целей охранения народного здоровья. На пути формирования холистического (целостного) подхода во врачевании больного вначале зарождается биопсихосоциальная концепция. Ее автором признают доктора медицинских наук из американского Национального исследовательского института здоровья Д. Л. Энджела, который в своей работе «Потребность в новой медицинской модели: вызов биомедицине» [5], опубликованной в

1977 г., указал на важность учета в лечении больного биологических, психологических и социальных аспектов болезни.

### **Изучение духовного ресурса пациента**

Однако, перестроившись на новую врачебную тактику, доктора ощущали, что чего-то по-прежнему недостает. Междисциплинарный, контекстуальный, системный подход, пришедший на смену узкоспециализированному аналитическому, настоятельно требовал от врача использовать также духовный/религиозный ресурс пациента.

Одним из первых среди ученых медиков на западе о забытом факторе физического и психического здоровья во всеуслышание заговорил доктор медицинских наук, эпидемиолог и психиатр, основатель и руководитель американского Национального исследовательского института здоровья Дэвид Б. Ларсон [6]. «Так что же это за фактор, который часто остается без внимания?», — задается вопросом Дэвид Б. Ларсон и сам же на него отвечает: «Это — сила личной духовности человека или его религиозность» [7].

Доктор Ларсон инициировал количественное исследование здоровья и духовности в медицинской литературе. Его систематические обзоры исследований, опубликованные в середине 1980-х гг. способствовали признанию потенциальной значимости религии и духовности, пренебрегаемой ранее, в исследовательских институтах, медицинских образовательных учреждениях и в лечебно-профилактических учреждениях [8].

В 1998 г. при геронтологическом подразделении Медицинского центра Дьюкского университета, находящегося в городе Дарем в штате США Северная Каролина, Дэвид Б. Ларсон создает Центр духовности, теологии и здоровья, ориентированный на изучение влияния религиозной веры и идентичности на психофизическое состояние человека. Начинаются широкомасштабные исследования в этой области, материалы которых публикуются в ведущих реферируемых научных изданиях, проводятся международные конференции, выходят в свет многочисленные монографии.

Нынешний директор упомянутого центра доктор медицинских наук, психиатр Гарольд Г. Кёниг, автор более 280 научных статей, 35 объемных книг, посвященных данной тематике, на основе полученных учеными положительных выводов о благотворном действии религиозного фактора на здоровье человека, создает с соавторами целую методику религиозно интегрированной когнитивно-поведенческой терапии в лечении тяжелой депрессии у пациентов с хроническими заболеваниями [9].

В 1990-е гг. начинают развиваться биогенетический структурализм и нейротеология — области исследований на стыке антропологии, нейрофизиологии и нейропсихологии. Биогенетический структурализм говорит о том, что люди генетически предрасположены к религиозному поведению. Это объясняет общность религиозного поведения при большом разнообразии религий и существенной разнице между ними. «Несмотря на разнообразие чередования молекул ДНК, религиозность остается постоянным свойством человека» [10].

Невролог, директор Мирна Бринд Центра интегративной медицины в Больнице Университета Томаса Джефферсона в Пенсильвании доктор медицины Э. Ньюберг в поисках нейробиологических оснований мистического опыта исследовал религиозные и духовные переживания, такие как молитва, медитация, трансовые состояния, визуализируя сканы головного мозга [11]. Его первые исследования с функциональной визуализацией мозга были применены к буддийским монахам [12] во время их медитации и к францисканским монахиням [13], когда они молились. Эти исследования позволили автору сделать предположение, что во время молитвы и медитации происходят некоторые скоординированные когнитивные процессы [13].

Российские ученые также изучали влияние молитвы и медитации на состояние мозга. В Санкт-Петербургском Научно-исследовательском психоневрологическом институте им. В. М. Бехтерева в лаборатории нейро- и психофизиологии, руководимой доктором биологических наук В. Б. Слёзиным, в 1999 г. изучалась биоэлектрическая активность головного мозга шести добровольных испытуе-

мых в возрасте от 30 до 60 лет, имеющих опыт регулярной христианской молитвы.

По результатам анализа частотной структуры электроэнцефалограмм (ЭЭГ) и их сопоставления с литературными данными В. Б. Слёзин с коллегами сделал вывод о том, что христианской молитве соответствует особое психофункциональное состояние, определяемое деятельностью диэнцефального уровня эмоциогенной системы мозга.

Ими была обоснована гипотеза, в рамках которой исследованное явление должно рассматриваться как проявление не описанного до сих пор четвертого физиологически нормального функционального состояния головного мозга, названного авторами как «медленное бодрствование» [14].

Появляются работы, в которых прямо говорится, что религиозностью человека нельзя пренебрегать. В частности, один из самых влиятельных голландских врачей за последние полвека профессор психиатрии Г. ван Прааг утверждает, что религиозность присуща человеку, является атрибутом человеческого разума, укоренена в самом нашем существе, генетически предопределена. Подтверждением этому, отмечает автор, служит регистрируемая активность нейронов головного мозга, изменяющаяся в зависимости от интенсивности и глубины религиозных чувств. Об этом также свидетельствует факт возникновения религиозных переживаний у неверующих людей при раздражении биотоками определенных участков мозга. Мозг, таким образом, объясняет ученый, является посредником между религиозными потребностями и их удовлетворением [15].

Академик РАМН П. И. Сидоров в своей работе «Религиозный ресурс ментальной медицины» пишет: «По обобщенным оценкам, от 50 до 90% пациентов отмечали при обращении к религии облегчение тяжести симптоматики: боли, снижение тревоги и напряжения, уменьшения анозогнозии и раннее обращение, повышение эффективности копинг-стратегий и комплаенса, саморегуляции и социальной адаптации, обретение смысла жизни и душевного комфорта, чувства собственного достоинства и уверенности в себе, одобрения и сострадания, надежды и любви.

Можно уверенно сказать, что религия является самым древним и самым универсальным защитно-компенсаторным цивилизационным ресурсом, позволяющим удовлетворять самые разнообразные потребности человека, структурируя его ментальность и идентичность.

Эффективность духовно-интегрированного лечения была убедительно показана на различных группах пациентов и клиентов с тревожными расстройствами и депрессией, шизофренией, нарушением пищевого поведения, субклиническим беспокойством и тревогой, зависимыми расстройствами, посттравматическим стрессовым расстройством у комбатантов и женщин, подвергшихся сексуальному насилию, и др.» [16].

**Копинг, копинговые стратегии** (англ. coping, coping strategy) — это то, что делает человек, чтобы справиться со стрессом. Понятие объединяет когнитивные, эмоциональные и поведенческие стратегии, которые используются, чтобы справиться с запросами обыденной жизни. Близкое понятие, широко используемое и глубоко разработанное в русской психологической школе, — **переживание**.

**Комплаенс** (англ. compliance — согласие, соответствие) — буквально означает действие в соответствии с запросом или указанием; повиновение. «Комплаенс» представляет собой соответствие каким-либо внутренним или внешним требованиям или нормам.

**Комбатант** (от фр. Combatant — сражающийся) — лицо, принимающее непосредственное участие в боевых действиях в составе вооруженных сил одной из сторон военного конфликта, и имеющее в этом качестве особый юридический статус.

П. И. Сидоров в 2009 г. создал в Архангельске Институт ментальной медицины, опирающийся в своей деятельности на биопсихосоциодуховную концепцию онтогенеза, обогащенную синергетической методологией [17]. Слово «синергетика» означает «совместное действие», в этом понятии подчеркивается согласованность функционирования частей, отражающаяся в поведении системы как целого [17].

Идею синергетического подхода можно пояснить на примере разных взглядов на проблему алкоголизма. С точки зрения врача —

это болезнь. Психологи смотрят на него как на разновидность зависимого поведения. Социальные работники рассматривают его как часть образа жизни. Духовные наставники видят в нем греховную страсть. Так что же это на самом деле? Все вместе взятое, но не как сумма частей, а нечто большее, которое не просто свести в единое целое. «Синергетический подход позволяет обрести единую методологию для анализа всех форм зависимого поведения — от алкоголизма и наркотизма до фанатизма и терроризма, корреспондируясь с приоритетными направлениями развития современной психиатрии» — утверждает академик П. И. Сидоров [17].

### Опыт приходских семейных клубов трезвости

Опыт нашей работы с лицами, пристрастившимися к психоактивным веществам, может свидетельствовать о плодотворности такого подхода. С 1990 г. группа специалистов-энтузиастов по реабилитации наркологических больных при моем непосредственном участии осуществляла программу помощи пациентам с аддиктивными расстройствами. Зная о том, чем мы занимаемся, Председатель Отдела по благотворительности и социальному служению Московского Патриархата в лице архиепископа Сергия Солнечногорского (в настоящее время митрополита Воронежского) предложил организовать у нас на приходе семейные клубы трезвости, аналогичные тем, что имелись по всей Италии. Мы согласились, прошли необходимую стажировку у наших итальянских коллег, и 5 декабря 1992 г. в подмосковном селе Ромашково открылся первый семейный клуб трезвости, благодаря помощи донна Сильвио Франка, донна Эдзико «Нило» Кадонны, профессора Р. де Стефани, медицинского работника К. Тенни, Р. Куни, которым мы очень благодарны.

Автором приглянувшейся нам методики был югославский профессор Владимир Худолин (1922–1996), «восходящая звезда социальной психиатрии», как характеризовал его в то время А. Гильерме Феррейра, президент Всемирной ассоциации социальной психиатрии 1988–1992 гг. [18]. На основании накопленного опыта и собственных размыш-

лений Владимир Худолин в начале 1960-х гг. начинает развивать социально-экологическую теорию алкоголизма, согласно которой проблемы, связанные с потреблением алкоголя и других психоактивных веществ, надо рассматривать в контексте отклоняющегося поведения, стиля или образа жизни страждущего, совместно с его окружением и средой их обитания, учитывая при этом влияние на них индивидуально-психологических и социо-культурных факторов.

1 апреля 1964 г. Владимир Худолин открывает при университетской клинике первый в Хорватии Клуб лечащихся алкоголиков и к 1979 г. таких клубов на Балканах уже более 2000. Результаты были поразительны: среди членов Клубов около 60% имели стойкую длительную ремиссию [19]. Это была революция во взглядах на алкоголизм и на способы решения проблем, им обусловленных.



Составляй, человек, товарищества для того, чтобы истреблять страсть к пьянству [23].

*Свт. Иоанн Златоуст*

В России широкий круг читателей журнала «Вопросы наркологии» познакомился с методикой В. Худолина в 1990 г. Тогда появились в печати статьи Б. Гачича [20], Т. П. Небарковой и Е. А. Кошкиной [21]. В 1994 г. вышла статья и нашего авторского коллектива [22], поделившегося с коллегами опытом организации семейных клубов трезвости в Москве и Подмосковье.

Так как семейные клубы трезвости возникли при церкви и продолжают создаваться преимущественно на приходах, было важно, чтобы реабилитационная программа соответствовала бы христианской аскетической практике врачевания всякой страсти, в том числе пристрастия к хмельным напиткам. Таким критериям отвечала методология Владимира Худолина.

Следует заметить, что семейный клуб трезвости (СКТ) не подменяет собой приходские церковные общины, так как не ставит перед собой религиозных и сотериологических целей, но вполне может быть действенным подспорьем в решении житейских проблем прихожан.

Однако, если участники клуба являются верующими людьми, то сочетанное воздействие на их личность соборного литургического общения, церковных таинств, личной и общественной молитвы, пастырского душепопечения, деятельного участия в приходской жизни приводит их к оздоровлению и духовно-нравственному росту.

Следуя общей тенденции развития медицины, действующие у нас на началах самоуправления, взаимопомощи, солидарности и бескорыстия приходские семейные клубы трезвости (ПСКТ) изначально стали использовать свой религиозный ресурс. О том, как и чем мы занимаемся и каких результатов мы достигли в период с 1992 г. по 2008 г., мы уже сообщали на страницах журнала «Наркология» [24].

В связи с увеличением числа СКТ (в настоящее время действуют 23 СКТ при храмах и 2 СКТ при государственных наркологических учреждениях) мы создали в 2011 г. Межрегиональное общественное движение в поддержку семейных клубов трезвости и стали осуществлять свою программу в сотрудничестве с Федеральным государственным бюджетным научным учреждением «Научным центром психического здоровья», имеющим в своем составе Отдел по изучению особых форм психической патологии, руководитель которого — кандидат медицинских наук О. А. Борисова. Этот отдел был создан в 1994 г. с целью изучения особенностей клинико-психопатологических проявлений пси-

хических расстройств у психических больных с религиозным мировоззрением.

Наша программа опирается на религиозное мировоззрение, традиционные семейные ценности в их христианском понимании, включает в себя проблемно-ориентированную эмоциональную поддержку и принятие людей с аддиктивными расстройствами. Клубная работа направлена на коррекцию системы межличностных взаимодействий, рассматриваемых с точки зрения социально-экологического подхода профессора В. Худолина. Представление о формировании болезненных изменений личности и путях совладания с ними опирается на теорию личности доктора медицинских наук профессора Ю. В. Валентика. Психотерапевтические интервенции осуществляются на основе духовно-ориентированного диалога доктора психологических наук Т. А. Флоренской.

Еженедельные двухчасовые встречи проводятся с участием больных хроническим алкоголизмом во 2 стадии без сопутствующей психической патологии и их родственников: супругов, родителей и детей зависимых, давших добровольное согласие на участие в групповых занятиях. Ведущим таких встреч является специально обученный руководитель. Залогом успешного прохождения программы является регулярное участие в клубных встречах в течение года. Сроки пребывания в программе не ограничены.

Целью исследования, носившего лонгитудинальный характер и продолжавшегося с 2011 г., было определение продолжительности и качества ремиссии, оцениваемых методами клинического обследования, применением опросника качества жизни «Short Form-36 Health Status Survey» и симптоматического опросника Simptom Check List-90-Revised (SCL-90-R). В исследовании приняли участие 53 человека, из которых мужчин — 35 человек (66%), женщин — 18 человек (34%). Длительность заболевания алкоголизмом составила от 2 до 12 лет.

Результаты исследования показали, что ремиссия от месяца до полугода зарегистрирована у 5 человек (10%), ремиссия от полугода до года — у 13 человек (24,5%), ремиссия более года — у 35 человек (65,5%). Качество жизни в ремиссии (SF-36) возросло от низких

значений (ниже 130 баллов) до средних (от 130 до 210 баллов — у 40 человек) и высоких (выше 210 баллов — у 8 человек). Сформировались удовлетворенность жизнью и реалистичное отношение к себе (SCL-90-R). Уровень социализации вырос у 40 человек (76%), нормализовались семейные отношения у 26 человек (50%), появились семьи у 10 человек (19%), в которых также родились дети. Восстановление профессиональных навыков произошло у 24 человека (45%), освоили новые виды деятельности 12 человек (23%).

Таким образом исследуемый подход показал высокую эффективность. Мы предполагаем, что такие результаты были достигнуты благодаря:

- мультидисциплинарному подходу;
- одновременному участию в программе зависимых пациентов и их родственников;
- глубокой ценностно-смысловой переориентации личности вследствие актуализации духовного компонента личности;

Ремиссия стала следствием ответственного выбора пациента в результате оздоровления межличностных отношений в семье в процессе групповой семейной работы.

На гармонизацию личности пациента повлияло духовно-ориентированное общение в специально организованной психотерапевтической среде.

Изменение поведения пациента сопровождалось изменением всего образа жизни.

Таким образом мы убеждаемся, что использование религиозного ресурса наших пациентов положительно сказывается на их реабилитации и ресоциализации.

Идейная платформа сообщества ПСКТ нашла свое выражение и в Концепции Русской Православной Церкви по утверждению трезвости и профилактике алкоголизма, принятой на заседании Священного Синода Московского Патриархата 25 июля 2014 г. В ней, в частности, говорится: «Православная Церковь рассматривает алкоголизм как тяжкое душевное заболевание, сопровождающееся глубокими повреждениями психосоматического характера, излечение которого невозможно без осознания болящим духовной природы своего недуга, полного и искреннего покаяния, обращения к полноте благодати Христовой» [25].

## Литература

1. *Святитель Лука Крымский (Войно-Ясенецкий)*. Автобиография. Я полюбил страдание. М., Приход храма сошествия Святого Духа, 2007. С. 178.

2. *Антоний (Блум), митрополит Сурожский*. Тело и материя в духовной жизни / Пер. с англ. по изд.: *Body and matter in spiritual life. Sacrament and image: Essays in the Christian understanding of man* / Ed. A.M. Allchin. London: Fellowship of S. Alban and S. Sergius, 1967. URL: <http://www.practica.ru/Ma/16.htm> (дата обращения: 03.02.2015).

3. *Антоний (Блум), митрополит Сурожский*. Духовность и душевность: Беседа с православными священниками. Финляндия, Куопио. Август 1974 г. // Московский психотерапевтический журнал. Христианская психология. 1997. N. 4. С. 28–29. URL: <http://masarchive.org/Sites/texts/1974-08-00-1-R-E-T-EM01-018.html> (дата обращения: 03.02.2015).

4. *Мелехов Д. Е.* Психиатрия и проблемы духовной жизни // Психиатрия и актуальные проблемы духовной жизни. М., 1997. С. 8–61. URL: <http://www.psychiatry.ru/lib/1/book/13/chapter/2> (дата обращения: 03.02.2015).

5. *Engel G.* The need for a new medical model: A challenge for biomedicine // *Science*. 1977. N. 196. P. 129–136.

6. *Larson D. B., Larson S. S.* Religious commitment and health: valuing the relationship. *Second Opinion* 17, N. 1 (July 1991). P. 27–40.

7. *Ларсон Д. Б., I.* Забытый фактор здоровья: медицинские исследования открывают клиническую эффективность религии // Бог, наука и покорность. Десять ученых о теологии смирения. Сборник / Отв. ред. Р. Херрман. М.: АСТ, Астрель, 2007. С. 308.

8. *Faith, Medicine, and Science: A Festschrift in Honor of Dr. David B. Larson* / J. Levin, H. G. Koenig, editors. New York, Haworth Pastoral Press, 2004. P. XVII.

9. *Pearce M. J., Koenig H. G., Robins C. J., Nelson B., Shaw S. F., Cohen H. J., King M. B.* Religiously Integrated Cognitive Behavioral Therapy: A New Method of Treatment for Major Depression in Patients With Chronic Medical Illness // *Open Journal of Psychiatry*. 2014. V. 4. N. 4. P. 335–352.

10. The Oxford Dictionary of World Religions / Ed. John Bowker. Oxford–New York: Oxford University Press, 1997.
11. *D'Aquili E. G., Newberg A. B.* Religious and mystical states: a neuropsychological model. *Zygon*: V. 28, N. 2. 1993. P. 177–200.
12. *Newberg A. B., Alavi A., Baime M., Pourdehnad M., Santanna J., d'Aquili E. G.* The measurement of regional cerebral blood flow during the complex cognitive task of meditation: A preliminary SPECT study // *Psychiatry Research. Neuroimaging*. 2001. V. 106. N. 2. P. 113–122.
13. *Newberg A., Pourdehnad M., Alavi A., d'Aquili E.* Cerebral blood flow during meditative prayer: Preliminary findings and methodological issues // *Perceptual and Motor Skills*. 2003. V. 97. N. 2. P. 625–630.
14. *Слэзин В. Б., Музалевская Н. И., Урицкий В. М., Рыбина И. Я.* Изменение функционального состояния мозга при христианской молитве // *Независимый психиатрический журнал*, 1999. N. 4. С. 28–32.
15. *Van Praag H. M.* Religiosity, a personality trait to be reckoned within psychiatry // *World Psychiatry*. 2013. V. 12. N. 1. P. 33–34.
16. *Сидоров П. И.* Религиозный ресурс ментальной медицины // *Экология человека*. 2014. N. 5. С. 23.
17. *Сидоров П. И., Новикова И. А.* Ментальная медицина. М.: Геотар-Медиа, 2014.
18. *Ferreira A. G.* The life of the W.A.S.P. from 1964 to 1992 // *World Association of Social Psychiatry*. Сайт Всемирной социально-психиатрической ассоциации. URL: <http://www.waspsocialpsychiatry.com/life-wasp-1964-1992/> (дата обращения 28.12.2015).
19. *Hudolin V.* La ricaduta // *Alcol, problemi alcolcorrelati ed ecologia sociale*. Сайт Территориальной алкогольной школы в Ассизи. URL: [http://www.alcoholnet.net/Manuale%20Club/la\\_ricaduta.htm](http://www.alcoholnet.net/Manuale%20Club/la_ricaduta.htm) (дата обращения 30.12.2015).
20. *Гачич Б.* Координированная экосистемная модель алкоголизма. 15-летний опыт профилактики и лечения алкоголизма на предприятиях Белграда // *Вопросы наркологии*. N. 1. 1990. С. 22–25.
21. *Небаракова Т. П., Кошкина Е. А.* Опыт семейной терапии алкоголизма в Югославии // *Вопросы наркологии*. N. 4. 1990. С. 56–58.
22. *Бабурин А. Н., Ермошин А. Ф., Жохов В. Н., Карнова М. Н., Никулин А. В., Турбина Л. Г.* Опыт работы семейных клубов трезвости // *Вопросы наркологии*. N. 2. 1994. С. 91–94.
23. Святого отца нашего Иоанна Златоуста, архиепископа Константинопольского, толкование на Второе послание к Тимофею. Беседа 1 // Полное собрание творений Св. Иоанна Златоуста в двенадцати томах. СПб.: С.-Петербургская Духовная Академия, 1905. Т. 11. Кн. 2. С. 762.
24. *Протоиерей Алексей Бабурин.* Душепопечение наркологических больных в условиях прихода // *Наркология*. 2008. N. 10. С. 88–94.
25. Концепция Русской Православной Церкви по утверждению трезвости и профилактике алкоголизма // Русская Православная Церковь. Официальный сайт Московского Патриархата. 25 июня 2014. URL: <http://www.patriarchia.ru/db/text/3696047.html> (дата обращения 30.12.2015).

## О страсти винопития

От плохих компаний и пиршеств надо удаляться. Надо помнить, что от этой страсти весьма трудно отстать. И многие от этой самой страсти погибают душой и телом. А привыкшим к этой страсти надо крепко против ее мучительства вооружиться, стоять, не поддаваться, молить и призывать всесильную Божию помощь. Надо приводить на память случающиеся от пьянства беды и сравнивать состояние трезвой жизни с состоянием пьяного. Надо напоминать, что многие умирают пьяными во сне и из этого мира в иной переходят без всякого чувства и потому без покаяния.

*Свт. Тихон Задонский*