

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ  
БЮДЖЕТНОЕ НАУЧНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
«НАУЧНЫЙ ЦЕНТР ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ»**

*На правах рукописи*

*Самсонов Иван Сергеевич*

**Психопатология и клиника синдрома овладения  
религиозного содержания  
при шизофрении**

14.01.06. – «Психиатрия» (медицинские науки)

Диссертация  
на соискание учёной степени  
кандидата медицинских наук

Научный руководитель –  
доктор медицинских наук  
Каледа Василий Глебович

Москва – 2021

## Оглавление

Введение .....	4
Глава 1. Обзор литературы .....	12
Глава 2. Методы исследования и общая характеристика материала .....	31
2.1. Критерии отбора материала:.....	31
2.2. Общая характеристика материала .....	32
2.3. Методы исследования .....	36
Глава 3. Клинико-психопатологические характеристики и типология СОРС ...	41
3.1. Общая психопатологическая характеристика.....	41
3.2. Клинико-типологическая дифференциация.....	43
3.2.1. Галлюцинаторный тип СОРС (I тип) .....	44
3.2.2. Бредовой тип СОРС (II тип).....	53
Глава 4. Характеристика основных закономерностей течения и исходов синдрома овладения религиозного содержания.....	63
4.1. Особенности инициального этапа заболевания с СОРС.....	64
4.2. Течение и исход заболевания с СОРС.....	70
4.3. Типологические особенности течения и исхода заболевания СОРС .....	78
4.3.1. I тип СОРС (галлюцинаторный тип) .....	78
4.3.2. II тип СОРС (бредовой тип).....	87
Глава 5. Условия формирования и некоторые клинико-патогенетические характеристики СОРС.....	97
5.1. Особенности когнитивных нарушений у больных с СОРС на момент ремиссии .....	98
5.2. Особенности религиозности у больных СОРС на доманифестном этапе заболевания.....	103

5.3. Изменение религиозности на момент катамнеза у больных с СОРС .....	107
5.4. Клинико-иммунологическая дифференциация СОРС .....	111
Глава 6. Особенности терапии и социальной реабилитации больных с СОРС	118
Заключение .....	132
Выводы .....	147
Практические рекомендации .....	152
Список сокращений и условных обозначений .....	154
Список литературы .....	162
Приложение. Клинические иллюстрации .....	185

## Введение

### Актуальность темы

В течение последних десятилетий проблема изучения и дифференциации состояний с явлениями бреда овладения религиозного содержания (т.н. бред одержимости) остаётся в фокусе внимания исследователей [Урюпина М.Д., 1972; Каледа В.Г. с соавт., 2017; Пашковский В.Э с соавт., 2011; Arterburn S., 2001; Ang A.V., Montiel C.J., 2019]. При их немногочисленности эти исследования характеризовались недостаточной степенью разработки проблемы, ввиду чего ряд вопросов по данной тематике по-прежнему нуждается в значительной доработке, что определяет актуальность исследования. Ряд авторов также указывают на необходимость исследования условий возникновения данных состояний [Копейко Г.И., с соавт., 2016, Пашковский В.Э. с соавт., 2011; Sims A.C., 1992; Pfeifer S., 1993; Duga K., Stupak R., 2018].

Имеются данные о высокой частоте встречаемости психотических состояний с бредовыми идеями религиозного содержания у больных с расстройствами шизофренического спектра (11–28%) [Пашковский В.Э. с соавт., 2010; Pereira S., Bhui K., Dein S., 1995; Stompe T. et al., 1999; Siddle R. et al., 2002]. Следует также отметить, что некоторые исследователи [Зислин И. М. с соавт., 2017; Getz G.E., Fleck D.E., Strakowski S.M., 2001; Suhail K., 2003] указывали на значительную распространенность бреда одержимости среди прочих бредовых расстройств с религиозной фабулой. Несмотря на это, в современных международных классификациях психических расстройств, состояния с явлениями религиозного бреда не выделяются в отдельную категорию.

Необходимо обратить внимание на отсутствие четких клинико-психопатологических характеристик, обоснованной типологической дифференциации и прогностических критериев для изучаемых состояний [Копейко Г. И. с соавт., 2016; Каледа В.Г. с соавт., 2017]. При этом, ряд современных исследователей указывает на высокую степень социальной опасности больных с бредовыми расстройствами религиозного содержания в связи с развитием

специфических форм бредового поведения, представленных антисоциальными, аморальными, деструктивными поступками [Гримсолтанова Р.Э., 2013; Reeves R.R., Liberto V., 2006; Martiniuc G., Trifina A., 2007]. Также в настоящее время по-прежнему не разработаны специальные алгоритмы и схемы лечения, как в рамках стационара, так и в амбулаторных условиях для данных больных. Имеются данные о высокой частоте резистентности к проводимой психофармакотерапии больных с подобными явлениями [Бондарев Н.В., 2017; Копейко Г. И. с соавт., 2018; Ventriglio A., 2018].

Некоторые исследователи отмечают более позднее обращение данных больных за специализированной медицинской помощью, зачастую уже на этапе развернутой клинической картины, предпочитая сперва искать помощи у священнослужителей, колдунов, шаманов [Пашковский В.Э., 2010; Kim K.I., 1999; Robles-García R. et al., 2014]. Принимая во внимание эти данные, становится актуальным вопрос уточнения особенностей параметра длительности нелеченого психоза, его прогностическое значение, а также связь с различными характеристиками доманифестного этапа и социо-демографическими показателями [Murru A. et al., 2018; Rosengard R. et al., 2019].

Все перечисленные выше аспекты, несомненно, подтверждают актуальность данного исследования. Они также объясняют важность выделения и детального изучения данного синдрома в рамках шизофрении.

#### **Разработанность проблемы исследования:**

К настоящему времени, исследования, посвященные изучению состояний, сходных с синдромом овладения религиозного содержания (СОРС), затрагивают ряд важных аспектов. Среди них выделяются анализ условий, способствующих их формированию [Drouin E., Péréon T., Péréon Y., 2017; Rowan K., Dwyer K., 2015], а также вопросы взаимоотношения психопатологии СОРС с религиозным фактором [Suhail K. et al., 2002, 2009; Stanford M.S., 2007; Ang A.V., Montiel C.J., 2019]. Следует отметить, что значительная часть научных трудов по данной тематике представлена в виде описания клинических случаев. Реже встречаются работы, посвященные изучению клинико-психопатологических особенностей изучаемых

состояний в рамках шизофрении [Каледа В.Г., Попович У.О., Романенко Н.В., 2018; Копейко Г.И. с соавт., 2018; Ross C.A. et al., 2011; Obeid T. et al., 2012; Mishra A., 2018]. Авторы данных работ выделили и описали ряд специфических для шизофрении психопатологических феноменов с религиозным содержанием, объединяя их в различные синдромокомплексы. Подобные клинические построения известны во многих странах, в целом отражая вопросы транскультуральности изучения состояний с явлениями бреда одержимости. Так, были описаны синдром джиннати (djinnati syndrome), специфический среди лиц, исповедующих ислам, а также вариант синдрома одержимости специфичный лишь для индийской культурной группы [Kianpoor M., 2006; 2013]. Также, можно выделить работу E. Somer (2004), в которой анализируется несколько случаев одержимости диббуком, что характерно для лиц, исповедующих иудаизм. М. Д. Урюпина (1985) описывала особенности одержимости злыми духами у последователей шаманизма северных народов России, как сочетание идей порчи, одержимости, овладения с соматическими иллюзиям. Особенности представлений об изучаемом состоянии с позиции последователей шаманизма на территории России исследовал Серeda Е.И., (2009), указывая на своеобразный взгляд шаманов различных народов на проблему одержимости злыми духами.

Во многом остаются не изученными особенности различных форм бредового поведения у данной группы больных, а также вопросы прогностической оценки и назначения адекватной терапии. Кроме этого, отсутствуют специальные исследования, посвященные изучению преморбидных личностных особенностей больных с СОРС.

### **Цель исследования**

Целью настоящего исследования является выявление клинико-психопатологических особенностей синдрома овладения религиозного содержания при шизофрении, установление закономерностей течения, прогностических критериев, разработка методов терапии.

На разрешение были поставлены следующие задачи:

1. Выявление клинико-психопатологических особенностей синдрома овладения религиозного содержания.
2. Разработка клинической типологии изучаемого синдрома.
3. Выявление условий формирования, основных закономерностей течения шизофрении с СОРС, разработка дифференциально-диагностических критериев синдрома.
4. Изучение клинико-патогенетических характеристик, специфики когнитивных нарушений, динамики изменений религиозного фактора.
5. Разработка предпочтительных терапевтических подходов к психофармакотерапии и социо-реабилитационным мероприятиям у больных с СОРС с учётом специфических культуральных особенностей.

**Объект исследования:**

Больные мужского и женского пола в возрасте от 18 до 55 лет, госпитализированные в клинику НЦПЗ, или наблюдаемые амбулаторно, у которых была выявлена шизофрения (F20 по МКБ-10) с синдромом овладения религиозного содержания.

**Предмет исследования:**

Проявления синдрома овладения религиозного содержания при шизофрении.

**Общая гипотеза:**

Синдром овладения религиозного содержания при шизофрении находится в тесной взаимосвязи с религиозным фактором, который оказывает существенное влияние на содержание психопатологической симптоматики, определяя их клиническую неоднородность. При этом эндогенный процесс видоизменяет религиозность больного, которая по мере течения болезни приобретает патологические черты.

**Теоретико-методологическая основа:**

В качестве теоретической и методической основы исследования были использованы базовые положения об особенностях бредовых расстройств с религиозной фабулой, а также об их взаимосвязи с религиозностью больного, разработанные в трудах отечественных и зарубежных психиатров, как

современных [Пашковский В.Э., 2011; Зислин И.М., 2017; Каледа В.Г., Попович У.О., Романенко Н.В., 2017, 2018; Копейко Г.И. с соавт., 2018], так и классических [Мелехов Д.Е., 1997; Esquirol J., 1838; Krafft-Ebing M., 1878; Schneider K., 1928].

#### **Методы исследования:**

1. Клинико-психопатологический;
2. Клинико-катамнестический;
3. Психометрический (PANSS; PSP, Шкала выраженности религиозности Р. Докинза, шкала религиозной ориентации Г. Олпорта);
4. Экспериментально-психологический (совместно с клиническими психологами Ю. А. Словневским, Е. А. Казьминой, М. Д. Болтрукевич);
5. Нейроиммунологический (совместно с лабораторией нейроиммунологии ФГБНУ НЦПЗ (руководитель – проф. Т. П. Ключник));
6. Статистический.

#### **Основные положения, выносимые на защиту:**

1. Особенности развития синдрома овладения религиозного содержания в значительной степени зависят от религиозно-культуральных особенностей пациента на начальных этапах заболевания, которые неизбежно искажаются в ходе дальнейшего развития патологического процесса.
2. Выявленные типологические разновидности синдрома овладения религиозного содержания имеют различия не только по клиническим проявлениям, но и по ряду показателей доманифестного этапа (особенности религиозности, социальные и трудовые характеристики).
3. При определении исхода течения шизофрении с СОРС значительную роль играют типологические особенности не только клинико-психопатологических характеристик, но и динамических изменений по параметрам изменения религиозности и искажения когнитивных функций.

#### **Экспериментальная база исследования:**

Исследования проводились на базе группы по изучению особых форм психической патологии (руководитель – к. м. н. Г. И. Копейко) отдела юношеской психиатрии (руководитель – д. м. н., профессор В.Г. Каледа) ФГБНУ «Научный

центр психического здоровья» (директор – профессор Т. П. Ключник). Исследование выполнено в период с 2018 по 2021 гг.

#### **Характеристика выборки пациентов:**

Всего было изучено 126 больных (55 мужчин; 71 женщина) у которых был выявлен синдром овладения религиозного содержания. Нозологическая принадлежность психопатологической симптоматики, включенных в исследование больных, оценивалась в соответствии с Международной классификацией болезней 10 пересмотра (МКБ-10) и соответствовала диагностическим критериям шизофрении (F20).

#### **Критериями включения:**

Наличие синдрома овладения религиозного содержания; возраст от 18 до 55 лет на момент манифестации СОРС; соответствие психотического приступа диагностическим критериям шизофрении (F20 по МКБ-10); длительность наблюдения для катamnестической группы больных не менее 10 лет.

#### **Критериями невключения:**

Наличие сопутствующей соматической и неврологической патологии, затрудняющей проведение исследования.

**Репрезентативность материала**, комплексная методика обследования, включающая клинико-психопатологический, клинико-катamnестический, психометрический, экспериментально-психологический, нейроиммунологический, статистический методы обеспечивают достоверность научных положений и выводов.

Исследование соответствовало положениям Хельсинской декларации по вопросам медицинской этики и проводилось с соблюдением прав, интересов и личного достоинства участников. План исследования одобрен локальным этическим комитетом ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» (протокол № 485 от 13.12.2015). Все обследуемые дали письменное информированное согласие на участие в исследовании и были предупреждены о возможных побочных эффектах.

**Научная новизна исследования:**

В ходе проведенного исследования в рамках изучения особенностей и специфики психопатологии с религиозным содержанием впервые был описан синдром овладения религиозного содержания при шизофрении (СОРС). Были подробно изучены и описаны его клинико-психопатологические и феноменологические особенности, разработана клиническая типология. Выделены специфические закономерности течения шизофрении, протекающей с данным синдромом. На основании полученных данных определены основные прогностические критерии. Изучены особенности соотношения проявлений религиозности с психопатологическими явлениями на фоне развития эндогенного заболевания. Выявлена типологическая специфика когнитивных расстройств у больных с СОРС, а также особенностей социальной и трудовой адаптации. Установлена взаимосвязь и типологическая специфика биологических маркеров клинико-психопатологического состояния больных с СОРС для дальнейшего использования в диагностических целях. Определены специфические для данного синдрома терапевтические стратегии, как на этапах стационарного лечения, так и на этапе амбулаторного наблюдения.

**Практическая и теоретическая значимость работы:**

Полученные в процессе проведенного исследования данные способствуют адекватному решению поставленных задач, связанных со своевременной диагностикой и определением индивидуального прогноза для больных шизофренией с синдромом овладения религиозного содержания. Установленные в процессе исследования закономерности клинических проявлений и течения будут способствовать оптимальному решению проблем дифференциальной диагностики. Полученные данные способствуют более точному прогнозированию течения заболевания, облегчат выбор оптимальной терапевтической тактики ведения этих больных, в том числе её продолжительности, а также могут применяться при поиске рациональных путей социально-реабилитационных мероприятий. Результаты исследования могут быть использованы в лекционном процессе и

педагогической деятельности кафедр психиатрии медицинских ВУЗов и системы постдипломного образования.

**Степень достоверности и апробация результатов исследования:**

Представленная диссертация соответствует паспорту специальности 14.01.06 – «Психиатрия», занимающейся изучением клинических, социально-психологических и биологических основ психических заболеваний, их клинических проявлений, патогенеза, лечения, профилактики и реабилитации психических больных. Результаты проведенного исследования соответствуют области исследования специальности «Психиатрия». По теме диссертации опубликовано 3 статьи – в изданиях, рекомендованных ВАК Министерства науки и высшего образования Российской Федерации. Основные положения диссертации были представлены на следующих конференциях: Юбилейной Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвященная 75-летию Научного центра психического здоровья (7 июня 2019 года); Международной конференции "Психическое здоровье и религиозный опыт" (Москва, 7-8 ноября 2019 г.); Всероссийской конференция молодых ученых, посвященная памяти академика АМН СССР А.В. Снежневского (9 октября 2020 года), на XVII съезде психиатров России (15 – 18 мая 2021 года, Санкт-Петербург).

**Личный вклад автора в работу:**

Автором лично проведен поиск и анализ научной литературы по теме диссертации, определена степень разработки проблемы исследования, на основании которой сформулирована концепция диссертационной работы, сформирована программа исследования и определены его цель и задачи. Осуществлен сбор материала, выбраны необходимые методы исследования, проведено комплексное клиническое обследование больных с формированием репрезентативной выборки, произведена обработка и анализ полученных в ходе исследования результатов. Сформулированы положения, выносимые на защиту, обоснованы полученные выводы, разработаны практические рекомендации, а также подготовлены публикации по теме исследования.

# Глава 1.

## Обзор литературы

### **История изучения синдрома овладения религиозного содержания**

История изучения синдрома овладения религиозного содержания (СОРС), а также схожих с ним психопатологических состояний включает не одно столетие. При этом воззрения на данную проблему всегда представляли собой предмет дискуссий. Различия в имеющихся взглядах и подходах к анализу данных состояний на разных этапах, создавали неоднозначность в трактовке и оценке заболевания, протекающего с данным феноменом.

Первые работы, посвященные явлениям синдрома овладения религиозного содержания, появились еще в первой половине XIX века, на начальных этапах становления психиатрии как науки [Esquirol J., 1838; Macario M., 1843]. Именно J. Esquirol впервые дал определение этому состоянию, как одной из разновидностей монomanии – какодемонomanия [Esquirol J., 1838]. Автор утверждал, что в связи со снижением актуальности религиозного фактора в жизни человека, данный синдром является архаическим, наблюдается только у небольшого числа «невежественных, суеверных и малодушных пациентов».

Приведенную точку зрения оспаривал его ученик – М. Macario (1843), который во время работы в приюте французского города Марвиль обследовал около 550 больных с данным синдромом. Он установил, что данные состояния встречаются в популяции чаще, чем считал J. Esquirol, в основном в отдаленных от больших городов психиатрических лечебницах, в регионах, где влияние религиозного фактора на общество оставалось достаточно значимым. Ввиду этого, данные состояния нельзя считать архаическими.

На протяжении XIX, начала XX вв., многочисленные вопросы, связанные с состояниями, сходными с синдромом овладения религиозного содержания, освещались различными авторами [Ideler K.W., 1848; Krafft-Ebing R., 1879; Schneider K., 1928; McAll R.K., 1971; Pfeifer S., 1993]. Однако, несмотря на

встречающиеся сходства в описаниях данного состояния, единого подхода к его изучению и не было сформировано. Некоторые авторы [Корсаков С. С., 1901; Рыбаков Ф. Е., 1917; Крепелин Э., 2004], касались данного синдрома, занимаясь разработкой общих вопросов религиозной психопатологии. Так, С. С. Корсаков (1901) отмечал, что религиозной паранойе (*paranoia religiosa*) подвержены люди, склонные к мистицизму с детства, таким образом подчеркивая важность учета культуральных особенностей среды. Таким образом, с начала XX века прослеживаются первые попытки классифицировать психотические состояния с религиозной фабулой, что послужило фундаментом для дальнейшего более подробного изучения религиозной психопатологии.

На протяжении XX века на фоне общемирового упадка значимости религии в общественной жизни и снижения количества психозов с мистической фабулой – состояния с СОРС при шизофрении вновь стали относить к редко встречающимся, архаическим формам. В середине XX века Е.Н. Каменева (1940; 1957) на основании проведённых исследований отмечала большую редкость состояний с бредом одержимости. По ее мнению, бредовые идеи одержимости в отличие от других видов бреда носят примитивный магический характер и являются выражением своеобразной регрессии мышления. В подтверждение этого положения автор приводила данные о частом сочетании бреда одержимости с другими видами бредовых расстройств, содержание которых также соответствовало примитивным формам мышления (бредовые идеи порчи, колдовства, волшебства) при незначительной выраженности традиционных видов бредовых построений (бред отношения, преследования, отравления). Кроме того, Е.Н. Каменева относила бред одержимости к особой разновидности ипохондрического бреда.

Следует отметить возрастающий интерес к данной проблеме среди отечественных авторов [Белорусов С.А., 2000; Крылова Д.Д., 2015; Архипова У.О., 2017; Лукьяненко К.А с соавт., 2017; Тупикин Р.В., 2019]. В своих работах исследователи затрагивали проблему взаимоотношения шизофрении, протекающей с клиническими явлениями синдрома овладения религиозного содержания, и религиозных, культуральных и социологических особенностей, их

роль в синдромообразовании. Среди исследований, посвященных данной проблеме, отдельно следует выделить работу В.Э. Пашковского (2005, 2006, 2010), который подробно рассматривал данную тему в рамках «религиозно-архаического бредового комплекса». Автор утверждал, что актуальность изучения непосредственно взаимодействия религиозного фактора и психопатологических феноменов определяется высокой (24—28%) их частотой в структуре психотических приступов, трудностями диагностики на ранних этапах заболевания, а также малой изученностью вопросов динамики и исхода данных состояний.

Анализируя особенности бредовых фабул религиозного содержания в конце XX века, Ю.А. Лацинина и Ф. В. Кондратьев (2000) утверждали, что процесс их формирования происходил преимущественно в рамках традиционных религий.

К сожалению, несмотря на многочисленность исследований, начиная с середины XIX века, они характеризуются неоднородностью подходов к изучению СОРС, различиями в интерпретациях и использовании фундаментальных данных, а также мультикультуральным фактором. Такие многогранные вопросы, нозологическая специфичность, закономерности течения заболевания, протекающего с данным синдромом, дифференциально-диагностические критерии, изучение типологии, феноменологии, психопатологии этих состояний, а также определение терапевтических стратегий и прогностическая оценка изучаемого состояния – по сей день остаются малоизученными, дискуссионными, требующими более подробного исследования.

В связи с этим, вопрос об изучении религиозной психопатологии и, в частности, состояний с синдромом овладения религиозного содержания при шизофрении по-прежнему является актуальным. При исследовании данной проблемы можно выделить несколько основных аспектов: клиника и психопатология изучаемого синдрома; зависимость психопатологии особенностей от социо-культурологических и религиозного фактора; вопросы эпидемиологии, оценки нозологической принадлежности, социальной опасности.

## **Психопатология и клиника синдрома овладения религиозного содержания**

Обращаясь к проблеме изучения психопатологии и клиники данного синдрома, необходимо обратиться к трудам М. Масарго (1843), которому принадлежит одна из первых классификаций изучаемых состояний, в которой выделено 4 типа демономании: 1) бред проклятия; 2) внешняя демономания, соответствующая синдрому воздействия с иллюзиями и галлюцинациями (слабоумные, истерики, одержимые); 3) внутренняя демономания, соотносящаяся с вариабельностью синдрома одержимости с двигательными и идеаторными автоматизмами, сенестопатическими галлюцинациями (термин сенестопатии был сформулирован несколько позже); 4) бред встречи с демонами инкубом и суккубом, сопровождающийся предложениями вступить в сексуальную связь, в первом случае – женщинам с демонами (достаточно часто в сфере генитальных галлюцинаций), во втором случае (исключительно) – мужчинам с женским воплощением дьявола.

В своем большинстве исследования в этой области не отличались разработанностью, несмотря на то что описания состояний одержимости встречается в трудах многих авторов. Так, Е. Краепелин (1900) в своем «Введении в психиатрическую клинику» в рамках меланхолии, или маниакально-депрессивного помешательства, упоминал клинические случаи, когда больные на высоте развивающегося бреда греховности считали, что подвергались воздействию демонических сил. Однако эти описания не подробны, и к сожалению, не имеют большого психопатологического значения.

Отдельно следует обратить внимание на историю изучения феномена галлюцинаций общего чувства, как одного из ведущих психопатологических образований изучаемого синдрома [Копейко Г. И., 2018].

История изучения расстройств общей чувствительности (*sensorium communi*) берёт начало с концепции «идиопатических нарушений общей чувствительности» (или сенестезия/ценестезия), основы которой, как отмечает В.Г. Остроглазов (2012), был изложен российским психиатром Андреем Солнцевым в 1825 г. в

докторской диссертации «*Morborum mentis natura, diagnosi et cura*», написанной на латинском языке, опубликованной и защищенной в Московском Университете. В указанной работе исследователь впервые провел дифференциацию между так называемой органической (внутренностной) чувствительностью и центральной (мозговой) ценестезией, определяя её в качестве «идиопатического» (или эндогенного) расстройства чувствительности при везании. Несмотря на это, ряд исследователей [Эглитис И., 1977; Смулевич А.Б., 2007] приписывают приоритет определения термина общего чувства тела J.C. Reil (1880), который объяснял его как интегративное чувство, включающее сумму всего спектра interoцептивных ощущений - протопатических, висцеральных, гаптических, термических, кинестетических и витальных, ввиду чего более корректным термином, нежели ценестезия, считался термин коэнестезиопатия. После того, как J. Esquirol (1838) впервые в истории психиатрии сформулировал научное понятие галлюцинаций – «человек, который имеет глубокое убеждение в наличии у него в данный момент восприятия, в то время как нет никакого внешнего объекта в пределах досягаемости его чувств, находится в состоянии галлюцинации» – данный феномен стал рассматриваться в рамках галлюцинаторных расстройств. Тем не менее, единое определение непосредственно галлюцинаций общего чувства сформировано не было. Так, Ж. Байярже (1846) относил данные состояния к висцеральным (интероцептивным) галлюцинациям, с чем соглашались некоторые исследователи [Корсаков С.С., 1901; Нарбутович И.О., 1959], тогда как V. Magnan (1895) под галлюцинациями общего чувства подразумевал специфические разновидности тактильных галлюцинаций: генитальные галлюцинации, кожные галлюцинации, которые позже были описаны К. Экбомом (1938) в рамках дерматозойного бреда. В.М. Бехтерев (1904) именовал данные состояния соматическими галлюцинациями, В.П. Осипов (1923) те же переживания называет мнимощущениями во внутренних органах. К. Jaspers (1923), обсуждая состояния, определяемые им как галлюцинации телесных чувств, дифференцировал их на термические (пол под ногами раскален, невыносимое ощущение жара) и тактильные галлюцинации (дует холодный ветер, под кожей ползают черви и

насекомые, больного кусают и жалят). После введение и уточнение таких терминов, как псевдогаллюцинации [В.Х. Кандинский, 1890] и сенестопатии [Dupre E., Camus P., 1907] некоторые состояния, ранее относящиеся к обсуждаемому феномену, были отнесены к ним. Таким образом, к началу XX века под термином галлюцинации общего чувства (признававшимся не всеми исследователями) подразумевались проявления истинных галлюцинаций различных модальностей, тогда как расстройства прочих регистров (например, тактильные псевдогаллюцинации, висцеральные сенестопатии) описывались отдельно.

На связь данного феномена с религиозной психопатологией указывали многие исследователи. Так, изучая «демоно-меланхолию» W. Griesinger (1881), определил, что при состояниях с религиозным бредом одержимости, зачастую, одним из ведущих признаков являются – аномальные ощущения в различных частях тела, которые больной принимает за местожительство нечисти, так называемые висцеральный галлюциноз, или галлюцинации общего чувства. На те же особенности указывал R. Krafft-Ebing (1879), изучая состояния религиозного помешательства, а также С.П. Сербский (1900) и Э. Блэйлер (1923). Тогда же К. Jaspers (1923) впервые установил, что состояния с бредом одержимости – являются комплексными, включающими в себя психопатологические проявления различных регистров. Однако, несмотря на это, по-прежнему отсутствует единое мнение относительно содержания феномена галлюцинаций общего чувства [Huber G., 1957; Jütte R., 2005; Blom J.D., Sommer I.E., 2012].

Среди зарубежных авторов XX века изучение клиники шизофрении, протекающей с явлениями синдрома овладения религиозного содержания, этой проблеме посвящены единичные работы. Некоторые авторы, изучая данную тему, ограничивались лишь общими описанием клинических случаев [Stirrat R.L., 1977; Bach P.J., 1979; Dunn J.D., Twelftree G.H., 1980; Schendel E., Kourany R.F., 1980; Maniam T., 1987; Salmons P.H., Clarke D.J., 1987; Azaunce M., 1995].

Большой вклад в изучение клинических проявлений изучаемого синдрома сделали психиатры французской школы. В своем исследовании так называемой

«психопатологии медиумов» и подверженных «спиритическому бреду» больных J. Grasset (1904) описал выраженные диссоциативные расстройства личности, выражающиеся ощущением присутствия в себе чужеродного сознания. J. Lévy-Valensi (1910) один из первых определил связь между так называемым «спиритическим бредом» и явлениями тотального автоматизма.

На данный момент существует ряд современных работ отечественных авторов, затрагивающих вопросы особенностей психопатологической картины бреда одержимости [Морозов Г. В., Шумский Н.Г., 1998; Жмуров В.А., 2002; Самохвалов В.П., 2002]. Ряд авторов описывали явления религиозного бреда одержимости как компонента отдельного симптомокомплекса [Лукомский И.И., 1957; Гуськов В.С., Урюпина М.Д., 1985; Портнов А.А., Шахнович М.И., 2013; Ворошилин С.И., 2014; Логутенко Р.М., 2015; Каледа В.Г., Попович У.О., Романенко Н.В., 2018; Копейко Г.И., Борисова О.А., Гедевани Е.В., 2018; Самсонов и соавт., 2020]. В это понятие включили такие психопатологические комплексы как галлюцинаторно-параноидный синдром овладения Кандинского-Клерамбо, а также бред метаморфоза, колдовства, порчи, бред ипохондрического содержания, систематизированные бредовые идеи отношения, преследования. Данными исследователями достаточно подробно описан широкий психопатологический спектр расстройств, входящих в понятие синдрома овладения религиозного содержания.

Проводя оценку литературы, посвященной клинике и психопатологии синдрома овладения религиозного содержания при шизофрении формируется вывод о крайней неоднородности и разобщенности представлений об изучаемом феномене. Этот факт подчеркивает актуальность настоящего исследования.

### **Влияние культуральных и религиозных факторов на психопатологию и феноменологию синдрома овладения религиозного содержания**

Влияние культурального фактора на формирование бредовой фабулы находится в фокусе внимания многих исследователей [Suhail K. et al., 2002; Rhoades Jr. G.F., 2006]. Исследования бреда одержимости религиозного содержания, проведенные рядом авторов [Пашковский В.Э с соавт., 2010; Зислин И.М с соавт.,

2017; Siddle R. et al., 2002] показали, что данный феномен имеет транскультуральный (мультикультуральный) характер. Он описан у представителей христианства, ислама, иудаизма, буддизма, шаманизма.

Изучая данную тематику, И.М. Зислин с соавт. (2017) приходит к выводу, что психотический и религиозный опыт базируются на сюжетных структурах, сформированных в рамках определенной культуры: «именно культурально-оформленный вербализованный нарративный опыт формирует специфичность психотического содержания».

Британским врачом К. Suhail и соавторами (2002, 2009) было проведено исследование для сравнения влияния культуры и ближайшего окружения на феноменологию симптомов шизофрении путем изучения фактического содержания бредовых идей и галлюцинаций в трех группах больных шизофренией: пакистанцы, живущие в Британии, пакистанцы, живущие в Пакистане и британцы, живущие в Британии. Сравнения показали значительные различия в феноменологии бреда и галлюцинаций между двумя пакистанскими группами, чем между британской группой и группой пакистанцев, проживающих в Британии. По мнению автора, полученные данные свидетельствуют о сильном патопластическом влиянии окружающей среды на патокинез синдрома.

Проявления собственно изучаемого синдрома овладения религиозного содержания встречаются по всему миру, а также среди различных религиозных конфессий: исламе, буддизме, индуизме, среди коренных северных народов. Так, помимо явлений одержимости бесами, или демонами среди представителей христианской конфессии, существует целый ряд состояний, которые по психопатологической структуре сходны с проявлениями данного синдрома, но отличаются по религиозным и культурным аспектам. Обсуждая особенности патопластического влияния на психопатологическую картину болезни Р.М. Уар (1965; 1969) и J.M. Meth (1969) выделяли группу так называемых «экзотических синдромов» со специфическими психопатологическими особенностями, обусловленных географическим фактором, относя к ней и проявления синдрома овладения религиозного содержания.

Анализируя научную литературу по данной проблеме, можно выделить несколько стран, в которых подробно изучали состояния, сходные с синдромом овладения религиозного содержания при шизофрении.

Так, S. Akhtar (1988) среди описанных 4 синдромов, по его мнению, специфических лишь для индийской культурной группы, выделил так называемый Possession syndrome (синдром одержимости), который может иметь как психогенную, так и эндогенную природу. В недавнем исследовании индуистского населения, среди больных шизофренией, A. Mishra (2018) было обнаружено, что частные религиозные практики, такие как личная молитва, просмотр религиозных программ, чтение религиозных книг и молитва до/после еды, были значительно более распространены среди пациентов с явлениями религиозной психопатологии, включая изучаемый синдром, чем у тех, кто их не имел. Была высказана неоднозначная позиция, что наличие мистических взглядов увеличивает продолжительность нелеченого психоза.

При изучении особенностей религиозной психопатологии, в частности явлений бреда одержимости, у лиц, исповедующих ислам было установлено, что в большинстве случаев владение телом человека приписывается джиннам, невидимым духам, способным проникать в тело, контролируя и влияя на него [Khalifa N., Hardie T., 2005; Obeid T. et al., 2012; Rasool G.H., 2015; Ventriglio A. et al., 2018]. Пациенты, страдающие от воздействия джиннов, обычно подвергаются религиозным обрядам, таким как обряды экзорцизма, называемые "Зар". В трудах A. Ventriglio (2018) указывается, что в исламских традициях психические заболевания преимущественно связываются с грехом, и страдающие ими люди, считаются одержимыми джиннами или шайтанами.

M. Kianpoor (2006; 2013) описал самостоятельный синдром, получивший название «синдром джиннати» (djinnati syndrome), распространенность которого среди населения Пакистана и северной Индии составила около 0,5% в исследуемой популяции. Все пациенты, которые испытывали эпизодические симптомы джиннати, были женщинами. Наиболее распространенными симптомами были изменение сознания и памяти, немота, смех, плач, непонятная речь и

галлюцинации, которые были приписаны инородному существу под названием «джинн». Кроме того, наблюдалась потеря речи или изменение ритма речи и тонуа голоса. В одном случае сообщалось о говорении на другом языке во время «нападения». После приступа наблюдалась частичная и редко полная амнезия. Приступы обычно длились от 30 мин до 2 ч. S. Ghasemi с соавт. (2014) в своей обзорной работе, посвященной синдрому джиннати сообщают о высокой распространенности этого психопатологического феномена среди мусульманского населения.

В культуре иудаизма также имеются сведения о состояниях одержимости человека злым духом – диббуком. Несмотря на специфичность и обособленность культурно-религиозных обычаев иудеев, представлено незначительное число работ, посвященных психопатологии данного феномена. Среди них можно выделить работу E. Somer (2004), в которой анализируется несколько случаев одержимости диббуком. По мнению автора по психопатологической структуре подобные состояния можно отнести к диссоциативному расстройству. K.S. Yip (2003) и J. Wu (2008) приводили описания особенностей состояний, схожих с изучаемым синдромом, в традиционных китайских верованиях и суевериях, связывая эти явления с галлюцинаторными расстройствами при шизофрении.

Известны отдельные исследования психопатологии одержимости в рамках шизофрении у языческого коренного населения Южной Африки [Monama D.D. et al., 2015; Van Dyk A.C., 2001], в которых исследователи указывают на распространенность среди населения сочетания медикаментозного лечения шизофрении с традиционной медициной коренного населения. Авторы подчеркивают важность изучения культуры и особенностей вероисповедания больных, а также утверждают о высоком уровне влияния данных факторов на содержание бредовой фабулы. T. Maniam (1987), исследуя особенности лечения состояний одержимости в Малайзии, обнаружил популярность традиционных способов лечения (экзорцизм) среди местного христианского населения. Он пишет о том, что врачам необходимо иметь представление об основах различных

мировоззрений пациентов в мультикультуральном, мультиконфессиональном и многорасовом обществе.

Необходимо отметить особенности представлений об изучаемом состоянии с позиции последователей шаманизма (Середа Е.И., 2009), которые имеют своеобразный взгляд на проблему одержимости злыми духами. Согласно традиционным представлениям дальневосточных шаманов, о которых писал А.В. Смоляк (1991) одной из причин развития того, или иного заболевания может быть *«вселение в человека болезнетворных духов»*. Для излечения проводится ритуал "камлания", в процессе которого шаман изгоняет злого духа из тела больного. М.Д. Урюпина (1985) описывала особенности одержимости злыми духами у последователей шаманизма северных народов России, как сочетание идей порчи, одержимости, овладения с соматическими иллюзиями и иногда телесными галлюцинациями и весьма своеобразными речедвигательными пароксизмами. Среди этих народов стойко бытует мнение о постоянном присутствии в природе *«злого существа — икоты (икотки)»*, что в условиях фрустрации способно приводить к возникновению девиантного поведения, называемого *«икоткой»*. Оно выражается в приступах насильственного говорения (нередко искаженным голосом) с убежденностью, что *«говорящая икотка»* поселилась в организме человека, овладела его голосом и мыслями. М.Д. Урюпина рассматривала подобные состояния с точки зрения проявлений истероипохондрических состояний, выраженность которых может достигать психотического уровня.

Анализируя имеющиеся в научной литературе данные, необходимо отметить, что в ряде культурных сообществ с доминированием архаичного мировоззрения, пациенты обращаются в первую очередь к священнослужителям и шаманам, но не к врачам. Так, по данным J. Sampson (1994) – около 75% психиатрических пациентов в Индии обращались к религиозным целителям по поводу одержимости прежде, чем к врачам. Психиатр из Тайвани J.K. Wen (1998) обнаружил, что 75,6% людей с первыми эпизодами шизофрении в первую очередь обращались за помощью не к врачам, а к шаманам, даосским священникам, и 25% из них описывали случаи одержимости духом. K.I. Kim (1999) писал, что аналогичным

образом, в сельской местности Южной Кореи от 15 до 25% пациентов с психотическими расстройствами искали помощи у шаманов.

Это отражает тот факт, что общество с доминированием архаических представлений более склонны принимать одержимость как своего рода духовное вмешательство. В этом случае, шаманизм и подобные направления воспринимается как альтернатива стандартному медицинскому лечению. Гонконгский психиатр S.N. Chiu (2000) писал о том, что проблема подхода к изучению явлений, называемых одержимостью – крайне актуальна на сегодняшний день. Он отмечал, что нередко пациенты вместо медицинской помощи в первую очередь обращаются к священнослужителям, целителям, шаманам. Кроме того, автор упоминает наличие руководителей религиозных сообществ, которые сами убеждают человека в нецелесообразности посещения врача.

На этом фоне, многие исследователи [Копейко Г.И. с соавт., 2018; Каледа В.Г. и др., 2018; Freud S. et al., 1923; Chiu S.N., 2000], подчеркивают необходимость сотрудничества психиатров и священнослужителей, обращая внимание на то, что часто психиатрам не хватает познаний в религиозной сфере, а священникам в медицинской. S.G. Post (1990) отмечал, что «немногие психиатры обучены понимать религию, а тем более относиться к ней сочувственно». В. Spittles (2020) в своем исследовании утверждает, что стремление разграничивать психические переживания и духовный опыт – ошибочно. Необходимо подходить к вопросу комплексно, психиатры должны приобретать опыт в технологиях сознания, особенно в стремлении понять психоз в свете психодуховных обстоятельств.

J. Céard (1988) вспоминал о Marescaux, враче XVII века, который сформулировал классический принцип – "Не следует объяснять кознями дьявола те явления, которые можно объяснить естественными причинами".

### **Нозологическая оценка синдрома овладения религиозного содержания**

Обращаясь вопросу определения нозологии, мы встречаемся с крайней неоднородностью мнений среди исследователей. В первую очередь, это подчеркивает необходимость выделения дифференциально-диагностических

критериев между синдромом овладения религиозного содержания при шизофрении и сходных состояний при прочих психопатологических расстройствах.

В настоящее время, сравнительно небольшое количество данных по изучаемой тематике способствует усложнению решения поставленных задач. Следует отметить работу S. Pfeifer (1993), который обследовал около 346 больных с бредовыми идеями и религиозными переживаниями, определяемыми как бред одержимости. По результатам исследования было выявлено, что 56% случаев, из числа обследуемых, имели диагноз шизофрения, 48% больных был выставлен диагноз тревожное расстройство, 37% состояний были расценены как расстройства личности, 29 % были отнесены к группе аффективных нарушений, что говорит об отсутствии нозологической специфичности бреда одержимости как самостоятельного феномена.

На протяжении десятилетий различные мнения психиатров сталкивались между собой, однако к XXI веку вопрос так и не был решен окончательно.

W. Griesinger (1881) в своей монографии «Душевные болезни» подчеркивал различное течение «демоно-меланхолии», выделяя форму с периодическим, приступообразным течением, а также форму непрерывную, «настоящего беснования», которая, по его мнению, встречалась исключительно у женщин («и притом почти всегда истеричных») и детей. Схожее описание течения рассматриваемого состояния дал и R. Krafft-Ebing (1895) в своем труде «судебная психопатология», где было дано описание нескольких вариантов течения эндогенного заболевания с религиозной психопатологией, выделяя как вариант непрерывного, так и вариант приступообразного течения болезни, но также относя некоторые состояния к *истерическим помешательствам*. Н. Schule (1880) допускал возможность как спонтанного выздоровления некоторых из этих больных, так и переход заболевания в хроническую форму. Э. Крепелин (2004) относил состояния с синдромом овладения религиозного содержания к *dementia praecox*. С.С. Корсаков (1913) разделял позицию врачей, относящих данный синдром к заболеваниям шизофренического спектра. Следует отметить, что К. Jaspers (1913) подходил к данному вопросу более осторожно, считая наличие

феномена одержимости специфичным не только для больных шизофренией, но и среди лиц с истерическими расстройствами. В связи с этим автор настаивал на более тщательной разработке дифференциальных критериев. Ряд современных исследователей (Каледа В.Г., Попович У.О., Романенко Н.В., 2018; Копейко Г.И. и соавт., 2018; Hale A.S., Pinninti N.R., 1994; Pereira S., Bhui K., Dein S., 1995) описывали феномен одержимости как компонент специфического полиморфного психопатологического образования, которое развивается преимущественно в рамках шизофрении.

При этом некоторые исследователи, такие как Н.В. Краинский (1900), P. Janet (1903), относили данные состояния исключительно к истерическим расстройствам. Бред и галлюцинации у больных исследователи зачастую отрицали, считая идеи бесоодержимости плодом суеверия и веры, или расценивая их как бредоподобное фантазирование, а заклинания экзорцистов не более, чем очередной разновидностью суггестивного вмешательства. S. Freud (1894, 1923) также преимущественно рассматривал явления одержимости в рамках истерического расстройства, как невроз, или «культурная истерия».

Следует отметить, что некоторыми авторами, такими как В.М. Бехтерев (1908), Н.В. Краинский (1893), А.С. Сикорский (1900), одержимость квалифицировалась в качестве одного из видов психических эпидемий парарелигиозной группы. Проблему одержимости как психической эпидемии также рассматривали и современные авторы [Щиголев И.И., 2008; Бондарев Н.В., 2017]. R.L. Stirrat (1977) в исследовании явлений одержимости среди римско-католического населения Шри-Ланки также относит изучаемый феномен к группе психических эпидемий объясняя этиологию состояний одержимости, в рамках индукции у личностей с выраженным истерическим радикалом, а также результатом коллективных представлений (collective representation). В его исследовании утверждается, что коллективные представления об одержимости предшествуют фактическому распространению данного феномена среди населения, и что любой анализ подобного явления должен начинаться с изучения культурных особенностей и обрядов подверженного одержимости населения.

Следует отметить, что в современных систематиках и классификациях психических заболеваний отдельно не выделяются бредовые состояния с бредом овладения религиозного содержания. Тем не менее, в МКБ-10 есть описание расстройства «F44.3 Транс и одержимость» для которого характерна временная потеря личностной идентичности и полная неосознанность окружающего. В адаптации классификатора для России имеется уточнение — «некоторые поступки больного управляются другой личностью, духом, божеством или „силой“». [Циркин С.Ю., 1994]. J. McIntyre (1994) отметил, что «включение категории «Религиозные или духовные проблемы» является признаком растущей чувствительности профессии не только к религии, но и к культурному разнообразию в целом». В МКБ-11 расстройство транса и одержимости разделено на два различных диагноза: трансовое расстройство и расстройство одержимости. Это позволяло выделить ряд отличительных черт для расстройства одержимости, когда привычное чувство самоидентичности сменялось так называемым ощущением внешней личности, подверженной воздействию некоего духа, силы, божества или другой духовной сущности. Кроме того, A. Ventriglio (2018) отмечал, что так называемое расстройство одержимости может описывать более широкий спектр поведения, в то время как трансовое расстройство обычно ограничено небольшим репертуаром простых действий.

Исходя из вышенаписанного, становится ясно, что определение нозологической принадлежности явлений, сходных с изучаемым синдромом овладения религиозного содержания при шизофрении по настоящее время является в значительной степени дискутабельным вопросом.

Обилие различных, порой прямо противоположных друг другу теорий и подходов среди исследователей подчеркивают необходимость выделения критериев, позволяющих отнести изучаемые состояния непосредственно к шизофрении, что также позволит проводить более качественную дифференциальную диагностику.

## **Социальная опасность и деструктивное поведение**

Отдельно следует отметить высокую социальную опасность среди изучаемых больных. Еще R. Krafft-Ebing (1882) в учебнике по психиатрии для практических врачей и студентов, описывая сопутствующее бреду одержимости бредовое поведение больных, которые с целью избавиться от мучающего их «беса» «отказываются от пищи, налагают на себя безусловное молчание, истязают себя до искалечения вследствие переживаемой предсердечной тоски и дьявольских видений».

Наиболее подробно этот аспект описал К. Jaspers (1911), который считал, что для окружающих лиц такие больные могут быть крайне опасны, особенно на высоте развития описываемого душевного расстройства, вследствие своей готовности на фанатические действия. По мнению автора, самыми частыми насильственными деяниями бывают: нападения на духовных лиц, нарушение порядка при богослужении, осквернение храмов и кощунство над иконами, нередко больные убивают любимых ими лиц. Сумасшествие подобного рода может приобретать судебное или общественное значение ещё вследствие того, что такие больные часто отказываются от повиновения установленным законам и распоряжениям. Для самих себя больные с бредом одержимости опасны вследствие возникающего у них отказа от пищи и стремления к самоистязанию, доходившего в ряде случаев до самораспинания на кресте.

По данным ряда современных исследователей [Пашковский В.Э с соавт., 2010; Гримсолтанова Р.Э., 2013; Логутенко Р.М., 2015; Каледа В.Г. с соавт., 2017, 2018; Reeves R.R. et al., 2006; Silva J.A. et al., 1997], важной особенностью эндогенных психозов с религиозной фабулой бреда является специфическая форма бредового поведения, связанная с высоким риском несуицидальных аутодеструктивных поступков (нанесение проникающих ранений глаз, аутокастрация), действий, носящих суицидальную направленность (Reeves R.R., 2006), а также случаев гетероагрессии (Silva J.A., 1997).

В одной из своих работ В.Э. Пашковский (2006) описал наиболее часто встречающиеся формы бредового поведения у больных с религиозной

психопатологией, в частности у больных с бредом одержимости: дезорганизованное поведение в церкви во время проведения церковной службы (6,2%), дезорганизованное поведение в общественных местах (16,2%), дезорганизованное поведение в домашних условиях (27,8%), жестокое обращение с животными (3,2%), бродяжничество (9,4%), сексуальные нарушения (4,5%), суицидальное поведение с целью слиться с божеством, с «космосом» (2,6%), суицидальное поведение, обусловленное идеями греховности (9,7%), физическая агрессия (16,2%), гомицидное поведение (4,2%). Однако представленные данные по-прежнему остаются предметом дискуссий в психиатрических и психологических кругах.

Подводя итоги настоящего обзора литературы, можно сделать следующие выводы: несмотря на многолетнюю историю вопроса изучения состояний с синдромом овладения религиозного содержания, по сей день сохраняется выраженное разнообразие взаимоисключающих точек зрения, а также определенные сложности в вопросах клинико-психопатологической оценки и диагностики, нозологической дифференциации состояний. Следует также отметить сравнительно небольшое количество современных научных исследований по изучаемой тематике, что подтверждает актуальность настоящего исследования. Это создает предпосылки к необходимости и обоснованности актуальности настоящего исследования, в котором планируется решение большинства как фундаментальных проблем, связанных с изучением религиозной психопатологии в целом, так и более локальных проблем, связанных с определением нозологии, классификацией, разработкой подтвержденных терапевтических тактик.

### **Оценка религиозности больных**

Следует обратить внимание на ряд общепринятых критериев и понятий, которые выступали в качестве основы для дальнейшей работы. Понятие *гармоничной/нормальной религиозности* в рамках традиционных конфессий было описано рядом исследователей [Фролов Б.С., 1982; Попович У.О., Романенко Н.В., Каледа В.Г., 2020; Arterburn S., 2001]. Лица с *гармоничным религиозным опытом*

характеризовались тем, что их внимание на Боге способствовало более благоприятному варианту социального функционирования. Им присуще стремление не только к формальному соблюдению канонических правил и традиций, но и к уважению собственной личности, и к убеждениям других людей, ориентация на тёплые межличностные отношения. Вера способствует адаптации к сложным жизненным ситуациям, здоровая личность отличается целостностью, гармоничностью, соответствует социальной норме, поддерживает доверительный контакт с духовником и религиозной общиной (Копейко Г.И., Борисова О.А., Гедевани Е.В. с соавтр., 2019). *Патологическая религиозность*, развивающаяся при непосредственной взаимосвязи с психопатологическими явлениями заболевания, представлена специфическим искажением традиционного религиозного уклада жизни и представлений, что влечет за собой изменения как образа жизни данных больных в целом, так и их религиозного поведения в частности. Среди проявлений *патологической религиозности* выделялись: *религиозный опыт, отягощённый псевдопсихопатическими нарушениями* (религиозные фанатики, реформаторы, церковные активисты), *религиозный опыт, отягощенный расстройствами психотического уровня*, *религиозный опыт, отягощенный невротическими психическими расстройствами* [Фролов Б.С., 1982]. Кроме того, в качестве разновидности *патологической религиозности*, была рассмотрена так называемая *токсическая вера*, которая подразумевала наличие искажения *нормальной религиозности* на фоне воздействия психопатологических явлений пограничного, субклинического уровня [Борисова О. А. с соавт., 2017, Arterburn S., 2001].

Из этих положений следует, что после начала развития инициального этапа заболевания религиозность больных неизбежно искажалась на фоне развивающегося психопатологического процесса, что подтверждается некоторыми исследователями [Пашковский В.Э., 2012; Зислин И.М., 2017].

Представленный обзор истории и анализа литературы, посвященной данной тематике доказывает высокую степень актуальности проведения специального комплексного мультидисциплинарного клинического, клинико-катамнестического и клинико-патогенетического исследования состояний с синдромом овладения

религиозного содержания, что позволило бы уточнить обсуждавшиеся выше вопросы. Такого рода исследование поможет приблизиться к решению как теоретических аспектов изучения религиозной психопатологии, так и к выработке правильных терапевтических и реабилитационных подходов к данным больным.

## Глава 2.

### Методы исследования и общая характеристика материала

#### 2.1. Критерии отбора материала:

Настоящая работа выполнена в группе по изучению особых форм психической патологии (руководитель – к. м. н. Копейко Г. И.) отдела по изучению юношеской психиатрии (руководитель – проф. Каледа В.Г.) Федерального государственного бюджетного научного учреждения «Научный центр психического здоровья» (директор – проф. Т.П. Ключник) в период с 2018 по 2021 гг.

#### **Критериями включения явились:**

1. Наличие синдрома овладения религиозного содержания;
2. Возраст от 18 до 55 лет на момент манифестации синдрома овладения религиозного содержания;
3. Соответствие психотического приступа диагностическим критериям шизофрении (F20 по МКБ-10);
4. Длительность наблюдения для катamnестической группы больных более 10 лет.

#### **Критериями невключения явились:**

1. Манифестация заболевания до 18 лет и старше 55 лет;
2. Начало заболевания в детском возрасте (до 12 лет);
3. Наличие сопутствующей психической соматической или неврологической патологии, затрудняющей проведение исследования.

## 2.2. Общая характеристика материала

Было изучены 126 больных (43,7% мужского и 56,3% женского пола), которые перенесли психотический приступ с синдромом овладения религиозного содержания (F20 по МКБ-10). Все указанные больные составили две группы - клиническую и катamnестическую.

Больные *клинической группы* (66 чел.) были госпитализированы в 2018–2021 гг. и обследованы клинически с целью выявления психопатологических особенностей синдрома овладения религиозного содержания при шизофрении и разработки его типологии.

*Катamnестическая группа* включала 60 больных, стационарированных в клинику НЦПЗ РАМН (в настоящее время ФГБНУ НЦПЗ) в период с 2000–2010 гг. с проявлениями синдрома овладения религиозного содержания, которые были проанализированы ретроспективно на основании медицинской документации, и были обследованы катamnестически с целью выявления закономерностей течения и исхода шизофрении с данным синдромом. Длительность катamnестического наблюдения составила не менее 10 лет (в среднем  $14,8 \pm 4,7$  лет).

На таблице 2.1 показано, что катamnестическая группа больных была сопоставима с данными клинической группы ( $p > 0,05$ ) по возрасту к моменту начала заболевания и манифестации приступа с СОРС, а также по таким социально-демографическим характеристикам, как уровень образования и социально-трудовой статус. Полученные данные позволяют экстраполировать сведения, полученные при анализе катamnестического материала, на всю когорту включённых в исследование больных.

**Таблица 2.1 - Сопоставление клинической и катamnестической групп больных по возрасту и социо-демографическим характеристикам к моменту манифестации приступа с СОРС**

Параметры	Клиническая группа		Катamnестическая группа		Итого	
	n	%	n	%	n	%
Всего	66	100	60	100	126	100
<b>Возраст больных к моменту начала заболевания*</b>						
15-18	16	24,2	10	16,7	26	20,6
19-22	27	40,9	25	33,3	52	61,9
23-26	10	15,2	12	20	22	17,5
27-30	4	6	7	11,7	11	8,7
31-42	9	13,6	6	10	15	11,9
<b>Возраст больных к моменту манифестации приступа с СОРС**</b>						
17-20	10	15,2	3	5	13	10,3
21-25	10	15,2	16	26,7	26	20,6
26-30	18	27,3	21	35	39	30,9
31-40	15	22,7	14	23,3	29	23,0
41-51	13	19,7	6	10	19	15,0
<b>Уровень образования***</b>						
Неполное среднее	10	15,1	9	15	19	15,1
Среднее общее	7	10,6	8	13,3	15	11,9
Среднее специальное	17	25,8	18	30	35	27,8
Неполное высшее	16	24,2	10	16,7	24	19,0
Высшее	18	27,3	15	25	33	26,2
<b>Социально-трудовой статус****</b>						
Не работает/не учится	17	25,8	12	20	29	23,0
Неквалифицированный труд	8	12,1	10	16,7	18	14,3
Студенты ПТУ/техникума	1	1,5	-	-	1	0,8
Студенты ВУЗа	7	10,6	11	18,3	18	14,3
Коммерческая деятельность	7	10,6	5	8,3	12	9,5
Специалист со средним специальным образованием	12	18,2	13	21,7	25	19,8
Специалист с высшим образованием	14	21,2	9	15	23	18,2
* $\chi^2 = 2,782$ ; $p(\chi^2 > 9,488) > 0,05$ ; ** $\chi^2 = 7,730$ ; $p(\chi^2 > 9,488) > 0,05$ ; *** $\chi^2 = 1,310$ ; $p(\chi^2 > 9,488) > 0,05$ ; **** $\chi^2 = 4,157$ ; $p(\chi^2 > 12,592) > 0,05$						

Из данных таблицы 2.1 следует, что возраст больных к моменту начала заболевания, в основном, находился в возрастном интервале 19–22 года (61,9%). Возраст манифестации приступа с синдромом овладения религиозного содержания в 30,9% приходился на интервал от 26–30 лет, а в 23,0% – от 31 до 40 лет, что указывало на то, что в ряде случаев приступы с СОРС являлись повторными. Был проведен подробный анализ характеристик социального и трудового статуса больных на момент первичного клинического и катамнестического обследования (данные об этом приведены в 4 главе). Из представленной таблицы видно, что наибольший удельный вес занимали лица, получившие среднее специальное (27,8%) и высшее образование (26,2%). Практически четверть исследуемых больных являлись неработающими.

Преморбидные личностные особенности исследовались с точки зрения выраженности характерологических аномалий [Личко А.Е., Скроцкий Ю.А., Эйдемиллер Э.Г., 1977; Личко А.Е. 1983; Смулевич А.Б., 2009; Сергеева О.Е., 2012], преморбидного личностного склада [Цуцуйковская М.Я., Пекунова Л.Г., Михайлова В.А., 1977; Максимова М.Ю., 2002; Каледа В.Г., Сергеева О.Е., 2012] (данные указаны в таблице 2.2).

**Таблица 2.2 - Сопоставление клинической и катамнестической групп больных по личностным особенностям**

Параметры		Клиническая группа		Катамнестическая группа		Итого	
		п	%	п	%	п	%
Всего больных		66	100	60	100	126	100
<b>Тип преморбидного склада личности</b>							
шизоидный склад	Стеничные	11	16,7	15	25	26	20,6
	Сензитивные	22	33,3	12	20	34	27,0
	Истерошизоиды	4	6	8	13,3	12	9,5
	Пассивные	-	-	1	1,7	1	0,8
	Дефицитарные	3	4,5	2	3,3	5	4,0
	Всего шизоиды	40	60,6	38	63,3	78	61,9
Гипертимный		3	4,5	2	3,3	5	4,0
Эмоционально-неустойчивые		2	3	4	6,7	6	4,8
Мозаичные		11	16,6	7	11,7	18	14,3
Психастенический		10	15,1	9	15	19	15,1
$\chi^2 = 1,577; p(\chi^2 > 9,488) > 0,05$							
<b>Выраженность аномалий личности</b>							
Норма/акцентуация		42	63,6	39	65,1	81	64,3
<i>Продолжение таблицы 2.2</i>							
Параметры		Клиническая группа		Катамнестическая группа		Итого	
		п	%	п	%	п	%
Всего больных		66	100	60	100	126	100
<b>Выраженность аномалий личности</b>							
Расстройство личности		24	36,3	21	34,9	45	35,7
$\chi^2 = 0,025; p(\chi^2 > 3,841) > 0,05$							

Как видно из данных таблицы, шизоидный склад личности был выявлен в 61,9%, среди которых преобладали сензитивные шизоиды (27,0%) и стеничные шизоиды (20,6%). На третьем месте по частоте встречаемости оказались лица психастенического склада (15,1%). Более чем в половине наблюдений (64,3%) аномалии личности не выходили за рамки акцентуаций.

Настоящее исследование имело мультиконфессиональный характер и включало как христиан, исповедующих православие (следует отметить, данные больные имели среди прочих конфессий и вероисповеданий наибольший удельный вес, 66,7%), так и католицизм, а также мусульман (таблица 2.3).

**Таблица 2.3 - Сопоставление клинической и катamnестической групп больных по приверженности различным вероисповеданиям на момент манифестации приступа с СОРС**

Параметры	Клиническая группа		Катamnестическая группа		Итого	
	n	%	n	%	n	%
Всего больных	66	100	60	100	126	100
<b>Вероисповедание больных на момент манифестации приступа с СОРС</b>						
Православие	40	60,6	44	73,3	84	66,7
Католицизм	2	3,0	-	-	2	1,6
Ислам (шиитского толка)	4	6,1	3	5,0	7	5,6
Атеизм	20	30,3	13	21,7	33	26,2
<b><math>\chi^2 = 3,540</math>; <math>p(\chi^2 &gt; 7,815) &gt; 0,05</math></b>						

Следует отметить, что данный синдром развивается не только у приверженцев какой-либо религии. Ретроспективный анализ катamnестической группы, как и анализ клинической, показал, что на момент манифестации приступа с СОРС 23,0% (29 больных) относили себя к неверующим.

### **2.3. Методы исследования**

В соответствии с целями и задачами диссертационной работы нами применялись следующие методы:

1. Клинико-психопатологический;
2. Клинико-катamnестический;
3. Психометрический (PANSS, PSP, Шкала выраженности религиозности Р. Докинза, шкала религиозной ориентации Г. Олпорта);
4. Экспериментально-психологический (совместно с клиническими психологами группы по изучению особых форм психической патологии Ю. А. Слоневским, Е. А. Казьминой, М. Д. Болтрукевич);
5. Нейроиммунологический (совместно с лабораторией нейроиммунологии ФГБНУ НЦПЗ (руководитель – проф. Т. П. Ключник));
6. Статистический.

Клинико-психопатологический, клинико-катamnестический методы в рамках данного исследования являются основными.

Исследование соответствовало положениям Хельсинской декларации по вопросам медицинской этики и проводилось с соблюдением прав, интересов и

личного достоинства участников. План исследования одобрен локальным этическим комитетом ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» (протокол № 485 от 13.12.2018). Все обследуемые дали письменное информированное согласие на участие в исследовании.

Клинико-психопатологический метод позволил выявить психопатологические особенности, характерные для синдрома овладения религиозного содержания при шизофрении, и представить типологию данного синдрома.

Клинико-катамнестический метод применялся для определения особенностей течения и исхода СОРС при шизофрении, что является особенно значимым для дальнейшего прогноза. Длительность катамнестического наблюдения составляла не менее 10 лет, что позволило наблюдать не только за динамикой дальнейшего развития психопатологических явлений, но и за изменениями в социальном статусе больных.

Характеристики дальнейшего течения заболевания за катамнестический период оценивались по принятой и апробированной в отделе юношеской психиатрии [Каледа В.Г., 1998, 2010; Бархатова А.Н., 2005; Голубев С.А., 2019] классификации, в соответствии с которой выделяются пять вариантов течения эндогенных приступообразных психозов: одноприступное, регрессиентное, типа «клише», прогрессиентное, с переходом в непрерывное. Тип ремиссии определялся в соответствии с классификацией, базирующейся на клинических характеристиках и дихотомическом разделении, зависевшем от наличия позитивных или негативных расстройств в структуре ремиссии, на синдромальные и симптоматические [Коцюбинский А.П., 2004; Смулевич А.Б., 2007, 2008]. Наряду с детальным клинико-психопатологическим анализом состояния больных применялся психометрический метод, который включал в себя шкалы PANSS и PSP.

Для оценки уровня позитивных и негативных изменений личности, а также для динамического определения когнитивных нарушений была использована шкала PANSS [Positive and Negative Syndrome Scale, Kay S.R., Opler L.A., Fishbain A., 1987; Glick H.A., Li P., Harvey P.D., 2015]. Также, по данным некоторых

исследователей, ряд параметров шкалы PANSS могут быть использованы для оценки степени изменения мышления [Green, M.F. et.al., 2000; Foussias G., Remington G., 2010]. Для оценки степени выраженности религиозности использовалась шкала Р. Докинза (2014). Для обобщенной интегративной оценки исхода заболевания на момент катамнеза было использовано разделение на четыре степени тяжести (Каледа В.Г., 1998, 2010): «благоприятный, «относительно благоприятный», «относительно неблагоприятный», «неблагоприятный». Также для более детальной оценки использовалась шкала личного и социального функционирования PSP [Personal and Performance scale, Morosini P.L., Magliano L., Brambilla L., 2000], что позволило оценить на момент катамнеза такие параметры как социально полезная деятельность, межличностные отношения, самообслуживание, агрессивное поведение больных. Использованное разделение применялось ранее рядом исследователей в проводимых работах [Омельченко М.А., 2011; Попович У.О., 2015; Румянцев А.О., Омельченко М.А., Каледа В.Г., 2018].

Экспериментально-психологическое обследование проводилось совместно с клиническими психологами отдела по изучению юношеской психиатрии группы по изучению особых форм психической патологии Е.А. Казьминой, Ю.А.Слоновским, М.Д. Болтрукевич и имело несколько векторов направленности: выявление особенностей и динамических изменений уровня когнитивных нарушений, изучение их типологической специфики, а также оценка прогностического значения. Были отобраны и использованы качественные классические патопсихологические методики для анализа когнитивных нарушений: «пиктограмма», «классификация», «исключение предмета», «сравнение понятий», методика «самооценка» Дембо-Рубинштейна [Сидоров К.Р., 2013], методика «10 слов» таблицы Шульте, а также психометрическую оценку по показателям шкалы PANSS.

Для изучения фактора религиозности, его взаимосвязи с патологическим процессом, выявления типоспецифических особенностей и корреляционной связи с различными психопатологическими параметрами в рамках изучаемого синдрома,

использовалась методика определения вектора религиозной ориентации личности, предложенная Г. Олпортом (1966). Для определения степени выраженности религиозности использовалась шкала выраженности религиозности Р. Докинза (2014). С целью уточнения таких понятий как гармоничная/нормальная и патологическая религиозность были применены критерии, описанные в современной литературе [Фролов Б. С., 1982; Борисова О. А. с соавт., 2017; Попович У. О. с соавт., 2020; Arterburn S., 2001].

Иммунологическое исследование проводилось совместно с лабораторией нейроиммунологии (руководитель – д. м. н., профессор, Ключник Т.П.).

В сыворотке крови определяли иммунологические показатели, входящие в медицинскую технологию “Нейроиммунотест”: активность воспалительных маркеров – лейкоцитарной эластазы и  $\alpha 1$ -протеиназного ингибитора, а также уровень аутоантител к белкам S-100В и основному белку миелина (ОБМ) [Ключник Т.П. и соавт., 2014].

Лейкоцитарная эластаза (ЛЭ) представляет собой сериновую протеазу, обнаруженную в азурофильных гранулах нейтрофилов.  $\alpha 1$ -антитрипсин ( $\alpha 1$ -ПИ) - острофазный белок, защищающий ткани организма от повреждений, вызванных протеазами, наиболее значимой из которых является ЛЭ. Наиболее тяжелые формы течения шизофрении ассоциированы с повышением уровня специфических антител к нейроантигенам, в частности, к астроцитарному белку S-100В и ОБМ [Зозуля С.А. с соавт., 2019; Diwani A.A.J. et al., 2017; Hara M. et al., 2018].

По соотношению активности ЛЭ и  $\alpha 1$ -ПИ оценивалась активность протеолитической воспаления [Парамонова Н.С. и соавт., 2017]. Выраженная протеолитическая активность является важнейшей характеристикой воспаления, направленного на восстановление гомеостаза и разрешение воспалительного процесса. Низкая протеолитическая активность воспаления, ассоциированная с недостаточным повышением активности ЛЭ на фоне высокого уровня ее ингибитора, характеризует истощенность клеточного звена иммунитета. Как было показано ранее, низкая активность протеолитической системы воспаления ассоциирована с наиболее прогрессивными формами течения психических

заболеваний, трудно поддающихся лечению [Якимец А.В. с соавт., 2018; Захарова Н.В. с соавт., 2020].

Энзиматическую активность ЛЭ определяли спектрофотометрически с использованием субстрата ВОС-Ala-ONp по методу [Доценко В.Л., Нешкова Е.А, Яровая Г.А., 1994] и оценивали в нмоль/мин·мл. Функциональную активность  $\alpha$ 1-ПИ оценивали по степени торможения ВАЕЕ-эстеразной активности трипсина исследуемой сывороткой, используя метод [Нартикова В.Ф., Пасхина Т.С., 1979], и оценивали в ингибиторных единицах/мл (ИЕ/мл). Уровень антител в сыворотке крови определяли методом твердофазного иммуноферментного анализа. В качестве антигенов использовали белки S-100B и ОБМ из мозга быка (Sigma-Aldrich, США). Детекцию связавшихся с белками компонентов сыворотки крови проводили с использованием пероксидазных конъюгатов с аффинно очищенными антителами кролика к иммуноглобулинам человека IgG и IgM в разведении для ИФА 1:10 000 (ИМТЕК, Россия).

Статистическая обработка производилась с использованием программных пакетов IBM SPSS Statistics 26. Проверка на нормальность распределения проводилась с помощью критерия Шапиро-Уилка. В исследованиях применялись следующие критерии: хи-квадрат Пирсона ( $\chi^2$ ), точный критерий Фишера (F-тест), а также  $\chi^2$  с поправкой Йейтса выбор которых зависел от расчета ожидаемого явления (ОЯ): если ожидаемое явление принимало значение более 10 – применялся  $\chi^2$ , менее 5 – применялся точный Критерий Фишера, если значение было более 5, но менее 10 (а именно  $5 < x < 10$ ) – использовался расчет  $\chi^2$  с поправкой Йетса. Различия считались достоверными, если доверительный интервал находился в пределах  $p < 0,05$ . В случае несоответствия анализируемой выборки закону нормального распределения, полученные данные проанализированы с помощью непараметрических статистических методов.

## Глава 3.

### **Клинико-психопатологические характеристики и типология синдрома овладения религиозного содержания**

Детальный анализ клинико-психопатологических особенностей синдрома овладения религиозного содержания выявил его неоднородность, на основании чего была разработана типология, что позволило, после проведённого катамнестического исследования, оценить прогностическую оценку отдельных разновидностей приступов и разработать рациональную терапевтическую тактику.

#### **3.1. Общая психопатологическая характеристика СОРС**

Исследование психопатологической структуры синдрома овладения религиозного содержания при шизофрении позволило, выявить ряд специфических отличительных особенностей.

На основании структурно-динамического анализа собранного в процессе исследования материала было установлено, что синдром овладения религиозного содержания при шизофрении является полиморфным феноменом, включающим в себя такие основные психопатологические образования как бред религиозного содержания (бред одержимости, бред греховности, антагонистический мессианский бред, религиозный онейроид, апокалиптический бред), среди которых наиболее высоко был представлен бред овладения (бред одержимости), феномен галлюцинаций общего чувства, все виды автоматизмов (идеаторные, сенестопатические, кинестетические), псевдогаллюцинации (вербальные, зрительные) [Копейко Г.И. и соавт., 2020; Самсонов И.С., Каледа В.Г., 2020].

Исследование клинической когорты больных (66 чел.) позволило установить ряд общих особенностей СОРС при шизофрении. К ним относятся:

1. Полиморфизм клинической картины синдрома, высокая частота сочетания различных бредовых расстройств религиозного и архаического содержания (бред овладения, бред мистический, бред греховности, бред порчи и колдовства);

2. Феноменологическая гетерогенность бредовых расстройств в структуре синдрома с наличием различных механизмов бредообразования (интерпретативный, чувственный, смешанный);

3. Наличие в клинической картине проявлений бреда овладения религиозного содержания, заключающегося в патологической убежденности пациента в воздействии на него некой духовной сущности (демон, бес, шайтан, джинн и злые духи);

4. Наличие практически у всех больных аутохтонных аффективных расстройств разной глубины и продолжительности, которые, как правило, носили атипичный характер, были представлены преимущественно депрессивными проявлениями, при редкой встречаемости маниакальных состояний и сдвоенных биполярных фаз;

5. Высокая частота встречаемости галлюцинаторных расстройств, среди которых преобладал феномен галлюцинаций общего чувства (интероцептивный, висцеральный галлюциноз), проявляющийся в виде субъективно неприятных ощущений, трактуемых больными либо как ощущение присутствия духовной сущности внутри тела, либо как результат воздействия на них этой духовной сущности;

6. Наличие специфического бредового поведения, при этом, в ряде случаев отмечалась выраженная диссоциация между массивной психопатологической симптоматикой и внешне правильным поведением пациентов в социуме, с сохранением в некоторых случаях достаточно высокой работоспособности;

7. Наличие у большинства больных на доманифестном этапе разной степени выраженности религиозности, которая по мере развития СОРС, приобретала паталогические черты;

8. Преобладание аутохтонных механизмов возникновения приступов над психогенными и соматогенными;

9. Затяжной характер приступов и становления («дозревания») ремиссий.

### 3.2. Клинико-типологическая дифференциация синдрома овладения религиозного содержания

В основу настоящей клинико-типологической дифференциации был положен традиционный для отечественной психиатрии синдромальный принцип деления, который, как указывал А.В. Снежневский (1969), наиболее надежно отражает глубину и объем поражения психической деятельности. В ходе проведенного исследования были выделены 2 типа: *галлюцинаторный* (38 человек), который характеризовался доминированием в клинической картине галлюцинаторных расстройств; *бредовой* (28 человек), который характеризовался преобладанием в клинической картине расстройств бредового спектра. Каждый из представленных типов разделялся на 2 подтипа (см. рисунок 3.1.)

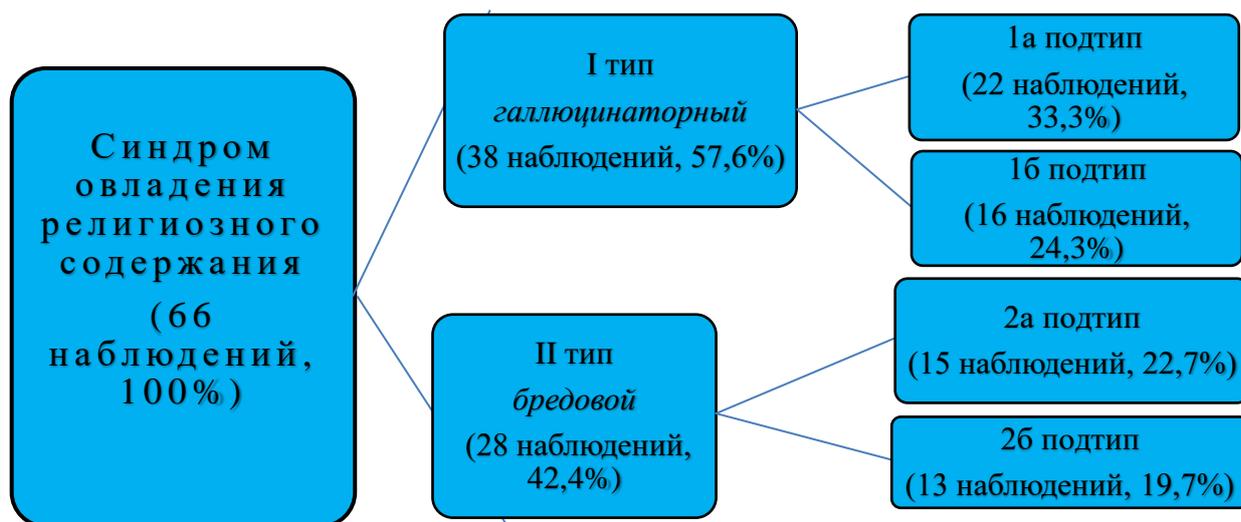


Рисунок 3.1. – Типология синдрома овладения религиозного содержания при шизофрении

### **3.2.1. Галлюцинаторный тип синдрома овладения религиозного содержания (I тип) (38 человек – 57,6%)**

К галлюцинаторному типу синдрома овладения религиозного содержания относились состояния, в структуре которых доминировали галлюцинаторные и псевдогаллюцинаторные расстройства. Средний возраст развития приступа с данным типом –  $31,2 \pm 6,7$  лет, при этом более чем в половине случаев данные приступы являлись манифестными (25 наблюдений, 65,8%). Было выявлено 2 подтипа: 1а подтип *с преобладанием галлюцинаций общего чувства*; 1б подтип *с преобладанием вербальных псевдогаллюцинаций*.

#### **Подтип с преобладанием галлюцинаций общего чувства (подтип 1а) (22 больных – 33,3% наблюдений)**

Данный подтип характеризовался доминированием в клинической картине феномена галлюцинаций общего чувства, развитие которого тесно связано с дальнейшим формированием и развитием как непосредственно бреда одержимости, так и других бредовых образований, которые фигурировали при данном типе синдрома. При этом бредовые построения отличались монотематичностью. Следует отметить, что возраст манифестации приступа СОРС данной структуры приходился в среднем на  $33,6 \pm 7,6$  лет. Принимая во внимание достаточно поздний возраст манифестации, следует отметить, что практически во всех случаях развитие приступа являлось манифестным (19 наблюдений, 86,4%) и лишь у 13,6% (3 наблюдения) – в рамках повторного. Развитие приступа почти во всех случаях происходило аутохтонно (20 больных, 90,9%) и лишь в 9,1% случаев на фоне психогенной провокации (2 наблюдения). Средняя продолжительность приступов при данном подтипе составляла в среднем  $9,7 \pm 2,3$  месяцев.

Продромальный этап приступа продолжался от полугода до 4 лет и характеризовался усугублением аффективных нарушений, которые при данном подтипе были представлены циклотимоподобными колебаниями аффекта в виде стертых тоскливо-апатических, адинамических, дисфорических депрессий без

существенных нарушений сна и аппетита. Среди нарушений в идеаторной сфере отмечались трудности концентрации внимания.

Манифестация психотической симптоматики при данном подтипе во всех случаях характеризовалась появлением феномена галлюцинаций общего чувства, который был представлен различными неприятными ощущениями воздействия инородной сущности на больного: жжение, оледенение, распирающее, сдавливание, уколы. В большинстве случаев (18 наблюдений, 81,8%) его развитие происходило внезапно и определялось галлюцинаторными висцеральными проявлениями. Больные начинали ощущать, как «посторонняя бесплотная сущность» проникала внутрь их тела. Патологические ощущения носили конкретный сенсорно-пространственный характер и четкую локализацию – больные указывали конкретную «область проникновения». Следует отметить, что у мужчин зачастую местом внедрения являлась область заднего прохода (7 наблюдений, 31,8%), а у женщин – область промежности (8 наблюдений, 36,4%). Кроме того, независимо от гендерной принадлежности, в 31,8% (7 наблюдений) областью внедрения предполагаемой темной сущности являлись различные области головы – затылочная, лобная, височная, лицевой череп, а также грудная клетка, область сердца. Достаточно быстро, на протяжении около 2-5 дней, спектр галлюцинаторной симптоматики, представленный в основном висцеральным компонентом, расширялся: больные испытывали различные ощущения внутри своего тела, подробно описывая их характер (движение, перемещение по телу, сдавливание или выжигание изнутри, присасывание к внутренним органам), специфически интерпретируя их (воздействие темных сил, бесов, демонов, шайтанов).

Бредовые расстройства при данном подтипе, представленные в первую очередь бредом одержимости религиозного содержания, определялись как галлюцинаторные и характеризовались зависимостью от степени выраженности галлюцинаторных расстройств. В 68,2% (15 наблюдений) формирование религиозной фабулы одержимости духовной сущностью происходило по механизму озарения. В этом случае, чаще всего, помимо бреда одержимости,

обнаруживались прочие неярко выраженные бредовые идеи религиозного содержания. Так, в 59,1% (13 наблюдений) отмечались бредовые идеи греховности, выраженность которых зависела от аффективного статуса больного, в редких случаях (4 больных, 18,2%) отмечались элементы бреда порчи и колдовства, в соответствии с которым больные интерпретировали возникающие ощущения как результат наведения на них проклятий, заклинаний, порчи недоброжелателями.

Выявлено, что в 27,3% случаев (6 наблюдений) темп развития описанной галлюцинаторной симптоматики был более продолжительным и составлял около 2–3 недель. При этом в структуре галлюцинаторной симптоматики было выявлено преобладание тактильного компонента над висцеральным, что проявлялось ощущениями, которые локализовались преимущественно на поверхности тела (укусы, порезы, удары, прижигание). Так, в 9,1% (2 больных) были выявлены ощущения, трактуемые больными как прикосновение к половым органам, которые сопровождалось чувством оргазма, могли достигать до уровня полноценного полового акта (генитальные галлюцинации по V. Magnan, 1895). В этих случаях развитие бреда овладения, наступало не сразу, испытываемые ощущения трактовались сквозь призму слабо разработанного ипохондрического бреда. Лишь затем во всех случаях галлюцинации общего чувства получали специфическую для данного синдрома бредовую трактовку. Следует обратить внимание, что подобные ощущения оказались более характерными для симптоматики 2а подтипа.

В дальнейшем степень выраженности галлюцинаторной симптоматики нарастала. На этом фоне в ряде случаев отмечалось снижение трудоспособности (13 наблюдений, 59,1%). Кроме описанных расстройств в клинической картине СОРС, в редких случаях (3 наблюдения, 13,6%) отмечались также обонятельные и вкусовые галлюцинации, которые следовало дифференцировать с отрывочными псевдогаллюцинаторными расстройствами. В 50,0% наблюдений (11 больных) встречались отдельные проявления сенестетических автоматизмов, которые не оказывали существенного влияния на психопатологическую картину состояния. Психопатологические проявления других регистров в картине болезни наблюдались редко, либо носили отрывочный и стертый характер.

Продолжительность данного периода составляла в среднем  $2,6 \pm 1,3$  месяцев. Бредовое поведение при данном подтипе было выражено не столь значительно, как при других подтипах и определялось преимущественно бредовыми высказываниями, которые не реализовывались в конкретные действия, представляющие опасность для больных или окружающих.

Следует отметить, что на протяжении приступа в 31,8% (7 больных), в клинической картине отмечался феномен диссоциации между психопатологической симптоматикой и внешне правильным поведением, так называемый феномен «двойной бухгалтерии» на фоне чего больные сохраняли трудоспособность, а также адекватное социальное функционирование.

На первом этапе становления ремиссии (по Д.В. Тихонову, 2019) во всех случаях отмечался литический вариант редукции ведущей психотической симптоматики, при котором основная бредовая фабула постепенно утрачивала свою целостность, становилась менее систематизированной. При этом редукция психотической симптоматики в основном носила альтернирующий характер, когда в течение 2–3 недель после кажущейся редукции острой психотической симптоматики состояние вновь ухудшалось, причем за счет изменения выраженности феномена галлюцинаций общего чувства. Тем не менее, зачастую уже на первых этапах терапии, на фоне редукции психопатологической симптоматики, такие больные начинали сомневаться в воздействии на них непосредственно потусторонней силы, допуская возможность наличия, например, недиагностированного соматического заболевания, или вовсе переставая интересоваться природой испытываемых ощущений. Обращало на себя внимание медленное нарастание эмоционально-мотивационных и когнитивных нарушений. Отмечалось практически полное отсутствие социальной и трудовой дезадаптации. Длительность данного этапа составляла  $59,1 \pm 6,8$  дней.

Этап стабилизации психических функций (по Д.В. Тихонову, 2019) определялся, как правило, аффективными расстройствами по типу позитивной аффективности с преобладанием тоскливого варианта депрессий (17 наблюдений, 77,3%) с выраженным тимическим компонентом, проявляющимся

в виде гипертрофированных идей самообвинения, малоценности, а также с развитой витальной симптоматикой в виде нарушений сна и аппетита. Необходимо отметить, что у больных данного подтипа практически не встречались антивитальные размышления и суицидальные мысли. Длительность данного этапа варьировала в широких пределах и составляла в среднем  $10,3 \pm 8,1$  месяцев.

Третий этап становления ремиссии (по Д.В. Тихонову, 2019) при данном подтипе имел преимущественно (20 наблюдений, 90,9%) тимопатическую траекторию. В основном отмечались субдепрессивные состояния. При отсутствии выраженных аффективных колебаний обращали на себя внимание тоскливо-депрессивные проявления в основном легкой степени выраженности, которые сопровождались нестойкими нарушениями сна по типу трудностей засыпания, частых пробуждений среди ночи. Однако, несмотря на это, среди больных данной когорты отмечался наиболее высокий уровень социальной и трудовой адаптации. Продолжительность данного этапа составляла в среднем  $10,6 \pm 2,9$  месяцев.

#### **Подтип с преобладанием вербальных псевдогаллюцинаций (подтип 1б) (16 наблюдений – 24,3%)**

Для данного подтипа было характерно доминирование в клинической картине состояния псевдогаллюцинаторных расстройств над прочими психопатологическими проявлениями. Приступ, в структуре которого развивались данная симптоматика, практически во всех случаях являлся повторным: в 62,5% случаях (10 больных) состояние с данным подтипом возникло в структуре повторного приступа; в 37,5% (6 больных) в структуре манифестного. Предшествующие приступы в 43,8% характеризовались преобладанием паранойяльной симптоматики с явлениями persecutory бред, бред инсценировки, их фабула не носила религиозной направленности. В 62,5% (10 наблюдений) в межприступном периоде отмечались психопатоподобные расстройства, выражающиеся в злоупотреблении алкоголем и различными психоактивными веществами, в связи с чем выявлялись определённые трудности

дифференциации между эндогенными психозами и экзогенно-спровоцированными психотическими состояниями. При этом в 43,8% (7 наблюдений) предыдущие приступы не носили религиозной фабулы. Развитие приступа с преобладанием вербальных псевдогаллюцинаторных расстройств в среднем приходилось на возраст  $28,9 \pm 5,8$  лет; в 68,8% (11 наблюдений) происходило аутохтонно, в 25,0% (4 наблюдения) соматогенно, в 6,3% (1 наблюдение) после психогении. Средняя продолжительность данных приступов составляла  $9,6 \pm 2,8$  месяца.

Продромальный этап развивался на протяжении от 2 месяцев до 2 лет, характеризовался усугублением аффективных нарушений монополярного характера, которые были представлены в основном экзистенциальными депрессиями средней степени тяжести с витальной симптоматикой, нарастанием когнитивных нарушений. Постепенно присоединялись эпизоды немотивированной тревоги, страха с ощущением скрытой угрозы, отрывочными идеями отношения.

Манифестация психотического состояния наступала, как правило, остро, на фоне существующей бредовой настроенности. Главным проявлением в клинической картине описываемого подтипа являлись массивные вербальные псевдогаллюцинаторные расстройства в структуре синдрома Кандинского-Клерабмо, императивного и комментирующего содержания, а также зрительные псевдогаллюцинации, отмечавшиеся в 43,8% (7 наблюдений). Псевдогаллюцинаторные расстройства при данном подтипе вплетались в существующие параноидные образования, в значительной степени их определяя [Вертоградова О.П., 1969]. Вербальные псевдогаллюцинации отличались яркостью, множественностью, большой эмоциональной насыщенностью, оформляемостью, формировались из целых фраз, меняющихся диалогов, беседы, напрямую относящихся к больному. Зачастую больной слышал два или несколько «голосов», имеющих характер диалога, т.е. слуховые галлюцинации имели поливокальный характер (по Кузюковой А.А., 2007). Зрительные псевдогаллюцинации в первую очередь были представлены всплывающими образами совершения ужасающих больного событий. Как и при вербальном псевдогаллюцинозе, зрительные псевдогаллюцинации всегда носили религиозную

окраску. При данном подтипе феномен галлюцинаций общего чувства, чаще чем при других подтипах, имел так называемую «сексуальную направленность» и выражались в различных ощущениях в области половых органов: от прикосновений к гениталиям до полноценного полового акта. Также в 43,8% (7 наблюдений), начиная с первой недели после манифестации приступа, отмечались расстройства невротического спектра, характерные для данного подтипа, представленные контрастными навязчивостями с религиозной направленностью – хульными мыслями, навязчивыми представлениями о том, как они убивают священнослужителей, оскверняют иконы, церкви, мечети.

Бредовые расстройства возникали по механизму «озарения», отличались политематичностью и включали в себя, кроме проявлений бреда одержимости, бредовые идеи греховности, порчи и колдовства, а также бредовые расстройства с нерелигиозной фабулой.

Синдром Кандинского-Клерамбо определялся преимущественно идеаторными автоматизмами, которые тесно переплетались с псевдогаллюцинаторными расстройствами, получая «озвученность» за счет голосов. Развитие психических автоматизмов происходило последовательно: нарастание нарушений мышления в виде ментизма, шперрунгов, ощущения, что не все мысли больного принадлежат ему, возникновение феномена звучания собственных мыслей с последующей трансформацией в собственно психические автоматизмы. Соматовегетативные расстройства были выражены незначительно. Психопатологические проявления других регистров в картине болезни наблюдались нечасто, либо носили отрывочный и стертый характер.

Бредовое поведение у больных с данным подтипом было более выражено, чем при подтипе с преобладанием галлюцинаций общего чувства. Характерной особенностью поведения для данных больных являлась склонность к нанесению себе телесных повреждений не по суицидальным, а по бредовым мотивам, с целью борьбы с воздействующими на них темными силами.

На первом этапе становления ремиссии в 75,0% (12 наблюдений) преобладал литический вариант редукции психотической симптоматики, при котором

целостное психотическое расстройство распалось на отдельные симптомы болезни, приобретая всё более фрагментарный характер. Была характерна достаточно медленная дезактуализация психотических переживаний с постепенным разрушением бредовой системы. Формирование критики при этом сочеталось как с сохраняющейся продуктивной симптоматикой (преимущественно вербальных псевдогаллюцинаторных расстройств, которые со временем упрощались до элементарных звуков), так и с проявлением нарастающих негативных расстройств, что затрудняло адекватную оценку больными своего состояния и вызывало амбивалентное отношение к необходимости лечения. Отмечалось усугубление уровня социальной и трудовой адаптации. Длительность данного этапа составляла  $42 \pm 8,7$  дней.

На втором этапе становления ремиссии (по Д.В. Тихонову, 2019) преобладают депрессивные расстройства негативной аффективности (14 наблюдений 87,5%), проявляющейся в основном в виде астено-дисфорического варианта, который определялся явлениями психоэмоциональной хрупкости, достаточно быстрой истощаемости с явлениями «моральной ипохондрии», ангедонией. Больные становились угрюмы, избегали общения с окружающими, стремились минимизировать любую лежащую на них нагрузку. Тимический компонент характеризовался стойкой дистимией, дисфорический компонент при этом был выражен незначительно. Выявлено, что больные из данного подтипа, религиозность которых была сформирована на фоне развития психопатологической симптоматики, уже на данном этапе становления ремиссии начинали утрачивать интерес к вере, переставали строго следовать религиозным традициям, реже посещали церковные службы, не всегда соблюдали канонические посты. Данный этап длился в среднем  $8 \pm 4,1$  месяцев.

На третьем этапе (по Д.В. Тихонову, 2020) реинтеграции психических функций преобладала деструктивная траектория, а именно вариант с преобладанием дефицитарной симптоматики (ДС), который определялся выраженными эмоционально-волевыми расстройствами примерно в трети случаев (5 больных, 31,3%). Отмечалось нарастание астенических расстройств, а также

явлений интенциональной несостоятельности. Длительность данного этапа составила  $7,1 \pm 1,3$  мес.

В ходе проведения сравнительного анализа психометрических характеристик больных с СОРС между описанными подтипами (1а и 1б) были выявлены достоверные статистические различия ( $p < 0,05$ ) по ряду параметров (таблица 3.1). Так, на этапе госпитализации в стационар, у больных с 1б подтипом определялась более выраженная психотическая симптоматика, причем за счет общих психопатологических симптомов. Следует отметить, что при выписке из стационара также были выявлены достоверные статистические различия ( $p < 0,05$ ) по общему суммарному баллу, исходя из чего можно сделать вывод о более быстрой редукции психопатологических проявлений среди больных 1а подтипом СОРС.

**Таблица 3.1 – Сравнительный анализ средних значений психометрических показателей шкалы PANSS у больных со I типом СОРС**

Параметры	II тип		Сравнение между подтипами СОРС	
	1а подтип	1б подтип	t-критерий	P
Всего больных	22	16		
<b>1 обследование (госпитализация в стационар)</b>				
Субшкала позитивной симптоматики	24,3±5,1	27,4±5,8	1,67	0,1
Субшкала негативной симптоматики	23,2±4,6	25,9±4,9	0,18	0,86
Субшкала общей психопатологии	54,5±9,7	61,4±9,0	2,22	0,032
Общий средний суммарный балл	102,4±8,7	113,4±15,1	2,6	0,015
<b>2 обследование (выписка из стационара)</b>				
Субшкала позитивной симптоматики	17,0±2,9	21,0±25,5	3,91	0,00
Субшкала негативной симптоматики	18,2±4,1	24,9±4,3	4,82	3,31
Субшкала общей психопатологии	42,3±17,6	40,3±5,8	0,51	0,61
Общий средний суммарный балл	77,5±18,4	86,8±9,5	2,02	0,049

### **3.2.2. Бредовой тип синдрома овладения религиозного содержания (II тип) (28 человек – 42,4%)**

Бредовой тип синдрома овладения религиозного содержания характеризовался в первую очередь преобладанием в клинической картине болезни бредовой симптоматики над прочими психопатологическими образованиями. Кроме того, клиническая картина отличалась остротой, полиморфизмом проявлений, высокой социальной опасностью. Чаще всего приступ с данным типом являлся повторным, средний возраст его развития приходился на  $25,9 \pm 4,8$  лет. Здесь было выделено два подтипа: 2а подтип, *с доминированием бреда воздействия*; 2б подтип, *аффективно-бредовой*.

#### **Подтип с доминированием бреда воздействия (подтип 2а) (15 человек – 22,7% наблюдений)**

Данный подтип определялся симптоматикой бредового варианта галлюцинаторно-параноидного синдрома Кандинского-Клерамбо. На первый план выступали бредовые расстройства, которые отличались политематичностью. Прочие расстройства были выражены не так отчётливо, в стертой форме, или вовсе отсутствовали. Большинство психозов с проявлениями представленного подтипа возникало в структуре первого приступа (73,3%); в 26,7% - в структуре повторного. Развитие приступа СОРС с 2а подтипом приходилось в среднем на возраст  $25,7 \pm 3,9$  лет; в 80,0% (12 наблюдений) происходило аутохтонно, в 20,0% (3 наблюдения) соматогенно. Данные приступы по длительности относились к разряду затяжных, превышая 12 месяцев (в среднем  $16,4 \pm 5,8$  месяцев).

Продромальный этап приступа при данном подтипе был затяжным (от 1,5 до 4 лет) и характеризовался усилением интенсивности психопатологических расстройств, определяющих картину всего доманифестного этапа: аффективных колебаний, с преобладанием тревожно-тоскливых депрессий, психопатоподобных расстройств, выражающихся сексуальной расторможенностью, алкоголизмом, наркоманией. Отмечалось нарастание выраженности депрессивных расстройств с

витальной симптоматикой, представленной нарушениями сна и аппетита, антивитальными размышлениями. Постепенно нарастала интенсивность бредового аффекта тревоги, диффузной подозрительности, страха с переживанием угрозы жизни или благополучию. В дальнейшем постепенно присоединялись эпизоды немотивированной тревоги, страха с ощущением скрытой угрозы, отрывочными идеями отношения.

Этап психотических расстройств был неразрывно связан с предыдущим этапом. Нарастала тревога, недоверчивость, диффузная подозрительность, возникали различные предположения относительно необычности поступков окружающих. Характерно, что интенсивность описанных переживаний менялась (либо увеличивалась, либо уменьшалась) во время соблюдения религиозных обрядов: чтение молитв, посещение церковных служб, посещение храмов, мечетей, общение со священнослужителями. Постепенно происходила кристаллизация бредовой фабулы, которая имела преимущественно религиозную направленность. Бредовые расстройства при данном подтипе в значительной степени отличались политематичностью. Отличительной особенностью данного подтипа являлось частое преобладание над собственно бредом овладения религиозного содержания прочих религиозных и архаических форм бреда: бреда греховности (8 наблюдений, 53,3%), бреда порчи и колдовства (6 наблюдений, 40,0%), эсхатологического бреда (3 наблюдения, 20,0%), бреда мессианства (4 наблюдения, 26,7%). Больные утверждали, что подвержены влиянию темных сил в связи с наведением на них проклятья от священнослужителей, колдунов, или в связи с наказанием за неисповеданные грехи. Характерно было также наличие бредовых расстройств без религиозной фабулы, которые сосуществовали с религиозными бредовыми построениями. Среди подобных форм бреда выделялись персекуторный бред (5 наблюдений, 33,3%), бред отравления (4 наблюдения, 26,7%), бред ревности (2 наблюдения, 13,3%), бредовые идеи отношения (3 наблюдения, 18,8%), элементы бреда инсценировки (4 наблюдения, 26,7%).

В отличие от описанных выше состояний, при которых галлюцинаторные переживания во многом определяли психопатологическую картину заболевания,

при данном подтипе суждения и умозаключения о воздействии на больных темных сил поначалу строились на основании интерпретаций событий, действий окружающих людей.

В дальнейшем, в течение 3–4 месяцев в картине болезни начинали проявляться прочие психопатологические явления. Помимо бредовых расстройств, картина болезни определялась развернутой симптоматикой синдрома Кандинского-Клерамбо. Важно отметить преобладание идеаторных и кинестетических автоматизмов. Идеаторные автоматизмы при данном подтипе являлись ведущим психопатологическим образованием после бредовых расстройств. Их развитие в целом соответствовало закономерностям развития идеаторных автоматизмов при подтипе с преобладанием вербальных псевдогаллюцинаций, в 5 случаях (5 наблюдений, 33,3%) были выявлены как феномен звучания собственных мыслей, так и отдельные невыраженные вербальные псевдогаллюцинации. В динамике развития кинестетических автоматизмов отмечались определенные закономерности: вначале возникали несвойственные ранее порывы к действиям, импульсивные влечения, которые больные трактовали как результат воздействия злых духов, либо как результат колдовства, или порчи, однако достаточно быстро (в течение нескольких дней) эти явления приобретали характер тотальности, когда больные не могли контролировать свои движения. При этом, следует отметить редкость в клинической картине кататонических явлений (2 наблюдения, 13,3%) и онейроидного помрачения сознания (3 наблюдения, 20,0%).

Галлюцинаторная симптоматика была выражена слабо и определялась, помимо невыраженных вербальных псевдогаллюцинаций, преимущественно феноменом галлюцинаций общего чувства (9 наблюдений, 60,0%), представленного в основном внешним воздействием, которое проявлялось в виде ощущения прикосновения к различным частям тела (в том числе, к половым органам, при этом не доходя до уровня сексуального насилия), облизывания, укусов, уколов. Данный феномен был тесно связан с бредовыми расстройствами, однако не определял их клиническую картину состояния.

Специфические формы бредового поведения при 2а подтипе наблюдались у 12 больных (80,0%) и характеризовались значительной выраженностью и брутальностью проявлений.

Первый этап становления ремиссии был представлен преимущественно литическим вариантом (11 наблюдений, 73,3%), однако в ряде случаев (4 наблюдения, 26,7%), данный этап определялся также и критическим вариантом редукции психотической симптоматики. При этом редукция бредовых расстройств носила альтернирующий характер: в течение первых трех-четырех недель терапии отмечались ухудшения состояния с возрастанием актуальности бредовых переживаний с религиозной фабулой. На этом фоне формирование критики наблюдалось достаточно редко (2 больных, 13,3%). Отмечалось нарастание негативных расстройств личности, а также значительное усугубление уровня социальной и трудовой адаптации. Длительность данного этапа составляла  $54 \pm 1,3$  дня.

Второй этап характеризовался появлением постприступных депрессивных расстройств, которые характеризовались феноменом негативной аффективности, представленным в виде затяжных апатических депрессий (до полугода), преимущественно средней степени тяжести, характеризующихся уплощением аффекта, девитализацией, ангедонией, нарастающей пассивностью, а также сопутствующими когнитивными нарушениями. Длительность данного этапа составляла  $9 \pm 3,6$  месяцев.

На третьем этапе в 60,0% (9 больных) было выявлено преобладание деструктивной траектории с явлениями резидуальной психотической симптоматики, представленной транзиторными бредовыми включениями с религиозной фабулой, которые зачастую трансформировались в сверхценные представления, что также сопровождалось нарастающим заострением черт личности больных. В 40,0% (6 случаев) отмечались явления патохарактерологической траектории реинтеграции психических функций. Среди данных больных у 20,0% (3 случаев) наблюдалась склонность к примитивному манипулятивному поведению, стремление находиться в центре внимания.

Нарастали проявления регрессивной синтонности, непонимание личностных границ, сочетающиеся с утратой чувства привязанности, и усилением аффективной уплощенности (псевдогистрионная личностная динамика). В 20,0% (3 наблюдений) у больных наблюдались черты специфической чуждоковатости, сопровождавшиеся аутистической активностью, эксцентричностью (развитие по типу «фершробен»).

В целом, со временем на первый план начинали выступать негативные расстройства, проявляющиеся в основном расстройствами мотивации, эмоциональным снижением, что вкуче приводило к стойкой социальной и трудовой дезадаптацией. При дальнейшем течении заболевания повторные приступы отмечались достаточно часто (12 наблюдений, 80,0%). Следует отметить, что все наблюдаемые повторные приступы после перенесенного имели религиозную направленность. Длительность данного этапа составляла  $9 \pm 2,4$  месяцев.

#### **Аффективно-бредовой подтип (подтип 2б) (13 больных – 19,7% наблюдений)**

Данный подтип включал в себя состояния, которые определялись выраженными аффективными расстройствами и бредовыми идеями религиозного содержания. Большинство психозов с проявлениями представленного подтипа являлись повторными: в 61,5% (8 больных) состояния с данным подтипом возникло в структуре повторного приступа; в 35,5% наблюдений (5 больных) в структуре манифестного. Для данного подтипа характерно начало в возрасте  $26,2 \pm 5,6$  лет. В 76,9% (10 наблюдений) развитие приступа происходило аутохтонно, в 23,1% (3 наблюдения) после соматогенной провокации. Данные приступы по длительности относились к разряду затяжных, зачастую превышая 12 месяцев (в среднем  $15,3 \pm 5,2$  месяцев).

Инициальный этап приступа протекал достаточно длительно (от года до 7 лет), имел затяжной, зачастую подострый характер. Отмечалась значительная нестабильность аффективного фона, которая выражалась преимущественно

расстройствами депрессивного полюса (8 наблюдений, 61,5%), отличавшихся атипичной структурой. Характерно было усиление интенсивности психопатоподобных характерологических расстройств, выражающихся в злоупотреблении алкоголем и психоактивными веществами, а также в беспорядочных половых связях. На данном этапе отмечалось формирование бредового настроения и восприятия, которое во многом определялась полюсом аффекта.

Клиническая картина приступа отличалась полиморфизмом и остротой. Этап психотических расстройств развивался исподволь, постепенно, протекал достаточно длительно. Он характеризовался появлением бредового аффекта тревоги, диффузной подозрительности, страха с переживанием угрозы жизни или благополучию. Бредовое восприятие здесь носило неразвернутый характер, распространялось на небольшой промежуток времени и только на отдельные проявления окружающей обстановки. В дальнейшем отмечалось одновременное существование и бредового восприятия, и многочисленных интерпретаций. Происходящим вокруг событиям придавалось особое значение, они приобретали определенное содержание и смысл, происходило формирование бредовой фабулы. Механизм бредообразования при характеризовался смешанным характером, сочетая в себе как интерпретативный компонент, так и чувственный.

Следует отметить, что содержание бреда прямо коррелировало с полюсом аффекта. Так, типичные для синдрома овладения религиозного содержания бредовые идеи одержимости бесами, демонами, шайтаном и прочими негативными духовными сущностями проявлялось при доминировании депрессивного аффекта. В то же время, когда аффект изменялся до гипоманиакального, или маниакального уровней, в 46,2% (6 наблюдений) возникали явления бреда одухотворенности (термин был предложен А.С. Тигановым), при котором больные были уверены в том, что сущность, владеющая их разумом, душой и телом является положительной, даже святой. Подобный феномен среди всех наблюдений чаще всего встречался при данном подтипе.

В дальнейшем появлялись бредовые идеи антагонистического содержания (4 наблюдения, 30,8%), зачастую мегаломанических масштабов, что характерно для парафренного синдрома. Больные считали, что находятся в центре борьбы сил добра и зла, что силы рая и ада ведут за их душу непрерывную борьбу. Вместе с тем достаточно часто возникали идеи эсхатологического содержания (5 наблюдений, 38,5%), когда больные начинали утверждать, что их одержимость является роковой для всего мира, что, если ничего не предпринять – начнется апокалипсис. В ряде случаев (3 наблюдения, 23,1%) эсхатологические идеи сочетались с бредом мессианства, когда больные были уверены в том, что являются избранниками Бога, и от них зависит судьба христианского мира. Эти идеи тесно переплетались с явлениями бредовой деперсонализации (7 наблюдений, 53,8%), которая в ряде случаев доходила до уровня бреда метаморфоза (3 наблюдения, 23,1%), который в свою очередь подкреплялся галлюцинаторной и аффективной симптоматикой, когда больные были уверены в том, что перевоплощаются в дьявола, антихриста, демонов, шайтанов.

Помимо бредовых расстройств, содержание которых определялось аффективным полюсом, картина болезни отличалась полиморфизмом. Характерны проявления тотального синдрома овладения Кандинского-Клерамбо (7 наблюдений, 53,8%), где на первый план выступали идеаторные автоматизмы. При данном подтипе отмечались явления онейроидо-кататонических состояний (5 наблюдений, 35,5%) с преобладанием зрительного компонента расстройств сознания. Аффективное напряжение с элементами чувственного бреда внезапно перерастало в онейроидное помрачение сознания. Больные рассказывали о внезапно возникших «снах наяву», что позволяло расценивать онейроид как грезоподобный (3 наблюдения, 23,1%). Отмечалась максимальная степень выраженности зрительного компонента расстройства сознания. Была характерна особая красочность и яркость фантастических переживаний. Сюжет онейроида был непоследовательным, фантастичным, перетекал из одной темы в другую, порой без видимой связи между собой. Кататонические расстройства представляли собой эпизодически возникающие выраженные элементы ступора/возбуждения,

напоминая картину редуцированных кататонических расстройств с отдельными стереотипиями, редкими эхолалиями, непродолжительными застываниями. Длительность онейроидного состояния ограничивалась одним или несколькими эпизодами, отмечающимися в течение одного дня или нескольких ночей. Выход из состояния был также внезапным. Больные говорили о том, что «очнулись», «вернулись в реальный мир». Вслед за онейроидом отмечался кратковременный период аффективных расстройств в сочетании с элементами острого чувственного бреда, представленного синдромом инсценировки. У большинства больных сохранялась убежденность о реальности произошедших с ними событий. Больные рассказывали о том, что «побывали на том свете», «прошли божественное испытание», «вернулись с небес на землю».

Бредовое поведение при данном подтипе характеризовалось несколько меньшей выраженностью по сравнению с предыдущим подтипом, выражаясь в основном в форме аутоагрессивного поведения с суицидальными тенденциями. В когорте данного подтипа описаны случаи намеренного самоотравления бытовыми химическими средствами, попытка отравиться ядовитым растением, стремление зарезать себя кухонным ножом, проделать в голове дырку с помощью перфоратора.

На первом этапе становления ремиссии в 69,2% (9 случаев) отмечался литический вариант, в 30,8% (4 случая) – критический вариант. Отмечалась довольно быстрая редукция психотической симптоматики с постепенным формированием критического отношения к пережитому состоянию. С течением болезни аффективные нарушения приобретали все более уплощенный характер, становясь монополярными с депрессивным полюсом. Длительность данного этапа составляла  $47,3 \pm 9,4$  дня.

Второй этап становления ремиссии был представлен несколькими вариантами: с негативной аффективностью (7 наблюдений, 53,8%), с позитивной аффективностью (6 наблюдений, 46,2%). Постприступные депрессии с негативной аффективностью были представлены в основном астено-дисфорическим вариантом с выраженным дисфорическим компонентом. Депрессии с позитивной аффективностью определялись тревожным и тоскливым вариантами. Тревожные

депрессии характеризовались эпизодически возникающими тревожными пароксизмами с обострением суицидальных тенденций. При тоскливом варианте отмечалось преобладание тимического компонента с самообвинительными и самоуничижительными мыслями, антивитальными размышлениями, однако без выраженных суицидальных тенденций. Длительность данного этапа была различной и в среднем составляла  $8 \pm 2,8$  месяцев.

На третьем этапе становления ремиссии преобладала патохарактерологическая траектория реинтеграции психических функций (10 наблюдений, 76,9%), когда у больных наблюдались черты специфической чуждоковатости, сопровождавшиеся аутистической активностью, эксцентричностью (развитие по типу «фершробен»). В 23,1% (3 наблюдения) отмечалась деструктивная траектория реинтеграции психических функций, проявления которой характеризовались в первую очередь резидуальными психотическими расстройствами, представленными в основном транзиторными бредовыми идеями религиозного характера, содержание которых прямо коррелировало с полюсом аффекта. Длительность данного этапа составляла  $11 \pm 5,3$  месяцев.

Анализируя психометрические характеристики по шкале PANSS у больных со II типом СОРС на этапе поступления в стационар (таблица 3.2) между сравниваемыми подтипами (2а и 2б) значимые статистические различия были выявлены ( $p < 0,05$ ) по параметрам субшкалы позитивной симптоматики и общего суммарного балла – в обоих случаях у больных со 2а подтипом психотическая симптоматика была значительно острее, чем у больных со 2б подтипом. Следует отметить, что к моменту выписки из стационара значимые статистические различия ( $p < 0,05$ ) наблюдались практически по всем параметрам с большей выраженностью у больных со 2а подтипом. Из этого следует вывод о более остром и тяжелом течении заболевания с данным подтипом.

**Таблица 3.2 – Сравнительный анализ средних значений психометрических показателей шкалы PANSS у больных со II типом СОРС**

Параметры	II тип		Сравнение между подтипами СОРС	
	2а подтип	2б подтип	t-критерий	P
Всего больных	13	15		
<b>1 обследование (госпитализация в стационар)</b>				
Субшкала позитивной симптоматики	31,0±3,8	25,5±1,9	2,51	0,02
Субшкала негативной симптоматики	25,4±4,2	23,3±1,4	0,26	0,78
Субшкала общей психопатологии	64,2±4,2	58,5±10,2	1,43	0,16
Общий средний суммарный балл	120,5±6,2	107,8±18,5	2,43	0,022
<b>2 обследование (выписка из стационара)</b>				
Субшкала позитивной симптоматики	16,9±3,0	21,8±3,7	3,89	0,00
Субшкала негативной симптоматики	18,6±3,4	22,6 ±4,5	2,70	0,01
Субшкала общей психопатологии	45,6±6,2	44,6±5,9	0,43	0,66
Общий средний суммарный балл	90,0±6,6	80,2±8,9	3,29	0,00

## Глава 4.

### Характеристика основных закономерностей течения и исходов синдрома овладения религиозного содержания

Распределение больных катамнестической группы с синдромом овладения религиозного содержания по выделенным типологическим разновидностям соответствовало клинической группе (таблица 4.1). Достоверных статистических различий между этими группами выявлено не было ( $p > 0,05$ ), что позволяет экстраполировать закономерности, выявленные при изучении катамнестической группы, на всех изученных больных. По всем основным характеристикам, таким, как возраст появления первых инициальных проявлений заболевания, преморбидный склад личности, возраст манифестации психоза, трудовой статус на момент манифестации, – рассматриваемые наблюдения были сопоставимы с изученной ранее клинической группой. На этом основании выделены основные закономерности течения приступа заболевания с синдромом овладения религиозного содержания, рассмотрены функциональные исходы, как для синдрома в целом, так и для выделенных типов и их подтипов, в частности.

**Таблица 4.1 - Распределение больных с синдромом овладения религиозного содержания**

Параметры	Тип приступа									
	I тип				II тип				Итого	
	1а подтип		1б подтип		2а подтип		2б подтип			
	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%
Всего больных	33	26,2	31	24,6	26	20,6	36	28,6	126	100
Клиническая группа	22	17,5	16	12,7	13	10,3	15	11,9	66	52,4
Катамнестическая группа	11	8,7	15	11,9	13	10,3	21	16,7	60	47,6
$\chi^2 = 4,423; p(\chi^2 > 12,592) > 0,05$										

#### 4.1. Особенности инициального этапа заболевания

С целью изучения закономерностей развития и течения заболевания, ретроспективно были рассмотрены доманифестные этапы, включая особенности конституционально-личностного преморбида у всех 126 больных, вошедших в исследование. По мнению ряда исследователей, важная роль в формировании закономерностей течения заболеваний принадлежит характеру инициального этапа [Каледа и соавт., 2015; Бохан Н. А. и соавт., 2018; Harvey R.C., James A.C., Shields G.E. et al., 2016; Anda L. et al., 2019].

Анализ инициальных проявлений болезни у изученных нами больных с СОРС обнаружил их определенную неоднородность. Как видно из таблицы 4.2, лишь у 9,5% больных (12 больных) заболевание развивалось остро, инициальный этап практически отсутствовал. В остальных случаях манифестному приступу заболевания предшествовал этап начальных проявлений болезни, продолжительность которого варьировала в достаточно широких пределах: от 2–3 мес. до 8 лет (средняя продолжительность  $3,9 \pm 2,6$  лет). При анализе длительности инициального этапа между типами синдрома овладения религиозного содержания между группами больных были выявлены достоверные статистические различия ( $p < 0,05$ ). Так, при галлюцинаторном типе (I тип) чаще всего (43,8%) продолжительность инициального этапа составляла менее 2 лет, тогда как при бредовом типе синдрома (II тип) наиболее часто продолжительность инициального этапа составляла 5 и более лет (46,8%).

Психопатологическая характеристика инициальных этапов проводилась по типологии, используемой при изучении инициального этапа при юношеском эндогенном приступообразном психозе [Каледа В.Г., 1998, 2008; Бархатова А.Н., 2005], согласно которой были выделены следующие разновидности инициального этапа: неврозоподобный, психопатоподобный, аффективный, паранояльный, с негативными расстройствами (таблица 4.2). В целом, изменения, наступающие во время инициального этапа, не создавали серьезных проблем с социальной

адаптацией среди больных, однако в определенных случаях отмечались некоторые трудности в учебе и социальных коммуникациях.

**Таблица 4.2 - Длительность и характеристика доманифестных этапов заболевания при различных типах СОРС**

Параметры	Тип СОРС						
	I тип		II тип		Итого		
	n	%	n	%	n	%	
Всего больных	64	100	62	100	126	100	
<b>Продолжительность инициального этапа</b>							
Отсутствие	9	14,1	3	4,8	12	9,5	
До 2 лет	28	43,8	16	25,8	44	34,9	
3–4 года	17	26,6	14	22,6	31	24,6	
5 и более лет	10	15,6	29	46,8	39	30,9	
<b><math>\chi^2 = 10,629; p(\chi^2 &gt; 7,815) &lt; 0,05</math></b>							
<b>Разновидности инициального этапа</b>							
Отсутствие	6	9,4	3	4,8	9	7,1	
Неврозоподобный	12	18,7	7	11,3	24	19,0	
Психопатоподобный	9	14,1	16	25,8	21	16,7	
Паранойяльный	4	6,2	4	6,4	8	6,4	
Аффективный	25	39,1	30	56,5	55	43,7	
С негативными расстройствами	8	12,5	2	3,2	9	7,1	
<b><math>\chi^2 = 8,301; p(\chi^2 &gt; 11,07) &lt; 0,05</math></b>							
<b>Тип преморбидного склада личности</b>							
шизоидный склад	Стеничные	13	20,3	13	21,0	26	20,6
	Сензитивные	25	39,1	9	14,5	34	27,0
	Истерошизоиды	3	4,7	9	14,5	12	9,5
	Пассивные	-	-	1	1,6	1	0,8
	Дефицитарные	1	1,6	4	6,4	5	4,0
	<i>Всего шизоидного склада личности</i>	42	65,6	36	58,1	78	61,9
Гипертимные	2	3,1	3	4,8	5	4,0	
Эмоционально-неустойчивые	1	1,6	5	8,1	6	4,8	
Мозаичные	12	18,8	6	9,7	18	14,3	
Психастенический	7	10,9	12	19,4	19	15,1	
<b><math>\chi^2 = 6,614; p(\chi^2 &gt; 9,488) &lt; 0,05</math></b>							

В данном исследовании наибольший удельный вес занимал аффективный вариант инициального этапа (43,7%), который проявлялся в виде биполярных или монополярных аффективных расстройств, с преобладанием среди них расстройств депрессивного спектра субклинического уровня. В ряде случаев они утрачивали черты субклинических: формировался очерченный депрессивный синдром с умеренной выраженностью тимического компонента (выраженное чувство тоски, экзистенциальные размышления) с меньшей выраженностью идеаторного и моторного компонентов. Нередко на этом фоне возникали депрессии сверхценного уровня с идеями самообвинения, греховности.

Неврозоподобный инициальный этап отмечался в 19,0% случаев. В его структуре встречались невыраженная обсессивно-фобическая симптоматика, которая отличалась простотой, монотематичностью, отсутствием тенденции к расширению. Отмечались слабовыраженные аффективные расстройства тревожно-дисфорического круга без витальных проявлений. Часто аффективное состояние было тесно связано с астеническими расстройствами, которые были представлены повышенной утомляемостью, раздражительностью на протяжении дня. Следует отметить, что данный тип инициального этапа чаще встречался при галлюцинаторном типе синдрома овладения религиозного содержания.

Психопатоподобный инициальный этап встречался в 16,7%. В ряде случаев создавались определённые трудности при дифференцировании от патологически протекающего пубертатного криза. Основным проявлением данного этапа было «гебоидное» поведение [Цуцельковская М.Я., Пантелеева Г.П., 1986]. Больные становились эгоцентричными, стремились проводить время в асоциальной среде, употребляли алкогольные напитки и различные наркотические вещества, были склонны к промискуитету. Описанные проявления в значительной степени затрудняли трудовую адаптацию больных, которые часто оставляли учебу, находились на иждивении у родственников, или занимались низкоквалифицированным трудом. Следует отметить, что данный этап отмечался в основном у больных со II типом синдрома овладения религиозного содержания, что в значительной степени затрудняло социо-трудовую адаптацию.

Инициальный этап с негативными расстройствами выявлен в 7,1% наблюдений. На данном этапе выявлялось постепенное нарастание когнитивных нарушений. Кроме того, отмечалось значительное снижение двигательной активности, а также эмоционально-волевое обеднение, что приводило к снижению уровня учебной, трудовой и социальной адаптации.

Паранойяльная разновидность инициального этапа составляла 6,4% случаев. При данной разновидности зачастую у пациентов возникали аттенуированные психотические симптомы, представленные идеями отношения. Больные начинали подозревать, что сверстники, друзья, коллеги, прихожане в храме обсуждают их за спиной, строят против них козни. В редких случаях, ко времени манифестации психоза данные идеи расширялись, приобретали систематизацию, участвуя в разработке бредовой фабулы, порой нерелигиозного содержания.

При анализе разновидностей инициального этапа у I и II типов синдрома овладения религиозного содержания было выявлено, что наибольший удельный вес при обоих типах занимал аффективный вариант инициального этапа (39,1% от числа наблюдений I типа; 56,5% от числа наблюдений II типа). Кроме того, у больных с I типом отмечалось преобладание неврозоподобного инициального этапа (18,7%), тогда как у больных со II типом наибольший удельный вес занимали психопатоподобная разновидность инициального этапа (25,8%).

Установлено, что у ряда больных (9,4% от числа наблюдений I типа; 11,3% от числа наблюдений II типа) в структуре аффективных состояний, как депрессивного так и маниакального полюса, встречались проявления симптомокомплекса метафизической интоксикации с формированием у них сверхценного религиозного мировоззрения [Щуцельковская М.Я., 1998; Каледа В.Г. и соавт., 2012; Копейко Г.И., Олейчик И.В., 2007].

При анализе типов преморбидной структуры личности наибольший удельный вес среди обоих типов синдрома составлял шизоидный склад личности (61,9%). Среди разновидностей шизоидного склада личности, чаще всего встречались сензитивные шизоиды (27,0%), причем за счет наблюдений I типа, что подтверждалось статистически ( $p < 0,05$ ). Для II типа синдрома наибольшим

удельным весом обладали больные с психастеническим складом (19,4%), а также стеничные шизоиды (21,0%).

Рассматривая социальные и трудовые характеристики среди больных с синдромом овладения религиозного содержания на момент манифестации психотической симптоматики (таблица 4.3), видно, что наибольший удельный вес составляли больные с высшим (26,2%) и средним специальным образованием (27,8%), при этом достоверных различий выявлено не было ( $p > 0,05$ ). Следует отметить больший удельный вес больных с неполным средним образованием при II типе синдрома овладения религиозного содержания (19,4%) в сравнении с I типом (7,8%), что является статистически достоверным ( $p < 0,05$ ).

**Таблица 4.3 - Социально-трудовые характеристики больных на момент манифестации приступа с СОРС**

Параметры	Типы СОРС					
	I тип		II тип		Итого	
	п	%	п	%	п	%
Всего больных	64	100	62	100	126	100
<b>Уровень образования</b>						
Неполное среднее	5	7,8	4	22,5	19	15,1
Среднее	8	12,5	7	11,3	15	11,9
Среднее специальное	7	26,6	8	29,0	35	27,8
Неполное высшее	4	21,9	10	16,1	24	19,0
Высшее	0	31,3	3	21,0	33	26,2
<b><math>\chi^2 = 4,770; p(\chi^2 &gt; 9,488) &lt; 0,05</math></b>						
<b>Социально-трудовой статус</b>						
Не работает/не учится	2	18,8	7	27,4	29	23,0
Неквалифицированный труд	8	12,5	10	16,1	18	14,3
Студенты ПТУ/техникума	1	1,6	-	-	1	0,8
Студенты ВУЗа	4	21,9	4	6,4	18	14,3
Коммерческая деятельность	6	9,4	6	9,7	12	9,5
Специалист со средним специальным образованием	10	15,6	5	24,2	25	19,8
Специалист с высшим образованием	3	20,3	10	16,1	23	18,2
<b><math>\chi^2 = 8,690; p(\chi^2 &gt; 12,592) &lt; 0,05</math></b>						

При анализе трудового статуса обращает на себя внимание, что большинство больных на момент манифестации приступа с синдромом овладения религиозного содержания находились на иждивении у родственников (23,0%), либо являлись специалистами со средним специальным образованием (19,8%).

По социально-трудовому статусу значимые статистические различия ( $p < 0,05$ ) между рассматриваемыми типами синдрома были выявлены по количеству студентов ВУЗов, которых значительно больше среди больных с I типом СОРС (21,9%). Кроме того, отмечено, что 1/5 больных с данным типом относится к специалистам с высшим образованием. При II типе СОРС основная часть больных на момент манифестации заболевания находилась на иждивении у родственников (27,4%), либо являлись специалистами со средним специальным образованием (24,2% от наблюдений II типа).

В ходе исследования были рассмотрены виды специфического бредового поведения, выделенные Е.В. Змановской (2003, 2013). *Аморальное* поведение, характеризующееся отклонением от общепринятых моральных и этических норм; *Аутодеструктивное* поведение включающее аутоагрессивную форму, а также форму несуицидальной аутодеструкции по религиозно-бредовым мотивам (Waugh A.C., 1986); *Антисоциальное* поведение, подразумевающее угрозу социальному порядку и физическому здоровью окружающих, которое включало в себя такие формы как *причинение материального ущерба* и *гетероагрессию*. В данной работе описаны случаи нанесения себе тяжких увечий по бредовым соображениям. Так, многие больные по различным мотивам (спасаясь от темной духовной сущности, или находясь под ее воздействием, стремясь искупить не исповеданные грехи, или не дать родиться антихристу прибегали к резкому ограничению потребления пищи и воды, что нередко принимало угрожающие для жизни масштабы, наносили себе тяжкие физические увечья (один из больных самостоятельно вырезал себе веки, другой совершил попытку проделать дыру во лбу с помощью перфоратора), или наоборот – нападали на окружающих, в том числе и священнослужителей, портили церковное имущество. Представленные формы бредового поведения были описаны у 58 больных (46,0%). Данные по их распределению между типами СОРС и их анализ представлены ниже в соответствующих типам разделах.

## 4.2. Течение и исход заболевания

Для получения полноценных данных об особенностях течения и исхода заболевания, протекающего с синдромом овладения религиозного содержания, был использован традиционный клинико-катамнестический метод обследования. Было обследовано 60 больных (47.6%), госпитализированных в клинику ФГБНУ НЦПЗ (таблица 4.1). Длительность катамнестического наблюдения составила не менее 8 лет, со средней продолжительностью  $14,8 \pm 4,7$  лет.

При анализе данных, отражающих сравнительный уровень трудовой адаптации и социального функционирования больных с синдромом овладения религиозного содержания на момент катамнестического обследования, представленных в таблице 4.4, выявлены определенные статистические различия.

На протяжении катамнестического наблюдения профессиональный рост был выявлен лишь в 11,5% наблюдений и только у больных, относящихся к I типу СОРС. В половине случаев среди всех больных на протяжении катамнестического наблюдения отмечалось снижение трудоспособности (50,0%), среди которых преобладали больные со II типом СОРС (58,8%,  $p < 0,05$ ), что указывает на менее благоприятное течение заболевания с данным типом. Среди больных с I типом СОРС преобладали больные со снижением уровня трудоспособности (38,5%), а также сохранившие её прежний уровень (34,6%).

Следует отметить более высокие показатели уровня социального функционирования по шкале PSP среди больных с I типом. Так, например, лишь при I типе СОРС у 5 больных (19,2%) показатели по шкале PSP находились в пределах 91–100 баллов, у 2 больных (7,7%) в пределах 81–90 баллов.

**Таблица 4.4 - Сравнительный уровень трудовой адаптации и социального функционирования по шкале PSP у больных с СОРС на момент катamnестического обследования**

Параметры	Типы СОРС					
	I тип		II тип		Итого	
	n	%	n	%	n	%
Всего больных	26	100	34	100	60	100
<b>Уровень трудовой адаптации</b>						
Профессиональный рост	3	11,5	-	-	3	5,0
Трудоспособность на исходном уровне	9	34,6	8	23,5	17	28,3
Трудоспособность на сниженном уровне	10	38,5	20	58,8	30	50,0
Утрата трудоспособности	4	15,4	6	17,6	10	16,7
<b><math>\chi^2 = 8,094; p(\chi^2 &gt; 7,815) &lt; 0,05</math></b>						
<b>Уровень социального функционирования по шкале PSP</b>						
91–100 баллов	2	7,7	-	-	2	3,3
81–90 баллов	5	19,2	-	-	5	8,3
71–80 баллов	3	11,5	3	8,8	6	10,0
61–70 баллов	2	7,7	4	11,8	6	10,0
51–60 баллов	4	15,4	5	14,7	9	15,0
41–50 баллов	4	15,4	7	20,6	11	18,3
31–40 баллов	1	3,8	9	26,5	10	16,7
21–30 баллов	5	19,2	6	17,6	11	18,3
<b><math>\chi^2 = 14,274; p(\chi^2 &gt; 14,067) &lt; 0,05</math></b>						

Для описания дальнейшего течения заболевания (таблица 4.5), основываясь на данных, полученных при анализе катamnестической группы больных с СОРС, в данном исследовании рассматривались следующие разновидности течения заболевания: одноприступное, регрессиентное, течение заболевание по типу «клише», прогрессиентное, течение с переходом в непрерывное [Бархатова А.Н., 2005; Каледа В.Г., 1998, 2010].

**Таблица 4.5 - Клинические характеристики состояния больных с СОРС на момент катamnестического обследования**

Параметры	Типы СОРС					
	I тип		II тип		Итого	
	n	%	n	%	n	%
Всего больных	26	100	34	100	60	100
<b>Разновидности течения</b>						
Одноприступное	4	15,4	-	-	4	6,7
Регрессиентное	1	3,8	1	2,9	2	3,3
Типа «Клише»	9	34,6	6	17,6	15	25,0
Прогрессиентное	9	34,6	21	61,8	30	50,0
Непрерывные	3	11,5	6	17,6	9	15,0
<b><math>\chi^2 = 12,628; p(\chi^2 &gt; 11,07) &lt; 0,05</math></b>						
<b>Выраженность негативных расстройств (баллы по негативной субшкале PANSS)</b>						
Отсутствие (0–7 баллов)	2	7,7	-	-	2	3,3
Сомнительный (8–14 баллов)	7	26,9	7	20,6	14	23,3
Слабо выраженный (15–21 балл)	12	46,2	13	38,2	25	41,7
Умеренно выраженный (22–28 баллов)	3	11,5	9	26,5	12	20,0
Сильно выраженный (29–35 баллов)	2	7,7	5	14,7	7	11,7
<b><math>\chi^2 = 5,354; p(\chi^2 &gt; 9,488) &lt; 0,05</math></b>						

Наибольшим удельным весом среди разновидностей течения являлось прогрессиентное течение, которое отмечалось в половине (50,0%) представленных наблюдений, и было представлено постепенным усложнением психопатологической структуры (расширением фабулы бреда овладения, а также симптоматики галлюцинаций общего чувства, формирование бредовых идей антагонистического содержания, парафренного бреда). При этом отмечалась тенденция к ухудшению качества ремиссий.

В 25,0% случаев наблюдалось течение типа «клише». Повторные приступы имели сходную с манифестным психопатологическую картину (сохранялась фабула бреда овладения религиозного содержания, сопутствующие специфические психопатологические расстройства, характерные для того, или иного подтипов). Между приступами формировались достаточно стабильные ремиссии.

При переходе в непрерывное течение, составлявшее 15,0% наблюдений, после периода приступообразного течения заболевания отмечалось развитие в разной степени выраженности признаков негативных изменений личности, а также

постепенное нарастание трудовой и социальной дезадаптации. При данном типе течения формирования полноценных ремиссии не отмечалось.

Одноприступное течение отмечалось в 6,7% наблюдений. Данный вид течения характеризовался развитием одного или серии следующих друг за другом через короткие промежутки времени приступов без становления полноценной ремиссии между ними. После этого отмечалось формирование длительной ремиссии различного качества.

Регрессиентное течение отмечалось сравнительно реже всех прочих типов течения (3,3%) и характеризовалось последующим укорочением приступов, а также упрощением их по структуре за счет снижения выраженности бредовых, галлюцинаторных расстройств. При этом ремиссии между приступами отличались хорошим качеством. Отмечалось сохранение трудовой и социальной адаптации.

При анализе данных были выявлены статистически значимые различия ( $p < 0,05$ ) среди больных с прогрессиентным течением, при котором наибольший удельный вес занимали больные с СОРС II типа, а также среди больных с одноприступным течением, которое наблюдалось только при I типе СОРС.

При оценке уровня негативных личностных изменений с использованием негативной субшкалы PANSS статистически значимых отличий по этому показателю между выделенными типами не было ( $p > 0,05$ ). Наибольший удельный вес среди всей группы больных занимали умеренно выраженные признаки (41,7%).

К моменту катamnестического обследования ремиссии (таблица 4.5) отмечались у 51 пациента (85,0% от числа наблюдений катamnестической группы). При их оценке применялся комплексный подход, включающий клинико-типологическое определение на основе клинических характеристик и дихотомическое разделение, зависевшее от наличия позитивных или негативных расстройств в структуре ремиссии на синдромальные (полные, бессимптомные, интермиссии – 13 больных, 25,5%) и симптоматические (неполные – 38 больных, 74,5%) ремиссии [Коцюбинский А.П., 2004; Смулевич А.Б., 2007, 2008].

**Таблица 4.6 – Варианты ремиссий СОРС на момент катamnестического обследования**

Параметры		Типы СОРС					
		I тип		II тип		Итого	
		п	%	п	%	п	%
Всего больных в ремиссии		22	100	29	100	51	100
<b>Вариант ремиссий</b>							
Симптоматические	С резидуальными галлюцинаторно-бредовыми расстройствами	7	31,8	19	65,5	26	50,9
	Тимопатическая	5	22,7	7	24,1	12	23,5
Синдромальные	Стеническая	1	4,5	2	6,9	3	5,8
	Псевдопсихопатическая	5	22,7	-	-	5	9,8
	Астеническая	4	18,2	1	3,4	5	9,8
<b><math>\chi^2 = 12,276; p(\chi^2 &gt; 9,488) &lt; 0,05</math></b>							

На таблице 4.6 представлены различные варианты ремиссий, среди которых преобладали симптоматические, которые включали в себя вариант с резидуальными галлюцинаторно-бредовыми расстройствами и тимопатический вариант.

Наибольшим удельным весом обладал вариант с резидуальными галлюцинаторно-бредовыми расстройствами (50,9%), причем за счет больных относящихся ко II типу СОРС ( $p < 0,05$ ). Этот вариант ремиссии был обусловлен в первую очередь резидуальной бредовой симптоматикой активного периода, которая, потеряв свою актуальность и приобретя черты торпидности и окаменелости, лишь до некоторой степени влияла на особенности поведения и образ жизни больных.

При тимопатическом варианте (27,8%) больные указывали на снижение способности радоваться, огорчаться, испытывать эмоциональный отклик на происходящее, отмечали утрату прежней впечатлительности. На этом фоне наблюдались характерные для этого рода больных эмоциональная неустойчивость, систематическое возникновение фаз эмоциональной подавленности и оживленности различной продолжительности.

При анализе вариантов синдромальных ремиссий, были исследованы следующие варианты: стенический, псевдопсихопатический, астенический.

*Стенический вариант (5,8%)* характеризовался наличием стеничности, деятельности, достаточно продуктивного контакта с окружающими, активности, расчетливой целенаправленности в работе. Данный вариант встречался лишь при I типе СОРС, что подтверждено статистически ( $p < 0,05$ ).

*Астенический вариант (9,8%)*, для которого были характерны повышенная реактивность, ранимость, хрупкость, лабильность, быстрая истощаемость со склонностью к депрессивно-ипохондрическим реакциям или явлениям интенциональной несостоятельности.

*Псевдопсихопатический вариант (9,8%)* встречался лишь у больных с I типом СОРС. Характеризовался проявлениями среди больных низкой потребности в контактах, снижением эмоциональной привязанности, сужением диапазона аффективных переживаний, регламентацией собственной активности. Общение больных было ограничено кругом семьи, но и там они оказывались держались достаточно замкнуты, ворчливы. Формально сохраняя социальные связи, они оставались, по существу, отгороженными от внешнего мира, малодоступными, замкнутыми и манерными, но при этом фанатично стремились строго выполнять религиозные обряды и традиции, не понимая их сущности.

Представленные данные позволяют судить о прогрессивности течения шизофрении, протекающей с синдромом овладения религиозного содержания.

Для полноценного комплексного анализа исхода заболевания на момент катamnестического обследования применялась интегративная оценка, разработанная профессором В.Г. Каледой (1998, 2010), представленная в таблице 4.6, в соответствии с которой выделялись следующие градации исхода: "благоприятный", "относительно благоприятный", "относительно неблагоприятный" и "неблагоприятный".

**Таблица 4.7 – Соотношение типов СОРС и интегративной оценки исхода заболевания на момент катamnестического обследования**

Параметры	Типы СОРС					
	I тип		II тип		Итого	
	п	%	п	%	п	%
Всего больных	26	100	34	100	60	100
Благоприятный	10	38,5	3	8,8	13	21,7
Относительно благоприятный	9	34,6	9	26,5	18	30,0
Относительно неблагоприятный	5	19,2	16	47,1	21	35,0
Неблагоприятный	2	7,7	6	17,6	8	13,3
<b><math>\chi^2 = 10,654; p(\chi^2 &gt; 7,815) &lt; 0,05</math></b>						

Как видно из таблицы 4.7, "*благоприятный*" исход, который соответствует так называемому в литературе [Davidson L., et al., 2008] понятию «выздоровление/восстановление» (recovery) (баллы 71–100 по шкале PSP – таблица 4.5), встречался в 12 наблюдениях (20,0%). Причем, наибольший удельный вес среди данного типа исхода занимали больные с I типом (34,6%), что подтверждается статистически ( $p < 0,05$ ). Под данным вариантом исхода подразумевается стойкая ремиссия высокого качества (длительностью более 2 лет) с незначительной выраженностью негативных расстройств и высоким уровнем социально-трудовой адаптации.

"*Относительно благоприятный*" исход, соответствующий понятию «неполного выздоровления» (partial recovery) [Harrison I. et al., 2008; Del-Monte J. et al. 2013] (баллы 51-70 по шкале PSP), был отмечен у 16 больных (26,7%) и характеризовался сохранением структуры приступов или постепенным упрощением их психопатологической структуры, а также ремиссиями высокого качества, с незначительной выраженностью негативных расстройств, незначительными изменениями социальной и трудовой адаптации.

"*Относительно неблагоприятный*" исход (баллы 31–50 по шкале PSP) был отмечен у 21 больного (35,0%). Несмотря на отсутствие статистически значимых различий между типами СОРС ( $p > 0,05$ ), следует отметить, что данный исход

обладал наибольшим удельным весом среди больных со II типом СОРС. Выявлялись признаки снижением уровня социально-трудовой адаптации, которые в ряде случаев доходили до уровня стойкой утраты трудоспособности.

"Неблагоприятный" исход (баллы 1–30 по шкале PSP) наблюдался у 11 больных (18,3%) и характеризовался прогрессирующим усложнением картин приступов или переходом заболевания в непрерывное течение с наличием отчетливых негативных изменений, выраженной социальной дезадаптации, а также стойкой утратой трудоспособности.

Перейдем к подробному описанию каждого из подтипов синдрома овладения религиозного содержания в отношении вышеобозначенных значимых для течения и исхода заболевания параметров.

### **4.3. Особенности течения и исхода заболевания с при различных типах синдрома овладения религиозного содержания**

В данном разделе более подробно изложены особенности течения заболевания с различными типами синдрома овладения религиозного содержания, выделены специфические признаки, того или иного подтипа.

#### **4.3.1. I тип синдрома овладения религиозного содержания (галлюцинаторный тип)**

Всего в рамках выделенного типа было обследовано 64 больных (50,8%), из которых 38 случаев (59,4% от числа больных I типа; 30,2% от общего числа наблюдений) относились к клинической группе и 26 наблюдений (40,6% от числа больных I типа; 20,6% от общего числа наблюдений) – к катамнестической. Из них 33 наблюдения (22 наблюдения из клинической группы и 11 наблюдений из катамнестической группы) относились к 1 подтипу (подтип с преобладанием галлюцинаций общего чувства), а 31 случай (16 наблюдений из клинической группы и 15 наблюдений из катамнестической группы) – ко 2 подтипу (подтип с преобладанием вербальных псевдогаллюцинаций).

Возраст больных на момент манифестации приступа с СОРС I типа составил в среднем  $31,2 \pm 6,7$  лет при 1а и  $33,6 \pm 7,6$  лет при 1б  $28,9 \pm 5,8$  лет.

Длительность инициального этапа при I типе СОРС (таблица 4.8) в 43,8% случаев не превышала 2 лет, причем в основном ( $p < 0,05$ ) за счет когорты II подтипа (с преобладанием вербальных псевдогаллюцинаций). При I подтипе СОРС (с преобладанием галлюцинаций общего чувства) инициальный этап в 36,4% продолжался от 3 до 4 лет, а в 30,3% также не превышал 2-летнего периода. Инициальный этап среди двух подтипов чаще всего был представлен аффективной разновидностью (39,1%), при этом обнаруживались статистически значимые различия между подтипами ( $p < 0,05$ ) за счет преобладания больных с 1а.

**Таблица 4.8 - Длительность и характеристика доманифестных этапов заболевания при I типе СОРС**

Параметры	I тип СОРС						
	Ia подтип		Iб подтип		Итого		
	n	%	n	%	n	%	
Всего больных	33	100	31	100	64	100	
<b>Длительность инициального этапа</b>							
Отсутствие	5	15,2	4	12,9	9	14,1	
До 2 лет	10	30,3	18	58,1	28	43,8	
3-4 года	12	36,4	5	16,1	17	26,6	
5 и более лет	6	18,8	4	12,9	10	15,6	
<b><math>\chi^2 = 7,703; p(\chi^2 &gt; 7,815) &lt; 0,05</math></b>							
<b>Разновидности инициального этапа</b>							
Отсутствие	2	6,1	4	12,9	6	9,4	
Неврозоподобный	5	15,2	7	22,6	12	18,7	
Психопатоподобный	1	3,0	8	25,8	9	14,1	
Паранойяльный	1	3,0	3	9,7	4	6,2	
Аффективный	17	51,5	8	25,8	25	39,1	
С негативными расстройствами	5	15,2	3	9,7	8	12,5	
<b><math>\chi^2 = 11,133; p(\chi^2 &gt; 11,07) &lt; 0,05</math></b>							
<b>Тип преморбидного склада личности</b>							
Гипертимные	0	-	2	6,5	2	3,1	
Шизоидный склад	Стеничные	6	15,2	7	22,6	13	20,3
	Сензитивные	12	36,4	13	41,9	25	39,1
	Истерошизоиды	1	3,0	2	6,5	3	4,7
	Пассивные	0	-	0	-	0	-
	Дефицитарные	0	-	1	3,2	1	1,6
	Всего шизоиды	19	57,6	23	74,2	42	65,6
Эмоционально-неустойчивые	0	-	1	3,2	1	1,6	
Мозаичные	10	30,3	2	6,5	12	18,8	
Психастенический	4	12,1	3	9,7	7	10,9	
<b><math>\chi^2 = 7,732; p(\chi^2 &gt; 7,815) &lt; 0,05</math></b>							

На втором месте по частоте встречаемости, но с большим отрывом, следует инициальный этап неврозоподобного характера (18,7%), представленный обсессивно-фобическими и невыраженными дисморфофобическими расстройствами. Тем не менее, у больных с Iб подтипом, наравне с аффективной разновидностью инициального этапа, в 1/4 случаев наблюдался психопатоподобный вариант инициального этапа, который выражался оппозиционным поведением, частым употреблением алкогольных напитков и различных психоактивных веществ (от каннабиноидов до амфетаминов и

галлюциногенов). Подобные проявления среди больных с СОРС 1а встречались значительно реже ( $p < 0,05$ ). Анализируя преморбидный склад личности у больных с СОРС I типа, обнаруживается преобладание шизоидного склада (65,6%) и мозаичных личностей, среди которых (18,8%) сравнительно чаще встречаются лица с 1а СОРС, что подтверждается статистически ( $p < 0,05$ ).

Социально-трудовые характеристики больных на момент манифестации приступа с I типом СОРС представлены на таблице 4.9.

**Таблица 4.9 - Социально-трудовые характеристики больных на момент манифестации приступа с I типом СОРС**

Параметры	I тип СОРС					
	1а		1б		Итого	
	n	%	n	%	n	%
Всего больных	33	100	31	100	64	100
<b>Уровень образования</b>						
Неполное среднее	2	6,1	3	9,7	5	7,8
Среднее	3	9,1	5	16,1	8	12,5
Среднее специальное	13	39,4	4	12,9	17	26,6
Неполное высшее	2	6,1	12	38,7	14	21,9
Высшее	15	45,5	5	16,1	20	31,3
<b><math>\chi^2 = 17,196; p(\chi^2 &gt; 13,277) &lt; 0,01</math></b>						
<b>Социально-трудовой статус</b>						
Не работает/не учится	1	3,0	11	35,5	2	18,8
Неквалифицированный труд	2	9,1	6	16,1	8	12,5
Студенты ПТУ/техникума	-	-	1	3,2	1	1,6
Студенты ВУЗа	10	30,3	4	12,9	14	21,9
Коммерческая деятельность	4	12,1	2	6,5	6	9,4
Специалист со средним специальным образованием	6	18,2	4	12,9	10	15,6
Специалист с высшим образованием	10	30,3	3	9,7	13	20,3
<b><math>\chi^2 = 18,696; p(\chi^2 &gt; 16,812) &lt; 0,01</math></b>						

Анализируя полученные данные, видно, что наибольший удельный вес занимали больные с оконченным образованием (средним специальным в 26,65% случаев и высшим в 31,3% случаев). На представленной таблице видны статистически значимые различия ( $p < 0,05$ ) между 1а и 1б СОРС. В то время как большинство больных с 1а подтипом имели оконченное высшее образование (45,5%), основная масса лиц со 2а подтипом (38,7%) на момент манифестации заболевания имела неполное высшее образование. Рассматривая социально-трудовой статус больных, очевидно менее благоприятное социальное положение у больных 1б, что может быть связано с описанными психопатоподобными

изменениями на инициальном этапе. Значительная часть больных с данным подтипом либо находились на иждивении у родственников, либо занимались низкоквалифицированным трудом.

На таблице 4.10 представлены данные сравнительного анализа специфических форм бредового поведения внутри I (*галлюцинаторного*) типа СОРС.

**Таблица 4.10 – Формы бредового поведения (по Е.В. Змановской, 2003, 2013) у больных с I типом СОРС на момент манифестации приступа**

Параметры		Подтипы СОРС					
		1а		1б		Итого	
		п	%	п	%	п	%
Всего больных		33	100	31	100	64	100
Больных с бредовым поведением		7	21,2	16	51,6	23	35,9
Аморальное поведение		7	21,2	16	51,6	23	35,9
Аутодеструктивное поведение		7	21,2	15	48,4	22	34,4
Антисоциальное поведение		15	23,4	24	38,7	39	31,0
Варианты антисоциального поведения	Причинение материального ущерба	3	9,1	6	19,4	9	14,1
	Гетероагрессивное	2	6,1	4	12,9	6	9,4
<b><math>\chi^2 = 0,650; p(\chi^2 &gt; 7,815) &lt; 0,05</math></b>							

Наибольший удельный вес среди обозначенных форм занимали *аморальное* (35,9%), как наиболее распространенное среди синдрома в целом, и *аутодеструктивное* (34,4%) поведения. *Антисоциальное* поведение отмечалось среди 1/5 больных с галлюцинаторным типом. Установлены статистически достоверные отличия ( $p < 0,05$ ) не только при сравнении количества больных с бредовым поведением в целом, но и при сравнении групп 1а и 1б. Эти данные свидетельствует о большей выраженности бредовых расстройств среди когорты 1б. Следует отметить, что клинические проявления бредового поведения при I типе (*галлюцинаторном*) в целом отличались меньшей выраженностью, были более мягкими по сравнению со II (*бредовым*) типом, что, по-видимому, связано с явлениями психической диссоциации.

Патологические религиозно-мистические переживания при 1а, агрессивные и суицидальные тенденции зачастую ограничивались бредовыми высказываниями, не реализуясь в конкретные действия, представляющие опасность для себя или для окружающих. Так, *аутодеструктивное поведение* при данном подтипе в основном исчерпывалось соблюдением неканонических постов, подразумевающих резкие ограничения в потреблении воды и пищи, лишь в единичных случаях, доходивших до уровня полного отказа, искусственным вызыванием рвоты, а также нанесением себе телесных повреждений умеренной степени тяжести (прижигание кончиков пальцев пламенем свечи, расцарапывание кожи в области предплечий). При 1б больные с бредовым поведением составляли около половины наблюдений. Для них были характерны *аутодеструктивные поступки* (34,4%), представленные несуйцидальной аутодеструкцией, выражавшейся в нанесении себе телесных повреждений различной степени тяжести (от неглубоких крестообразных порезов в области грудной клетки до нанесения себе тяжких увечий) а также в ряде случаев отказом от приема воды и пищи. *Гетероагрессивное поведение* (12,9%) у больных с данным подтипом выражалось преимущественно в виде вербальных угроз, изредка доходя до драк с родственниками, близкими. При этом, у пятой части больных описаны случаи *причинения материального ущерба*, который выражался битьем посуды, выбиванием оконных стекол, попытками выломать дверь.

Анализируя уровень трудовой адаптации, представленный в таблице 4.11, установлено, что большинству случаев (38,5%) у больных отмечалось снижение уровня трудоспособности с дальнейшим трудоустройством на менее квалифицированную и сложную работу. Полная утрата трудоспособности отмечалась в 15,4%, причем за счет больных с 1б подтипом ( $p < 0,05$ ). Сохранение трудоспособности на исходном уровне отмечалось в 34,6%. Стоит обратить внимание на то, что профессиональный рост на протяжении катamnестического наблюдения отмечался лишь у больных с 1а подтипом (27,3% от наблюдений 1а подтипа, 11,5% от наблюдений всей группы I типа). Эти данные подтверждаются благодаря результатам тестирования пациентов по шкале PSP, по данным которой в пределах 91–100 баллов находились лишь 5 больных, относящихся к 1а подтипу

( $p < 0,05$ ). К тому же, среди обследуемых с 1а лишь в 1 наблюдении (9,1%) было выявлено снижения показателей шкалы ниже 50 баллов, что также свидетельствует о более благоприятном течении заболевания, в отличие от больных с 1б подтипом, у которых в 33,3% наблюдений баллы по шкале PSP находились в диапазоне 21-30.

**Таблица 4.11 - Сравнительный уровень трудовой адаптации и социального функционирования по шкале PSP у больных с I типом СОРС на момент катamnестического обследования**

Параметры	I тип СОРС					
	1а		1б		Итого	
	n	%	n	%	n	%
Всего больных	11	100	15	100	26	100
Профессиональный рост	3	27,3	-	-	3	11,5
Трудоспособность на исходном уровне	4	36,4	5	33,3	9	34,6
Трудоспособность на сниженном уровне	3	27,3	7	46,7	10	38,5
Утрата трудоспособности	1	9,1	3	20,0	4	15,4
<b><math>\chi^2 = 4,817; p(\chi^2 &gt; 7,815) &lt; 0,05</math></b>						
<b>Уровень социального функционирования по шкале PSP</b>						
91–100 баллов	2	18,2	-	-	2	3,8
81–90 баллов	5	45,5	-	-	5	19,2
71–80 баллов	-	-	3	20,0	3	11,5
61–70 баллов	-	-	2	13,3	2	7,7
51–60 баллов	3	27,3	1	6,7	4	15,4
41–50 баллов	-	-	4	26,7	4	15,4
31–40 баллов	1	9,1	-	-	1	3,8
21–30 баллов	-	-	5	33,3	5	19,2
<b><math>\chi^2 = 22,927; p(\chi^2 &gt; 18,475) &lt; 0,01</math></b>						

По типу течения на катamnез (таблица 4.12) между данными подтипами СОРС были выявлены следующие особенности: при 1а синдрома преобладали приступы типа «клише» (45,5%), встречающиеся почти в половине случаев и одноприступное течение (36,4%), которое среди данной когорты встречалось достоверно чаще ( $p < 0,05$ ). При 1б СОРС более чем в половине случаев было установлено прогрессивное течение, не наблюдавшееся среди группы 1а. Нарастание негативных изменений по шкале PANSS расценивались как умеренно

выраженные (46,2%), что было характерно для II подтипа ( $p < 0,05$ ) и слабо выраженные (26,9%), что было характерно для 1a ( $p < 0,05$ ). Полученные данные позволяют судить о различии в прогрессивности заболевания между рассматриваемыми подтипами.

**Таблица 4.12 - Клинические характеристики состояния больных с I типом СОРС на момент катamnестического обследования**

Параметры	I тип СОРС					
	1a		1б		Итого	
	n	%	n	%	n	%
Всего больных	11	100	15	100	26	100
<b>Разновидности течения</b>						
Одноприступное	4	36,4	-	-	4	15,4
Регрессиентное	1	9,1	-	-	1	3,8
Типа «Клише»	5	45,5	4	26,7	9	34,6
Прогрессиентное	-	-	9	60	9	34,6
Непрерывное	1	9,1	2	13,3	3	11,5
<b><math>\chi^2 = 16,870</math>; <math>p(\chi^2 &gt; 13,277) &lt; 0,01</math></b>						
<b>Выраженность негативных расстройств (баллы по негативной субшкале PANSS)</b>						
Отсутствие (7 баллов)	2	18,2	-	-	2	7,7
Сомнительный (8–14 баллов)	6	54,5	1	6,7	7	26,9
Слабо выраженный (15–21 балл)	2	18,2	10	66,7	12	46,2
Умеренно выраженный (22–28 баллов)	1	9,1	2	13,3	3	11,5
Сильно выраженный (29–35 баллов)	-	-	2	13,3	2	7,7
<b><math>\chi^2 = 12,929</math>; <math>p(\chi^2 &gt; 9,488) &lt; 0,05</math></b>						

При изучении ремиссий между подтипами был выявлен ряд специфических различий (таблица 4.13). Так, при 1a подтипе в целом отмечался благоприятный характер ремиссий: стенический (10,0%), псевдопсихопатический (20,0%) и астенический (40,0%). При 1б наибольший удельный имели ремиссии низкого качества, симптоматические: вариант с резидуальными продуктивными расстройствами (41,6%), тимопатические (33,3%).

**Таблица 4.13 – Варианты ремиссий после приступа с I типом СОРС на момент катamnестического обследования**

Параметры		Типы СОРС					
		1а		1б		Итого	
		п	%	п	%	N	%
Всего больных в ремиссии		10	100	12	100	22	100
<b>Вариант ремиссий</b>							
Симптоматические	С резидуальными галлюцинаторно-бредовыми расстройствами	2	20,0	5	41,6	7	31,8
	Тимопатическая	1	10,0	4	33,3	5	22,8
Синдромальные	Стеническая	1	10,0	-	-	1	4,5
	Псевдопсихопатическая	2	20,0	3	25,0	5	22,8
	Астеническая	4	40,0	-	-	4	18,2
<b><math>\chi^2 = 8,171; p(\chi^2 &gt; 9,488) &lt; 0,05</math></b>							

При сравнении интегративных исходов подтипов галлюцинаторного типа СОРС на момент катamnестического исследования (таблица 4.14) 1а более благоприятным в прогностическом плане оказался 1а подтип ( $p < 0,05$ ), при котором наибольший удельный вес занимали "благоприятные" исходы (63,6%). Хотя исходы при 1б подтипе в большинстве случаев (40,0%) расценивались как "относительно благоприятные", доля неблагоприятных исходов в целом ("относительно неблагоприятные" и "неблагоприятные") преобладала над долей благоприятных исходов, что может указывать на более прогрессивный характер заболевания при данном подтипе, в сравнении с 1а.

**Таблица 4.14 - Соотношение подтипов I типа СОРС и интегративная оценка исхода заболевания на момент катamnестического обследования**

Параметры	I тип СОРС					
	1a		1б		Итого	
	n	%	n	%	N	%
Всего больных	11	100	15	100	26	100
Благоприятный	7	63,6	3	20,0	10	38,5
Относительно благоприятный	3	27,3	6	40,0	9	34,6
Относительно неблагоприятный	1	9,1	4	26,7	5	19,2
Неблагоприятный	-	-	2	13,3	2	7,7
<b><math>\chi^2 = 7,973; p(\chi^2 &gt; 7,815) &lt; 0,05</math></b>						

К особенностям закономерностей течения и исхода при 1a подтипе (*с преобладанием галлюцинаций общего чувства*) относятся: инициальный этап с достаточно высокой вариабельностью продолжительности (от нескольких месяцев до 4 лет) преимущественно аффективного характера с преобладанием в преморбиде сензитивного шизоидного или мозаичного склада личности. При данном подтипе выявлялось как течение по типу "клише", так и одноприступное течение шизофрении. При этом у большинства больных отмечались невыраженные негативные расстройства, а также сравнительно высокий уровень социальной и трудовой адаптации на момент катamnестического исследования. В большинстве случаев (63,6%) исход при данном подтипе расценивался как "благоприятный".

К основным характеристикам, закономерностей течения и исхода при 1б подтипе (*подтип с преобладанием вербальных псевдогаллюцинаций*), можно отнести непродолжительный инициальный этап (до 2 лет) преимущественно аффективного, или психопатоподобного характера, с преобладанием в преморбиде шизоидного склада личности. Выявлялась достаточно высокая доля больных с прогрессивным типом течения болезни. Обнаруживалась тенденция к формированию слабовыраженных негативных изменений личности, к сохранению социальной дезадаптации, а также к снижению уровня трудового статуса. При том, что у большей части больных (40,0%) преобладали "относительно благоприятные" исходы заболевания, в ряде случаев исход рассматривался как "относительно неблагоприятный" (26,7%), либо как "неблагоприятный" (40,0%).

#### 4.3.2. II тип синдрома овладения религиозного содержания (бредовой тип)

Всего в рамках выделенного типа было обследовано 62 больных (49.2%), из которых 28 случаев (45,2% от числа когорты II типа; 22,2% от общего числа больных) относились к клинической группе и 34 случая (54,8% от числа когорты II типа; 27.0% от общего числа наблюдений) – к катамнестической. Как было указано в главе III, данная группа больных была представлена двумя подтипами СОРС: 2а – с преобладанием бреда воздействия (26 больных, 20,6% – 13 составили клиническую группу, 13 составили катамнестическую группу); 2б – аффективно-бредовой подтип (36 больных, 28,6% – 15 составили клиническую группу, 21 составили катамнестическую группу).

Возраст больных на момент манифестации приступа с СОРС II подтипа составил в среднем  $25,9 \pm 4,8$  лет: при 2а подтипе  $25,7 \pm 3,9$  лет, при 2б подтипе –  $26,2 \pm 5,6$  лет.

Длительность инициального этапа, представленная в таблице 4.15, при II типе синдрома овладения религиозного содержания варьировала от 1 до 10 лет и практически в половине случаев (46,8%) составляла более 5 лет.

При 2а подтипе инициальный этап чаще всего продолжался от полутора до 4 лет и был представлен преимущественно психопатоподобной (38,5%) разновидностью, которая выражалась в оппозиционном поведении, склонности к промискуитету, стремлении проводить время в асоциальной среде, употреблении алкогольных напитков, а также различных психоактивных веществ. Инициальный этап 2б подтипа чаще всего (88,5%) был представлен аффективной разновидностью, характеризующейся начинающимися, как правило, в подростковом возрасте аутохтонными циклотимоподобными колебаниями аффекта от субдепрессивного до гипоманиакального; в целом его продолжительность была больше, чем при подтипе 2б ( $p < 0,05$ ) и в большинстве случаев (61,1%) составляла более 5 лет.

**Таблица 4.15 - Длительность и характеристика доманифестных этапов заболевания при II типе СОРС**

Параметры	II Тип СОРС						
	2а		2б		Итого		
	n	%	n	%	n	%	
Всего больных	26	100	36	100	62	100	
<b>Длительность инициального этапа</b>							
Отсутствие	-	-	3	8,3	3	4,8	
До 2 лет	10	38,5	6	23,1	16	25,8	
3–4 года	9	34,6	5	13,9	14	22,6	
5 и более лет	7	26,9	22	61,1	29	46,8	
<b><math>\chi^2 = 11,590; p(\chi^2 &gt; 11,345) &lt; 0,01</math></b>							
<b>Разновидности инициального этапа</b>							
Отсутствие	-	-	3	11,5	3	4,8	
Неврозоподобный	4	15,4	3	11,5	7	11,3	
Психопатоподобный	10	38,5	6	23,1	16	25,8	
Паранойяльный	3	11,5	1	3,8	4	6,4	
Аффективный	7	26,9	23	88,5	30	56,5	
С негативными расстройствами	2	7,7	-	-	2	3,2	
<b><math>\chi^2 = 14,439; p(\chi^2 &gt; 11,07) &lt; 0,05</math></b>							
<b>Тип преморбидного склада личности</b>							
Гипертимные	0	-	3	8,3	3	4,8	
Шизоидный склад	Стеничные	2	7,7	11	30,6	13	20,0
	Сензитивные	5	19,2	4	11,1	9	14,5
	Истерошизоиды	1	3,8	8	22,2	9	14,5
	Пассивные	1	3,8	-	-	1	1,6
	Дефицитарные	3	11,5	1	2,8	4	6,4
	<i>Всего шизоиды</i>	12	46,2	24	66,7	36	58,1
Эмоционально-неустойчивые	3	11,5	2	5,6	5	8,1	
Мозаичные	1	3,8	5	13,9	6	9,7	
Психастенический	10	38,5	2	5,6	12	19,4	
<b><math>\chi^2 = 13,950; p(\chi^2 &gt; 13,277) &lt; 0,01</math></b>							

При анализе преморбидной структуры личности (таблица 4.15), наибольший удельный вес занимали лица шизоидного круга (58,1%). При 2а на втором месте по

частоте встречаемости были лица психастенического склада (38,5%), которых было больше, чем при 2б ( $p < 0,05$ ). При 2б среди шизоидов чаще встречались личности стеничного полюса (30,6%). Следует отметить, что личности гипертимного склада встречались только при 2б подтипе (8,3%).

При анализе уровня образования больных (таблица 4.16) на момент манифестации приступа со 2а СОРС были выявлены статистически значимые различия практически по всем параметрам ( $p < 0,05$ ). Среди больных с 2б преобладали лица, получившие среднее специальное образование (33,3%), или высшее (30,6%) образование, тогда как больные с 2б чаще всего имели неполное среднее (38,4%), или неполное высшее образование (34,6%).

**Таблица 4.16 - Социально-трудовые характеристики больных на момент манифестации приступа со II типом СОРС**

Параметры	II Тип СОРС					
	2а		2б		Итого	
	n	%	n	%	n	%
Всего больных	26	100	36	100	62	100
<b>Уровень образования</b>						
Неполное среднее	10	38,4	2	5,6	14	22,6
Среднее	4	15,4	3	8,3	7	11,3
Среднее специальное	2	7,7	16	33,3	18	29,0
Неполное высшее	9	34,6	1	8,3	10	16,1
Высшее	1	3,8	12	30,6	13	21,0
<b><math>\chi^2 = 31,567</math>; <math>p(\chi^2 &gt; 13,277) &lt; 0,01</math></b>						
<b>Социально-трудовой статус</b>						
Не работает/не учится	8	30,8	9	25,0	17	27,4
Неквалифицированный труд	8	30,8	2	5,6	10	16,1
Студенты ПТУ/техникума	-	-	-	-	-	-
Студенты ВУЗа	4	15,4	-	-	4	6,4
Коммерческая деятельность	-	-	6	16,7	6	9,7
Специалист со средним специальным образованием	4	15,4	11	30,1	15	24,2
Специалист с высшим образованием	2	7,7	8	22,2	10	16,1
<b><math>\chi^2 = 19,418</math>; <math>p(\chi^2 &gt; 15,086) &lt; 0,01</math></b>						

На момент манифестации приступа со II типом СОРС большинство больных находились на иждивении у родственников (27,4%), около четверти больных являлись специалистами со средним специальным образованием (24,2%). При статистическом анализе социально-трудового статуса установлены статистически значимые различия между подтипами ( $p < 0,05$ ), которые в целом указывали на

сравнительно более высокий уровень социальной и трудовой адаптации в группе 2б.

При сравнительном анализе форм бредового поведения при II (*бредовом*) типе СОРС (таблица 4.17) обращают на себя внимание выраженные различия ( $p < 0,05$ ) между 2а и 2б. В целом по сравнению с I (*галлюцинаторным*) типом формы поведения отличались большей вычурностью, брутальностью, причем по большей части за счет группы 2а, при котором специфическое бредовое поведение было выявлено у большинства больных (84,6%). Среди форм поведения преобладала *аморальная* (84,6%), которая по степени выраженности в ряде случаев доходила до уровня сексуальных домогательств, намеренного нахождения без одежды на улице, прилюдной мастурбации. Рассматривая формы *антисоциального* поведения (65,4%), обращает на себя внимание значительное количество больных (34,6%), причинявших материальный ущерб, в виде сжигания одежды и документов на газовой плите в квартире жилого дома, нанесения ущерба имуществу храмов, мечетей. Данные поступки в ряде случаев сочетались с гетероагрессивной формой (30,8%), которая выражалась в попытках вооруженного нападения на священнослужителя, вступлением в драки со случайными прохожими на улице, с прихожанами храма. *Аутодеструктивная* форма при данном подтипе имела наименьший удельный вес (38,5%) и была представлена в основном резкими ограничениями в потреблении пищи, доходящими до уровня полного отказа от питания на протяжении нескольких дней, что в последствии принимало угрожающий для жизни больного характер, а также нанесения себе телесных повреждений без суицидальной цели, среди которых были описаны случаи попытки проведения аутокастрации в домашних условиях, вырезания себе век, нанесение массивных ожогов на теле горячим ладаном.

Бредовое поведение среди больных с 2б СОРС характеризовалось несколько меньшей выраженностью по сравнению с предыдущим подтипом. Тем не менее, данная когорта отличалась специфическим аутоагрессивным поведением с более выраженными суицидальными тенденциями. По-видимому, это обусловлено значительными колебаниями аффекта на этапе манифестации психотической

симптоматики у ряда больных, а также выраженным полиморфизмом психопатологических проявлений, среди которых выделялись явления бредовой деперсонализации, доходящей до уровня бреда метаморфоза (больные были убеждены в том, что превращаются в антихриста, или демона). В когорте данного подтипа описаны случаи намеренного самоотравления бытовыми химическими средствами, попытка отравиться ядовитым растением, стремление зарезать себя кухонным ножом, проделать в голове дырку с помощью перфоратора.

**Таблица 4.17 – Формы бредового поведения (по Е.В. Змановской, 2003, 2013) у больных с II типом СОРС на момент манифестации приступа**

Параметры		II Тип СОРС					
		2а		2б		Итого	
		п	%	п	%	п	%
Всего больных		26	100	36	100	62	100
Больных с бредовым поведением		22	84,6	14	38,9	36	58,1
Аморальное поведение		22	84,6	14	38,9	36	58,1
Аутодеструктивное поведение		10	38,5	14	38,9	24	38,7
Антисоциальное поведение		17	65,4	7	19,4	24	38,7
Варианты антисоциального поведения	Причинение материального ущерба	9	34,6	4	11,1	13	21,0
	Гетероагрессивное	8	30,8	3	8,3	11	17,8
<b><math>\chi^2 = 4,507; p(\chi^2 &gt; 7,815) &lt; 0,05</math></b>							

При оценке уровня трудовой адаптации и социального функционирования среди больных на момент катамнестического исследования (таблица 4.18), обращают на себя внимание достаточно неблагоприятные тенденции среди группы в целом. Однако при сравнительном анализе внутри группы II типа отмечаются несколько более благоприятные тенденции к восстановлению адекватного уровня адаптации у больных с 2б подтипом, статистически значимая часть которых ( $p < 0,05$ ) сохранила трудоспособность на исходном уровне (38,1%). Среди больных с 2а подтипом почти в половине случаев (46,2%) отмечалась полная утрата трудоспособности. Те же данные представлены при сравнительной оценке данных по шкале PSP.

**Таблица 4.18 - Сравнительный уровень трудовой адаптации и социального функционирования по шкале PSP у больных с II типом СОРС на момент катamnестического обследования**

Параметры	II Тип СОРС					
	2а		2б		Итого	
	п	%	п	%	п	%
Всего больных	13	100	21	100	34	100
Профессиональный рост	-	-	-	-	-	-
Трудоспособность на исходном уровне	-	-	8	38,1	8	23,5
Трудоспособность на сниженном уровне	7	53,8	13	61,9	20	58,8
Утрата трудоспособности	6	46,2	-	-	6	17,6
<b><math>\chi^2 = 14,733; p(\chi^2 &gt; 9,21) &lt; 0,01</math></b>						
<b>Уровень социального функционирования по шкале PSP</b>						
91–100 баллов	-	-	-	-	-	-
81–90 баллов	-	-	-	-	-	-
71–80 баллов	1	7,7	2	9,5	3	8,8
61–70 баллов	1	7,7	3	14,3	4	11,8
51–60 баллов	-	-	5	19,0	5	14,7
41–50 баллов	2	15,4	5	19,0	7	20,6
31–40 баллов	3	23,2	6	28,6	9	26,5
21–30 баллов	6	-	-	-	6	17,6
<b><math>\chi^2 = 13,483; p(\chi^2 &gt; 11,07) &lt; 0,05</math></b>						

При рассмотрении клинических характеристик состояния больных на момент катamnеза, которые представлены в таблице 4.19, видно, что наибольшим удельным весом среди разновидностей течения при II типе обладает *прогредиентный* тип (61,8%), причем за счет больных из группы с 2а ( $p < 0,05$ ), для которого данная разновидность течения является основной (92,3%).

При оценке уровня негативных изменений личности с использованием шкалы PANSS (таблица 4.19) не было выявлено статистически достоверных различий между изучаемыми подтипами II типа СОРС ( $p > 0,05$ ). В большинстве случаев отмечались умеренные (38,2%) и выраженные (26,5%) негативные расстройства. Тем не менее, несмотря на общие неблагоприятные тенденции течения шизофрении в данной группе, среди 1/5 больных негативные расстройства

были оценены как слабо выраженные, в основном за счет наблюдений с 26 подтипом.

**Таблица 4.19 - Клинические характеристики состояния больных с II типом СОРС на момент катamnестического обследования**

Параметры	II Тип СОРС					
	2a		2б		Итого	
	n	%	N	%	n	%
Всего больных	13	100	21	100	34	100
<b>Разновидность течения</b>						
Одноприступное	-	-	-	-	-	-
Регрессиентное	-	-	7	4,8	1	2,9
Типа «Клише»	-	-	6	28,6	6	17,6
Прогрессиентное	12	92,3	9	42,9	21	61,8
Непрерывное	1	7,7	5	23,8	6	17,6
<b><math>\chi^2 = 8,694; p(\chi^2 &gt; 7,815) &lt; 0,05</math></b>						
<b>Выраженность негативных расстройств (баллы по негативной субшкале PANSS)</b>						
Сомнительные (7 баллов)	-	-	-	-	-	-
Слабо выраженные (8–14 баллов)	1	7,7	6	28,6	7	20,6
Умеренно выраженные (15–21 балл)	4	30,6	9	42,9	13	38,2
Сильно выраженные (22–28 баллов)	5	38,5	4	19,0	9	26,5
Очень сильно выраженные (29–35 баллов)	3	23,2	2	9,5	5	14,7
<b><math>\chi^2 = 4,153; p(\chi^2 &gt; 7,815) &lt; 0,05</math></b>						

Обращаясь к данным по распределению вариантов ремиссий среди больных со 26 СОРС, представленным на таблице 4.20, видно явное преобладание симптоматических ремиссий, представленного вариантом с резидуальными продуктивными расстройствами (65,6%) и тимопатическим вариантом (24,1%). При сравнительном анализе статистически значимые различия между подтипами ( $p < 0,05$ ) были обнаружены лишь по тимопатическому варианту за счет преобладания больных 2a группы.

**Таблица 4.20 – Варианты ремиссий СОРС II типа на момент катамнестического наблюдения**

Параметры		II типы СОРС					
		2а		2б		Итого	
		п	%	п	%	п	%
Всего больных в ремиссии		13	100	16	100	29	100
<b>Вариант ремиссий</b>							
Симптоматические	С резидуальными галлюцинаторно-бредовыми расстройствами	10	76,9	9	56,3	19	65,6
	Тимопатическая	-	-	7	43,7	7	24,1
Синдромальные	Стеническая	2	15,4	-	-	2	6,9
	Псевдопсихопатическая	-	-	-	-	-	-
	Астеническая	1	7,7	-	-	1	3,4
<b><math>\chi^2 = 9,848; p(\chi^2 &gt; 7,815) &lt; 0,05</math></b>							

При сравнении интегративных исходов 2а и 2б подтипов II типа СОРС на момент катамнестического исследования (таблица 4.21) 2а подтип оказался менее благоприятным в прогностическом плане ( $p < 0,05$ ). Так, наиболее часто исход при данном подтипе расценивался как *"неблагоприятный"* (46,2%), либо как *"относительно неблагоприятный"* (38,5%). Исходы при 2б подтипе более чем в половине случаев были расценены как *"относительно неблагоприятный"*, однако следует отметить, во-первых, отсутствие *"неблагоприятных"* исходов, а во-вторых – немалый удельный вес *"относительно благоприятных"* исходов (38,1%), что указывает на менее прогрессивный характер течения, чем при 2а.

**Таблица 4.21 - Соотношение типов приступов СОРС II типа и интегративной оценки исхода заболевания на момент катamnестического обследования**

Параметры	II Тип СОРС					
	2а		2б		Итого	
	п	%	п	%	п	%
Всего больных	13	100	21	100	34	100
Благоприятный	1	7,7	2	9,5	3	8,8
Относительно благоприятный	1	7,7	8	38,1	10	29,4
Относительно неблагоприятный	5	38,5	11	52,4	15	44,1
Неблагоприятный	6	46,2	-	-	6	17,6
<b><math>\chi^2 = 12,857; p(\chi^2 &gt; 11,345) &lt; 0,01</math></b>						

Среди закономерностей течения и исхода при 2а подтипе следует отнести значительную продолжительность инициального этапа (от года до 7 лет), который был представлен в основном психопатоподобной симптоматикой на фоне которой уже на данном этапе проявлялись нарушения социальной адаптации. Течение приступа среди исследуемой группы наблюдений было в основном прогрессивным с формированием в последствии симптоматических ремиссий низкого качества, характеризующихся сохранением резидуальной бредовой симптоматики. Негативные расстройства неуклонно нарастали на протяжении всего периода наблюдения, становясь все более выраженными. Среди более половины наблюдений (53,8%) отмечалось снижение уровня трудоспособности. В 46,2% случаев трудоспособность была стойко утрачена с последующей необходимостью оформления II, или I группы инвалидности по психическому заболеванию. Интегративная оценка исхода заболевания с данным подтипом в подавляющем большинстве случаев была неблагоприятной (46,2%).

К основным характеристикам течения и исхода в группе 2б относятся: достаточно длительный инициальный этап (более 5 лет), который чаще всего был представлен аффективной разновидностью, приемлемый уровень социальной адаптации на доманифестном этапе. Течение заболевания характеризовалось преимущественно прогрессивным типом. Ремиссии отличались низким качеством и в практически в половине случаев определялись вариантом с резидуальными

галлюцинаторно-бредовыми расстройствами, тогда как среди остальных больных с 2б подтипом ремиссии определялись тимопатическим вариантом. Были характерны негативные расстройства слабой, либо умеренной выраженности. Трудоспособность большинства больных в ходе катamnестического исследования была снижена (61,9%), однако в ряде случаев, несмотря на тяжесть течения болезни, полиморфизм клинической картины приступа и ремиссии низкого качества, отмечалось сохранение прежнего уровня работоспособности (38,1%), а также сравнительно невысокий уровень социальной дезадаптации. При большем удельном весе *"относительно неблагоприятного"* варианта исхода заболевания (52,4%), в 38,1% наблюдений исход расценивался как *"относительно благоприятный"*.

Таким образом, в данной главе были выявлены и проанализированы основные закономерности течения шизофрении с синдромом овладения религиозного содержания, определены специфические особенности течения для каждого из подтипов данного синдрома. Результаты были подтверждены статистически и могут иметь ценное прогностическое значение в дальнейшей медицинской деятельности.

## Глава 5.

### **Условия формирования и некоторые клинико-патогенетические характеристики синдрома овладения религиозного содержания**

По данным многих исследователей при изучении религиозной психопатологии, в частности состояний с СОРС при шизофрении, необходим комплексный подход, включающий различные методики [Каледа В.Г., 2018; Попович У. О. с соавт., 2020; Spittles В., 2020]. Так, в настоящем исследовании, при использовании экспериментально-психологических и лабораторных методик, выявлен ряд особенностей дифференциально-диагностической и прогностической сравнительной оценки влияния патогенетических факторов на клинико-психопатологические характеристики синдрома. Таким образом были изучены типологические особенности уровня искажения когнитивных процессов на этапе катамнеза. Исследована роль и определены дифференциально-диагностические критерии религиозного фактора. с использованием экспериментально-психологических и лабораторных методик. Для адекватной клинико-диагностической оценки исследуемых больных были определены значимые показатели и установлены специфические критерии изменения нейроиммунологических характеристик.

### **5.1. Особенности когнитивных нарушений у больных с СОРС на момент ремиссии**

На основании ряда исследований можно утверждать, что изучение когнитивных нарушений и их динамических особенностей может представлять значительный интерес при формировании дифференциальных и прогностических критериев при шизофрении [Магомедова М.В., 2003; Сидорова М.А., 2005; Deckerbach T., Savage C. et.al., 2004; Deckerbach T., McMurrich S. et.al., 2004; Martinez-Aran A. et.al., 2004]. Кроме того, некоторые исследователи [Пашковский В.Э с соавт., 2010; Freud S., 1923] подчеркивали важность изучения динамических нарушений когнитивной сферы и их связи с изменениями религиозности.

Данный фрагмент исследования проводился совместно с клиническими психологами отдела юношеской психиатрии группы по изучению особых форм психической патологии Ю. А. Слоневским, Е.А. Казьминой, М. Д. Болтрукевич в задачи которой входило исследование больных с использованием экспериментально-психологических методик и подготовку полученных данных для дальнейшего анализа. Обследование проводилось среди 51 наблюдений СОРС из катамнестической группы больных, находящихся в ремиссии. Были отобраны и использованы экспериментально-психологические методики, позволившие провести сравнительный анализ нарушения когнитивных функций, а также оценить показатели религиозности больных.

На таблице 5.1 представлены результаты патопсихологического обследования по методикам, отражающим особенности когнитивной деятельности у данных больных (выявление нарушений уровня обобщения, инициативности, саморегуляции и темпа деятельности). Как видно из таблицы, статистически значимые различия ( $p < 0,05$ ) между больными с различными типами СОРС на этапе ремиссии были выявлены по всем представленным показателям: по уровню обобщения, инициативности, саморегуляции, а также по темпу деятельности.

**Таблица 5.1 - Характеристики уровня обобщения, инициативности, саморегуляции и темпа деятельности (психической активности) у больных с СОРС на момент катамнеза**

Параметры	Типы СОРС					
	I тип		II тип		Итого	
	n	%	n	%	n	%
Всего больных	22	100	29	100	51	100
Уровень обобщения:						
1. отсутствие снижения	6	27,3	2	6,9	8	15,7
2. нерезкое снижение	11	50,0	9	31,0	20	39,21
3. выраженное снижение	5	22,7	18	62,1	23	45,09
<b><math>\chi^2 = 8,752; p(\chi^2 &gt; 5,991) &lt; 0,05</math></b>						
Инициативность:						
1. высокий уровень	5	22,7	3	10,3	8	15,7
2. нерезко снижен	9	40,9	10	34,5	19	37,25
3. резко снижен	8	36,4	16	55,2	24	47,05
<b><math>\chi^2 = 7,263; p(\chi^2 &gt; 5,991) &lt; 0,05</math></b>						
Саморегуляция:						
1. высокий уровень	6	27,3	1	3,5	7	13,73
2. нерезко снижен	13	59,1	18	62,1	31	60,78
3. резко снижен	3	13,6	10	34,5	13	25,49
<b><math>\chi^2 = 7,324; p(\chi^2 &gt; 5,991) &lt; 0,05</math></b>						
Темп деятельности:						
1. высокий	6	31,8	1	3,5	7	13,73
2. замедленный	12	40,9	20	68,9	32	62,74
3. резко замедленный	4	27,3	8	27,6	12	23,53
<b><math>\chi^2 = 6,058; p(\chi^2 &gt; 5,991) &lt; 0,05</math></b>						

Таким образом, при сравнительном анализе изменения уровня обобщения видно, что у 62,1% больных со II типом СОРС наблюдалось его выраженное снижение, у 31,0% больных той же группы данное снижение было выражено нерезко и лишь 6,9% снижения выявлено не было. При сравнении с I типом СОРС отсутствия снижения уровня обобщения отмечалось в 27,3%, нерезкое снижение было выявлено в половине случаев, тогда как больные с выраженным снижением составили лишь 22,7%.

При дальнейшем рассмотрении изменений уровня инициативности, саморегуляции и темпа деятельности у катамнестической группы с СОРС на момент ремиссии, наиболее выраженное снижение было выявлено среди больных со II типом ( $p < 0,05$ ). Приведенные данные свидетельствовали о более значительной степени выраженности искажения когнитивных функций на фоне нарастающих негативных расстройств среди больных со II типом. При этом, у

больных с I типом СОРС данные нарушения были выражены в меньшей степени, ошибки при выполнении методических заданий были менее грубыми.

В ходе сравнительного анализа были выявлены статистически значимые различия ( $p < 0,05$ ) практически по всем исследуемым параметрам шкалы, за счёт более выраженной симптоматики у больных со II типом СОРС. Это подтверждает результаты патопсихологического исследования, описанные выше, и свидетельствует, о более выраженном искажении функций когнитивной деятельности у больных с доминированием бредовых расстройств в клинической картине (II тип).

Таким образом, выявлена статистически значимая разница ( $p < 0,05$ ) в степени искажения когнитивных функций между больными с I (*галлюцинаторным*) и II (*бредовым*) типами, что свидетельствует о типоспецифической разнице тяжести течения шизофрении с СОРС.

Следует отметить, что при I типе такие параметры патопсихологической методики Дембо-Рубинштейна как мотивация на выполнение методических задач, заинтересованность в результатах, наличие критичности к ошибкам, к себе как личности – были более высокими, чем при II типе. При II типе СОРС, наоборот, наблюдалась пассивная позиция по отношению к мотиву экспертизы, незаинтересованность в результатах, снижение критичности в целом, что и привело к худшим результатам, также подтверждающим более тяжёлый уровень когнитивных нарушений. Еще Б. В. Зейгарник (1980) отмечала, что между когнитивными расстройствами имеется прямая зависимость, то есть при сохранности мотивации даже имеющиеся когнитивные нарушения не такие грубые и не доходят до распада мыслительной деятельности, что и было подтверждено в проведенном исследовании.

Помимо экспериментально-психологических методов, для сравнительной оценки исследуемого параметра было проведено психометрическое обследование по шкале PANSS (таблица 5.2) больных с I и II типами СОРС на момент катамнеза.

**Таблица 5.2 – Сравнительная оценка по шкале PANSS больных с различными типами СОРС на момент катмнеза (М – средние значения баллов по параметрам шкалы PANSS;  $S_{\chi}$  – ошибка среднего арифметического)**

Параметры	I тип (n=22, 100%)		II тип (n=29, 100%)		Всего (n=51, 100%)		Статистика I подтип vs II	
	М	$S_{\chi}$	М	SD	М	$S_{\chi}$	t	P
<b>Субшкала позитивных расстройств</b>								
П-1 - бред	2,5	0,95	3,6	0,70	3,0	0,75	4,51	0,0042
П-2 - расстройство суждений	2,3	0,82	3,4	1,53	2,9	0,79	2,98	0,005
П-5 - идеи величия	1,5	0,67	2,5	1,33	2,0	0,72	3,47	0,001
П-6 - подозрительность	1,9	0,69	2,6	1,27	2,2	0,50	2,6	0,01
Суммарный балл субшкалы	15,9	2,33	19,6	3,59	17,8	2,62	4,22	0,0002
<b>Субшкала негативный расстройств</b>								
Н-3 - малоконтактность,	2,4	0,84	3,8	1,31	3,1	0,97	3,88	0,0003
Н-4 - соц. отрешенность	2,2	1,03	3,0	1,31	2,6	0,61	2,22	0,03
Н-5 - нарушение абстрактного мышления	1,9	0,73	3,2	1,48	2,6	0,44	3,87	0,0001
Н-6 - нарушение спонтанности и плавности речи	2,4	0,84	4,4	1,27	3,4	0,75	3,05	0,004
Суммарный балл субшкалы	15,9	3,82	22,5	3,56	19,2	3,38	4,52	0,0004
<b>Общая психопатологическая субшкала</b>								
О-8 - отказ от сотрудничества	1,9	0,73	3,0	1,02	2,5	0,77	3,89	0,0003
О-9 - необычное содержание мысли	1,8	1,30	2,8	0,95	2,3	0,50	1,94	0,06
О-12 - критика к своему состоянию	2,0	1,19	3,0	1,45	2,5	0,66	2,16	0,03
О-15 - загруженность переживаниями	2,1	1,06	1,7	0,72	1,9	0,28	1,79	0,08
Суммарный балл субшкалы	32,6	6,90	36,4	4,69	34,5	2,46	1,94	0,06
<b>Общий суммарный балл</b>	<b>64,4</b>	<b>10,75</b>	<b>78,5</b>	<b>7,9</b>	<b>71,5</b>	<b>8,41</b>	<b>4,25</b>	<b>0,0099</b>

По данным ряда исследователей [Green M.F. et.al., 2000; Foussias G., Remington G., 2010], для оценки степени изменения мышления были отобраны следующие параметры шкалы: П-1, П-2, П-5, П-6, суммарный балл по субшкале позитивных расстройств (П), Н-3, Н-4, Н-5, Н-6, суммарный балл по субшкале негативных расстройств (Н), О-8, О-9, О-12, О-15, суммарный балл по субшкале общепсихопатологических расстройств, суммарный общий балл по всей шкале PANSS.

В ходе сравнительного анализа были выявлены статистически значимые различия ( $p < 0,05$ ) практически по всем исследуемым параметрам шкалы, за счёт более выраженной симптоматики у больных со II типом СОРС. Это подтверждает результаты патопсихологического исследования, описанные выше, и свидетельствует, о более выраженном искажении функций когнитивной деятельности у больных с доминированием бредовых расстройств в клинической картине (II тип).

Таким образом, выявлена разница в степени искажения когнитивных функций между больными с I (*галлюцинаторным*) и II (*бредовым*) типами, что свидетельствует о типоспецифической разнице тяжести течения шизофрении с СОРС.

## 5.2. Особенности религиозности у больных СОРС на доманифестном этапе заболевания

В настоящем исследовании были использованы параметры вектора религиозной ориентации [Олпорт Г., 1966; Francis L.J., 2007] и степени выраженности религиозности [Докинз Р., 2014], с целью сравнительного анализа I и II типов СОРС, выявление типоспецифических особенностей исследуемых религиозных параметров. Имеются данные ряда авторов, которые указывали на применимость данных параметров к различным вероисповеданиям [Sheldon К.М., 2006; Rip В., 2012].

Определение вектора религиозной ориентации личности по Г. Олпорту включало в себя такие понятия как *внешняя, внутренняя религиозность, отсутствие религиозности*. Проявления *внешней религиозности* обусловлены традицией, привычкой, социальными требованиями, а также в ряде случаев получением некой выгоды с помощью религиозной веры. *Внутренняя или духовная религиозность* характеризуется осознанными внутренними духовными потребностями, неафишируемым желанием построить свою жизнь в соответствии с религиозными заповедями. В процессе исследования для более четкой оценки проявлений *внутренней религиозности* использовалась концепция пяти измерений С.У. Glock (1962), в соответствии с которой религиозность проявлялась в пяти измерениях: *опытном* (субъективный эмоциональный религиозный опыт, отражающий личную религиозность), *ритуалистическом* (участие в религиозных практиках, действиях, ритуалах, например — посещение религиозных служб), *идеологическом* (принятие некоторой системы верований), *интеллектуальном* (интеллектуальная сторона религии, которая включает религиозные знания, часто измеряется через такие практики, как чтение религиозной литературы, стремление к познанию законов веры, ее истории, общий уровень житейского опыта) и измерении *последствий* (последствия, результаты, влияние предыдущих четырех проявлений религии на ценности и поведение вне религиозного контекста).

При определении степени выраженности религиозности за основу была взята градация по шкале Р. Докинза (2014), в которой религиозность ранжировалась по типам мировоззрения: теистический, агностический, атеистический – от убежденных в своем мировоззрении, до слабых в нём.

В ходе дальнейшего исследования на разрешение был поставлен ряд вопросов: выявление типоспецифической взаимосвязи между проявлениями СОРС и изменениями религиозности на доманифестном и постприступном этапах, а также связь религиозности со степенью искажения когнитивных функций на этапе ремиссии и их зависимость от типологической структуры СОРС.

Из данных таблицы 5.3, видно, что на этапе доклинических проявлений СОРС наибольшим удельным весом обладали лица с *внешней религиозностью* (50,0%), на втором месте по частоте встречаемости оказалась группа с *отсутствием религиозности* (28,8%), реже всех встречались больные с *внутренней религиозностью* (21,2%). В ходе сравнительного анализа были выявлены статистически значимые различия ( $p < 0,05$ ) между типами СОРС. Так, религиозность при I типе в 60,5% расценивалась как внешняя, в 26,3% случаев выявлялась внешняя религиозная направленность, и лишь в 10,5% отмечалось отсутствие религиозности. При II типе более, чем в половине случаев религиозность отсутствовала (53,6%), среди религиозных больных преобладала внешняя направленность (35,7%), тогда как внутренняя религиозная ориентация отмечалась лишь в 10,7%.

**Таблица 5.3 – Сравнительный уровень типов религиозной ориентации больных клинической группы с I и II типами СОРС на доманифестном этапе**

Параметры	Типы СОРС					
	I тип		II тип		Итого	
	п	%	п	%	п	%
Всего больных	38	100	28	100	66	100
Внутренняя религиозность	11	26,3	3	10,7	14	21,2
Внешняя религиозность	23	60,5	10	35,7	33	50,0
Отсутствие религиозности	4	10,5	15	53,6	19	28,8
$\chi^2 = 6,795; p(\chi^2 > 5,991) < 0,05$						

В ходе дальнейшего исследования различий религиозности у больных с СОРС на доманифестном этапе заболевания была проанализирована степень ее

выраженности по шкале Р. Докинза, данные которой представлены на таблице 5.4.

**Таблица 5.4 – Выраженность религиозности по шкале Р. Докинза у больных с I и II типами СОРС на доманифестном этапе**

Параметры	Типы СОРС					
	I тип		II тип		Итого	
	N	%	n	%	n	%
Всего больных	38	100	28	100	66	100
1. Убеждённый теист	8	21,1	1	3,6	9	13,6
2. Обычный теист	10	26,3	0	-	10	15,2
3. Слабый теист	12	31,6	10	35,7	22	33,3
4. Агностик	3	7,9	2	7,1	5	7,6
5. Слабый атеист	4	10,5	4	14,3	8	12,1
6. Обычный атеист	1	2,6	4	14,3	5	7,6
7. Убежденный атеист	0	-	7	25,0	7	10,6
<b><math>\chi^2 = 23,654; p(\chi^2 &gt; 16,812) &lt; 0,01</math></b>						

Представленные данные на таблице 5.4 отражали различные варианты выраженности религиозности по шкале Р. Докинза. Так, для убежденных (13,6%) – *я не сомневаюсь в существовании Бога, знаю, что он есть* – и обычных (15,2%) теистов – *я не могу знать абсолютно точно, но глубоко верю и строю жизнь на основе того, что Бог есть* – была характерна глубокая и непоколебимая убежденность в существовании Бога. Это находило отражение в формировании их образа жизни, ценностей и целей, в особенностях межличностных отношений, а также в строгом соблюдении религиозных канонов – регулярном посещении храмов, или мечетей, чтении молитв, соблюдении постов. Для слабых теистов (33,3%) – *я совершенно не уверен, но склоняюсь к вере в Бога* – религия не являлась фактором, определяющим жизненные принципы. Они находили в религии поддержку, утешение, круг общения, зачастую лишь демонстрируя свою религиозность, нежели испытывая реальную потребность в религии.

Агностики в свою очередь придерживались убеждений, что *вера в существование Бога, или же отрицание этого – равноправно недоказуемы*. Следует отметить, что религиозная направленность значительной части данных больных соответствовала *внешней религиозной направленности* на фоне того, что данные больные в ряде случаев всё же соблюдали отдельные религиозные традиции, как например посещение церковных служб по большим религиозным

праздникам. Это объясняется как влиянием на больных окружающей социальной среды, так и развитием аффективных, или невротоподобных нарушений в рамках инициального этапа.

Больные, которые были отнесены к группе слабых атеистов (12,1%) – *я не знаю, существует ли Бог, но всё-таки я отношусь скептически к его существованию* – допускали существование Бога, могли посещать церковь в рамках соблюдения социальных норм, принимать участие в религиозных обрядах, однако рассуждали о Боге чаще с философской точки зрения. Для обычных (7,6%) – *я полагаю, что вероятность существования Бога очень мала, и живу, считая, что его нет* – и убежденных (10,6%) атеистов – *я на 100% уверен, что Бога нет* – было характерно отсутствие влияния религии на образ жизни с формированием в ряде случаев негативного отношения к религии в целом.

Наибольшим удельным весом среди наблюдений обладали теисты (62,1%) различной степени выраженности. Почти треть больных была отнесена к атеистам разной степени выраженности (30,3%). При этом следует обратить внимание на то, что данная группа не соответствует в полной мере категории *отсутствие религиозности* из таблицы 5.1, о чем будет подробнее сказано ниже. Агностики составляли меньшинство среди исследуемых групп (7,6%).

При сравнительном анализе выраженности религиозности у больных галлюцинаторного и бредового типов СОРС на доманифестном этапе были выявлены статистически значимые различия ( $p < 0,05$ ) между типами. Среди убежденных и обычных теистов отмечалось преобладание больных с I типом (*галлюцинаторным*), тогда как слабые теисты и агностики в большинстве относились ко II типу (*бредовым*).

Полученные данные дают основание к рассмотрению представленных параметров религиозности у больных на доманифестном этапе в рамках типоспецифических особенностей развития клинической картины СОРС и доказывает значимость исследования религиозного фактора, что подтверждает позиции ряда исследователей [Peters E. et al., 1999; Siddle R., 2002].

### 5.3. Изменение религиозности на момент катamnестического обследования у больных с СОРС

В целях снижения степени искажающего воздействия психопатологических расстройств на факторы религиозности, а также для более наглядной динамической оценки специфических изменений, исследование религиозности, проводилось на этапе ремиссии заболевания в период значительного снижения выраженности психотической симптоматики. Были обследованы больные из катamnестической когорты, включавшей 51 больного (85,0% от числа наблюдений катamnестической группы) в ремиссии (таблица 4.5), в том числе с I типом (*галлюцинаторным*) 22 больных (17,5%), со II типом (*бредовым*) 34 больных (23,0%).

Проведено исследование религиозной ориентации у больных с различными типами СОРС на этапе катamnеза (таблица 5.5). Наибольший удельный вес занимали лица с внешней религиозной ориентацией (43,1%), больные с внутренней религиозностью встречались реже (29,4%) и в основном среди представителей I типа. Отсутствие религиозности было выявлено в 27,5% случаев. При сравнительном анализе был выявлен статистически значимые различия по всем параметрам ( $p < 0,05$ ). Так, больные с *внутренней религиозностью* в большинстве случаев относились I типу СОРС, тогда как большинство больных с *внешней религиозностью* относились ко II типу.

Был проведен сравнительный динамический анализ изменений вектора религиозной ориентации (таблица 5.3 и таблица 5.5) у тематических больных. Так, было выявлено увеличение удельного веса параметра *внутренней религиозной ориентации* (21,2% на доманифестном этапе; 29,4% на момент катamnеза), некоторое уменьшение по параметру *внешней религиозной направленности* (50,0% на доманифестном этапе; 43,1% на момент катamnеза) и незначительное снижение удельного веса параметра *отсутствия религиозности* (28,8% на доманифестном этапе; 27,5% на момент катamnеза).

**Таблица 5.5 – Изменение вектора религиозной ориентации больных с I и II типами СОРС на момент катамнеза**

Параметры	Типы СОРС					
	I тип		II тип		Итого	
	n	%	n	%	n	%
Всего больных	22	100	29	100	51	100
Внутренняя религиозность	10	45,5	5	17,2	15	29,4
Внешняя религиозность	9	40,9	13	44,8	22	43,1
Отсутствие религиозности	3	13,6	11	37,9	14	27,5
$\chi^2 = 4,851; p(\chi^2 > 5,991) < 0,01$						

При анализе степени выраженности религиозности у больных с СОРС на этапе катамнеза (таблица 5.6) а также в ходе динамического сравнения параметров, представленных на таблице 5.4, было выявлено значительное увеличение количества теистов, при уменьшении атеистов среди больных. На этапе ремиссии чаще всего встречались обычные (27,5%) и убежденные (25,5%) теисты. Слабые теисты составляли практически четверть от исследуемой группы. Агностики встречались в основном среди больных со II (*бредовым*) типом СОРС (13,7%). Выявленные статистически значимые различия ( $p < 0,05$ ) указывали на преобладание убежденных теистов среди больных с I типом СОРС, а также на преобладание слабых теистов среди больных II типом СОРС.

**Таблица 5.6 – Выраженность религиозности по Р. Докинзу у больных с I и II типами СОРС на момент катамнеза**

Параметры	Типы СОРС					
	I тип		II тип		Итого	
	n	%	n	%	n	%
Всего больных	22	100	29	100	51	100
1. Убеждённый теист	10	45,5	3	10,3	13	25,5
2. Обычный теист	8	36,4	6	20,7	14	27,5
3. Слабый теист	2	9,1	10	34,5	12	23,5
4. Агностик	1	4,5	6	20,7	7	13,7
5. Слабый атеист	1	4,5	1	3,4	2	3,9
6. Обычный атеист	0	-	2	6,9	2	3,9
7. Убежденный атеист	0	-	1	3,4	1	2,0
$\chi^2 = 15,287; p(\chi^2 > 12,592) < 0,05$						

Полученные данные позволяют расширить представления о типоспецифических особенностях СОРС. Установлено, что на доманифестном

этапе заболевания среди всей исследуемой клинической группы больных преобладали лица, относящие себя к категории религиозных (71,2%).

При исследовании больных с I типом СОРС (*галлюцинаторном*), выявлено, что на доманифестном этапе заболевания практически все больные являлись убежденными, обычными, или слабыми теистами, большинство данных больных воспитывались в религиозных семьях (17 больных, 44,7%).

В дальнейшем, на этапе ремиссии, больные с I типом СОРС чаще всего сохраняли прежний вектор религиозной ориентации, а также достаточно высокую степень выраженности религиозности на фоне нерезко выраженных негативных изменений личности, проявляющиеся в виде некоторого искажения различных параметров когнитивных функций.

Во время исследования больных со II типом СОРС (*бредовым*), на доманифестном этапе было характерно преобладание атеистов, различной степени выраженности, а также в меньшей степени агностиков. Приход к вере у данных больных был во многом связан с влиянием патологического фактора.

На протяжении заболевания увеличилось количество больных с выраженной религиозностью (с 13,6% до 25,5%) за счет уменьшения больных с атеистическими взглядами (с 37,9% до 23,5%). Однако сама религиозность носила преимущественно патологический характер, не соответствуя критериям здоровой веры [Попович У.О., 2020; Arterburn S., 2001]. Среди проявлений *патологической религиозности* [Фролов Б.С., 1982] выделялись: *религиозный опыт, отягощённый псевдопсихопатическими нарушениями* (религиозные фанатики, реформаторы, церковные активисты), *религиозный опыт, отягощенный расстройствами психотического уровня, религиозный опыт, отягощенный невротическими психическими расстройствами*, а также так называемая *токсическая вера*, которая подразумевала наличие искажения *нормальной религиозности* на фоне воздействия психопатологических явлений пограничного, субклинического уровня [Борисова О.А. с соавт., 2017; Arterburn S., 2001].

Установлено, что в процессе катамнестического наблюдения структура религиозности больных зачастую сохраняла патологические элементы после окончания приступа на фоне сохраняющейся резидуальной психотической симптоматики, а также нарастающих негативных изменений личности с существенным искажением когнитивной деятельности. При этом, в случаях, когда приход к вере был обусловлен влиянием психопатологического фактора, после полной редукции патологической симптоматики и постепенной нивелировки явлений патологической религиозности отмечалось снижение выраженности религиозности, возвращение к атеистическим убеждениям.

#### **5.4. Клинико-иммунологическая дифференциация синдрома овладения религиозного содержания при шизофрении**

В настоящем разделе приведены результаты изучения иммунологических особенностей синдрома овладения религиозного содержания (СОРС) при шизофрении и оценка значимости рассматриваемых показателей для прогноза развития заболевания.

Группа пациентов включала 41 человека, из них 30 женщин (73,2%) и 11 мужчин (26,8%) в возрасте от 18 и до 55 лет (средний возраст  $34,1 \pm 9,7$  лет) с диагностированным синдромом овладения религиозного содержания (СОРС) в рамках приступа шизофрении (F20.0, F20.1, F20.2, F20.8) на различных этапах его развития. Контрольную группу составили 17 здоровых добровольца, сопоставимых по возрасту с пациентами, не имеющие признаков психической, неврологической и соматической патологии. Все пациенты были обследованы во время нахождения на стационарном или амбулаторном лечении в клинике ФГБНУ НЦПЗ в период с 2018 по 2021 годы.

На момент исследования пациенты были разделены на две подгруппы: с *острым состоянием* (13 человек, 31,7%) и с *терапевтической ремиссией различного качества* (28 человек, 68,3%). Психометрическая оценка проводилась с применением шкалы PANSS. Следует уточнить, что в данном разделе к критериям невключения были отнесены такие характеристики как: обострение инфекционно-воспалительных и аутоиммунных заболеваний в течение двух месяцев, предшествующих обследованию.

На основе определения обозначенных в **Главе 2** маркеров проводилась комплексная оценка состояния иммунной системы пациентов, учитывающая взаимодействие врожденного и приобретенного иммунитета в ходе активации.

Выделено 4 уровня активации иммунной систем (УАИС):

1-й уровень – «контрольный» (активность/уровень иммунных показателей находятся в пределах диапазона значений контрольной группы);

2-й уровень и 3-й уровень - умеренное (75–95 перцентиль контрольной группы) и выраженное (выше 95 перцентиль) повышение активности хотя бы одного из воспалительных маркеров.

4-й уровень - повышение активности как воспалительных, так и аутоиммунных маркеров (выше 75 перцентиль в контроле).

Первый этап исследования включал определение иммунологических показателей в сыворотке крови пациентов, находящихся на разных стадиях развития заболевания (обострение и ремиссия). Полученные результаты, а также психометрическая оценка пациентов по PANSS, приведены в **таблице 5.7**.

**Таблица 5.7 – Психометрические и иммунологические показатели у обследованных пациентов с СОРС на разных стадиях заболевания (Ме (25%–75%))**

Показатели	Стадия заболевания	Обострение (n=14)	Ремиссия (n=28)	Контроль (n=17)	p
PANSS pos		27 (23–32)	19 (15–25)	-	<0,001
PANSS neg		25 (23–27)	22 (19,5–25,5)	-	0,152
PANSS sum		64 (57–67)	48,5 (45–55,5)	-	<0,001
PANSS tot		113 (109–122)	91,5 (82–99,5)	-	<0,001
Активность ЛЭ, нмоль/мин×мл		239,7 (213,8–272,2) p контр=0,008	225,7 (205,2–265,7) p контр=0,001	202,0 (189,6–206,7)	0,615
Активность α1-ПИ, ИЕ/мл		38,7 (32,2–49,3) p контр=0,094	37,6 (31,0–45,9) p контр=0,029	33,4 (30,4–35,6)	0,72
АТ к S-100B, е.о.п.		0,74 (0,69–0,82)	0,80 (0,6–0,87)	0,7 (0,65–0,75)	0,83
АТ к ОБМ е.о.п.		0,70 (0,65–0,76)	0,72 (0,63–0,88)	0,68 (0,64–0,74)	0,97
УАИС		3 (2–4) p контр<0,001	3 (2–4) p контр<0,001	1 (1–2)	0,56

*Примечание:* p<0,05 - статистически значимые различия

Как видно из приведенных данных, повышение активности анализируемых воспалительных маркеров - ЛЭ и/или α1-ПИ наблюдается как в психотической стадии заболевания (p<0,01) и, так и в ремиссии (p<0,05). Уровень антител к нейроантигенам не превышает контрольных значения (p>0,05). Выявленные

иммунные профили в обеих подгруппах соответствуют 3-му уровню активации иммунной системы. Не выявлено значимых различий иммунных показателей между подгруппами пациентов, находящихся на разных стадиях заболевания ( $p > 0,05$ ), что свидетельствует о продолжающемся течении патологического процесса у обследуемых больных в стадии ремиссии заболевания, несмотря на более низкую психометрическую оценку по PANSS и соответствующее улучшение психопатологической симптоматики.

На основании отсутствия значимых различий иммунологических показателей у пациентов в психозе и в ремиссии заболевания, дальнейшая оценка состояния иммунной системы была проведена на общей группе обследуемых.

Второй этап исследования включал сравнительный анализ балльной оценки по PANSS, а также активности/уровня воспалительных и аутоиммунных маркеров у пациентов с разными типами СОРС (таблица 5.8).

**Таблица 5.8 - Психометрические и иммунологические показатели у пациентов с разными типами СОРС (Me (25%–75%))**

Показатели	Тип СОРС	I тип, галлюциноз (n=24)	II тип, бредовой (n=17)	Контроль (n=17)	p
PANSS pos		19,5 (15–25)	27 (19–30)	-	0,056
PANSS neg		22,5 (18,5–25,5)	26 (23–27)	-	0,085
PANSS sum		45 (40,5–51,5)	50 (45–64)	-	0,026
PANSS tot		88 (73,5–101,5)	105 (92–116)	-	0,022
Активность ЛЭ, нмоль/мин×мл		224,6 (175,0–239,7) p контр=0,015	257,0 (207,4–283,0) p контр<0,001	202,0 (189,6–206,7)	0,045
Активность α1-ПИ, ИЕ/мл		39,2 (35,0–50,0) p контр=0,009	35,9 (27,9–46,8)	33,4 (30,4–35,6)	0,58
АТ к S-100B, е.о.п.		0,74 (0,65–0,85)	0,80 (0,65–0,87) p контр=0,08	0,7 (0,65–0,75)	0,53
АТ к ОБМ е.о.п.		0,70 (0,63–0,82)	0,68 (0,63–0,88)	0,68 (0,64–0,74)	0,83
УАИС		2 (2–4) p контр<0,001	3 (3–4) p контр<0,001	1 (1–2)	0,042

*Примечание:*  $p < 0,05$  - статистически значимые различия

Приведенные результаты свидетельствуют о большей выраженности психопатологических расстройств по всем субшкалам PANSS при бредовом типе

СОРС по сравнению с галлюцинаторным. Значимые различия между типологическими группами выявлены по субшкале общих психопатологических расстройств ( $p < 0,05$ ) и суммарному баллу PANSS ( $p < 0,05$ ). Различия по выраженности позитивной и негативной симптоматики находились на уровне тенденции ( $p = 0,056$  и  $p = 0,085$  соответственно).

В крови пациентов как с галлюцинаторным, так и с бредовым типом СОРС наблюдается повышение активности ЛЭ по сравнению с контролем ( $p < 0,05$ ), однако при бредовом типе эта активность достоверно выше ( $p < 0,05$ ). При галлюцинаторном типе выявлено также повышение активности  $\alpha 1$ -ПИ ( $p < 0,05$ ). При бредовом типе активность  $\alpha 1$ -ПИ не превышает контрольных показателей ( $p > 0,05$ ). В этой группе наблюдается тенденция к повышению уровня антител к S-100B ( $p = 0,08$ ). Таким образом, активация иммунной системы у пациентов с I (галлюцинаторным) типом СОРС соответствует 2-му уровню, а у больных со II (бредовым) типом – 3-му уровню.

Ранее в рамках галлюцинаторного и бредового типов СОРС были выделены четыре клинических подтипа. Галлюцинаторный тип включал в себя: 1а подтип, с преобладанием галлюцинаций общего чувства (12 пациентов, 50%) и 1б подтип, с преобладанием вербальных псевдогаллюцинаций (12 пациентов, 50%). Бредовой тип включал 2а подтип, с доминированием бреда воздействия (9 наблюдений, 52,9%) и 2б подтип, аффективно-бредовой (8 наблюдений, 47,1%).

В таблице 5.9 приведены определения исследуемых иммунологических показателей в выделенных подтипах СОРС.

**Таблица 5.9 – Воспалительные и аутоиммунные маркеры крови у пациентов выделенных подтипах СОРС подтипами СОРС (Ме (25%–75%))**

Подтип СОРС  Показатели	I тип, галлюцинаторный		II тип, бредовой		Контроль (n=17)	p
	I подтип (n=12)	II подтип (n=12)	III подтип (n=9)	IV подтип (n=8)		
Активность ЛЭ, нмоль/ мин×мл	181,4 (173,9– 231,1)	231,8 (218,2– 267,8) p контр <0,001 p <sup>2-1</sup> = 0,041	283 (265,7– 285,1) p контр <0,001 p <sup>3-4</sup> = 0,006 p <sup>3-1</sup> = 0,001 p <sup>3-2</sup> = 0,016	212,8 (194,4–248,4) p контр =0,054 p <sup>4-1</sup> = 0,13	202,0 (189,6– 06,7)	0,00 1
Активность α1-ПИ, ИЕ/мл	37,1 (33,2– 42,2) p контр= 0,086	42,1 (35,7–8,7) p контр= 0,013	30,4 (27,7–46,8)	37,6 (34–45,4) p контр= 0,048	33,4 (30,4– 35,6)	0,74
АТ к S- 100В, е.о.п.	0,84 (0,7–0,96)	0,68 (0,65-0,74)	0,8 (0,69–0,86) p контр= 0,024	0,76 (0,59–0,87)	0,7 (0,65-0,75)	0,21
АТ к ОБМ, е.о.п.	0,74 (0,68– 0,84)	0,66 (0,60–0,82)	0,78 (0,67–0,91)	0,64 (0,61–0,84)	0,68 (0,64– 0,74)	0,82
УАИС	3 (2-4) p контр= 0,004	2 (2–3) p контр< 0,001	4 (3–4) p контр< 0,001	2 (3,5–4) p контр< 0,001	1 (1–2)	0,11

Примечание: p < 0,05 - статистически значимые различия

Полученные результаты свидетельствуют, что различным подтипам СОРС соответствуют спектры иммунологических маркеров, отражающие разные уровни активации иммунной системы и характеризующие особенности воспалительного ответа, оцениваемые по активности протеолитической системы воспаления.

Умеренный уровень активации иммунной системы (2-й УАИС) и воспалительный ответ с преобладанием протеолитической активности, направленный на восстановление гомеостаза мозга (сбалансированное воспаление), характерен для пациентов с 1б подтипом (с преобладанием вербальных псевдогаллюцинаций) и 2б подтипом (аффективно-бредовой) СОРС.

Максимальный уровень активации иммунной системы (4-й УАИС) с избыточно высокой активностью протеолитической системы воспаления на фоне

низкого ингибиторного потенциала характерен для пациентов с 2а подтипом (*с преобладанием бреда воздействия*). Эта клиническая группа характеризуется большей тяжестью психопатологической симптоматики по шкале PANSS по сравнению с другими подтипами СОРС (104 (90,5–114),  $p < 0,05$ ), что является наиболее показательным в плане дальнейшего неблагоприятного течения заболевания. Данное положение подтверждается также повышением уровня антител к белку S100-B у этих пациентов по сравнению с контролем ( $p < 0,05$ ).

Напротив, для пациентов 1а подтипа (*с преобладанием галлюцинаций общего чувства*), характерен вариант воспалительного ответа с недостаточностью протеолитического потенциала воспаления (дисбалансом протеолитической системы), что также является неблагоприятным прогностическим фактором. Активация иммунной системы у таких пациентов соответствует 3-му уровню.

Таким образом, клиническая неоднородность синдрома одержимости религиозного содержания при шизофрении сопровождается значительной иммунологической гетерогенностью, ассоциированной с разными особенностями воспалительных реакций. Эти особенности, как было показано ранее, определяют прогноз и дальнейшее развитие заболевания [Клюшник Т. П., Бархатова А. Н. с соавт., 2021].

В ходе проведенного клинико-биологического исследования выявлены следующие закономерности:

1. Пациенты с синдромом овладения религиозного содержания (СОРС) при шизофрении, находящиеся как на активном этапе течения заболевания, так и в стадии ремиссии не различаются по уровню активации иммунной системы, что свидетельствует о продолжающемся течении патологического процесса, соответствует терапевтической ремиссии невысокого качества и требует продолжения активной психофармакотерапии.

2. Выявлены различные иммунотипы СОРС, определяемые по совокупности анализируемых иммунных показателей (уровню активации иммунной системы) и взаимосвязанные с клинической типологией и тяжестью

этого синдрома. Наиболее неблагоприятным клиническим вариантом (по комплексу иммунологических показателей) является бредовой тип СОРС.

3. Выявлена иммунологическая гетерогенность разных клинических подтипов СОРС, ассоциированная с различными особенностями воспалительного ответа (по активности протеолитической системы воспаления). Наиболее высокая активность этой системы в сочетании с аутоиммунным компонентом к нейроантигену S-100В характерна для 2а подтипа СОРС (*с доминированием бреда воздействия*).

4. Определение иммунных маркеров у данного контингента больных в динамике заболевания может служить дополнительным прогностическим показателем в плане его дальнейшего развития, а также объективной оценки тяжести клинического состояния пациентов на разных этапах течения шизофрении.

5. Необходимо отметить, что выявленные клинико-биологические закономерности не являются специфическими для синдрома овладения религиозного содержания и наблюдаются также при других галлюцинаторных и бредовых состояниях в рамках шизофрении.

## Глава 6.

### Особенности терапии и социальной реабилитации пациентов с синдромом овладения религиозного содержания

До настоящего времени подходы к лечению состояний с СОРС в рамках шизофрении остаются недостаточно разработанными [Heise T., 1992; Scrutton A., 2015; Drouin E. et al., 2017].

Известно, что пациенты с СОРС достаточно поздно оказывались под наблюдением психиатров (окружающие в течение долгого времени не осознают, что их близкий психически болен, принимая изменения, происходящие с ним, за «повышенную религиозность») [Doering S., 1998; Siddle R., 2002; Bhavsar V., 2008; Robles-García R., 2014], что увеличивало длительность периода нелеченого психоза, и как следствие, имело негативное влияние на дальнейший прогноз заболевания.

В последние годы различными исследователями широко обсуждаются вопросы взаимосвязи времени развития манифестных проявлений заболевания и момента начала специфической адекватной психофармакотерапии [Rubio J.M. et al., 2017; Romanov D.V. et al., 2018; Norman R. et al., 2018].

Распределение больных с различными типами СОРС и их соотношение с параметром длительности нелеченого психоза представлено на таблице 6.1.

**Таблица 6.1 – Соотношение типов СОРС и параметра длительности нелеченого психоза (ДНП) у больных катамнестической группы**

Параметры	Типы СОРС							
	I тип				II тип			
	1а подтип		1б подтип		2а подтип		2б подтип	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Всего больных	11	100	15	100	13	100	21	100
Среднее значение ДНП (нед)	19,3±3,2		26,2±3,4		40,4±4,8		27,4±6,1	
Общее среднее значение ДНП (нед)	28,3±8,2							

По данным таблицы 6.1 следует, что наименьшая средняя продолжительность нелеченого психоза (19,3±3,2 недель) была выявлена у

больных с 1a подтипом. Средняя продолжительность нелеченого психоза составляла  $28,3 \pm 8,2$  недели. Наибольшая продолжительность нелеченого психоза ( $40,4 \pm 4,8$ ) отмечалась у больных со 2a подтипом как у представителей наименее благоприятной исследуемой группы.

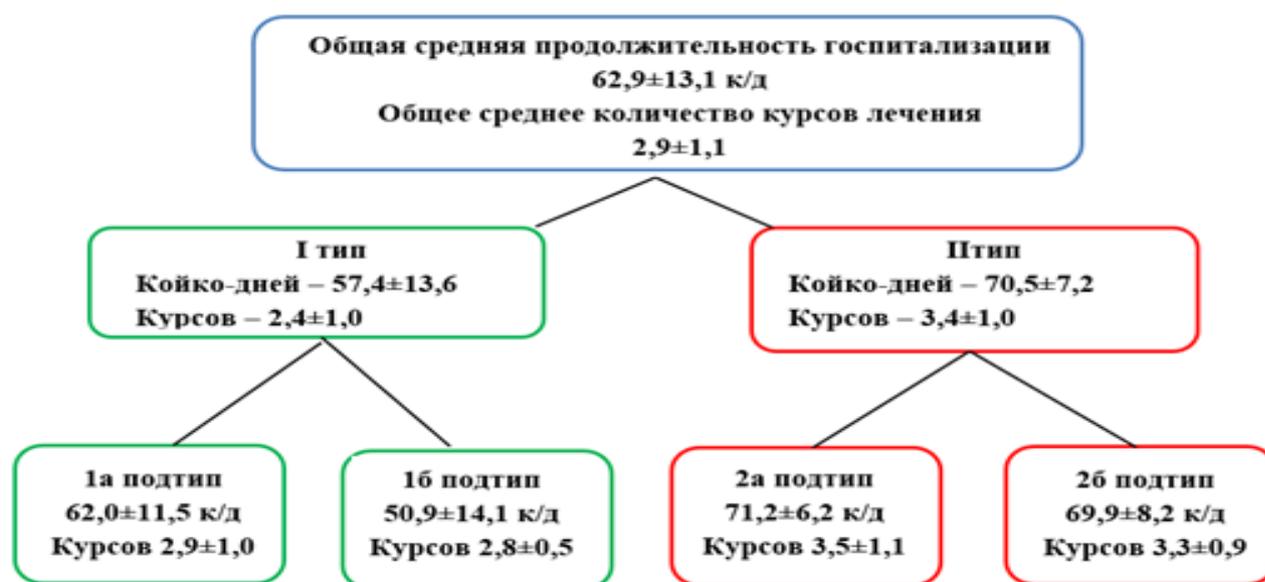
При анализе зависимости длительности нелеченого психоза у больных с различными типами СОРС от уровня социального функционирования, определяемого по психометрической шкале PSP, была установлена обратная зависимость между обозначенными параметрами (для I типа  $r=0,53$ ,  $p<0,01$ ; для II типа  $r=0,39$ ;  $p<0,05$ ), что в целом согласовывается с общими представлениями о течении эндогенного процесса [Попович У.О., 2020; Голубев С.А., 2020; Омельченко М.А., 2021] и данными о том, что увеличение длительности нелеченого состояния коррелирует с уменьшением уровня социального функционирования и интегративной оценкой исхода заболевания [Kua J. et al., 2003; Krause M. et al., 2018].

В ходе проведенного клинико-психопатологического анализа СОРС были выявлены типоспецифические особенности в вопросах выбора терапевтической тактики, который был основан на выявлении преобладающих психопатологических расстройств в статусе больного. Так, доминирование в клинической картине галлюцинаторной симптоматики, или, а также их сочетание с различными аффективными расстройствами определяло различную терапевтическую тактику. Немаловажное значение в терапии СОРС играла динамика развития приступа, наличие того или иного его этапа в состоянии больного. Значительную роль при выборе оптимальной тактики лечения играли особенности течения заболевания в целом. Также, необходимо было учитывать такие факторы как возрастные особенности, индивидуальная лекарственная переносимость, наличие/отсутствие побочных эффектов на фоне проводимой психофармакотерапии.

Все пациенты клинической группы (66 больных) проходили стационарное лечение в клинике НЦПЗ в соответствии с существующими рекомендациями [Мосолов С.Н. с соавт., 2013; Pies R.W., 2007; Stahl S.M., 2013; Strakowski S.M.,

DelBello M.P., Adler C.M., 2014; Levenson J.L., Ferrando S.J., 2016]. Динамическая оценка эффективности проводимого лечения осуществлялась при поступлении и перед выпиской по шкале PANSS (таблица 6.1). Из данных таблицы видны различия в выраженности психопатологической симптоматики, как среди типов, так и среди подтипов, которые подтверждаются статистически ( $p < 0,05$ ), что в свою очередь косвенно указывало о необходимости применения различных терапевтических тактик.

Наблюдение за соматоневрологическим состоянием пациентов и контроль лабораторных показателей осуществлялись с учетом спектра побочных явлений и осложнений, присущих назначаемым препаратам, а также анамнестических данных об аллергических, инфекционных или хронических соматических заболеваниях. Средняя продолжительной госпитализации для клинической группы больных с СОРС составляла  $62,9 \pm 13,1$  койко-дней, частота смен терапевтических курсов  $2,9 \pm 1,1$  (рисунок 6.1).



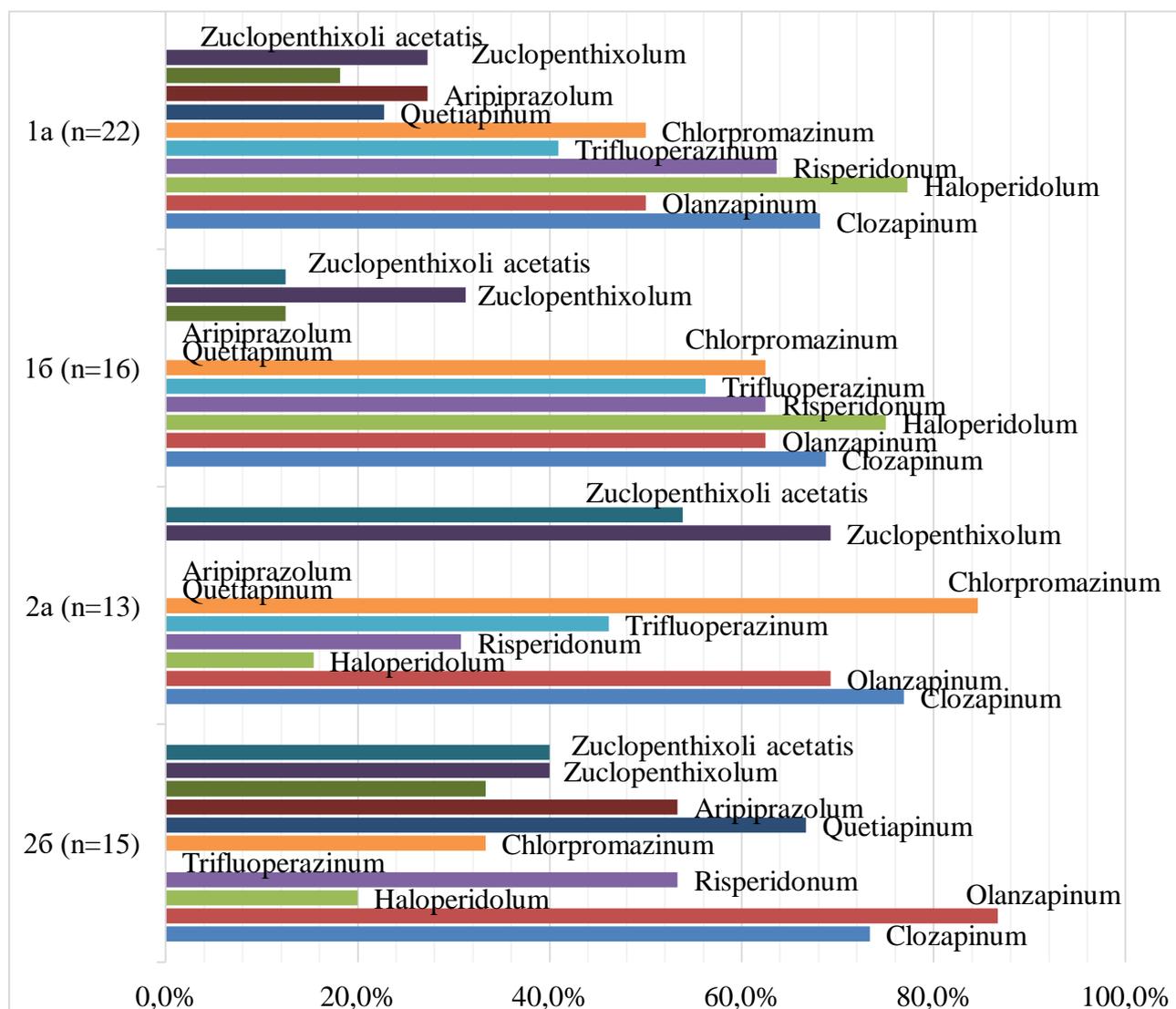
**Рисунок 6.1 - Средняя продолжительность госпитализации и количество курсов лечения пациентов**

При разработке терапевтической стратегии для больных с СОРС лечение было разделено на несколько этапов: купирующий (до 2 мес.), стабилизирующий

(до 6 мес.), длительная профилактическая (поддерживающая) терапия (до 5 лет при отсутствии повторных приступов). Каждый из них будет рассмотрен ниже.

Этап купирующей терапии ставил целью редукцию острой психотической симптоматики. На протяжении данного этапа все больные находились на стационарном лечении (с учетом выраженности психотической симптоматики и различных форм ауто- и гетероагрессивного поведения).

За основу были взяты принципы купирования острых психотических состояний. Основным классом психофармакологических средств, применяемых при терапии синдрома овладения религиозного содержания во всех случаях, были антипсихотические препараты (рисунок 6.2).



**Рисунок 6.2 - Частота применения нейролептиков у больных с различными подтипами СРС**

Чаще всего назначались нейролептики с мощным антипсихотическим (инцизивным), или седативным действием. Применялись как классические (галоперидол, хлорпромазин, зуклопентиксол), так и атипичные антипсихотики (рисперидон, оланзапин, клозапин), причем зачастую отмечалось комбинирование препаратов из данных групп, что показало большую эффективность при данных состояниях, которые зачастую проявлялись фармакологической резистентностью уже в начале лечения. Дозировки описанных препаратов титровались индивидуально с учетом типологической структуры СОРС, а также в зависимости от качества оказываемого терапевтического эффекта. Минимальное и максимальное значение назначенных препаратов, а также их средняя дозировка представлены на таблице 6.2.

При анализе были выявлены типоспецифические особенности. Так, для галлюцинаторного типа (I тип) СОРС из группы типичных нейролептиков чаще всего применялись хлорпромазин (средняя дозировка 225 мг/сут), трифлуоперазин (средняя дозировка 12,5 мг/сут) и галоперидол (средняя дозировка составляла 17,75 мг/сут). Причем, в 15,2% (10 больных) использовалась комбинация парентеральной формы галоперидола с раствором диазепам (до 20 мг/сут), которая назначалась внутривенно капельно. Среди атипичных нейролептиков наибольшую эффективность в терапии больных с данным типом показали рисперидон (средняя дозировка 5 мг/сут) и клозапин (средняя дозировка 125 мг/сут). Следует отметить, что клозапин применялся не только в случаях псевдофармакорезистентности, когда предыдущие 2 курса терапии оказывались неэффективными, но и на начальных этапах лечения с положительным эффектом в виде частичного купирования галлюцинаторных и псевдогаллюцинаторных расстройств.

**Таблица 6.2 - Суточные дозы нейролептиков (мг), назначавшиеся больным с различными типами СОРС**

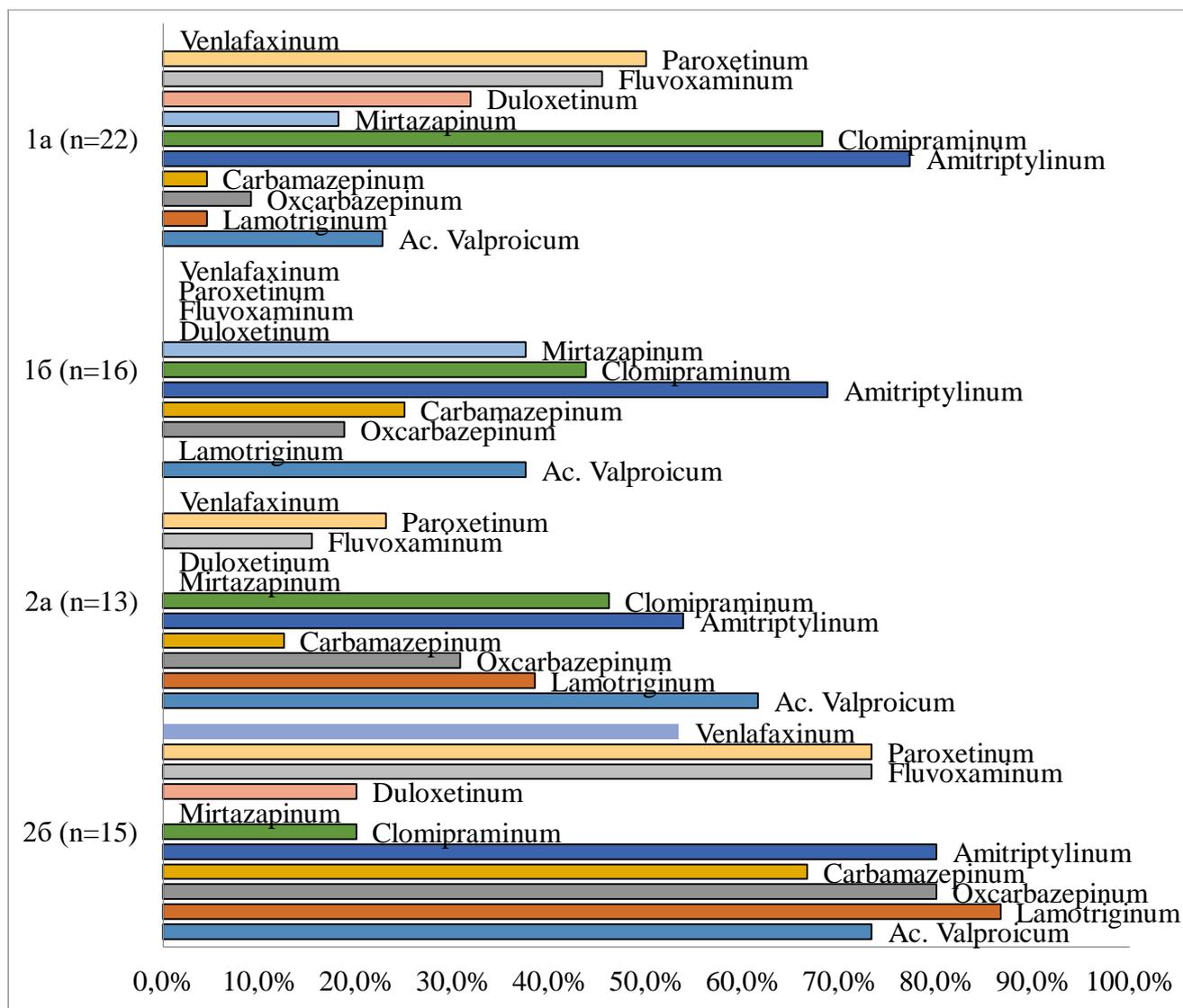
Параметры		Типы СОРС									
		I тип				II тип				Итого	
		1а		1б		2а		2б			
		Min/ max	Mid	Min/ max	Mid	Min/ max	Mid	Min/ max	Mid	Min/ max	Mid
Tricyclics	Clozapinum	50/150	100	50/200	125	25/300	162,5	50/150	100	25/300	162,5
	Olanzapinum	5/15	7,5	10/20	12,5	10/20	15	5/20	12,5	5/20	12,5
	Quetiapinum	50/150	100	0/0	0	50/400	225	50/300	175	50/400	225
Benzisoxazole	Risperidonum	2/6	4	2/8	5	2/6	4	2/4	3	2/8	5
Phenothiazines	Trifluoperazinum	5/20	12,5	5/20	12,5	10/50	30	0/0	0	5/50	27,5
	Chlorpromazinum	50/300	175	50/400	225	100/800	450	50/400	225	50/800	425
Thioxanthenes	Zuclopenthixolum	2/10	6	2/15	8,5	2/40	21	2/30	16	2/40	21
Butyrophenones	Haloperidolum	0,5/20	10,25	1,5/35	18,25	0,5/25	12,75	0,5/15	7,75	0,5/35	17,75
Quinolines	Aripiprazolum	5/10	7,5	0/0	0	0/0	0	5/15	10	5/15	10

На начальных этапах лечения больные с бредовым типом (II тип) СОРС нуждались в строгом или усиленном режимах наблюдения ввиду высокой опасности совершения гетеро- и ауто-агрессивных поступков, а также случаев

выраженного психомоторного возбуждения. Чаще всего применялись типичные нейролептики, обладающие седативным и общим антипсихотическим действием: хлорпромазин (средняя дозировка 425 мг/сут), зуклопентиксол (средняя дозировка таблетированной формы – 21 мг/сут, средняя дозировка пролонгированной формы ацетата зуклопентиксола – 100 мг в/м 1 раз в 2-3 дня). Среди атипичных антипсихотиков данным больным чаще всего назначались оланзапин (средняя дозировка 12,5 мг/сут), кветиапин (средняя дозировка 225 мг/сут) и клозапин (средняя дозировка 162,5 мг/сут).

Следует отметить, что на фоне значительной выраженности психопатологических расстройств и высокой частоты фармакорезистентных состояний частота смен терапевтических курсов у больных с бредовым типом СОРС, а также средние дозировки получаемых антипсихотиков были выше, чем у больных с галлюцинаторным типом.

Принимая во внимание высокую частоту сочетания расстройств аффективной сферы, а также, если до манифестации психоза в анамнезе имелись указания на аффективные фазы, помимо антипсихотиков на данном этапе применялись нормотимические препараты и антидепрессанты (рисунок 6.3).



**Рисунок 6.3 - Частота применения нормотимиков и антидепрессантов у больных с различными типами СОРС**

Данные о минимальных, максимальных и средних дозировках описанных препаратов представлены на таблице 6.3. Из нормотимиков чаще всего использовались противосудорожные препараты: вальпроевая кислота (средняя дозировка 1050 мг/сут), ламотридин (средняя дозировка 150 мг/сут), окскарбазепин (средняя дозировка 900 мг/сут), карбамазепин (средняя дозировка 600 мг/сут). Следует отметить, что препараты из данной группы чаще всего применялись среди больных с аффективно-бредовым подтипом (26), что обусловлено специфическими особенностями его клинической картины. Антидепрессивная терапия включала в себя в основном препараты из групп ТЦА с выраженным седативным и противотревожным эффектом: amitriptylinum (средняя

дозировка 87,5 мг/сут), кломипрамин (средняя дозировка 62,5 мг/сут). Реже на данном этапе применялись СИОЗС и СИОЗСиН, которые постепенно вводили в схему лечения по мере дезактуализации бредовой или галлюцинаторной симптоматики и развития аффективных расстройств депрессивного полюса. Среди них чаще всего применялись флувоксамин (средняя дозировка 150 мг/сут) и пароксетин (средняя дозировка 30 мг/сут).

**Таблица 6.3 - Суточные дозы нормотимиков и антидепрессантов (мг), назначавшиеся больным с различными типами СОРС**

Параметры		Типы СОРС									
		I тип				II тип				Итого	
		1a		1б		2a		2б			
		Min/ max	Mid	Min/ max	Mid	Min/ max	Mid	Min/ max	Mid	Min/ max	Mid
Anticonvulsants	Ac. Valproicum	300/ 1800	105 0	300/ 1800	105 0	300/ 1800	1050	600/ 1800	1200	300/ 1800	1050
	Lamotriginum	50/50	50	0/0	0	50/150	100	50/250	150	50/250	150
	Oxcarbазepinum	300/ 900	600	300/ 900	600	300/ 1200	750	600/ 1500	1050	300/ 1500	900
	Carbamazepinum	200/ 400	300	400/ 400	400	200/600	400	400/ 1000	700	200/ 1000	600
TCAs	Amitriptylinum	25/150	87,5	50/ 100	75	50/150	100	25/100	62,5	25/150	87,5
	Clomipraminum	25/75	50	100/ 100	100	25/25	25	25/50	37,5	25/100	62,5
TeCAs	Mirtazapinum	15/45	30	30/45	37,5	0/0	0	0/0	0	15/45	30
SSRIs	Fluvoxaminum	50/ 100	75	0/0	0	50/200	125	50/250	150	50/250	150
	Paroxetinum	20/40	30	0/0	0	20/40	30	40/40	40	20/40	30
SNRIs	Duloxetinum	60/ 120	90	0/0	0	0/0	0	60/60	60	60/120	90
	Venlafaxinum	0/0	0	0/0	0	0/0	0	75/150	117,5	75/150	117,5

При необходимости в комбинации с вышеперечисленными средствами дополнительно использовались препараты из группы транквилизаторов

(бензодиазепинового ряда: диазепам, феназепам), корректоров для купирования экстрапирамидных расстройств (противопаркинсонические антихолинергические средства: бипериден, тригексифенидил). В ряде случаев, у больных, демонстрировавших высокую степень резистентности к проводившимся лекарственным терапевтическим мероприятиям, применялся метод ЭСТ (20 больных, 30,3% от клинической группы) с использованием миорелаксантов и внутривенного наркоза. Число процедур составляло от 6 до 14 (в среднем курс составлял 9 процедур) и зависело от стабильности наступившего эффекта и соматического состояния больного.

**На стабилизирующем этапе (становление ремиссии)** основными задачами являлись: дальнейшая редукция продуктивной симптоматики, коррекция негативных расстройств и аффективных нарушений, а также начало восстановления социально-трудовой адаптации. На данном этапе к психофармакотерапии присоединялись различные психотерапевтические и психокоррекционные методики – как индивидуальные, так и групповые [Маричева М.А., 2013]. Их основной задачей являлось формирование у больного критического отношения к болезни, повышение уровня комплаентности, а также создание условий полноценной социальной реадaptации.

Зачастую отмечалось сохранение резидуальной бредовой симптоматики, а также наличие выраженных гетеро- и аутоагрессивных тенденций, в основном за счет больных с *бредовым типом* (II тип) СОРС. В ходе исследования наибольшая эффективность (27 больных, 40,9%) в отношении редукции как бредовых, так и галлюцинаторных расстройств при СОРС на данном этапе достигалась после назначения клозапина в комбинации с рисперидоном, или с пролонгированными формами антипсихотиков: зуклопентиксола деканоат, или галоперидола деканоат. Психотерапевтическая работа на первом этапе становления ремиссии заключалась в налаживании между врачом и больным доверительных отношений с целью формирования у больного установки о необходимости продолжения терапии. Использовались методы инсайт-ориентированной психодинамической или когнитивной психотерапии.

После стабилизации психических функций основная задача заключалась в оптимизации терапевтической схемы больного. В отношении коррекции негативных расстройств, представленных чаще всего когнитивными нарушениями, свою эффективность показали рисперидон и арипипразол, а также назначение ноотропных препаратов (ГАМК, фенибут, ноопепт, пантогам, семакс). Отмечалась высокая частота случаев развития депрессивных состояний различной структуры: по типу позитивной, или негативной аффективности (44 больных, 66,7% наблюдений). В связи с этим, в зависимости от структуры депрессии к схеме терапии добавлялись препараты из групп ТЦА, СИОЗС, СИОЗСиН (таблица 7.3). Отмечено, что больные подтипа с преобладанием вербальных псевдогаллюцинаций (2а) лучше всего переносили ТЦА, в частности кломипрамин, в сочетании с пролонгированными формами нейролептиков. В случаях, когда у больных отмечалась тенденция к аффективным колебаниям, что было характерно в основном для аффективно-бредового подтипа СОРС (2б) дополнительно назначались, либо корректировались дозировки, нормотимических препаратов. На данном этапе чаще всего происходило критическое осмысление перенесенного состояния, была необходима развернутая психотерапевтическая поддержка с учетом религиозного мировоззрения больных. Основным видом психотерапии на данном этапе являлись метакогнитивные тренинги, а также поведенческая терапия (поведенческая активация, обучение совладению со стрессом, тайм-менеджмент), проводимые с участием клинического психолога. Необходимо обратить внимание на важность применения у больных с СОРС в психотерапевтических целях религиозных копинг-стратегий.

В настоящем исследовании была использована классификация модифицированная версия копинг-стратегий К. Pargament, Н. Koenig, L. Perez (2000), предложенная К. Pargament (2013). По мнению исследователей [Копейко Г.И. с соавт., 2016] наиболее эффективными религиозными стратегиями, которые могут быть использованы с больными с СОРС при шизофрении являются: 1) религиозные методы сохранения базовых ценностей жизни — консервация традиционных ценностей и смыслов; 2) стратегия социальной поддержки через

религиозную общину; 3) методы религиозного трансформационного копинга — религиозное переосмысление ситуации, переосмысление собственной личности и так называемый объединенный религиозный копинг; 4) религиозная копинг-стратегия обретения эмоционально-комфортного состояния, которое дает религиозная вера (утешение, успокоение, прощение, примирение).

Применение данных стратегий позволяли решить ряд значительных проблем, касательно формирования адекватного отношения к болезни и социальной реадaptации, имели положительное влияние на аффект, создавая тенденции к его выравниванию. Кроме того, по данным ряда авторов [Казьмина О.Ю., 2000; Борисова О.А., 2010; Копейко Г.И. с соавт., 2016] на фоне конфессионально-ориентированной реабилитационной работы отмечалась трансформация поведения больных с выраженными негативными расстройствами в сторону социальной ориентированности, следования нравственным нормам, что способствовало их семейной и социальной адаптации.

На этапе реинтеграции психических функций (III этап становления ремиссии), основными задачами являлись: продолжение оптимизации схемы лекарственной терапии, а также активное вовлечение больных в различные реабилитационные, психообразовательные, психокорректирующие мероприятия. Корректировка терапевтической схемы происходила с учетом типа реинтеграции психических функций. При сохранении депрессивных расстройств для больных с подтипом с преобладанием галлюцинаций общего чувства (1а) и части больных с аффективно-бредовым подтипом (2б), к антипсихотической терапии присоединяли антидепрессанты из группы СИОЗС и СИОЗСиН, реже ТЦА. В частности, чаще всего на данном этапе применялся пароксетин в средней дозировке 20 мг/сут. В случае сохранения неустойчивости аффекта с фазными полярными колебаниями в схему лечения добавлялись нормотимические препараты, чаще всего ламотриджин, или вальпроевая кислота. При развитии ремиссии по деструктивной траектории с явлениями резидуальной психотической симптоматики, характерной для больных с подтипом с преобладанием вербальных псевдогаллюцинаций (1б) и с подтипом с доминированием бреда воздействия (2а) продолжалась коррекция

дозировок антипсихотических препаратов. В этом случае наибольшую эффективность сохраняли атипичные антипсихотики, в частности клозапин в средней дозировке 100 мг/сут. В случаях, когда сохранялся достаточно высокий уровень комплаентности, продолжались психотерапевтические мероприятия, представленные различными методами, среди которых, по данным литературы, наиболее надежным является когнитивно-поведенческий подход [Волель Б.А., 2009].

**На этапе поддерживающей терапии** основной задачей являлось замедление темпа прогрессивности заболевания, предотвращение рецидива, повышение качества ремиссии и достижение высокого уровня социального функционирования. Одной из основных задач данного этапа является сохранение и закрепление достигнутых результатов психотерапевтической коррекции, а также продолжение корректировки схемы лечения с перспективой уменьшения дозировок препаратов до минимально эффективных.

Согласно рекомендациям ВОЗ, длительность приема поддерживающей терапии после перенесенного психотического приступа должна составлять не менее 5 лет при отсутствии повторных приступов [Wunderink L. et al., 2013; Tempier R. et al., 2013], что подтверждается исследователями ФГБНУ НЦПЗ [Цуцельковская М.Я., Каледа В.Г., Олейчик И.В., 2002; Бархатова А.Н., 2005; Каледа В.Г., 2006, 2010].

Такими образом на основании вышеизложенного разработаны основные подходы к терапии пациентов с СОРС при шизофрении:

1. Терапия больных с СОРС при шизофрении должна проводиться в стационарных условиях, что связано с достаточно высокой степенью тяжести психопатологической симптоматики, а также выраженностью специфических форм бредового поведения ввиду чего данные больные представляют определенную опасность, как для себя, так и для окружающих.

2. В качестве основного терапевтического метода воздействия при лечении данных больных на любом из этапов терапии является

психофармакологический, подразумевающий купирование проявлений СОРС в рамках приступа путем назначения антипсихотической терапии.

3. Назначение психофармакологической терапии должно проводиться с учетом типологических особенностей клинической картины СОРС в рамках приступа шизофрении.

4. Терапевтическая стратегия при лечении больных с СОРС должна подразумевать комплексный подход, включающий как психофармакологические, так и психотерапевтические методики с целью создания условий дальнейшей социальной и трудовой реадaptации.

5. Психотерапевтические методы должны учитывать особенности и специфику религиозного мировоззрения больного с СОРС как фактора, не только тесно связанного с патологическим процессом, но и имеющего значительное влияние на социальные и личностные аспекты больного.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Изучение состояний с бредом овладения религиозного содержания (т. н. бред одержимости) до настоящего времени представляется актуальным по ряду аспектов как медицинского, так и культурно-социального характера. Имеются данные о значительной распространённости данных состояний среди больных с шизофренией [Зислин И. М. с соавт., 2017; Getz G.E., 2001; Suhail K. et al., 2003]. Различными исследователями подчеркивался высокий уровень социальной опасности больных с бредом овладения религиозного содержания [Гримсолтанова Р.Э., 2013; Martiniuc G. et al., 2007], а также высокая частота случаев фармакологической резистентности [Бондарев Н.В., 2017; Копейко Г.И. с соавт., 2018; Ventriglio A. et al., 2018]. Сохраняют свою актуальность вопросы изучения взаимоотношения религиозного фактора и эндогенного процесса с бредом одержимости с определением его клинического значения [Пашковский В.Э. с соавт., 2011; Pfeifer S., 1993; Dyga K., 2018].

При анализе литературы, посвященной данной тематике обращает на себя внимание отсутствие единого мнения по ряду значительных вопросов, таких как определение нозологической принадлежности состояний с СОРС, определение их основных и типоспецифических клинико-психопатологических особенностей, выявление дифференциально-диагностических и прогностических критериев, а также разработка адекватных терапевтических стратегий [Каледа В.Г., 2018; Копейко Г.И. с соавт., 2018; Ross C.A. et al., 2011; Obeid T. et al., 2012; Ventriglio A. et al., 2018].

Целью настоящей работы является выявление клинико-психопатологических особенностей синдрома овладения религиозного содержания при шизофрении, установление закономерностей течения, прогностических критериев, разработка методов терапии. Исследование проводилось на базе отдела юношеской психиатрии (руководитель – д. м. н. профессор В.Г. Каледа) группы по изучению особых форм психической патологии (руководитель – к. м. н. Г. И. Копейко)

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» (директор – профессор Т. П. Ключник) с 2018 по 2021 гг.

Всего было изучено 126 больных (из них 55 мужского, 71 женского пола), которые перенесли психотический приступ с синдромом овладения религиозного содержания (F20 по МКБ-10). Средний возраст больных составлял  $22,8 \pm 5,9$  лет. Все указанные больные составили две группы – клиническую (66 больных, 52,4%, обследованы на базе ФГБНУ НЦПЗ в 2018–2021 гг.) и катamnестическую (60 больных, 47,6%, стационарированных в клинику НЦПЗ РАМН (в настоящее время ФГБНУ НЦПЗ) в период с 2000–2010 гг.). Длительность катamnестического наблюдения составила не менее 10 лет (в среднем  $14,8 \pm 4,7$  лет).

При сравнительном анализе клинической и катamnестической групп больных не было выявлено статистически значимых различий ( $p > 0,05$ ) по таким параметрам как: преморбидный склад личности, уровень образования, социальным и трудовым характеристикам, что позволило экстраполировать полученные данные на всю выборку.

Были использованы следующие методы обследования: клинко-психопатологический; клинко-катamnестический; психометрический (PANSS; PSP, Шкала выраженности религиозности Р. Докинза, шкала вектора религиозной ориентации Г. Олпорта); экспериментально-психологический; нейроиммунологический; статистический.

На основании детального исследования собранного материала с последующим структурно-динамическим анализом было сформулировано понятие синдром овладения религиозного содержания (СОРС). Данный синдром расценивается как полиморфное феноменологическое образование и имеет ряд специфических особенностей клинической картины. К подобным следует отнести: психопатологическую гетерогенность; обязательное наличие бредовых расстройств религиозного содержания – в первую очередь бреда овладения религиозного содержания, выступающего в качестве ядра синдрома; высокую частоту встречаемости галлюцинаторных расстройств, среди которых преобладал феномен галлюцинаций общего чувства; проявление аутохтонных аффективных

расстройств. Среди специфических особенностей СОРС следует отметить наличие специфических форм бредового поведения, подразделявшегося, на следующие виды: *аморальное, аутодеструктивное*, включающее *аутоагрессивные поступки и несуицидальную аутодеструкцию* (Wagh A.C., 1986) и *антисоциальное*, включающее *причинение материального ущерба и геретоагрессию* (Змановская Е.В., 2003, 2013). Выявлены случаи нанесения себе тяжких увечий по бредовым соображениям. Так, многие больные по различным мотивам (спасаясь от темной духовной сущности, или находясь под ее воздействием, стремясь искупить не исповеданные грехи, или не дать родиться антихристу) прибегали к резкому ограничению потребления пищи и воды, что нередко принимало угрожающие для жизни масштабы, наносили себе тяжкие физические увечья или наоборот – нападали на окружающих, в том числе и священнослужителей, портили церковное имущество. Представленные формы бредового поведения были описаны у 58 больных (46,0%).

При анализе доманифестного этапа были установлены типоспецифические корреляции между религиозностью и дальнейшими клиническими проявлениями, отмечалось преобладание аутохтонных механизмов возникновения приступов над психогенными и соматогенными. В качестве отличительной особенности становления ремиссии был отмечал продолжительный характер её становления.

Несмотря на достаточно выраженный полиморфизм клинической картины СОРС, при анализе клинко-психопатологических характеристик был выявлен ряд закономерностей, на основании чего были выделены основные типологические разновидности синдрома: 1 тип – галлюцинаторный (64 наблюдения, 50,8%); 2 тип - бредовой (62 наблюдения, 49,2%).

**I тип – галлюцинаторный (64 наблюдения, 50,8%),** отличался доминированием в клинической картине галлюцинаторных и псевдогаллюцинаторных расстройств. При этом бредовые расстройства отличались монотематичностью, чаще всего развивались по интерпретативному механизму. Прочая психопатологическая симптоматика находилась в тесной взаимосвязи с галлюцинаторными и псевдогаллюцинаторными переживаниями и

включала преимущественно явления психических, сенестетических и моторных автоматизмов различной выраженности в рамках синдрома Кандинского-Клерамбо. Несмотря на то, что приступы с I типом зачастую являлись манифестными, возраст их возникновения составлял в среднем  $31,2 \pm 6,7$  года. В ходе клинико-психопатологического анализа было выделено два подтипа: 1а подтип (*с преобладанием галлюцинаций общего чувства*); 1б подтип (*с преобладанием вербальных псевдогаллюцинаций*).

**1а подтип** – *с преобладанием галлюцинаций общего чувства* (33 наблюдения, 26,2% от общей когорты больных). Средний возраст развития приступа при данном подтипе составлял  $33,6 \pm 7,6$  лет, средняя продолжительность –  $9,8 \pm 2,3$  месяцев. Развитие приступа в 90,9% случаев происходило аутохтонно, в 9,1% случаев на фоне психогенной провокации.

Ведущим клиническим проявлением подтипа являлся феномен галлюцинаций общего чувства: больные начинали испытывать ощущение проникновения внутрь их тела «посторонней бесплотной сущности», могли подробно описывать его характер (движение, перемещение по телу, сдавливание или выжигание изнутри, присасывание к внутренним органам). Достаточно быстро, на протяжении около 2-5 дней, спектр галлюцинаторной симптоматики, представленный в основном висцеральным компонентом, расширялся: больные испытывали различные ощущения внутри своего тела, подробно описывая их характер (движение, перемещение по телу, сдавливание или выжигание изнутри, присасывание к внутренним органам), специфически интерпретируя их (воздействие темных сил, бесов, демонов, шайтанов). Бредовые расстройства определялись как галлюцинаторные и характеризовались зависимостью от степени выраженности галлюцинаторных расстройств. Более чем в половине случаев формирование религиозной фабулы одержимости духовной сущностью происходило по механизму озарения. При этом, помимо бреда одержимости, обнаруживались прочие неярко выраженные бредовые идеи религиозного содержания: бредовые идеи греховности, выраженность которых зависела от аффективного статуса больного; элементы бреда порчи и колдовства, в

соответствии с чем больные интерпретировали возникающие ощущения как результат наведения на них проклятий, заклинаний, порчи недоброжелателями.

Следует отметить, что на протяжении приступа в ряде случаев отмечался феномен диссоциации между психопатологической симптоматикой и внешне правильным поведением, на фоне чего больные сохраняли трудоспособность, а также адекватное социальное функционирование.

Бредовое поведение при данном подтипе было выражено не столь значительно, как при других подтипах и определялось преимущественно бредовыми высказываниями, которые не реализовывались в конкретные действия, представляющие опасность для больных или окружающих.

На этапе становления ремиссии (средняя продолжительность  $7,3 \pm 4,1$  месяцев) во всех случаях отмечался литический вариант редукции ведущей психотической симптоматики, которая в основном носила альтернирующий характер. Развивающиеся депрессивные расстройства определялись, как правило, позитивной аффективностью. Дальнейшее становление ремиссии характеризовалось тоскливо-депрессивными проявлениями в основном легкой степени выраженности, которые сопровождалось нестойкими нарушениями сна по типу трудностей засыпания, частых пробуждений среди ночи. Следует отметить, что среди больных данной когорты отмечался наиболее высокий уровень социальной и трудовой адаптации.

**16 подтип** – с преобладанием вербальных псевдогаллюцинаций (31 наблюдение, 24,6%). Средний возраст больных при манифестации приступа с СОРС –  $28,9 \pm 5,8$  лет, его продолжительность составляла в среднем  $9,6 \pm 2,8$  месяца. Следует отметить, что в большинстве случаев (20 наблюдений, 64,5%) приступы с данным подтипом являлись повторными, при этом в 48,4% предшествующие приступы не имели религиозного контекста. В 68,8% развитие приступа наступало по аутохтонным механизмам, в 25,0% - после соматогении, а в 6,3% на фоне психогенной провокации.

Манифестация психотического состояния наступала, как правило, остро, на фоне существующей бредовой настроенности. Главным проявлением в

клинической картине описываемого подтипа являлись массивные псевдогаллюцинаторные расстройства, которые по мере развития приступа вплетались в существующие параноидные образования, в значительной степени направляя их [Вертоградова О. П., 1969]. Вербальные псевдогаллюцинации отличались яркостью, множественностью, большой эмоциональной насыщенностью, оформляемостью, формировались из целых фраз, меняющихся диалогов, беседы, напрямую относящихся к больному. Зачастую больной слышал два или несколько «голосов», имеющих характер диалога, т. е. слуховые галлюцинации имели поливокальный характер (по Кузюковой А. А., 2007). Зрительные псевдогаллюцинации в первую очередь были представлены всплывающими образами совершения ужасающих больного событий. Как и при вербальном псевдогаллюцинозе, зрительные псевдогаллюцинации всегда носили религиозную окраску.

Синдром Кандинского-Клерамбо определялся преимущественно идеаторными автоматизмами, которые тесно переплетались с псевдогаллюцинаторными расстройствами, получая «озвученность» за счет голосов. Развитие психических автоматизмов происходило последовательно: нарастание нарушений мышления в виде ментизма, шперрунгов, ощущение чужеродности мыслей, возникновение феномена звучания собственных мыслей с последующей трансформацией в собственно психические автоматизмы.

Характерной особенностью данного подтипа являлись специфические проявления феномена галлюцинаций общего чувства, и чаще всего, выражались в различных ощущениях в области половых органов: от прикосновений к гениталиям до полноценного полового акта.

Бредовые расстройства развивались преимущественно по механизмам чувственного бреда, с феноменом «озарения», отличались политематичностью, проявляясь не только бредом одержимости, характерного для изучаемого синдрома, но и прочих бредовых расстройств, как например, бреда греховности, порчи и колдовства, а также бредовых идей с нерелигиозной фабулой.

Бредовое поведение у больных с данным подтипом было более выражено, чем у больных с 1а подтипом. Характерной особенностью поведения для данных больных являлась склонность аутоагрессии в виде нанесения себе телесных повреждений, причем не по суицидальным мотивам, а с целью борьбы с воздействующими на них демоническими силами.

Становление ремиссии при данном подтипе (средняя продолжительность  $5,5 \pm 4,1$  месяцев) включали в себя литический вариант редукции психотической симптоматики, при котором целостное психотическое расстройство распадалось на отдельные симптомы болезни, приобретая всё более фрагментарный характер. Была характерна достаточно медленная дезактуализация психотических переживаний с постепенным разрушением бредовой системы. Депрессивные расстройства, которые носили в основном характер негативной аффективности, характеризовались астено-дисфорической симптоматикой, определяясь явлениями психоэмоциональной хрупкости, с явлениями «моральной ипохондрии», ангедонией, в сочетании выраженными когнитивными и эмоционально-волевыми расстройствами примерно в трети случаев (5 больных, 31,3%).

**II тип – бредовой (62 наблюдения, 49,2%),** определялся доминированием в клинической картине расстройств бредового спектра. В целом клиническая картина приступа при данном типе отличалась остротой, полиморфизмом проявлений, высокой социальной опасностью. Бредовые расстройства отличались смешанным механизмом бредообразования, политематичностью. Возраст манифестации приступа II типа в среднем приходился на  $25,9 \pm 4,8$  лет. В ходе клинико-психопатологического анализа больных со II типом были выделены следующие подтипы: 2а подтип (*с доминированием бреда воздействия*); 2б подтип (*аффективно бредовой*).

**2а подтип – с доминированием бреда воздействия (26 наблюдений, 20,6%).** Данные приступы манифестировали в среднем в возрасте  $25,7 \pm 3,9$  лет, по длительности относились к разряду затяжных, превышая 12 месяцев (в среднем  $16,4 \pm 5,8$  месяцев). В 80,0% случаев отмечались аутохтонные механизмы развития приступа, в 20,0% — после соматогенной провокации.

К моменту манифестации приступа отмечалось нарастание немотивированной тревоги, формировалась диффузная подозрительность, возникали различные предположения относительно необычности поступков окружающих. Характерно, что интенсивность описанных переживаний менялась (либо увеличивалась, либо уменьшалась) во время соблюдения религиозных обрядов: чтение молитв, посещение церковных служб, посещение храмов, мечетей, общение со священнослужителями. Постепенно происходила кристаллизация бредовой фабулы, которая имела религиозную направленность.

Бредовые расстройства при данном подтипе в значительной степени отличались политематичностью. В качестве отличительной особенности данного подтипа была установлена политематичность религиозных и архаических форм бреда: бреда греховности (8 наблюдений, 53,3%), бреда порчи и колдовства (6 наблюдений, 40,0%), эсхатологического бреда (3 наблюдения, 20,0%), бреда мессианства (4 наблюдения, 26,7%). Больные утверждали, что подвержены влиянию демонических сил в связи с наведением на них проклятия от священнослужителей, колдунов, или в связи с наказанием за неисповеданные грехи. Характерно было также наличие в ряде случаев бредовых расстройств без религиозной фабулы, которые сосуществовали с религиозными бредовыми построениями. Среди подобных форм бреда выделялись персекуторный бред (5 наблюдений, 33,3%), бред отравления (4 наблюдения, 26,7%), бред ревности (2 наблюдения, 13,3%), бредовые идеи отношения (3 наблюдения, 18,8%), элементы бреда инсценировки (4 наблюдения, 26,7%).

Постепенно, в течение 3–4 месяцев картина психоза начинала определяться развернутой симптоматикой синдрома Кандинского-Клерамбо, в рамках которого преобладала симптоматика идеаторных и кинестетических автоматизмов. В динамике развития кинестетических автоматизмов отмечались определенные закономерности: вначале возникали несвойственные ранее порывы к действиям, импульсивные влечения, которые больные трактовали как результат воздействия злых духов, либо как результат колдовства, или порчи, однако достаточно быстро

(в течение нескольких дней) эти явления приобретали характер тотальности, когда больные не могли контролировать свои движения.

Галлюцинаторная и псевдогаллюцинаторная симптоматика была выражена слабо и определялась преимущественно феноменом галлюцинаций общего чувства (9 наблюдений, 60,0%), который был представлен патологическим ощущением внешнего воздействия в виде прикосновений к различным частям тела (в том числе, к половым органам, при этом не доходя до уровня сексуального насилия), укусов, уколов. Данный феномен был тесно связан с бредовыми расстройствами, однако не определял клиническую картину состояния. В 33,3% случаев был выявлен феномен звучания собственных мыслей и отдельные невыраженные вербальные псевдогаллюцинации.

Специфические формы бредового поведения наблюдались в 80,0% случаев и характеризовались значительной выраженностью и brutality проявлений, что являлось одной из отличительных особенностей данного подтипа. Зачастую отмечалась склонность к гетероагрессии (30,8%) и нанесению материального ущерба (34,6%), что выражалось в таких поступках как сжигание одежды и документов, нанесения ущерба имуществу храмов, мечетей, попытке нападения на священнослужителей, вступление в драки со случайными прохожими на улице, с прихожанами храма.

На этапе становления ремиссии редукция бредовых расстройств носила альтернирующий характер: на фоне уменьшения выраженности психотических расстройств отмечались кратковременные периоды их эскалации. Развивающиеся в дальнейшем депрессивные расстройства по типу негативной аффективности были представлены астено-апатической симптоматикой с явлениями девитализации, ангедонией, нарастающей пассивностью, выраженными когнитивными нарушениями. Средняя продолжительность периода становления ремиссии у больных с данным подтипом составила  $7,9 \pm 3,4$  месяцев.

**26 подтип** – *аффективно-бредовой*, (36 наблюдений, 28,6%). Данные приступы развивались в среднем в возрасте  $26,2 \pm 5,6$  лет, по длительности

относились к разряду затяжных, зачастую превышая 12 месяцев (в среднем  $15,3 \pm 5,2$  месяцев).

Клиническая картина на этапе манифестации приступа отличалась полиморфизмом и остротой. Отмечалось одновременное существование явлений бредового восприятия и многочисленных интерпретаций. Происходящим вокруг событиям придавалось особое значение, они приобретали определенное содержание и смысл, происходило формирование бредовой фабулы, которое отличалось религиозным содержанием. Имел место смешанный механизм бредообразования, который сочетал как чувственный, так и интерпретативный компонент. Следует отметить, что содержание бреда прямо коррелировало с полюсом аффекта. Так, типичные для синдрома овладения религиозного содержания бредовые идеи одержимости бесами, демонами, шайтаном и прочими негативными духовными сущностями проявлялось при доминировании депрессивного аффекта. В то же время, когда аффект изменялся до гипоманиакального или маниакального уровней (в 46,2% 6 наблюдений) возникали явления бреда одухотворенности (термин был предложен академиком А. С. Тигановым), при котором больные были уверены в том, что сущность, владеющая их разумом, душой и телом является положительной, даже святой. Подобный феномен среди всех наблюдений чаще всего встречался при данном подтипе.

В дальнейшем в клинической картине начинали отмечаться бредовые идеи антагонистического содержания, зачастую мегаломанических масштабов, что характерно для парафренного синдрома. Достаточно часто возникали идеи эсхатологического содержания, сочетающиеся с бредом мессианства. Помимо бредовых расстройств для данного подтипа были характерны проявления тотального синдрома овладения Кандинского-Клерамбо, где на первый план выступали идеаторные автоматизмы, а также в ряде случаев кататоно-онейроидные включения.

Бредовое поведение при данном подтипе характеризовалось аутоагрессивным поведением с суицидальными тенденциями. Среди больных данного подтипа описаны случаи намеренного самоотравления бытовыми

химическими средствами, попытка отравиться ядовитым растением, стремление зарезать себя кухонным ножом, проделать в голове дырку с помощью перфоратора.

На этапе становления ремиссии в 69,2% отмечался литический вариант редукции психотической симптоматики с постепенным формированием критического отношения к пережитому состоянию. Депрессивные расстройства были представлены как вариантом с негативной аффективностью (53,8%), так и явлениями позитивной аффективности (46,2%). Постприступные депрессии с негативной аффективностью были представлены в основном астено-дисфорическим вариантом с выраженным дисфорическим компонентом и витальными нарушениями. Депрессии с позитивной аффективностью определялись меланхолической симптоматикой с чувством тоски, идеями самообвинения, эпизодами тревоги с обострением риска суицидальных тенденций. Длительность данного этапа была различной и в среднем составляла  $8 \pm 2,8$  месяцев.

В результате проведенного исследования с использованием экспериментально-психологических и лабораторных методик, выявлен ряд особенностей дифференциально-диагностической сравнительной оценки влияния патогенетических факторов на клинико-психопатологические характеристики синдрома.

В рамках экспериментально-психологического обследования и дальнейшего сравнительного патопсихологического анализа когнитивной сферы установлены существенные различия в структуре и динамике когнитивных нарушений в зависимости от выделенных типов СОРС, дифференцированных по ведущим психопатологическим расстройствам.

При анализе результатов патопсихологического обследования на этапе становления ремиссии были выявлены статистически значимые различия ( $p < 0,05$ ) по степени искажения когнитивных функций между больными с I (*галлюцинаторным*) и II (*бредовым*) типами. Для психометрической оценки, в соответствии подходом разработанным M.F.Green M.F. с соавт. (2000) и G.Foussias, G.Remington, (2010), для анализа выраженности расстройств мышления были отобраны следующие параметры шкалы PANSS: П-1, П-2, П-5, П-

б, суммарный балл по субшкале позитивных расстройств; Н-3, Н-4, Н-5, Н-6, суммарный балл по субшкале негативных расстройств; О-8, О-9, О-12, О-15, суммарный балл по субшкале общепсихопатологических расстройств, суммарный общий балл по всей шкале PANSS. Были выявлены статистически значимые различия ( $p < 0,05$ ) практически по всем исследуемым параметрам шкалы, за счёт более выраженной симптоматики у больных со II типом СОРС. Это подтверждает результаты проведенного патопсихологического исследования, и свидетельствует, о более выраженном искажении функций когнитивной сферы у больных с доминированием бредовых расстройств в клинической картине (II тип).

При исследовании закономерностей течения и исходов шизофрении с различными типами СОРС в структуре, применялся клинико-катамнестический метод. При дальнейшем сравнительном анализе полученных данных были установлены статистически значимые ( $p < 0,05$ ) типоспецифические различия по ряду характеристик течения заболевания.

В ходе сравнительного анализа продолжительности инициального этапа у больных с I и II типами были выявлены статистические различия ( $p < 0,05$ ). Так, I типе чаще всего (43,8%) продолжительность инициального этапа составляла менее 2 лет, тогда как при II типе продолжительность инициального этапа составляла преимущественно 5 и более лет (46,8%). Наибольший удельный вес при обоих типах занимал аффективный вариант инициального этапа (39,1% от числа наблюдений I типа; 56,5% от числа наблюдений II типа). Следует отметить, что у ряда больных (9,4% от числа наблюдений I типа; 11,3% от числа наблюдений II типа) в структуре аффективных состояний, как депрессивного так и маниакального полюса встречались проявления симптомокомплекса метафизической интоксикации с формированием у них сверхценного религиозного мировоззрения [Щуцельковская М.Я., 2008; Копейко Г.И., Олейчик И.В., 2012]. Кроме того, при I типе отмечалось преобладание неврозоподобного инициального этапа (18,7%), тогда как у больных со II типом наибольший удельный вес занимали психопатоподобная разновидность инициального этапа (25,8%). При 1a подтипе инициальный этап продолжался от полугода до 4 лет, при этом в

продолжительность менее двух лет встречалась в 30,3% случаев. Данный этап характеризовался усугублением аффективных расстройств, которые при данном подтипе были представлены в основном циклотимоподобными колебаниями аффекта в виде стертых тоскливо-апатических, адинамических, дисфорических депрессий без существенных нарушений сна и аппетита. Среди нарушений в идеаторной сфере отмечались трудности концентрации внимания. При 1б подтипе инициальный этап продолжался в основном от 2 месяцев до 2 лет и был представлен преимущественно аффективной разновидностью, выражающейся усугублением аффективных расстройств, а также психопатоподобной разновидностью, характеризующейся склонностью к асоциальным поступкам, промискуитету, употреблению алкогольных напитков и психоактивных веществ. Инициальный этап у больных с 2а подтипом расценивался, скорее, как затяжной (от 1,5 до 4 лет) и был представлен в основном аффективной и психопатоподобной разновидностями. Среди клинических проявлений отмечалось усиление интенсивности аффективных колебаний, с преобладанием тревожно-тоскливых депрессий и психопатоподобных расстройств, проявляющихся сексуальной расторможенностью, алкоголизмом, наркоманией. При 2б подтипе инициальный этап приступа протекал достаточно длительно (от года до 7 лет), имел затяжной, зачастую подострый характер, в большинстве случаев (88,5%) характеризуюсь аффективной симптоматикой. Во всех случаях отмечалась выраженная нестабильность аффективного фона, представленная в основном атипичными расстройствами депрессивного полюса. Характерно было также усиление интенсивности психопатоподобных расстройств.

При анализе преморбидной структуры личности наибольший удельный вес среди обоих типов синдрома составлял шизоидный склад личности (61,9%). Среди разновидностей шизоидного склада личности, чаще всего встречались сензитивные шизоиды (27,0%), причем за счет наблюдений I типа, что подтверждалось статистически ( $p < 0,05$ ). При 1а подтипе преморбидно преобладали больные сензитивного шизоидного (36,4%) или мозаичного (30,3%) складов личности. 1б подтип включал в себя преимущественно сензитивных (41,9%) и стеничных

(22,6%) шизоидов. Для II типа синдрома наибольшим удельным весом обладали больные с психастеническим складом (19,4%), а также стеничные шизоиды (21,0%). При 2а подтипе чаще всего встречались лица шизоидного склада (46,2%), среди которых преобладали сензитивные личности (19,2%), следующими по частоте встречаемости занимали психастенические личности (38,5%). При 2б среди шизоидов (66,7%) чаще встречались личности стеничного полюса (30,6%). Кроме того, достаточно часто встречались мозаичные личности (13,9%).

Результаты изучения закономерностей течения и исходов СОРС, проведенного с помощью клинико-катамнестического метода, позволили выявить общие закономерности по ряду параметров.

Среди разновидностей течения наибольшим удельным весом среди обоих типов являлся прогрессивный тип (50,0%). Следующей по частоте встречаемости было течение типа «клише» (25,0%). Переход в непрерывное течение отмечался в 15,0%. На протяжении катамнестического наблюдения профессиональный рост был выявлен лишь в 11,5%. В половине случаев среди всех больных на протяжении катамнестического наблюдения отмечалось снижение трудоспособности (50,0%). К моменту катамнестического обследования ремиссии отмечались у 51 пациента (85,0% от числа наблюдений катамнестической группы). Наибольшим удельным весом среди них обладали вариант с *резидуальными галлюцинаторно-бредовыми расстройствами* (50,9%), и *тимопатический вариант* (27,8%).

Для полноценного комплексного анализа исхода заболевания на момент катамнестического обследования применялась интегративная оценка, разработанная В. Г. Каледой (1998, 2010), в соответствии с которой выделялись следующие градации исхода: "*благоприятный*", "*относительно благоприятный*", "*относительно неблагоприятный*" и "*неблагоприятный*". "*Благоприятный*" исход, соответствующий понятию "*выздоровление/восстановление*" (recovery) [Davidson L., et al., 2008; Leucht S., 2014] характеризовался отсутствием негативных расстройств или незначительной степенью их выраженности и полноценной социальной и трудовой адаптацией, отмечался в 21,7%. "*Относительно благоприятный*" исход, соответствующий понятию «неполного выздоровления»

(partial recovery) [Harrison I. et al., 2008; Del-Monte J. et al. 2013], характеризовался незначительной выраженностью негативных расстройств и постепенным восстановлением прежнего уровня социальной и трудовой адаптации, был выявлен в 30,0% случаев. *"Относительно неблагоприятный"* исход был представлен отчетливыми изменениями личности и выраженной социально-трудовой дезадаптацией, в ряде случаев доходящей до уровня полной утраты трудоспособности, выявлялся в 35,0%. *"Неблагоприятный"* исход отличался выраженными негативными расстройствами, стойкой социальной дезадаптацией и утратой трудоспособности, встречался в 13,3%.

При 1а подтипе (с преобладанием галлюцинаций общего чувства) течение заболевания по типу «клише» (45,5%) и одноприступное течение являлись наиболее распространёнными. В большинстве случаев (54,5%) отмечалась выраженность негативных расстройств, представленных невыраженными нарушениями эмоционально-волевой сферы, рассматривалась как сомнительная (8–14 баллов по негативной субшкале PANSS). Ремиссии при данном подтипе относились к синдромальным, в целом имели благоприятный характер, и были представлены астеническим (40,0%), стеническим (10,0%) и псевдопсихопатическим (20,0%) вариантами. На момент катамнестического исследования выявлялся сравнительно высокий уровень социальной и трудовой адаптации, а также наиболее короткий период длительности нелеченого психоза ( $9,3 \pm 3,2$  недели). Так, наибольший удельный вес занимали больные, сохранившие трудоспособность на исходном уровне (36,4%). Данный подтип приступов оказался единственным, где пациенты продемонстрировали профессиональный рост (22,2%). Среди исходов преобладали "благоприятные", отмечавшиеся в 63,6% и "относительно благоприятные", выявленные в 27,3%. Таким образом, течение заболевания с 1а подтипом оказалось наименее прогрессивным, в сравнении с другими подтипами.

К основным характеристикам, отражающим закономерности течения и исхода 1б подтипа следует отнести достаточно высокую долю больных (60,0%) с прогрессивным типом течения шизофрении. Негативные расстройства были

слабовыраженными (15–21 баллов по негативной субшкале PANSS) и так же, как при 1а подтипе, были представлены нарушениями эмоционально-волевой сферы. Выявлено преобладание симптоматических ремиссий низкого качества, представленных в основном резидуальными галлюцинаторно-бредовыми расстройствами (41,6%). На этом фоне чаще всего отмечалось снижение уровня трудоспособности (46,7%), что в ряде случаев на фоне нарастания выраженности описанных расстройств приводило к полной стойкой утрате (20,0%), однако в 33,3% наблюдений трудоспособность удавалось сохранить на прежнем уровне. Исходы заболевания при данном подтипе чаще всего расценивались как *"относительно благоприятные"* (40,0%), относительно неблагоприятные (26,7%).

При 2а подтипе практически во всех случаях течение заболевания расценивалось как прогрессивное (92,3%). Негативные расстройства неуклонно нарастали на протяжении всего периода наблюдения и в 38,5% определялись как сильно выраженные (22–28 баллов по негативной субшкале PANSS). Среди более половины наблюдений (53,8%) отмечалось снижение уровня трудоспособности. В 46,2% случаев трудоспособность была стойко утрачена с последующей необходимостью оформления II или I группы инвалидности по психическому заболеванию. В ходе наблюдения установлено формирование в основном симптоматических ремиссий низкого качества, характеризующихся сохранением резидуальной галлюцинаторно-бредовой симптоматики (76,9%). Интегративная оценка исхода заболевания с данным подтипом в подавляющем большинстве случаев была «неблагоприятной» (46,2%).

При 2б подтипе течение заболевания было преимущественно прогрессивным (42,9%), однако помимо этого были описаны больные с течением типа "клише" (28,6%), а в 23,8% течение заболевания принимало непрерывный характер. Негативные расстройства в 42,9% наблюдений имели умеренную выраженность (15–21 баллов по негативной субшкале PANSS). Сильная степень выраженности негативных расстройств (22–28 баллов по негативной субшкале PANSS) отмечалась у 20% больных с 2б подтипом. Ремиссии отличались низким качеством и в практически в половине случаев определялись вариантом с

резидуальными галлюцинаторно-бредовыми расстройствами, тогда как среди остальных больных с 2б подтипом ремиссии определялись тимопатическим вариантом. Трудоспособность большинства больных (61,9%) была снижена, однако в ряде случаев (38,1%), несмотря на прогрессивность болезни отмечалось сохранение прежнего уровня работоспособности, а также сравнительно невысокий уровень социальной дезадаптации. При большей распространенности "относительно неблагоприятного" варианта исхода заболевания (52,4%), необходимо принять во внимание, что в 38,1% наблюдений исход расценивался как "относительно благоприятный".

На основе сопоставления полученных данных при каждом из выделенных типов СОРС были установлены их статистически значимые различия ( $p < 0,05$ ), касающиеся закономерностей дальнейшего течения и исхода заболевания. При этом наиболее благоприятные разновидности течения и исхода заболевания установлены при I типе СОРС (*галлюцинаторном*), а наиболее неблагоприятные — при II типе СОРС (*бредовом*).

В ходе работы была исследована религиозность больных на доманифестном этапе и на этапе катamnестического обследования. Определения вектора религиозной ориентации проводилось с использованием по одноименной шкалы Г.Олпорта (1968), оценка выраженности религиозности проводилась посредством интерпретации результатов уровня религиозности по шкале Р. Докинза (2014). В ходе исследования были выявлены типоспецифические статистически значимые различия ( $p < 0,05$ ), рассмотренные ниже.

При сравнительном анализе религиозности у больных I и II типов были выявлены статистически значимые различия ( $p < 0,05$ ) между типами на доманифестном этапе, а также в ходе катamnестического исследования. Так, на доманифестном этапе религиозными были более половины больных (в 50,0% религиозная направленность была внешней, в 21,2% — внутренней). При этом, среди религиозных больных в 33,3% выявлялись слабые теисты, в 15,2% обычные, а в 13,36% — убежденные. Следует отметить, что 10,3% больных относились к убежденным атеистам, для которых было характерно полное отсутствие влияния

религиозного фактора на образ жизни, а в ряде случаев — негативное отношение к религии в целом. В ходе катamnестического исследования, на этапе ремиссии, в целом отмечался рост удельного веса больных с внутренней религиозной направленностью (29,4%), а также увеличение количества обычных (27,5%) убежденных (25,5%) и слабых (23,5%) теистов. При этом доля убежденных атеистов была значительно меньше ( $p < 0,05$ ) по сравнению в доманифестным этапом и составляла 2,0%.

Группа больных I типа СОРС характеризовалась преобладанием на доманифестном этапе лиц, причисляющих себя к теистам, придерживающихся определенному вероисповеданию, причем зачастую уровень их религиозности колебался в пределах от «убежденных» до «обычных». Агностики и атеисты, различных степеней среди представителей группы I типа СОРС встречались достаточно редко.

Больные из группы II типа СОРС на доманифестном этапе зачастую относили себя к атеистам различной степени выраженности, либо характеризовались как теисты преимущественно легкой степени выраженности религиозности и с существенным преобладанием внешней направленности религиозной ориентации.

При оценке религиозного фактора по обозначенным критериям на момент катamnеза, больные с I типом СОРС чаще всего сохраняли прежний вектор религиозной ориентации, а также достаточно высокую степень выраженности религиозности, которая в целом соответствовала понятию гармоничной религиозности (Фролов Б. С., 1982). Больные со II типом, у которых приход к вере был во многом связан с влиянием психопатологического фактора, на этапе катamnестического наблюдения имели лабильную выраженность религиозности, определяемую уровнем, степенью и содержанием резидуальной психотической и субпсихотической симптоматики. При этом религиозность у данных больных неизбежно приобретала черты патологической. Во время редукции патологической симптоматики отмечалась постепенная нивелировка религиозности, а затем снижение выраженности религиозности в целом, возвращение к секулярным взглядам.

Полученные результаты дают основание к рассмотрению представленных параметров особенностей религиозности у больных в рамках особенностей типоспецифического развития клинической картины приступа шизофрении с СОРС и доказывают значимость исследования религиозного фактора, что подтверждает позиции ряда исследователей [Peters E. et al., 1999; Siddle R., 2002].

В данном исследовании были выявлены специфические критерии изменения нейроиммунологических характеристик для сравнительной оценки прогноза течения заболевания. Было установлено, что пациенты с СОРС, находящиеся как на активном этапе течения заболевания, так и в стадии ремиссии, значительно не различались по уровню активации иммунной системы, что обосновывало необходимость продолжения активной фармакологической терапии. Были выявлены специфические иммунотипы СОРС, которые определялись по совокупности анализируемых иммунных показателей (уровню активации иммунной системы), взаимосвязанных с клинко-психопатологическими типологическими разновидностями и степенью тяжести синдрома. Наиболее неблагоприятным клинической разновидностью (по комплексу иммунологических показателей) являлся II (*бредовой*) тип СОРС. Также выявлена иммунологическая гетерогенность различных клинических подтипов СОРС, ассоциированная с различными особенностями воспалительного ответа (по активности протеолитической системы воспаления). Наиболее высокая активность этой системы в сочетании с аутоиммунным компонентом к нейроантигену S-100B была характерна для 2a подтипа СОРС. В ходе исследования динамики заболевания были определены основные иммунные маркеры, которые могут выступать в роли дополнительных прогностических показателей, а также в качестве критериев объективной оценки тяжести клинического состояния больных на различных этапах течения заболевания. Выявленные клинко-биологические закономерности не являлись специфическими для СОРС и наблюдались также при других галлюцинаторно-бредовых состояниях в рамках шизофрении.

В ходе дальнейшего исследования были определены основные подходы к назначению терапии для больных с СОРС при шизофрении. Установлено, что

терапия должна проводиться преимущественно в стационарных условиях, что связано с достаточно высокой степенью тяжести психопатологической симптоматики, а также выраженностью специфических форм бредового поведения ввиду чего данные больные представляют определенную опасность, как для себя, так и для окружающих. В качестве основного терапевтического метода воздействия при лечении данных больных на любом из этапов терапии являлся психофармакологический метод. Назначение ПФТ проводилось с учетом типологических разновидностей СОРС в рамках приступа шизофрении.

Терапевтическая стратегия при лечении больных с СОРС подразумевала комплексный подход, включающий как психофармакологические, так и психотерапевтические методики с целью создания условий дальнейшей социальной и трудовой реадaptации. Психотерапевтические методы учитывали особенности и специфику религиозного мировоззрения больных с СОРС как фактора, не только тесно связанного с патологическим процессом, но и имеющего значительное влияние на социальные и личностные аспекты больного. В настоящем исследовании была использована классификация модифицированной версии копинг-стратегий К. Pargament, Н. Koenig, L. Perez (2000), предложенная К. Pargament (2013). Наиболее эффективными религиозными стратегиями, которые могут быть использованы для больных с СОРС при шизофрении оказались: 1) религиозные методы сохранения базовых ценностей жизни — консервация традиционных ценностей и смыслов; 2) стратегия социальной поддержки через религиозную общину; 3) методы религиозного трансформационного копинга — религиозное переосмысление ситуации, переосмысление собственной личности и так называемый объединенный религиозный копинг; 4) религиозная копинг-стратегия обретения эмоционально-комфортного состояния, которое дает религиозная вера (утешение, успокоение, прощение, примирение).

Их использование способствовало формированию адекватного отношения к болезни и социальной реадaptации, имело положительное влияние на аффект, создавая тенденции к его выравниванию. Была расширена данная группа исследователей [Казьмина О.Ю., 2000; Борисова О.А., 2010; Копейко Г.И. с соавт.,

2016] о ценности конфессионально-ориентированной реабилитационной работы в рамках социальной реадaptации путем трансформации поведения больных с выраженными негативными расстройствами в сторону социальной ориентированности и следования нравственным нормам.

Была изучена значимость параметра длительности нелеченого психоза и его связь с уровнем социального функционирования на момент катамнестического обследования, определяемого по психометрической методике с использованием шкалы PSP. Была выявлена обратная корреляционная зависимость между данными параметрами для I типа ( $r=0,53$ ,  $p<0,01$ ) и для II типа ( $r=0,39$ ;  $p<0,05$ ), что в целом согласовывается с общими представлениями о течении эндогенного процесса [Попович У.О., 2020; Голубев С.А., 2020; Омельченко М.А., 2021] и данными о том, что увеличение длительности нелеченого состояния коррелирует с уменьшением уровня социального функционирования и интегративной оценкой исхода заболевания [Kua J. et al., 2003; Krause M. et al., 2018].

В целом, результаты, полученные в настоящем исследовании, позволяют более четко дифференцировать патологические состояния с религиозным контекстом при шизофрении. Впервые было выделено такое самостоятельное психопатологическое образование как синдром овладения религиозного содержания при шизофрении. Описанные клинико-психопатологические характеристики и типологическая дифференциация данного синдрома позволяют ответить на ряд вопросов, возникающих в настоящее время в рамках проблем дифференциальной диагностики, определения закономерностей течения шизофрении с СОРС. Были определены специфические для данного синдрома терапевтические стратегии, как на этапах стационарного лечения, так и на этапе амбулаторного наблюдения. Следует отметить, что терапевтические стратегии включали не только психофармакологическое вмешательство, но и комплекс конфессионально-ориентированных реабилитационных мероприятий, значимость которых подчеркивали некоторые исследователи [Копейко Г. И. с соавт., 2018; Chiu S.N., 2000; Spittles B., 2020].

Полученные в ходе работы данные подтверждают высокую степень социальной опасности больных с бредовыми расстройствами религиозного содержания, на которую указывали некоторые современные исследователи [Гримсолтанова Р. Э., 2013; Reeves R.R., Liberto V., 2006; Martiniuc G., Trifina A., 2007].

Выделенные особенности психопатологической картины и характеристики течения заболевания, в рамках которого развивался данный синдром, в целом соответствуют имеющимся в литературе данным о закономерностях течения шизофрении [Каледа В.Г., 2010; Голубев С.А., 2020; Moreno-Küstner V. et al., 2018, Jordan G. et al. 2018; Wu G. et al., 2019], а также во многом сходятся с позициями исследователей, занимавшихся вопросами религиозной психопатологии [Пашковский В.Э., 2010; Копейко Г. И. с соавт., 2016; Каледа В.Г. с соавтр., 2017; Ventriglio A., 2018] и отражают более неблагоприятное течение шизофрении при наличии бредовых расстройств религиозного содержания, включая бред одержимости, в связи с высокой частотой специфических форм бредового поведения с аутоагрессивными и гетероагрессивными поступками [Гримсолтанова Р.Э., 2012, Змановская Е.В., 2013].

## ВЫВОДЫ

1. Синдром овладения религиозного содержания (СОРС) при шизофрении характеризуется выраженной гетерогенностью, полиморфизмом психопатологических проявлений с доминированием бреда одержимости, галлюцинаций общего чувства и вербальных псевдогаллюцинаций, высокой представленностью других бредовых расстройств религиозного и архаического содержания (конца света, мессианства, греховности, порчи и колдовства), различным механизмом бредообразования, аффективными расстройствами, синдромом Кандинского-Клерамбо, наличием как выраженной диссоциации между массивной психопатологической симптоматикой и внешне правильным поведением, так и специфического бредового поведения, с формированием патологической религиозности.

2. При типологической дифференциации изученных состояний наиболее адекватным оказалось их разграничение по ведущим и первичным психопатологическим расстройствам, что позволило выделить *галлюцинаторный* (I тип) и *бредовой* (II тип) типы СОРС.

2.1. I тип характеризовался преобладанием в клинической картине галлюцинаций общего чувства и вербальных псевдогаллюцинаций религиозного содержания. Средний возраст развития данных приступов –  $31,2 \pm 6,7$  лет, более чем в половине случаев они являлись манифестными. Выделены подтипы с преобладанием галлюцинаций общего чувства (1а подтип) с преобладанием псевдогаллюцинаций (1б подтип).

2.1.1. 1а подтип характеризовался доминированием в клинической картине феномена галлюцинаций общего чувства (81,8%) при незначительной выраженности иной симптоматики. Продолжительность периода становления ремиссии -  $7,3 \pm 8,1$  месяцев.

2.1.2. 1б подтип характеризовался доминированием вербальных псевдогаллюцинаций религиозного содержания, преимущественно императивного характера в структуре синдрома Кандинского-Клерамбо у всех представленных

больных. Кроме того, в 43,8% отмечались зрительные псевдогаллюцинации и феномен галлюцинаций общего чувства. Продолжительность периода становления ремиссии -  $5,5 \pm 4,1$  месяцев.

**2.2.** II тип характеризовался преобладанием в клинической картине бреда овладения религиозного содержания в сочетании с другими бредовыми идеями религиозного и нерелигиозного характера. Кроме того, клиническая картина отличалась остротой, полиморфизмом проявлений, высокой социальной опасностью. Чаще всего данные приступы являлись повторными, средний возраст его манифестации –  $25,9 \pm 4,8$  лет. Выделены подтипы *с доминированием бреда воздействия* (2а подтип) и *аффективно-бредовой* (2б подтип):

**2.2.1.** 2а подтип характеризовался доминированием бредовых идей воздействия религиозного содержания в сочетании с бредом греховности (53,3%), порчи и колдовства (40,0%), эсхатологического (20,0%), мессианства (26,7%), наибольшей выраженностью специфических форм бредового поведения (80,0%). Средняя продолжительность периода становления ремиссии -  $7,9 \pm 3,4$  месяцев.

**2.2.2.** 2б подтип характеризовался тесной взаимосвязью аффективных расстройств с бредовыми идеями религиозного содержания и выраженным полиморфизмом иных психопатологических расстройств. В 46,2% возникали явления бреда одухотворенности, антагонистический бред (30,8%), явления бредовой деперсонализации (23,1%), которая в ряде случаев доходила до бреда метаморфозы (9,1%). Средняя продолжительность периода становления ремиссии -  $5,2 \pm 2,4$  месяцев

**3.** При анализе условий формирования СОРС и изучении закономерностей течения шизофрении с данным синдромом, выявлена высокая частота синдрома «метафизической интоксикации» религиозного содержания на инициальном этапе заболевания (57,9%), доминирование прогрессивного течения (50,0%) и течения по типу «клише» (25,0%), преобладание относительно благоприятных (30,0%) и относительно неблагоприятных (35,0%) исходов, с высокой частотой социально-трудовой дезадаптации.

**3.1.** Для 1а подтипа характерен инициальный этап, варьирующий по продолжительности (в 30,3% наблюдений до 2 лет, в 36,4% наблюдений не более 4 лет) преимущественно аффективного характера (51,5%), с преобладанием сенситивного шизоидного склада (36,4%). Среди типов течения шизофрении наиболее часто встречались одноприступное (36,4%) и типа "клише" (45,5%), с незначительной выраженностью негативных расстройств, с высоким уровнем социальной и трудовой адаптации, преобладанием благоприятных (63,6%) и относительно благоприятных (27,3%) исходов.

**3.2.** Для 1б подтипа в 58,1% был характерен непродолжительный инициальный этап (до 2 лет) преимущественно аффективного (25,8%), или психопатоподобного характера (25,8%), с преобладанием в преморбиде шизоидных черт личности (74,2%), высокой прогрессивностью течения заболевания (60,0%) с формированием выраженных негативных расстройств с низким уровнем социальной и трудовой адаптации, преобладанием относительно неблагоприятного (26,7%) и неблагоприятного исхода (33,3%) заболевания.

**3.3.** Для 2а подтипа продолжительность инициального этапа составляла от 1,5 до 4 лет (в 38,5% до 2 лет, в 34,6% до 4 лет и в 26,9% более 5 лет), с доминированием психопатоподобных расстройств (38,5%), в основном прогрессивный тип течения заболевания (92,3%), с формированием ремиссий низкого качества и нарастанием негативных расстройств со стойким снижением уровня социальной и трудовой адаптации, высокой частотой случаев с полной утратой трудоспособности с доминированием неблагоприятных (46,2%) и относительно неблагоприятных исходов (38,5%).

**3.4.** Для 2б подтипа был характерен достаточно длительный инициальный этап (61,1% более 5 лет), представленный преимущественно циклотимоподобными расстройствами (88,5%). Течение заболевания носило прогрессивный характер (42,9%) или по типу «клише» (28,6%), с преобладанием относительно неблагоприятных исходов (52,4%).

**4.** В процессе проведенного исследования были выявлены некоторые патогенетические закономерности, установлено искажение когнитивных функций, определены особенности динамики изменения религиозности.

**4.1.** Пациенты с СОРС при шизофрении, находящиеся как на активном этапе течения заболевания, так и в стадии ремиссии не различаются по уровню активации иммунной системы, что свидетельствует о продолжающемся течении патологического процесса, соответствует терапевтической ремиссии невысокого качества. Наиболее неблагоприятным вариантом по комплексу иммунологических показателей является II тип СОРС. Наиболее высокая активность протеолитической системы воспаления в сочетании с аутоиммунным компонентом к нейроантигену S-100B характерна для 2а подтипа, что отражало высокую степень тяжести симптоматики и наименее благоприятный прогноз заболевания в целом.

**4.2.** Установлена взаимосвязь между уровнем искажения когнитивных функций у больных с СОРС и дальнейшим снижением уровня социального функционирования. При I типе нарушения когнитивной сферы у больных на этапе ремиссии были значительно менее выражены, чем у больных со II типом.

**4.3.** На фоне течения заболевания отмечалось изменение религиозности больных, с постепенным доминированием её патологических форм, что наиболее отчетливо было выражено у больных со II типом, при котором отмечалось сочетание патологических форм религиозности с сохраняющейся резидуальной психотической симптоматикой, нарастающими негативными расстройствами с существенным искажением когнитивной деятельности. При этом, в случаях, когда обращение к религии было обусловлено влиянием психопатологического фактора, после редукции психопатологической симптоматики, в ряде наблюдений отмечалось как снижение выраженности религиозности, так и возвращение к секулярному мировоззрению.

**5.** Терапевтическая тактика ведения изученных больных требует комплексного персонифицированного подхода, учета религиозного мировоззрения больных, привлечения наряду с фармакотерапией психотерапевтических и социо-реабилитационных, в том числе религиозных копинг-стратегий, направленных как

на эффективное купирование симптоматики острого периода, так и на восстановление социальной и трудовой адаптации, формирование у больных адекватного отношения к заболеванию и выработку установки на необходимость длительной поддерживающей терапии.

## Практические рекомендации и перспективы дальнейшей разработки

### темы

1. Синдром овладения религиозного содержания необходимо рассматривать в качестве самостоятельного психопатологического феномена в рамках течения шизофрении с религиозным контекстом.

2. Среди описанных типологических разновидностей наименее благоприятным представляется бредовой тип СОРС, внутри которого следует выделить *с доминированием бреда воздействия* как наименее благоприятный относительно течения и исхода заболевания и как представляющий наибольшую социальную опасность в рамках формирования и развития специфических форм бредового поведения.

3. Основные подходы к терапии больных с СОРС, разработанные в данном исследовании, позволяют оптимизировать специализированную помощь как на стационарном, так и на амбулаторном этапах.

3.1. Предпочтительным является стационарное лечение с последующим амбулаторным наблюдением на фоне низкой комплаентности и отсутствием полноценной критики к своему состоянию и большинства представленных больных.

3.2. Ведущая роль отводится психофармакологическому воздействию с использованием различных групп и комбинаций лекарственных средств.

3.3. При проведении терапии значительную роль играют показатель длительности нелеченого психоза (ДЛП) и типологическая структура синдрома, позволяющие спрогнозировать уровень психофармакорезистентности данных больных и определить наиболее адекватную терапевтическую стратегию.

3.4. Социо-реабилитационные мероприятия должны включать использование религиозных копинг-стратегий, что позволяло решить ряд значительных проблем, касательно формирования адекватного отношения к болезни и социальной реадaptации.

**4.** Результаты проведенного исследования можно использовать при подготовке и повышении квалификации врачей-психиатров, а также клинических психологов, специалистов в области нейроиммунологии, работающих на базе психиатрических клиник и диспансеров.

**5.** Методологические принципы, на базе которых построено исследование, могут применяться для дальнейших научно-практических разработок в данной области.

**Список сокращений и условных обозначений**

$\alpha$ 1-ПИ -  $\alpha$ 1- протеиназный ингибитор

DSM-5 - The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition

PANSS – positive and negative symptom scale

PSP – personal and social functioning scale

S100b – астроцитарный белок

АД – артериальное давление

АТ – антитела

ВУЗ – высшее учебное заведение

ГЭБ – гематоэнцефалический барьер

ДС – дефицитарная симптоматика

ДНП – длительность нелеченого психоза

ЛЭ – лейкоцитарная эластаза

МКБ-10 – Международная классификация болезней 10 пересмотра

НЦПЗ – Научный центр психического здоровья

ОБМ – общий белок миелина

ПФТ – психофармакотерапия

СИОЗ – селективные ингибиторы обратного захвата серотонина

СИОЗСиН– селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина

СОРС – синдром овладения религиозного содержания

ТЦА – трициклические антидепрессанты

УАИС – уровень активации иммунной систем

ЭСТ – электросудорожная терапия

### Список литературы

1. Александровский Ю.А., Мосолов С.Н. История отечественной психиатрии // «ГЭОТАР-МЕДИА». — М., 2013.—Т. — 2013. — С. 1–3.
2. Архипова У.О. Экзорцизм в контексте духовных и психических расстройств // Культура. Духовность. Общество. — 2017. — С. 35–41.
3. Бархатова А.Н. Особенности юношеского эндогенного приступообразного психоза с кататоническими расстройствами в структуре манифестного приступа // Психиатрия. — 2005. — №. 3. — С. 38–44.
4. Белорусов С.А. Психология и проблема бесоудержимости // Журнал практического психолога. — 2000. — №. 10–11. — С. 25–51.
5. Бехтерев В.М. Объективная психология и её предмет // Вестник психологии, криминальной антропологии и гипнотизма. — 1904. — №. 3. — С. 75–84.
6. Бехтерев В.М. 1994. Внушение и его роль в общественной жизни // Бехтерев В.М. — 1908.
7. Блейлер Э. Руководство по психиатрии. Пер. с доп. по послед. 3-му нем. изд. А. С. Розенталя. — 1993. — С. 542.
8. Бондарев Н.В. Психические эпидемии конца XIX — начала XX века в Российской империи // Universum: медицина и фармакология. — 2017. — №. 10 (43).
9. Борисова О.А. и др. Опыт конфессионально-ориентированной реабилитационной работы с психическими больными, основанной на анализе их религиозного мировоззрения // Консультативная психология и психотерапия. — 2010. — Т. 18. — №. 3. — С. 176–187.
10. Борисова О.А. и др. Религиозность и клиническая психиатрия. Материалы Первой Московской Международной конференции, 20–21 апреля 2017 года: Сборник научных трудов. «Сам Полиграфист». - М., 2017. — 278 с.

11. Бохан Н. А. Семке А. В., Корнетова Е. Г., Корнетов А. Н., Гончарова А. А., Мальцева Ю. Л. Клинико-динамические механизмы инициального периода подтипа шизофрении с ведущим негативным симптомокомплексом // Бюллетень медицинской науки. – 2018. – №. 3 (11).
12. Вертоградова О.П. Вербальный галлюциноз и синдром Кандинского-Клерамбо // Синдром психического автоматизма/под общ. ред. ЛЛ Рохлина. - Медицина. – М., 1969. – С. 34–42.
13. Волель Б.А. Небредовая ипохондрия при соматических, психических заболеваниях и расстройствах личности: психосоматические соотношения, психопатология, терапия: дис. – Науч. центр псих. здоровья РАМН, 2009.
14. Ворошилин С.И. Архаичные религии как синтез отражения человеком мира в состоянии бодрствования, сновидениях и психозах // Академический журнал Западной Сибири. – 2014. – Т. 10. – №. 6. – С. 71–74.
15. Голубев С. А. Психопатологические особенности первого приступа юношеского эндогенного психоза с доминированием галлюцинаторных расстройств // Психиатрия. – 2010. – №. 2. – С. 16–23.
16. Голубев С. А. Анализ данных отдалённого катамнеза при шизофрении, манифестирующей в юношеском возрасте // Кубанский научный медицинский вестник. – 2015. – №. 5.
17. Голубев С. А. Клинико-психопатологические особенности шизофрении с манифестацией в юношеском возрасте на этапе отдаленного катамнеза // Психиатрия. – 2020. – Т. 17. – №. 4. – С. 25–37.
18. Гримсолтанова Р.Э. Религиозная одержимость как предмет психологического анализа: постановка проблемы // Российский психологический журнал. – 2012. – Т. 9. – №. 4.
19. Гримсолтанова Р.Э. Одержимость как предмет психологического исследования // Российский психологический журнал. – 2013. – Т. 10. – №. 3.

20. Гуськов В.С., Урюпина М.Д. Синдромы одержимости «Икотой»: (патогенез, клиника, терапия, течение, экспертиза, прогноз) / Перм. Гос. Мед. ин-т, каф. Психиатрии; Перм. Обл. психиатр. Больница № 4. – 1985.
21. Доценко В.Л., Нешкова Е.А., Яровая Г.А. Выявление лейкоцитарной эластазы человека из комплекса с плазменным альфа1-протеиназным ингибитором по ее энзиматической активности с синтетическим субстратом // Вопросы медицинской химии. – 1994. – Т. 40. – №. 3. – С. 20–25.
22. Докинз Р. Бог как иллюзия. – Азбука-Аттикус, 2014.
23. Жмуров В. А. Психопатология–Москва: Медицинская книга, Н //Новгород: Издательство НГМА. – 2002.
24. Захарова Н.В. и др. Особенности иммунного профиля больных шизофренией с кататоническим синдромом // Журнал неврологии и психиатрии им. СС Корсакова. – 2020. – Т. 120. – №. 6–2. – С. 46-53.
25. Зейгарник Б.В., Братусь Б.С. Очерки по психологии аномального развития личности. – Изд-во Моск. ун-та, 1980.
26. Зислин И., Резников Е. К вопросу о фабуле, сюжете и тематике бреда. // Неврологический вестник. – 2017. – Т. 49. – №. 3-с. – С. 85–91.
27. Змановская Е.В. Девиантология: (Психология отклоняющегося поведения): учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений // М.: издательский центр «Академия. – 2003. – Т. 288. – С. 4.
28. Змановская Е.В. Структурно-динамическая концепция девиантного поведения // Вестник Томского государственного педагогического университета. – 2013. – №. 5 (133).
29. Зозуля С.А. и др. Клинико-психопатологические и иммунологические особенности маниакально-бредовых (в том числе маниакально-парафреничных) состояний, протекающих с бредом величия // Социальная и клиническая психиатрия. – 2019. – Т. 29. – №. 4.
30. Каледа В.Г. Клиника и течение шизоаффективного психоза юношеского возраста (клинико-катамнестическое исследование). - 1998.

31. Каледа, В.Г. Особенности доманифестного этапа эндогенного психоза с первым приступом в юношеском возрасте / В.Г. Каледа, О.Е. Мезенцева, Е.С. Крылова, А.Н. Бархатова //Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова – 2012.- №5. –С.22-28.
32. Каледа В. Г., Омельченко М. А., Сергеева О. Е., Голимбет В. Е., Румянцев А.О. Доманифестный этап юношеских эндогенных приступообразных психозов и проблема выявления факторов риска их манифестации //XVI Съезд психиатров России. Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием" Психиатрия на этапах реформ: проблемы и перспективы". – 2015. – С. 969–969.
33. Каледа В.Г. Религиозный бред при юношеском эндогенном приступообразном психозе // Попович, У.О., Романенко, Н.В., Копейко Г.И // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2017. – Т. 117. – №. 12. – С. 13–20.
34. Каледа В.Г., Попович У.О., Романенко Н.В. Религия и психиатрия: проблема взаимоотношения в трудах отечественных психиатров // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова – 2018. – Т. 118. – № 06. – С. 69–77.
35. Каменева Е.Н. Шизофрения: клиника и механизмы шизофренического бреда. – 1957.
36. Каменева Е.Н., Кудипов А.И. Об архаических формах бреда // Труды. – 1940. – Т. 1. – С. 440–450.
37. Кандинский В.Х. О псевдогаллюцинациях. Критико-клинический этюд // СПб.: Изд-е ЕК Кандинской. – 1890.
38. Кондратьев Ф.В., Лащенина Ю.А. Сравнительная характеристика бредовых фабул религиозного содержания за последние 100 лет // XIII съезд психиатров России: материалы съезда. – 2000. – С. 56.
39. Копейко Г.И., Олейчик И.В. Вклад пубертатных психобиологических процессов в формирование и клинические проявления юношеских депрессий // Журн. неврол. и психиат. – 2007. - № 3. – С. 4-17.

40. Копейко Г.И., Борисова О.А., Гедевани Е.В. Особенности психопатологии и феноменологии бреда одержимости религиозного содержания при шизофрении // Журнал неврологии и психиатрии им. СС Корсакова. – 2018. – Т. 118. – №. 4. – С. 30–35.
41. Копейко Г.И., Борисова О.А., Казьмина О.Ю. Религиозные копинг-стратегии в реабилитации психически больных // Психиатрия. – 2016. – №. 70. – С. 40–49.
42. Копейко Г.И., Борисова О.А., Гедевани Е.В., Самсонов И.С., Каледа В.Г. Клинико-психопатологические особенности синдрома овладения религиозного содержания при шизофрении // Психиатрия. – 2019. – Т. 17. – № 3 (83). – С. 24—29.
43. Корсаков С.С. Курс психиатрии. Изд. 2-е. – 1901.
44. Корсаков С.С. Курс психиатрии: Изд. 3 // М.: Типо-лит. В. Рихтера. – 1913. – Т. 1. – С. 523.
45. Коцюбинский А.П. и др. Шизофрения: уязвимость-диатез-стресс-заболевание. – 2004.
46. Краинский Н.В. Порча, кликушество и бесноватые, как явление русской жизни. – 1900.
47. Коцюбинский А. П., Шейнина Н. С. Динамика эндогенных психических расстройств. Сообщение 1 // Социальная и клиническая психиатрия. – 2012. – Т. 22. – №. 2.
48. Коцюбинский А. П., Шейнина Н. С. Динамика эндогенных психических расстройств. Сообщение 2 // Социальная и клиническая психиатрия. – 2012. – Т. 22. – №. 4.
49. Крафт-Эбинг Р. Судебная психопатология // СПб.: Изд-во Риккера. – 1895.
50. Крепелин Э. Введение в психиатрическую клинику. – 2004.
51. Краинский Н.В. Исследование времени психофизической реакции на тактильные болевые раздражения у здоровых и нервно- и душевно-больных людей. – 1893.

52. Крылова Д.Д. Методология исследования одержимости, как социального феномена // Актуальные вопросы общественных наук: социология, политология, философия, история. – 2015. – №. 12 (52).
53. Кузюкова А.А. Клиника и психопатология манифестных эндогенных психозов юношеского возраста: дис. – Научный центр психического здоровья Российской академии медицинских наук. - 2007.
54. Личко А.Е., Скродский Ю.А., Эйдемиллер Э.Г. Психотерапия при психопатиях и акцентуациях характера у подростков // Вопросы психотерапии. – 1977. – С. 115–118.
55. Личко А. Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. – 1983.
56. Лукомский И.И. Современное понимание взаимоотношений соматического и психического и задачи лечебного воздействия Актовая речь 29 июня 1957 г. – 1957 – С. 11.
57. Логутенко Р.М. Гетероагрессивное и суицидальное поведение больных параноидной шизофренией с бредом одержимости // Наука молодых–Eruditio Juvenium. – 2015. – №. 4.
58. Лукьяненко К.А. Рискогенный потенциал гиперрелигиозности (на примере повести АП Чехова «Убийство») // Известия Саратовского университета. Новая серия. Серия Философия. Психология. Педагогика. – 2017. – Т. 17. – №. 1.
59. Магомедова М.В. Соотношение социального функционирования и нейрокогнитивного дефицита у больных шизофренией и шизоаффективным расстройством на раннем и отдаленном этапах болезни: дис. – Московский научно-исследовательский институт психиатрии. - 2003.
60. Максимова М.Ю. Особенности личности больных депрессиями юношеского возраста и ее динамика на преморбидном этапе (клинический и патопсихологический анализ). – 2002.

61. Мелехов Д.Е. Психиатрия и актуальные проблемы духовной жизни. – Свято-Филаретовская высшая православно-христианская школа, 1997.
62. Морозов Г.В., Шумский Н.Г. Введение в клиническую психиатрию (пропедевтика в психиатрии) // Н. Новгород: изд-во НГМА. – 1998. – С. 79–80.
63. Нартикова В.Ф., Пасхина Т.С. Унифицированный метод определения активности альфа1-антитрипсина и альфа2-макроглобулина в сыворотке (плазме) крови человека. – 1979.
64. Обросов И. Ф., Кудлаев В. Р., Вдовенко А. М. АС Старицын. Конституциональная теория шизофрении. Челябинск 2010; 76 //Журнал неврологии и психиатрии им. СС Корсакова. – 2011. – Т. 111. – №. 1. – С. 113–113.
65. Олпорт Г. Становление личности. Избранные труды. / Пер. с англ. - М. : Смысл. - 2012. – 480 с.
66. Омельченко М.А. Автореферат Юношеский эндогенный психоз с маниакально-бредовой структурой первого приступа. – 2011.
67. Осипов В.П. Курс общего учения о душевных болезнях. – 1923.
68. Остроглазов В.Г. Ещё раз о концепции акад. АБ Смулевича «Нажитые, соматогенно обусловленные ипохондрические психопатии (К систематике расстройств личности)» // Независимый психиатрический журнал. – 2012. – №. 2. – С. 84–89.
69. Пападопулос Т.Ф. Острые эндогенные психозы. М.: Медицина, 192. – 1975.
70. Парамонова Н.С. и др. Состояние эластаза-ингибиторной системы у детей в норме и при отдельных патологических состояниях. – 2017.
71. Пашковский В.Э., Зислин И.М. Религиозно-мистические состояния как психиатрическая проблема // Социальная и клиническая психиатрия. – 2005. – Т. 15. – №. 1.

72. Пашковский В.Э. Психические расстройства с религиозно-мистическими переживаниями. – 2006.
73. Пашковский В.Э. Психопатологические аспекты религиозно-архаического бреда // Психическое здоровье. – 2010. – Т. 8. – №. 7. – С. 77–84.
74. Пашковский В.Э. Религиозно-архаический бредовой комплекс: психопатология, нозологическая принадлежность, терапевтическая динамика: дис. – Воен.-мед. акад. им. СМ Кирова. – 2011.
75. Пашковский В.Э. О клиническом значении религиозно-архаического бредового комплекса // Социальная и клиническая психиатрия. – 2012. – Т. 22. – №. 2.
76. Попович У.О. Ипохондрический бред в структуре приступов юношеского эндогенного приступообразного психоза: дис. – М. – 2015. – 215 с.
77. Попович У.О., Романенко Н.В., Каледа В.Г. К вопросу о патологической религиозности в контексте клинической психиатрии // ПСИХИАТРИЯ. – 2020. – Т. 18. – №. 4. – С. 114–126.
78. Портнов А.А., Шахнович М.И. Психозы и религия. – Рипол Классик, 2013.
79. Румянцев А.О., Омельченко М.А., Каледа В.Г. Аттенуированная психотическая симптоматика в структуре юношеской депрессии (клинико-психопатологические аспекты) // Российский психиатрический журнал. – 2018. – №. 1.
80. Рыбаков Ф.Е. Душевные болезни. Изд. 2-е. – 1917.
81. Самохвалов В.П. Психиатрическая герменевтика: обоснование направления // Таврический журнал психиатрии. – 2002. – Т. 6. – №. 3. – С. 20.
82. Сербский В. П. Судебная психопатология. Вып. 2 (Клиническая психиатрия). – 1900.

83. Самсонов И. С., Каледа В.Г. Психопатологические особенности и клинко-типологическая дифференциация синдрома овладения религиозного содержания при шизофрении // Психическое здоровье. – 2021– №2. – С.10-20.
84. Сергеева О.Е. Доманифестный этап юношеского эндогенного приступообразного психоза (клинко-психопатологические и клинко-патогенетические аспекты): дис. – Науч. центр псих. здоровья РАМН. – 2012.
85. Сидорова М.А. Нейрокогнитивные расстройства и их динамика в процессе лечения у больных юношеской приступообразной шизофренией и шизоаффективным психозом: дис. – Москва: [МГУ им. МВ Ломоносова, Фак. психологии, Каф. нейро-и патопсихологии]. – 2005.
86. Сидоров К.Р. Методика Дембо-Рубинштейн и её модификация // Вестник Удмуртского университета. Серия «Философия. Психология. Педагогика». – 2013. – №. 1.
87. Сидоров К.Р. Тревожность как психологический феномен // Вестник Удмуртского университета. Серия «Философия. Психология. Педагогика». – 2013. – №. 2.
88. Сикорский И.А. Сборник научно-литературных статей по вопросам общественной психологии, воспитания и нервно-психической гигиены, в пяти книгах. Книга четвертая - Яды нервной системы. – Киев. - 1900.
89. Смоляк А.В. Шаман: личность, функции, мировоззрение // АВ Смоляк.- М. – 1991. – С. 148.
90. Смулевич А. Б. и др. Соматопсихоз (коэнестезиопатические расстройства психотического регистра) // Психиатрия. – 2007. – №. 3. – С. 7–14.
91. Смулевич А. Б., Волель Б. А. Расстройства личности и соматическая болезнь (проблема ипохондрического развития личности) // Журнал неврологии и психиатрии им. СС Корсакова. – 2008. – Т. 108. – №. 5. – С. 4–12.

92. Смулевич А. Б. К психопатологической характеристике вялотекущей шизофрении // Журнал неврологии и психиатрии им. СС Корсакова. – 2009. – Т. 109. – №. 11. – С. 4–15.
93. Снежневский А.В. Симптоматология и нозология // Шизофрения. Клиника и патогенез. – 1969. – С. 5–28.
94. Тиганов А.С. Психиатрия: научно-практический справочник // М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство. – 2016.
95. Тиганов А.С. Негативные психопатологические синдромы // Общая психопатология: курс лекций. – 2-е изд., доп.–М. : Мед. информ. агентство. – 2016. – С. 125–140.
96. Тиганов А.С. Предисловие. Материалы Первой Московской Международной конференции «Религиозность и клиническая психиатрия»; 20–21 апреля, Москва. – 2017.
97. Тихонов Д.В. Психопатологические особенности становления ремиссии после перенесенного в юношеском возрасте манифестного психотического приступа // Психиатрическая наука в истории и перспективе. – 2019. – С. 144.
98. Тупикин Р.В., Осипова Н.Н. Православие и психиатрия: опыт и перспективы взаимодействия // Вестник Смоленской государственной медицинской академии. – 2019. – Т. 18. – №. 2.
99. Урюпина М.Д., Психогенные заболевания с синдромом одержимости (Патогенез, клиника, динамика, трудовая экспертиза) Автореф. дис. на соиск. учен. степени канд. мед. Наук. – 1972.
100. Фролов Б.С., Система оценки и прогнозирования психического здоровья при массовых психиатрических обследованиях. Л., ВМА – 1982. – 62 с.
101. Циркин С.Ю. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств (клинические описания и указания по диагностике. – 1994.

102. Цуцульковская М.Я. Особенности клиники непрерывно текущей шизофрении, начавшейся в подростковом и юношеском возрасте: дис. – М. – 1968.
103. Цуцульковская М.Я., Пантелеева Г.П., Наджаров Р.А. Клиника и дифференциально-диагностическая оценка некоторых психопатологических синдромов детского возраста // Проблемы шизофрении детского и подросткового возраста. – 1986. – С. 13-28.
104. Цуцульковская, М.Я. К вопросу о патоморфозе течения и исхода эндогенных приступообразных психозов, манифестирующих в юношеском возрасте / М.Я. Цуцульковская, В.Г. Каледа, В.А. Михайлова // Материалы общероссийской конференции «Реализация подпрограммы «Психические расстройства» Федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально-значимыми заболеваниями (2007–2011)». – М., 2008. – С. 131–132.
105. Цуцульковская М.Я., Пекунова Л.Г., Михайлова В.А. Преморбидная личность больных юношеской приступообразной шизофренией // Журн. невропат и психиат. – 1977. – Т. 77. – №. 4-6. – С. 547.
106. Цуцульковская М.Я. и др. О необходимости специальных подходов к психофармакотерапии эндогенных расстройств юношеского возраста // Материалы IX Российского национального конгресса «Человек и лекарство». – 2002. – С. 491.
107. Щиголев И.И. (2008). Ретроспектива психических заболеваний в России. Московский психологический журнал, 3. – С. 10–15.
108. Эглитис И.Е. Сенестопатии. — Рига. – 1977. – 182 с.
109. Экбом К. «Der Praesenile Dermatozoenwhan» Acta Psych. и Neur. – 1938; 13; 227–259 с.
110. Якимец А.В. и др. Особенности динамики клинико-биологических показателей астенического симптомокомплекса у больных шизофренией в процессе иммунотропной терапии // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2018. – Т. 118. – №. 3. – С. 70–76.

111. Appelbaum P.S. et al. Competence of depressed patients for consent to research // *American Journal of Psychiatry*. – 1999. – T. 156. – №. 9. – C. 1380-1384.
112. Akhtar S. Four culture-bound psychiatric syndromes in India // *International Journal of Social Psychiatry*. – 1988. – T. 34. – №. 1. – C. 70-74.
113. Al-Diwani A.A.J. et al. Psychosis: an autoimmune disease? // *Immunology*. – 2017. – T. 152. – №. 3. – C. 388-401.
114. Anda L. et al. Cognitive profile in ultra-high risk for psychosis and schizophrenia: a comparison using coordinated norms // *Frontiers in psychiatry*. – 2019. – T. 10. – C. 695.
115. Anderson K. K., Norman R., MacDougall A., Edwards J., Palaniyappan L., Lau C., Kurdyak P. Effectiveness of early psychosis intervention: comparison of service users and nonusers in population-based health administrative data // *American Journal of Psychiatry*. – 2018. – T. 175. – №. 5. – C. 443-452.
116. Ang A.V., Montiel C.J. Understanding spirit possession in the Philippines: a social representations approach // *Mental Health, Religion & Culture*. – 2019. – T. 22. – №. 7. – C. 738-753.
117. Arterburn S., Felton J. *Toxic Faith: experiencing healing from painful spiritual abuse*. Water Brook Press. ISBN 0877888256. – 2001. – 169 p.
118. Azaunce M. Is it schizophrenia or spirit possession? // *Journal of Social Distress and the Homeless*. – 1995. – T. 4. – №. 3. – C. 255-263.
119. Bach P J. Demon possession and psychopathology: A theological relationship // *Journal of Psychology and Theology*. – 1979. – T. 7. – №. 1. – C. 22-26.
120. Bakhshani N.M., Hosseinbore N., Kianpoor M. Djinnati syndrome: Symptoms and prevalence in rural population of Baluchistan (southeast of Iran) // *Asian journal of psychiatry*. – 2013. – T. 6. – №. 6. – C. 566-570.

121. Bhavsar V., Bhugra D. Religious delusions: finding meanings in psychosis // *Psychopathology*. – 2008. – T. 41. – №. 3. – C. 165-172.
122. Brewerton T.D. Hyperreligiosity in psychotic disorders // *Journal of Nervous and Mental Disease*. – 1994.
123. Champion J., Bhugra D. Religious healing in South India. In World Association of Social Psychiatry meeting. Germany, Hamburg. – 1994.
124. Céard J. *Medecine et demonologie: les enjeux d'un debat* // *Litterature, medecine, societe*. – 1988. – №. 9. – C. 167-184.
125. Chiu S.N. Historical, religious, and medical perspectives of possession phenomenon // *Hong Kong Journal of Psychiatry*. – 2000. – T. 10. – №. 1. – C. 14-19.
126. Correll C. U., Rubio J. M., Inczedy-Farkas G., Birnbaum M. L., Kane J. M., Leucht S. Efficacy of 42 pharmacologic cotreatment strategies added to antipsychotic monotherapy in schizophrenia: systematic overview and quality appraisal of the meta-analytic evidence // *JAMA psychiatry*. – 2017. – T. 74. – №. 7. – C. 675-684.
127. Davidson L. et al. Remission and recovery in schizophrenia: practitioner and patient perspectives // *Schizophrenia bulletin*. – 2008. – T. 34. – №. 1. – C. 5-8.
128. Deckersbach T. et al. Episodic memory impairment in bipolar disorder and obsessive–compulsive disorder: the role of memory strategies // *Bipolar disorders*. – 2004. – T. 6. – №. 3. – C. 233-244.
129. Deckersbach T. et al. Characteristics of non-verbal memory impairment in bipolar disorder: the role of encoding strategies // *Psychological medicine*. – 2004. – T. 34. – №. 5. – C. 823-832.
130. Del-Monte J. et al. Social motor coordination in unaffected relatives of schizophrenia patients: a potential intermediate phenotype // *Frontiers in behavioral neuroscience*. – 2013. – T. 7. – C. 137.

131. Doering S. et al. Predictors of relapse and rehospitalization in schizophrenia and schizoaffective disorder // *Schizophrenia bulletin*. – 1998. – T. 24. – №. 1. – C. 87.
132. Drouin E., Péréon T., Péréon Y. Demonic possession by Jean Lhermitte // *L'encephale*. – 2017. – T. 43. – №. 4. – C. 394-398.
133. Dunn J.D G., Twelftree G.H. Demon-possession and exorcism in The New Testament. – 1980. – C. 210-25.
134. Dupre E. Les cenesthopathies / E. Dupre, P. Camus // *Encephale*. – 1907. - V.2. – P. 616-631
135. Dyga K., Stupak R. Ways of understanding of religious delusions associated with a change of identity on the example of identification with Jesus Christ // *Psychiatria polska*. – 2018. – T. 52. – №. 1. – C. 69-80.
136. Esquirol É. (1838). Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal (Vol. 1). chez JB Baillière.
137. Green M.F. et al. Neurocognitive deficits and functional outcome in schizophrenia: are we measuring the “right stuff”? // *Schizophrenia bulletin*. – 2000. – T. 26. – №. 1. – C. 119-13
138. Foussias G., Remington G. Negative symptoms in schizophrenia: avolition and Occam's razor // *Schizophrenia bulletin*. – 2010. – T. 36. – №. 2. – C. 359-369.
139. Francis L.J. Introducing the new indices of religious orientation (NIRO): Conceptualization and measurement // *Mental health, religion and culture*. – 2007. – T. 10. – №. 6. – C. 585-602.
140. Freud S. A neurosis of demoniacal possession in the seventeenth century // *Collected papers*. – 1923. – T. 4. – C. 436-472.
141. Freud S. The neuro-psychoses of defence. The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud, Volume III (1893-1899): early psycho. – 1894.

142. Getz G.E., Fleck D.E., Strakowski S.M. Frequency and severity of religious delusions in Christian patients with psychosis // *Psychiatry Research*. – 2001. – Т. 103. – №. 1. – С. 87-91.
143. Ghasemi S. et al. Frequency of Djinnati syndrome among inpatient admissions at Baharan psychiatric hospital in Zahedan, Iran // *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences*. – 2014. – Т. 16. – №. 10. – С. 55-59.
144. Glick H.A., Li P., Harvey P.D. The relationship between Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) schizophrenia severity scores and risk for hospitalization: an analysis of the CATIE Schizophrenia Trial // *Schizophrenia research*. – 2015. – Т. 166. – №. 1-3. – С. 110-114.
145. Glock C.Y. On the study of religious commitment. – 1962.
146. Grasset J. Le spiritisme devant la science. – Coulet. – 1904.
147. Griesinger W., ГРИЗИНГЕР В. ДУШЕВНЫЕ БОЛЕЗНИ // Пер. с нем. СПб. – 1881. – С. 102.
148. Hale A.S., Pinninti N.R. Exorcism-resistant ghost possession treated with clopenthixol // *The British Journal of Psychiatry*. – 1994. – Т. 165. – №. 3. – С. 386-388.
149. Hara M. et al. Clinical and pathogenic significance of IgG, IgA, and IgM antibodies against the NMDA receptor // *Neurology*. – 2018. – Т. 90. – №. 16. – С. e1386-e1394.
150. Harrison I. et al. Naturalistic follow-up of co-morbid substance use in schizophrenia: the West London first-episode study // *Psychological medicine*. – 2008. – Т. 38. – №. 1. – С. 79-88.
151. Harvey R.C., James A.C., Shields G.E. A systematic review and network meta-analysis to assess the relative efficacy of antipsychotics for the treatment of positive and negative symptoms in early-onset schizophrenia // *CNS drugs*. – 2016. – Т. 30. – №. 1. – С. 27-39.
152. Heise T. Delusion of possession in a Korean patient and therapy // *Psychiatrische Praxis*. – 1992. – Т. 19. – №. 6. – С. 225–228.

153. Huber G. Die coenasthetische schizophrénie // Fortschr. Neurol. Psychiatr. – 1957. – T. 25. – C. 491-520.
154. Ideler K.W. Versuch einer Theorie des religiösen Wahnsinns: ein Beitrag zur Kritik der religiösen Wirren der Gegenwart. – CA Schwetschke. – 1848. – T. 1.
155. Irmak M.K. Schizophrenia or possession? // Journal of religion and health. – 2014. – T. 53. – №. 3. – C. 773-777.
156. Janet P., Raymond F. Les obsessions et la psychasthénie. – F. Alcan. – 1903. – T. 2.
157. Jaspers K. Zur Analyse der Trugwahrnehmungen (Leibhaftigkeit und Realitätsurteil) // Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie. – 1911. – T. 6. – №. 1. – C. 460-535.
158. Jaspers K. Kausale und „verständliche“ zusammenhänge zwischen schicksal und psychose bei der dementia praecox (Schizophrenie) // Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie. – 1913. – T. 14. – №. 1. – C. 158-263.
159. Jaspers K. Allgemeine Psychopathologie: Für Studierende· Ärzte und Psychologen. – Springer, 1923.
160. Jordan G., MacDonald K., Pope M. A., Schorr E., Malla A. K., Iyer S. N. Positive changes experienced after a first episode of psychosis: a systematic review // Psychiatric Services. – 2018. – T. 69. – №. 1. – C. 84-99.
161. Jutte R., Jütte R. A History of the Senses: from Antiquity to Cyberspace. – Polity. – 2005.
162. Karanci A.N. Concerns about schizophrenia or possession? // Journal of religion and health. – 2014. – T. 53. – №. 6. – C. 1691-1692.
163. Khalifa N., Hardie T. Possession and jinn // Journal of the Royal Society of Medicine. – 2005. – T. 98. – №. 8. – C. 351-353.
164. Kianpoor M., Rhoades Jr G.F. Djinnati, a possession state in Baloochistan, Iran // Journal of Trauma Practice. – 2006. – T. 4. – №. 1-2. – C. 147-155.

165. Kim K.I. Culture and illness behavior in South Korea // *Transcultural psychiatry*. – 1999. – T. 36. – №. 1. – C. 65-77.
166. Kay S.R., Opler L.A., Fishbein A. Positive and Negative Syndrome Scale (PANNS) Rating Manual: Social and Behavioral Sciences Documents // San Rafael. – 1987.
167. Kraepelin E. The duty of the state in the care of the insane // *American Journal of Psychiatry*. – 1900. – T. 57. – №. 2. – C. 235-280.
168. Krafft-Ebing R. Über Geistesstörung durch Zwangsvorstellungen // *Zeitschrift für Psychiatrie*. – 1878. – T. 35. – C. 303-328.
169. Krafft-Ebing R. Moral insanity // *The textbook of insanity based upon clinical observations*. – 1879.
170. Krafft-Ebing R. *Psychopathia sexualis* (ME Wedneck, Trans.) // New York: Putnams. – 1882.
171. Krause M. hu Y., Huhn M., Schneider-Thoma J., Bighelli I., Nikolakopoulou A., Leucht S. Antipsychotic drugs for patients with schizophrenia and predominant or prominent negative symptoms: a systematic review and meta-analysis // *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*. – 2018. – T. 268. – №. 7. – C. 625-639.
172. Kua J. et al. A 20-year follow-up study on schizophrenia in Singapore // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. – 2003. – T. 108. – №. 2. – C. 118-125.
173. Larøi F., Sommer I. E., Blom J. D., Fernyhough C., Ffytche D. H., Hugdahl K., Waters F. The characteristic features of auditory verbal hallucinations in clinical and nonclinical groups: state-of-the-art overview and future directions // *Schizophrenia bulletin*. – 2012. – T. 38. – №. 4. – C. 724-733.
174. Levenson J.L., Ferrando S.J. (ed.). *Clinical manual of psychopharmacology in the medically ill*. – American Psychiatric Pub. – 2016.
175. Lévy-Valensi J. Spiritisme et folie // *L'encéphale*. – 1910. – T. 5. – №. 6. – C. 696-716.
176. Macario M., *Du traitement moral de la folie these*. – 1843.

177. Magnan V., Legrain P.M. Les dégénérés [The degenerates] // Paris, France: Rueff. – 1895.

178. Maniam T. Exorcism and psychiatric illness // Med. J. Malaysia. – 1987. – T. 42. – №. 4.

179. Martínez-Arán A. et al. Cognitive function across manic or hypomanic, depressed, and euthymic states in bipolar disorder // American Journal of Psychiatry. – 2004. – T. 161. – №. 2. – C. 262-270.

180. Martinez S. B. Field Guide to the Spirit World: The Science of Angel Power, Discarnate Entities, and Demonic Possession. / Martinez S. B // Simon and Schuster. – 2019.

181. Martiniuc G., Trifina A., Trifina L. Partial oedipism: case report // Oftalmologia (Bucharest, Romania: 1990). – 2007. – T. 51. – №. 2. – C. 41-48.

182. Mayer-Gross W. Die klinik // Spezieller Teil. – Springer, Berlin, Heidelberg, 1932. – C. 293-578.

183. Meth J. M. Exotic psychiatric syndromes // American Handbook of psychiatry. – 1974. – T. 3. – C. 723-39.

184. McAll R.K. Demonosis or the possession syndrome // International Journal of Social Psychiatry. – 1971. – T. 17. – №. 2. – C. 150-158.

185. McIntyre J. Psychiatry and religion: A visit to Utah // Psychiatric News. – 1994. – T. 29. – №. 5. – C. 3.

186. Mishra A., Das B., Goyal N. Religiosity, and religious delusions in schizophrenia – An observational study in a Hindu population // Asian journal of psychiatry. – 2018. – T. 32. – C. 35-39.

187. Monama D. D., Basson W. J. Mental illness and Black South African culture: Exploring experiences and meanings attached to schizophrenia: University of Limpopo (Medunsa Campus). – 2015.

188. Moreno-Küstner B., Martin C., Pastor L. Prevalence of psychotic disorders and its association with methodological issues. A systematic review and meta-analyses // PloS one. – 2018. – T. 13. – №. 4. – C. e0195687.

189. Murru A., Carpiniello B. Duration of untreated illness as a key to early intervention in schizophrenia: a review // *Neuroscience letters*. – 2018. – T. 669. – C. 59-67.
190. Morosini P.L. et al. Development, reliability and acceptability of a new version of the DSM-IV Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS) to assess routine social functioning // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. – 2000. – T. 101. – №. 4. – C. 323-329.
191. Obeid T. et al. Possession by 'Jinn' as a cause of epilepsy (Saraa): a study from Saudi Arabia // *Seizure*. – 2012. – T. 21. – №. 4. – C. 245-249.
192. Oldridge D. Demons of the mind: satanic thoughts in seventeenth-century England // *The Seventeenth Century*. – 2020. – T. 35. – №. 3. – C. 277-292.
193. Onchev G. Heterogeneity of the possession experiences: A case study from Pemba // *The European journal of psychiatry*. – 2001. – T. 15. – №. 4. – C. 217-224.
194. Pargament K.I., Koenig H.G., Perez L.M. The many methods of religious coping: Development and initial validation of the RCOPE // *Journal of clinical psychology*. – 2000. – T. 56. – №. 4. – C. 519-543.
195. Pargament K.I., Exline J.J., Jones J.W. *APA handbook of psychology, religion, and spirituality (Vol. 1): Context, theory, and research*. – American Psychological Association. – 2013.
196. Pereira S., Bhui K., Dein S. Making sense of 'possession states': psychopathology and differential diagnosis // *British Journal of Hospital Medicine*. – 1995. – T. 53. – №. 11. – C. 582-5
197. Peters E. et al. Delusional ideation in religious and psychotic populations // *British journal of clinical psychology*. – 1999. – T. 38. – №. 1. – C. 83-96.
198. Pfeifer S. Neurose und Religiosität. Gibt es einen kausalen Zusammenhang? // *PPmP. Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*. – 1993. – T. 43. – №. 9-10. – C. 356-363.

199. Pies R.W. Handbook of essential psychopharmacology. – American Psychiatric Pub. – 2007.
200. Post S.G. DSM-III-R and religion // The American journal of psychiatry. – 1990. – T. 147. – №. 6. – C. 813-813.
201. Rassool G. H. Cultural competence in counseling the Muslim patient: Implications for mental health // Archives of psychiatric nursing. – 2015. – T. 29. – №. 5. – C. 321-325.
202. Reeves R.R., Liberto V. Suicide associated with the Antichrist delusion // Journal of forensic sciences. – 2006. – T. 51. – №. 2. – C. 411-412.
203. Rip B., Vallerand R.J., Lafrenière M.A.K. Passion for a cause, passion for a creed: On ideological passion, identity threat, and extremism // Journal of Personality. – 2012. – T. 80. – №. 3. – C. 573-602
204. Robles-García R. et al. History of religious delusions and psychosocial functioning among Mexican patients with paranoid schizophrenia // Journal of religion and health. – 2014. – T. 53. – №. 6. – C. 1622-1633.
205. Romanov D.V. et al. Longer duration of untreated psychosis is associated with poorer outcomes for patients with delusional infestation // Acta dermato-venereologica. – 2018. – T. 98. – №. 9-10. – C. 848-854.
206. Rosengard R.J. et al. Association of pre-onset subthreshold psychotic symptoms with longitudinal outcomes during treatment of a first episode of psychosis // JAMA psychiatry. – 2019. – T. 76. – №. 1. – C. 61-70.
207. Ross C. A., Schroeder E., Ness L. Dissociation, and symptoms of culture-bound syndromes in North America: A preliminary study // Journal of Trauma & Dissociation. – 2013. – T. 14. – №. 2. – C. 224-235.
208. Rowan K., Dwyer K. Demonic possession and deliverance in the diaspora: phenomenological descriptions from Pentecostal deliverers // Mental Health, Religion & Culture. – 2015. – T. 18. – №. 6. – C. 440-455.
209. Salmons P. H., Clarke D. J. Cacodemonomania // Psychiatry. – 1987. – T. 50. – №. 1. – C. 50-54.

210. Schendel E., Kourany R.F. Cacodemonomania and exorcism in children // *The Journal of clinical psychiatry*. – 1980.
211. Schneider K. Zur Einführung in die Religionspsychopathologie. – 1928.
212. Scrutton A.P. Schizophrenia or possession? A reply to Kemal Irmak and Nuray Karanci // *Journal of religion and health*. – 2015. – T. 54. – №. 5. – C. 1963-1968.
213. Schüle H. Handbuch der Geisteskrankheiten. – FCW Vogel. – 1880. – T. 16.
214. Sheldon K.M. Catholic guilt? Comparing Catholics' and Protestants' religious motivations // *The International Journal for the Psychology of Religion*. – 2006. – T. 16. – №. 3. – C. 209-223.
215. Siddle R. / Haddock, G., TARRIER, N., & Faragher, E.B. // Religious delusions in patients admitted to hospital with schizophrenia // *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. – 2002. – T. 37. – №. 3. – C. 130-138.
216. Silva J.A., Leong G.B., Weinstock R. Violent behaviors associated with the antichrist delusion // *Journal of forensic science*. – 1997. – T. 42. – №. 6. – C. 1058-1061.
217. Sims A.C. Does the Baldrige award really work? // *Harvard Business Review*. – 1992. – T. 70. – №. 1. – C. 126-139.
218. Somer E. Trance possession disorder in Judaism: Sixteenth century dybbuks in the Near East // *Journal of trauma & dissociation*. – 2004. – T. 5. – №. 2. – C. 131-146.
219. Spittles B. Better understanding psychosis: Psychospiritual considerations in clinical settings // *Journal of Humanistic Psychology*. – 2020. – C. 0022167820904622.
220. Stahl, S.M. *Stahl's Essential Psychopharmacology: neuroscientific basis and practical applications* / S.M. Stahl. – New York: Cambridge University Press, 2013. – C. 626.

221. Stanford M.S. Demon or disorder: A survey of attitudes toward mental illness in the Christian church // *Mental Health, Religion and Culture*. – 2007. – T. 10. – №. 5. – C. 445-449.

222. Stirrat R.L. Demonic possession in roman catholic Sri Lanka // *Journal of Anthropological Research*. – 1977. – T. 33. – №. 2. – C. 133-157.

223. Stompe T. et al. Comparison of delusions among schizophrenics in Austria and in Pakistan // *Psychopathology*. – 1999. – T. 32. – №. 5. – C. 225-234.

224. S.M. Strakowski, C.M. Adler, J. Almeida, L.L. Altshuler, H.P. Blumberg, K.D. Chang, M.P. Del Bello, S. Frangou, A. McIntosh, M.L. Phillips, J.E. Sussman, J. D. Townsend // *Bipolar disorders*. – 2014. – №14(4) – P. 313-325.

225. Strauss J. S. et al. What is schizophrenia? // *Schizophrenia Bulletin*. – 1984. – T. 10. – №. 1. – C. 8.

226. Suhail K., Cochrane R. Effect of culture and environment on the phenomenology of delusions and hallucinations // *International Journal of Social Psychiatry*. – 2002. – T. 48. – №. 2. – C. 126-138.

227. Suhail K. Phenomenology of delusions in Pakistani patients: Effect of gender and social class // *Psychopathology*. – 2003. – T. 36. – №. 4. – C. 195-199.

228. Suhail K., Malik F., Mir I. A., Hasan S. S., Sarwar A., Tanveer S. Psychological health of earthquake survivors in Pakistan // *Psychology and developing societies*. – 2009. – T. 21. – №. 2. – C. 183-207.

229. Tempier R. et al. Perceived emotional support in remission: results from an 18-month follow-up of patients with early episode psychosis // *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. – 2013. – T. 48. – №. 12. – C. 1897-1904.

230. Van Dyk A.C. Traditional African beliefs and customs: Implications for AIDS education and prevention in Africa // *South African Journal of Psychology*. – 2001. – T. 31. – №. 2. – C. 60-66.

231. Ventriglio A. et al. Delusion, possession and religion // *Nordic journal of psychiatry*. – 2018. – T. 72. – №. sup1. – C. S13-S15.

232. Waugh A.C. Autocastration and biblical delusions in schizophrenia // *The British Journal of Psychiatry*. – 1986. – T. 149. – №. 5. – С. 656-658.
233. Wen, J.K. Folk belief, illness behavior and mental health in Taiwan. *Changeng yi xue za zhi*, 21(1) – 1998. - 1-12.
234. Wu J. Goetia, Exorcism and Demonic Struggles in Christianity and Tibetan Buddhism // *Proceedings of the Eighth Australian and International Religion, Literature and the Arts Conference 2004*. – RLA Press. – 2005.
235. Wu J. Goetia, Exorcism and Demonic Struggles in Christianity and Tibetan Buddhism. *Sydney Studies in Religion*. – 2008.
236. Wunderink L. et al. Recovery in remitted first-episode psychosis at 7 years of follow-up of an early dose reduction/discontinuation or maintenance treatment strategy: long-term follow-up of a 2-year randomized clinical trial // *JAMA psychiatry*. – 2013. – T. 70. – №. 9. – С. 913-920.
237. Yap P. M. The Culture bound reactive syndromes in: Caudill W, Lin T // *Mental Health Research in Asia and the Pacific*. Honolulu: East West Centre Press. – 1965. – С. 72-75.
238. Yap P.M. Classification of the culture-bound reactive syndromes. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 3. – 1969. – 172-179.
239. Yip K. Traditional Chinese religious beliefs and superstitions in delusions and hallucinations of Chinese schizophrenic patients // *International Journal of Social Psychiatry*. – 2003. – T. 49. – №. 2. – С. 97-111.

## Приложение. Клинические иллюстрации

**Наблюдение №1. 1a подтип с преобладанием галлюцинаций общего чувства**

**Б-ко С. В., 1959 г.р. (история болезни №1104), дата поступления: 04.10.2004;** преподаватель испанского языка.

**Анамнез (со слов больного, родственников и сопроводительной документации).**

**Наследственность:** данных о психопатологических расстройства не отягощена.

**Линия матери**

Бабку и деда не помнит, сведений нет.

**Мать (1938–2000):** по характеру открытая, общительная, отзывчивая, целеустремленная. Окончила химический факультет МГУ им. М. В. Ломоносова, в дальнейшем получила учёную степень кандидата химических наук. Всю жизнь работала виноделом. Умерла в возрасте 62 лет от осложнений сердечно-сосудистой патологии в соматическом стационаре.

**Линия отца:**

О деде и бабушке сведений нет.

**Отец (1926–1997):** по характеру был спокойным, сдержанным, рассудительным, малообщительным. Получил высшее профессиональное образование преподавателя иностранных языков, до пенсии преподавал русский язык для иностранцев. Умер в возрасте 71 лет от онкологического заболевания печени.

**Пробанд:** родился от первой, нормально протекавшей беременности в срок. Роды физиологические, без особенностей. Раннее развитие по возрасту. Охотно контактировал со сверстниками, однако подвижным играм предпочитал более спокойные. С детства был активным, общительным, уверенным в себе, в компании стремился к лидерству. Посещал ДДУ, адаптировался легко. С детства отмечал, что

иногда совершал спонтанные действия, которые впоследствии не мог объяснить (так в раннем детском возрасте выбил из рук у незнакомой женщины мороженное, не мог сказать, зачем это сделал).

В школу пошел в 1966 г (7 лет), с одноклассниками сложились хорошие отношения, всегда близко дружил с 2–3 ребятами. Со школьных лет имел разнообразные увлечения: посещал кружок нумизматики, прослушивал лекционные курсы по художественному искусству, с увлечением изучал книги по истории, медицине, играл на гитаре, любил петь, особо выделял изучение литературы по иностранным языкам. Школьной программой интересовался мало, успевал средне, часто получал «неудовлетворительные» оценки.

В 1976 г (17 лет), накануне выпускных экзаменов с экскурсионной целью, вместе с одноклассниками, посещал воинскую часть. Впечатлившись увиденным, принял решение в будущем связать свою жизнь с военной карьерой. После школы планировал поступать на лингвистический факультет Военного университета Министерства обороны (ВУМО). Стал больше времени проводить за учебой, что положительно отразилось на успеваемости, окончил школу без удовлетворительных оценок. Однако на вступительных экзаменах в университет не смог набрать необходимое для поступления количество баллов. Непродолжительное время переживал по этому поводу, что не сопровождалось нарушениями сна и аппетита.

В течение последующего года подрабатывал на ближайшем заводе, занимался подготовкой к следующим вступительным экзаменам. В 1977 году (18 лет) успешно поступил в ВУЗ. Учебный процесс постигал с интересом, с нагрузкой справлялся. Пользовался уважением среди сокурсников и руководителей за успехи в учебе. Неоднократно командировался для прохождения производственной практики в другие города. Строил планы по развитию военной карьеры. В 1982 г. (23 года) успешно окончил обучение в звании лейтенанта с гражданской специальностью лингвиста-переводчика с испанского языка.

В 1980 г. (21 год), обучаясь на 3 курсе института, в гостях у друга познакомился со своей будущей женой. При первой встрече с ней почувствовал

уверенность в намерениях создать семью в будущем. Некоторое время (около 9–10 месяцев) общался с ней только путем почтовой переписки (пациент на тот момент находился в командировке от института). В 1982 г (22 года) во время обычной прогулки предложил оформить брак в ближайшем ЗАГСе. После свадьбы отношения в семье складывались ровными, доверительными, с уважением и теплыми чувствами относился к жене. В браке родилось трое детей, к чему относился с радостью, охотно принимал участие в их воспитании.

После окончания института (23 года) работал в качестве военного переводчика при Министерстве обороны. Успешно развивал карьеру, неоднократно командировался на длительные сроки в различные страны. В том же возрасте увлекся изучением социальной психологии, читал литературу по данной тематике. Особо выделял труды Дэйла Карнеги, старался придерживаться его принципов достижения успеха.

В мае 1989 года (27 лет) стал свидетелем сцены, когда две монахини утешали маленькую бездомную девочку. Был впечатлен тем, насколько легко им удалось это сделать. Тогда же впервые задумался о том, что религиозные люди обладают некими особыми способностями, которые отличают их мирян. Замечал в окружающих событиях особые знаки, указания, адресованные непосредственно ему, общий смысл которых мотивировал больного принять какое-то вероисповедание. Так, в качестве подобного знака расценил ситуацию, когда сослуживец, придерживающийся атеистических взглядов без видимых причин, подарил ему Библию. Стал изучать религиозную и философско-мистическую литературу, относящуюся к разнообразным религиям и конфессиям. Анализировал прочитанное, выделяя положительные и отрицательные стороны каждого вероисповедания. На основании полученных выводов стал проводить переоценку ранее прожитых лет, некоторых поступков, понял, что должен приносить людям добро, поступаясь собственными интересами. Тем не менее, не принял какую-либо определенную веру, считал, что для такого решения по-прежнему не хватает информации. Описанный период не сопровождался выраженными колебаниями настроения, или значительными изменениями сна и аппетита.

В 1990 году (30 лет) руководствуясь разработанными принципами, заступился за одного из своих сослуживцев перед вышестоящим офицером, заранее понимая, что рискует своей карьерой. Из-за этого конфликта был отозван из командировки с отрицательной характеристикой. Тем не менее, по возвращении в Москву смог трудоустроиться на высокооплачиваемую должность в военных структурах.

К 1991 году (32 годам) потерял интерес в построении карьеры военного, считал, что должен избрать призвание, которое будет приносить больше очевидной пользы для окружающих. В связи с этим уволился из военных структур, устроился на должность преподавателя испанского языка в Педагогическом институте. С энтузиазмом занимался преподавательской деятельностью. В 1993 году (34 года) сменил место работы, в связи с более выгодными условиями оплаты труда. Устроился на должность преподавателя испанского языка в институт.

В 1992 году (33 года) в разговоре со знакомым узнал о существовании деструктивной организации (так называемой «секты») «Церковь нового Завета» (В 1991 году основал Сергей Тороп, называющий себя Виссарионом, последователи которого убеждены, что он – «Второе пришествие Иисуса Христа»). Считая своим долгом переубедить как самого Виссариона, так и прочих членов его организации, вступил в ряды секты. Придерживался их догм, стиля поведения, питания. К 1994 году (35 лет), после двух лет пребывания в организации, убедился в полной безуспешности своих стараний и принял решение покинуть её.

В том же году, в июле, поехал в г. Киев, где посетил Киево-Печорскую лавру и приложился к мощам святых. На обратном пути, в поезде внезапно испытал неприятное трудноописуемое ощущение в области анального отверстия, которое трактовал как внедрение в него беса, являющегося плотным живым сгустком энергии в форме шара. После проникновения многочисленные неприятные ощущения в области живота различного спектра стали интерпретироваться больным как *«козёл, который в животе поселился»*. В дальнейшем испытываемые неприятные ощущения, представленные скручиванием, спастическими болями, распирающим, коликами, трактовал как результат воздействия на него беса, который

перемещался по его организму. Кроме того, почти сразу стал ощущать скручивание верхних и нижних конечностей, интенсивность которого постепенно нарастала в течение оставшегося дня. К ночи интенсивность скручивания стала сравнима с ощущением трансформации конечностей в козлиные копыта. В течение 6 часов пролежал в позе эмбриона на верхней полке поезда, не мог двигаться и разговаривать. Позже незаметно уснул. После пробуждения значительная часть описываемых ощущений прошла, интенсивность оставшихся значительно снизилась, локализуясь преимущественно в брюшной полости в виде спазмов, колик. Несмотря на это, возникшая трактовка о внедрении в тело беса сохраняла свою актуальность. Почти сразу после этого пришел к выводу, пережитое событие являлось знаком, чтобы он как можно скорее определиться с вероисповеданием. На этом фоне в конце августа 1994 года (35 лет) принял крещение в православие.

С момента описанных событий регулярно испытывал трудноописуемые болезненные ощущения, мигрирующие внутри тела снизу вверх и интерпретируемые как бес в виде небольшого (чуть меньше кулака) сгустка энергии в виде шара. Считал, что бес наносит вред органам. Испытывал слабость и тяжесть в конечностях. По мере приближения испытываемых ощущений к голове, на протяжении двух недель после возвращения из поездки, стал отмечать возрастание уровня интенсивности и выраженности воздействия беса на сознание, в первую очередь на волевой компонент. Так, находясь под влиянием беса, стал испытывать сомнения в выборе, пользоваться только определенными маршрутами, не имея волевых сил сменить направление. Постепенно, в течение описываемых двух недель, стал испытывать трудности в сосредоточении, концентрации внимания, восприятии информации.

На третьей неделе после возвращения, в сентябре 1994 года впервые отметил произвольное возникновение мыслей, расцененных больным как чужие, имеющие хульное содержание с императивным оттенком (призывы покончить с жизнью различными способами) и насильственных воспоминаний, которые своей интенсивностью перебивали остальные произвольные мыслительные процессы.

Через несколько дней речь стала эпизодически приобретать оттенок насильственности, произвольности. Считал это результатом воздействия беса.

С момента описанной ситуации в поезде, на протяжении дня испытывал немотивированную тревогу, внутреннее напряжение. Настроение было снижено с преобладанием тоски. Отмечались нарушения сна по типу трудностей засыпания, невыраженное снижение аппетита.

Несмотря на наличие вышеописанных расстройств, поведение больного носило внешне упорядоченный характер, однако не мог выполнять поставленные задачи на работе. Ссылаясь на соматические проблемы со здоровьем, оформил отпуск, после чего уволился по собственному желанию. На протяжении года не работал, находился на иждивении членов семьи, подрабатывал на различных низкоквалифицированных работах. Так, например, проводил косметический ремонт в детском дошкольном учреждении, которое посещал его сын, находил успокоение в общении с детьми.

После принятия крещения в православии стал строго следовать каноническим правилам. Регулярно, до 3–4 раз в неделю, посещал церковные службы, избрал духовного наставника, соблюдал посты, изучал религиозную литературу. К третьей неделе после возвращения в Москву, в целях борьбы с воздействием беса придерживался, неканонического поста, заключавшегося в резком ограничении в потреблении еды и воды (до 1 раза в сутки). Посвящал все свободное время непрерывному чтению молитв. За 2 последующих месяца потерял около 20 кг (масса 50 кг, рост 175 см; ИМТ = 12,4, соответствуя выраженному дефициту массы тела). В связи с истощением по настоянию родственников и по наставлению духовного наставника, 19. 01 1995 (36 лет) добровольно госпитализировался в Психиатрическую Клиническую Больницу №1 им. Алексеева Н. А.

**Психическое состояние при поступлении:** ориентирован верно. Настроение снижено. Говорит тихим голосом. Ощущает на себе постороннее воздействие, как будто находится под чьим-то контролем. Обеспокоен

значительной потерей веса. Отмечает наплывы мыслей. Рассказал, что в религиях искал утешение, смысл жизни. Согласен на лечение.

Получал лечение Trifluoperazini 4 мг/сут, Amitriptylini до 20 мг в/в капельно, Trihexyphenidyli до 6 мг/сут.

На фоне лечения отмечалась положительная динамика: возобновил регулярный прием пищи, отмечал улучшение концентрации внимания, легко воспринимал новую информацию, исчезли наплывы мыслей стабилизировался, выровнялось настроение. В то же время, хотя и не в такой выраженной интенсивностью сохранялись ощущения в области живота, которые описывал как бесовской шар, неспешно мигрирующий по его телу. Также, с небольшой выраженностью сохранялось ощущение вкладывания в голову чужих мыслей. Критика к пережитому состоянию не сформировалась, по-прежнему был убежден, что подвержен воздействию беса. Считал, что настоящий верующий человек, должен быть послушен и лишь поэтому соглашался на прием лекарств.

После выписки был больному был поставлен диагноз **F20.01** аффективно-бредовой приступ и рекомендациями приема поддерживающей психофармакологической терапии Trifluoperazini до 15 мг/сут, Amitriptylini до 50 мг/сут, Trihexyphenidyli до 6 мг/сут.

После выписки из стационара 15.03.1995 (54 к/д) назначенную терапию принимал не регулярно, так как не считал себя психически нездоровым. Через 2–3 недели смог вернуться к прежней работе в должности переводчика. Периодически во время лекций замечал, что бес внутри него особым образом воздействует на студентов, заставляет их все время зевать и постоянно отпрашиваться в туалет.

Родственниками отмечено, что с того же времени начал меняться по характеру, стал более замкнутым, перестал поддерживать отношения с прежними друзьями, сослуживцами, сократил круг общения до прихожан, служителей церкви и студентов. В поведении стал нерешительным, более робким, осторожным, часто прислушивался к мнению других людей (чаще церковных служителей). Значительно сузился круг интересов, практически перестал интересоваться

искусством, историей, интересы были ограничены вопросами христианской религии.

С 1997 года (38 лет) по рекомендации духовного отца начал амбулаторно наблюдаться в клинике НЦПЗ, проходил ежегодные консультации, получал рекомендации по лечению, придерживался их не всегда строго. Состояние оставалось прежним: постоянно ощущал присутствие беса в своем организме, его воздействие на органы, на волю, мысли, однако иногда бывали кратковременные периоды, продолжительностью не более 1–2 дней, когда это воздействие значительно ослабевало. Тем не менее, полностью описанные переживания не редуцировались. Сохранялся интерес к духовным, религиозным проблемам, стремился разобраться в своем состоянии, планировал начать изучать богословие. С этой целью поступил на богословские курсы, где проучился около 3 лет (до 2000 г.). По словам больного после того, как приобрел необходимые знания, бросил учебу, мотивируя это тем, что имеет более важные дела.

В сентябре 2004 года (45 лет) в течение 2 недель вновь отмечалось ухудшение состояния, усилилась интенсивность неприятных ощущений, сравнимых со сгустком бесовской энергии, боли во внутренних органах, стали возникать наплывы мыслей, появились трудности в сосредоточении, увеличилась частота появления вложенных мыслей, насильственных воспоминаний, эпизодически отмечались проявления непроизвольной речи. Стал замкнутым, подозрительным, тревожным, значительно снизилось настроение, нарушились сон и аппетит, перестал посещать работу. По настоянию матери **23.10.2004** в добровольном порядке госпитализировался в ФГБНУ НЦПЗ.

**Психическое состояние при поступлении:** в кабинет входит один. Сидит, удерживая прямую осанку, практически не меняя положения тела. Во время разговора умеренно жестикулируешь. Мимика несколько напряженная, в процессе разговора становится более доброжелательной. Голос маломодулирован, интонационно окрашен. Речь в обычном темпе, слегка спутанная, с оттенком резонерства. На вопросы отвечает охотно, однако складывается, это переживаний, словно пытается дать приемлемый для врача ответ. Не всегда отвечает в рамках

заданного вопроса, периодически начинает рассказывать истории или не к месту цитировать Писание. Легко отвлекается, в ответах бывает амбивалентен, в беседе несколько раз может говорить, что не считает себя больным, однако затем рассказывать, почему ему необходимо принимать психотропные лекарственные препараты по состоянию здоровья.

Рассказывает о том, что в течение многих лет ощущает внутри себя беса. Отмечает, что иногда бес путает мысли, не дает выбрать нужную. Периодически ощущает, как бес овладевает его волей, и тогда больной не может сделать какой-либо определенный выбор. Высказывает разнообразные причины вселения в него беса. Так, считает, что описываемое состояние является либо, может, наказанием Бога за то, что он долго отвергал православную веру, либо племянник не, либо «Его замысел», мстью, либо которой может дойти до уровня ажитации чтобы наставить его на истинный путь. Высказывает предположение, что в его защитной оболочке, которой обладает каждый человек, от неблагоприятных поступков появилась «трещина», через которую смог проникнуть бес. Настроение характеризует как ровное, сон, аппетит не нарушены.

При поступлении изменяет несколько схему, которая уже есть. Olanzapini до 20 мг/сут, Paroxetini 30 мг/сут.

**Соматическое состояние:** Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Отёков нет. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД 16/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, АД 110/75 мм.рт.ст., ЧСС 91 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание регулярное. Стул регулярный. Рост 175 см, вес 61 кг, ИМТ 21,0.

**Неврологическое состояние:** Лицо симметричное, язык по средней линии. Глазные щели равновеликие. Зрачки правильной формы, обычного размера, симметричные. Фотореакция живая, содружественная. Менингеальных знаков нет. Сухожильные рефлексы живые, D=S. Патологических рефлексов не выявлено. Пальценосовую пробу выполняет правильно. В позе Ромберга устойчив.

**26.01.2004 Выписан домой** под наблюдение врача психиатра ПНД по месту жительства и клиники НЦПЗ с диагнозом: **шизофрения приступообразно-прогредиентная. F20.3.** После выписки была рекомендована следующая схема **поддерживающей терапии:** Haloperidolum Decanoatis – 25 мг в/м 2 р/мес; Clomipraminum–25-0-25-0 мг; Risperidone– 1-1-0-2 мг; Trihexyphenidulum. 1-1-1-0 мг.

**Катамнез:** после выписки из НЦПЗ получал поддерживающую терапию Haloperidoli Decanoatis 50 мг 1 раз в месяц. Со слов жены больного, на фоне этого лечения состояние стало более стабильным, не отмечалось выраженных ухудшений состояния, приводивших к необходимости стационарного лечения. Успешно удерживался на работе, справлялся с нагрузкой. Не имея ученой степени, получил должность доцента кафедры иностранных языков факультета экономики РУДН за разработку специфической методики изучения испанского языка.

В августе 2009 года (50 лет) во всех очередной отмены терапии стал взбудоражен, инициативен, полон энергии, строил не реальные планы, высказывал необычные мысли (стремился сменить работу, размышлял

В ближайшем будущем 2019 году уволился из института в связи с несистематическими выплатами зарплаты. Строит планы по трудоустройству. Ведет частную практику преподавания иностранного языка, имеет частных учеников, в том числе за границей, занимается с ними по скайпу.

**Амбулаторный осмотре больного (01.08.2020):** во время осмотра выглядит спокойным. Настроен на проведение беседы, доброжелателен. Всесторонне ориентиров. Одет непритязательно, опрятно, аккуратно пострижен и причесан. Во время разговора сидит в однообразной позе, жестикулирует мало. Мимика обеднена, на лице часто улыбка, не несущая эмоционального содержания. Взгляд «застывший», направлен преимущественно в одну точку, в сторону от собеседника, однако, зрительный контакт периодически поддерживает. Голос обычной громкости, речь несколько монотонна, часто в форме монолога, грамматически построена правильно, словарный запас достаточный. В беседе трудно перебиваем. Не всегда отвечает в рамках заданного вопроса, периодически начинает

рассказывать истории или не к месту цитировать Писание. Легко отвлекается, в ответах бывает амбивалентен, в беседе несколько раз может говорить, что не считает себя больным, затем рассказывать, почему ему необходимо принимать ПФТ.

Рассказывает о том, что на протяжении многих лет испытывал неприятные трудно описуемые (стун-ступа) ощущения в животе, а так же присутствие беса, испытывает на себе его воздействие, выражающееся в нарушениях функционирования органов ЖКТ, и мыслительных процессов в виде вкладывания в его голову хульных, суицидальных мыслей, насильственного разматывания неприятных воспоминаний, насильственного произнесения фраз. Отмечает, что иногда бес путает мысли, не дает выбрать нужную. Периодически ощущает, как он овладевает его волей, и тогда больной не может сделать какой-либо выбор.

Считает, что это «Господь попустил», чтобы наставить его на истинный путь. Так же полагает, что это может быть наказанием со стороны Бога за то, что он долго отвергал православную веру. Кроме того, высказывает предположение, что в его защитной оболочке, которой обладает каждый человек, от неблагоприятных поступков появилась «трещина», через которую смог проникнуть бес. Настроение характеризует как ровное, сон, аппетит не нарушены.

**Клинический разбор:** состояние на момент осмотра определяется картиной симптоматической ремиссии с резидуальной галлюцинаторно-бредовой симптоматикой, представленной феноменом галлюцинаций общего чувств, бредовыми идеями одержимости, с синдромом овладения религиозного содержания I тип (*галлюцинаторного*) и 1a подтипа (*с преобладанием галлюцинаций общего чувства*).

Инициальный этап относится к 23–24 годам и характеризуется явлениями метафизической интоксикации с формированием сверхценного интереса к социальной психологии и проблемам общения с людьми. К 27 годам произошла смена содержания фабулы метафизической интоксикации с погружением в изучение философско-религиозно-мистической литературы, и присоединением

несистематизированных аффективно не заряженных нестойких бредовых идей особого значения.

Приступ с проявлениями СОРС манифестировал в возрасте 35 лет острым полиморфным психотическим состоянием выраженным галлюцинаторным компонентом, в котором феномен галлюцинаций общего чувства занимает ведущие позиции по характеристикам выраженности, степень воздействия на клиническую картину и на формирование бредовой фабулы.

Бредовые расстройства при данном подтипе в подавляющем большинстве имеют интерпретативный характер бредообразования, определяясь содержанием галлюцинаторного компонента. Бредовые идеи одержимости сочетались бредом воздействия с проявлениями идеаторных и речедвигательных автоматизмов, и бреда особого значения.

Имели место различные формы бредового поведение аутоагрессивного характера: в виде резкого ограничения приема пищи и питья, достигающего до уровня бредового отказа от еды. Состояние длилось около года, выход из приступа происходил постепенно, в течение 2–3 месяцев.

После первого стационарного лечения, которое в целом обошлось без положительной динамики, отмечалось некоторое снижение интенсивности психотической симптоматики.

В дальнейшем, на фоне нажитых аффективных колебаний, носящих биполярный характер, перенес еще приступы, в структуре которых во всех случаях теперь присутствовала религиозная психопатология, причем как ведущий. Выход из приступов так же проходил постепенно со стабилизацией аффективного фона, редукцией бредовых идей, расстройств мышления, с сохранением резидуальной симптоматики бредовых идей одержимости, воздействия, особого значения, преходящих висцеральных галлюцинаций с сенестоипохондрическими включениями.

Преморбидно личность можно отнести к гипертимным, так же обращает на себя внимание склонность к магическому мышлению.

Религиозность больного на протяжении всей болезни претерпевает определенную динамику. И в данном случае, определяется как внешняя, невыраженная.

Наследственность манифестными психозами не отягощена.

**Диагноз: Шизофрения присутпообразно-прогредиентная с преобладанием синдрома овладения религиозного содержания 1 типа. F20.01**

**Наблюдение №2. 2а подтип с преобладанием вербальных псевдогаллюцинаций**

**2а (с преобладанием вербальных псевдогаллюцинаций)**

**Больной Г-в. С.П. 1992 г.р. (история болезни №1104), дата поступления: 03.10.2009; 11.01.2010; в настоящий момент не работает, проживает на иждивении у матери.**

**Анамнез (со слов больного, родственников и сопроводительной документации).**

**Наследственность:**

Психопатологически отягощена по линии матери: Мать больного наблюдается психиатром по поводу панических атак, сниженного настроения, в течение 4-х лет получает paroxetine, бабка в течение последних 1,5 лет высказывает несистематизированные идеи воздействия, дед злоупотреблял алкоголем.

**Линия матери:**

**Бабка (73 года):** получила среднее специальное техническое образование, до пенсии работала мастером отдела технического контроля. По характеру была отзывчивой, терпеливой, общительной. В последнее время высказывает идеи, что «унитаз подключили к какой-то аппаратуре», которая вызывает у нее учащенное мочеиспускание.

**Дед (1945–2018):** имел высшее техническое образование, работал инженером водного транспорта. По характеру был ответственным, прямолинейным, употреблял алкоголь, в конце жизни бесконтрольно. Умер в 73 г. от сердечно-сосудистой недостаточности.

**Мать (47 лет):** получила среднее специальное образование. Всю жизнь жила в деревне. Работала санитаркой в поликлинике. По характеру была холодной, требовательной, властной. Почти не проявляла к детям ласки. Отличалась трудолюбием, с удовольствием занималась тяжелой физической работой, ведением домашнего хозяйства.

**Линия отца:**

О деде и бабушке сведений нет.

**Отец (52 года):** 52 года, начальник цеха. В настоящее время работает в Уренгое. Уравновешенный, упрямый, общительный, при этом контакт с окружающими поддерживает формальный, по характеру скрытный. В последнее время стал очень скупым, контролирует все мелкие траты.

**Сестра (1997 г.):** окончила институт по специальности «менеджмент». Добросовестная, ответственная, доверчивая, скромная. Работает в банке. Наблюдается у психиатра по поводу панических атак, сенесто-ипохондрического синдрома.

**Пробанд:** родился в срок от 3 беременности (первые две беременности – медицинские аборт). Беременность протекала на фоне стрессов, с угрозой прерывания в первом триместре. Роды самопроизвольные, осложнились острой гипоксией плода (двойное обвитие пуповиной). Около 2 недель находился в отделении патологии новорожденных. С младенчества наблюдался педиатром по поводу бронхообструктивного синдрома. Раннее развитие соответственно возрасту. Ходить начал в 9 месяцев, фразовая речь к 1,5 годам.

Детское дошкольное учреждение посещал с 2,5 лет. В детском коллективе адаптировался без труда, в общении со сверстниками был добродушным, отзывчивым. При этом не мог постоять за себя в конфликтных ситуациях, первым шел на примирение, отдавал свои вещи, игрушки. Предпочитал спокойные игры, особенно нравилось собирать конструктор. В 3–4 г появился интерес к насекомым, наблюдал за их жизнью, собирал их, приносил домой. Данное увлечение сохранялось до школьного возраста.

В 1997 г (5 лет) был с матерью в Анапе, где однажды ночью, проснувшись, не обнаружил ее в доме, после чего некоторое время испытывал страх темноты, боялся спать один. Эпизодов сногворения, снохождения, энуреза не было.

В 1998 (6 лет) пошел в школу, трудностей адаптации не возникало, старался дружить со всеми, к лидерству не стремился, был ведомым. Учился без интереса, домашние задания выполнял под строгим контролем матери, успеваемость была средней.

В 2004 (12 лет) в детском летнем лагере упал с батута, сильно ударился головой (данных о наличии, или отсутствии черепно-мозговой травмы на тот момент не предоставлено) За медицинской помощью не обращался. С 12 лет начало 7 класса, по инициативе отца занимался легкой атлетикой, занятия не нравились. В 7 классе начал пропускать уроки, имитировал посещение школы, «отпрашивался» у школьной медсестры под предлогом плохого самочувствия. Учеба давалась с трудом, было сложно запоминать новое. В этом же возрасте ухудшились отношения со сверстниками, так как считал больным себя «некрасивым – хилым, сутулым», несмотря на занятия спортом. На фоне занятий мастурбацией ощущал себя «душевно нечистым», «хуже других», отмечал чувство подавленности, преобладал пониженный фон настроения. Стал повышено внимательно относиться к своей одежде, внешнему виду. Размышлял о том, как он выглядит со стороны, что думают о нем окружающие. Подвергался насмешкам со стороны одноклассников, но не мог постоять за себя. Большую часть свободного времени проводил за компьютерными играми. Матери жаловался на головную боль, снизился аппетит, говорил, что у него сильно ухудшилась память, он ничего не может запомнить, пытался специально заучиваться стихи, но не мог выучить ни одного стихотворения до конца. Стал более замкнутым, скрытным, с родными переживаниями не делился.

Интерес к противоположному полу – с 14 лет, стеснялся подойти к понравившейся девушке, чувствовал робость, неуверенность в себе. Считал, что он не может вызвать симпатию у противоположного пола, девушка своим поведением «намекает», что он ей неинтересен. В данный период настроение было нерезко сниженным, постоянно думал о том, что не является привлекательным для понравившейся одноклассницы, мог часами разглядывать свою внешность в зеркале, замечая множество недостатков.

В 2007 году (15 лет) 9 классе отношения со сверстниками ухудшились еще больше, подвергался издевательствам со стороны группы деликвентных подростков в школе, родителям об этом не рассказывал. В 15 лет увлекся просмотром мультипликационных видеороликов философского содержания, пришел к выводу о том, что ему необходимо духовно совершенствоваться.

Тогда же стал строго следовать церковным канонам. На карманные деньги купил Библию в церковной лавке, ежедневно читал ее, начал регулярно посещать храм, исповедовался. Чувствовал себя «недостойным, грешным», не мог «до конца» покаяться. По-прежнему сохранялась фиксация на мнимых недостатках внешности, моральном несовершенстве, мысленно называл себя «уродом, противным всем людям», настроение преимущественно было сниженным. В тот период рассуждал с одним из друзей о значении снов, пробовали некоторые техники осознанных сновидений. Был очень впечатлен рассказами друга о его снах с шумерской богиней Астартой, находил информацию о ней в интернете.

В 2009–2010 году (10–11 класс) обратился к психотерапевту по инициативе родителей по поводу проблем с учебой, концентрацией внимания, малообщительности. Эффекта от работы с психотерапевтом не отмечалось. По-прежнему много времени проводил дома за компьютером. Настроение оставалось подавленным. В 11 классе в связи с сохраняющимися трудностями осмысления, запоминания под руководством репетиторов готовился к ЕГЭ. Во время занятий быстро утомлялся, снижалась концентрация внимания, легко отвлекался, часто просил делать перерывы между выполнением заданий. Экзамены сдал с трудом на в основном на удовлетворительные оценки. После окончания школы переехал с семьей в г. Королев. По инициативе родителей поступил в Финансовую технологическую академию (выбор учебного заведения был обусловлен близостью к дому).

Психическое состояние изменилось в сентябре 2010 г. (1 курс, 18 лет): испытывал выраженный подъем настроения, прилив сил и энергии, считал, что у него начинается «новая жизнь». Дезактуализировались идеи о недостатках внешности, греховности, малоценности. С интересом приступил к учебе, легко

усваивал материал. Появилось чувство уверенности в себе. Охотно общался с однокурсниками. Ребята ценили за услужливость, отзывчивость. Продолжал посещать церковь в г. Королев, при этом испытывал состояние «благодати», хотелось все время молиться, достичь духовных высот. Причащался каждую неделю, молился дважды в день.

Постепенно, к весне 2011 г., (19 лет) состояние сменилось подавленностью, стало труднее учиться, общаться, нарушился ночной сон. Винил себя в грехах сребролюбия, зависти, гордыни, просил у окружающих прощения за свои грехи. Вспоминал, как на фоне предшествующего «душевного подъема» текст Священного Писания казался слишком простым и понятным, винил себя в этом. Почти все время проводил за чтением литературы религиозного содержания, ежедневно посещал храм, соблюдал строгий пост, при этом испытывал сильную тревогу, ощущение, что «должно случиться что-то страшное». Одновременно читал около 5 книг православной тематики, сообщил матери, что, если к определенному сроку не прочтает их полностью, произойдет некая катастрофа. Летнюю сессию в ВУЗе закрыл с трудом. Летом, 2011 г., во время отдыха в Турции, не выходил из номера, говорил: *«если бы я не был верующим, я бы выбросился из окна»*, *«вы мне ничем не можете помочь»*. Испытывал выраженное чувство тоски, ощущал его в виде «тяжести на душе». Считал себя грешником, повторял, что он хуже всех во всём мире.

По возвращении домой по настоятельной просьбе матери обратился к неврологу, который направил больного к психиатру. После консультации был поставлен диагноз *«депрессия»*, назначенную психофармакотерапию принимать отказался. Свое состояние болезнью не считал, полагал его «духовным» по природе. Старался все свободное время читать религиозную литературу, но не осмыслял прочитанное. Выглядел растерянным, был рассеянным, много молился. Уверял мать, что она еще может спастись, а он нет.

В сентябре 2011 г. приступил к учебе, однако пропускал занятия из-за повышенной утомляемости, слабости. В течение дня испытывал немотивированную тревогу, внутренне напряжение. Через 2 недели после начала

учебы стал ощущать, словно в комнате находится кто-то ещё. Чувствовал, словно некоторые мысли не принадлежали ему. Через несколько дней после возникновения ощущения постороннего присутствия впервые услышал голос внутри головы хульного содержания императивного окраса *«ты недостойный, убогий, тебе необходимо наказать себя за прежние грехи»*. Почти сразу понял, что неким голос принадлежит дьяволу, скрывающемуся в обличие языческой Богини Астарты. Не имея возможности отвлечься от звучащего голоса, стал приходить к выводу, что подписал договор с дьяволом о том, что *«будет гореть в аду за прелюбодейные действия»*, почувствовал, что таким образом *«предал Бога»*, в результате чего стал язычником. В течение недели голоса в голове приобрели множественный характер разнообразного содержания. Помимо основного женского голоса услышанные голоса интерпретировал как бесовские. Слышал угрозы в адрес себя и своих родных, настойчивые приказы причинить вред окружающим, нанести самоповреждения, служить силам ада. Считал себя *«величайшим грешником»*. Почти сразу, помимо голосов внутри головы, стал видеть, словно внутренним взором inferнальные образы демонических существ, прекрасных девушек с бараньими рогами, чудовищ из языческой мифологии. Часть голосов внутри головы представлялись больному как положительные, которые защищали его от дьявольских сущностей, советуя совершать те, или иные действия для улучшения своей защиты: например, спать на правом боку. В ноябре 2011 г. стал застывать в вычурных позах. В темноте, словно наяву, видел устрашающие образы бесов, заполонивших квартиру. Испытывал ощущение, что дьявол контролирует не только его мысли, но и управляет его движениями. Так, ходил по кругу в комнате, при этом ощущая, что двигается не по своей воле. Также, с ноября стал периодически застывать в вычурных позах, длительное время мог провести без движения, словно статуя, таким образом выполняя команды бесовских сил. При просьбе повторить за голосами произносил: *«не моргай, не двигайся, стой на месте»*. Неоднократно бесы требовали больного убить себя, нанести увечья, однако чувствовал, что от совершения подобных действий его уберегали так называемые голоса-защитники. Утверждал, что *«в него влетели 1000 бесов»*.

Считал, что стал злее, агрессивнее. Испытывал различные неприятные трудноописуемые ощущения, которые интерпретировал, как выплёвывание бесов. С целью защиты почти все свободное время проводил за чтением молитв, на фоне чего ощущал, словно некоторые бесы покидают его тело. Молился перед иконами и чувствовал, что часть бесов «выходит» из него. Не мог зайти в комнату матери без определенной последовательности действий – нужно было попрыгать перед порогом, похлопать в ладоши. В церковь в тот период не ходил

По инициативе матери обратился к священнику, который рекомендовал обратиться к психиатру. **27.12.11** обратился в клинику ФГБНУ НЦПЗ, где дал согласие на добровольную госпитализацию.

**Психическое состояние при поступлении:** при поступлении выглядит соответственно возрасту, худощавого телосложения. Принимает приглашение на беседу, садится боком, отвернувшись от врача, во время разговора смотрит в сторону. Сидит в однообразной позе. Мимика несколько обеднена. Голос средней громкости, модулирован. Речь в среднем темпе. Периодически улыбается, вне контекста разговора.

Сообщает, что слышит множественные голоса бесов, демонов внутри головы. Постоянно акцентирует внимание на том, что хочет лечиться исключительно у православного по всем понятиям врача. Склонен к рассуждательству на религиозную тематику. Ощущает на себе воздействие бесов, чувствует их присутствие в кабинете. Рассказывает, словно бесы управляют его телом, вкладывают мысли. Не может не послушаться их, убежден, что в противном случае его состояние резко ухудшается. Сообщает, что у него есть ритуалы, однако подробнее на эту тему говорить отказывается не может, испытывает трудности при формулировании мыслей. Сон нарушен, так как *«бесы часто запрещают спать»*. Аппетит снижен. Суицидальные мысли отрицает. Считает, что в клинику поступил для искупления. Больным себя не считает, на лечение согласен пассивно.

**Соматическое состояние:** кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Отёков нет. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД 15/мин. Тоны

сердца ясные, ритмичные, АД 115/85 мм.рт.ст., ЧСС 87 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание регулярное. Стул регулярный. Рост 175 см, вес 71 кг, ИМТ 22,7.

**Неврологическое состояние:** лицо симметричное, язык по средней линии. Глазные щели равновеликие. Зрачки правильной формы, обычного размера, симметричные. Фотореакция живая, содружественная. Менингеальных знаков нет. Сухожильные рефлексы живые, D=S. Патологических рефлексов не выявлено. Пальценосовую пробу выполняет правильно. В позе Ромберга устойчив.

**Статус в динамике:** первое время в отделении оставался тревожным, напряженным, говорил о том, что в нем бесы, демоны, черти, слышал их голоса внутри головы, дающие указания, ощущал их воздействие. В беседе был негативистичен, раздражителен. Жаловался на чувство тоски, душевной боли. Пассивно подчинялся режиму клиники, тяготился пребыванием в стационаре. Общался только с религиозными больными, на темы, связанные с верой. Большую часть времени проводил, прогуливаясь по коридору. Длительное время сохранялись идеи воздействия, овладения бесами, ощущение вкладывания бесами мыслей в голову, в окружающем видел символические указания, как следует поступать. Периодически отмечались эпизоды тревоги с усилением психотической симптоматики. Постепенно на фоне терапии состояние стабилизировалось, выровнялся фон настроения. Длительное время сохранялись явления психической истощаемости. Перед выпиской неоднократно был в домашних отпусках, прошедших без замечаний. Настроен на продолжение терапии в амбулаторных условиях.

Был выписан в апреле 2012 г. С рекомендацией по приёму поддерживающей терапии: Olanzapinum до 20 мг/сут; Clozapinum 50 мг/сут; Sertralinum 100 мг/сут; Valproic acidum 600 мг/сут; Trihexiphenidylum 6 мг/сут; Bromdihydrochlorphenilbenzodiazepinum 1 мг/сут.

**Катамнез:** после выписки из клиники принимал поддерживающую терапию, наблюдался у психиатра амбулаторно, посещал психоневрологический диспансер

по месту жительства. Высказывал желание уйти в монастырь, однако данное стремление постепенно редуцировалось к июлю 2012 г. Сохранялся интерес к религии, стремился посещать церковь, однако делал это реже. Время проводил за чтением религиозной и художественной литературы, общением в социальных сетях, компьютерными играми. Матери по хозяйству не помогал, ссылаясь на утомляемость. Практически ежедневно катался в компании приятеля на велосипеде. Познакомился с девушкой, к которой испытывал интерес. Состояние стало постепенно ухудшаться с сентября 2012 г. после смены схемы лечения. Снизилось настроение, начал проводить больше времени за чтением молитв, раздражался, когда его отвлекали. Перестал интересоваться чем-либо, не связанным с религией. Периодически заводил разговор о бесовских воздействиях. Отрицал наличие болезни, говорил о ее духовной природе, повторял, что не видит смысла в приеме лекарств. Считал, что заболел, так как «*был язычником*» и поэтому не может защититься от воздействия темных сил. Выглядел грустным подавленным. На фоне смены терапии отмечались тремор, неусидчивость. Состояние особенно ухудшилось в течение последнего месяца перед настоящим стационарированием, когда вновь стал слышать голоса бесов, вернулось ощущение овладения. Перестал выходить из дома, утверждая, что бесы причинят ему вред на улице. В течение последней недели перед госпитализацией залеживался в постели. Плакал, требовал связаться со священниками. Боялся идти в церковь, считал, что из-за этого бесы его убьют. 23.09.2012. был повторно госпитализирован в ФГБНУ НЦПЗ. Выписался 01.12.2012 с улучшением в виде редукции острой психопатологической симптоматики и рекомендациями к приему поддерживающей терапии Haloperidolum Decanoatis до 50 мг в/м 2 р/мес.; Clozapinum 50 мг/сут; Valproic acidum 600 мг/сут; Trihexiphenidylum 6 мг/сут; На этом фоне отмечалось снижение интенсивности психопатологической симптоматики вплоть до полной редукции в течение 4 месяцев. Сохранялись невыраженные нарушения мышления по типу замедления темпа, усиления вязкости, ригидности, снижения памяти на недавние события, ухудшение концентрации внимания.

**Амбулаторный осмотр больного (ноябрь 2017 год):** на приёме один, пришёл вовремя. Нормального телосложения, достаточного питания. Сидит, редко меняя положение тела, практически не жестикулирует. Взгляд несколько напряжённый. Выражение лица отсутствующее. Мимика обеднена. Голос маломодулированный, интонационно неокрашенный. Речь замедленная, грамматически верная. На вопросы отвечает с некоторой задержкой, не в полном объёме, изредка приходится повторять вопрос. Предъявляет жалобы на слабость и бессилие в течение дня, которые, однако, не мешают ему исправно посещать работу, справляться со своими обязанностями. К соблюдению религиозных канонических традиций по большей части относится формально, практически не посещает церковные службы, ссылаясь на трудности при пробуждении в выходные дни, а также отсутствие интереса к вере со стороны членов семьи. Критика к своему состоянию по-прежнему сформирована не полностью: убеждён в том, что был подвержен влиянию со стороны тёмных сил, вследствие чего приобрёл психическое расстройство, от которого и лечится в данный момент. В конце беседы больной сообщает, что намерен продолжать регулярное посещение НЦПЗ.

**Анализ наблюдения:** состояние на момент осмотра определяется картиной астенического варианта синдромальной ремиссии на фоне завершившегося приступа шизофрении, протекающей с синдромом овладения религиозного содержания I типа (*галлюцинаторного*) и 1а подтипа (*с преобладанием вербальных псевдогаллюцинаций*). Статус больного на момент обследования определяется поной редукцией позитивной психопатологической симптоматики с выраженными астеническими и когнитивными расстройствами, отсутствием полноценной критики к перенесенному состоянию.

Начало заболевания относится к возрасту 12 лет. Развитию приступа предшествовал длительный инициальный этап с преобладанием депрессивного аффекта, дисморфофобическими расстройствами сверхценного уровня, с последующим формированием сверхценного религиозного мировоззрения по типу

метафизической интоксикации на фоне, с усилением депрессивного аффекта с акцентом на идеаторном и тимическом компонентах триады с трудностями сосредоточения и осмысления, подавленности, идеями самообвинения, греховности, несостоятельности. В дальнейшем происходит инверсия аффекта на гипоманиакальный с экстагическим характером переживаний, вновь сменяющийся депрессивным незадолго до манифестации приступа.

Манифестация приступа постепенная. Приступ начинался с возникновения и систематизированных бредовых идеи греховности, самоуничужения, с последующим появлением бредовых идей воздействия, овладения религиозного характера в сочетании с острым чувственным, антагонистическим бредом. Галлюцинаторные расстройства были представлены массивными псевдогаллюцинациями, носящим комментирующий и императивный характер, а также галлюцинациями воображения. Обманы восприятия были тематически тесно связаны с бредом религиозного содержания. Таким образом, в приступе были представлены все элементы синдрома Кандинского-Клерамбо с присоединением всех видов психических автоматизмов (идеаторных - в виде открытости мыслей, затем присоединившихся сенсорных и моторных автоматизмов) с формированием картины «тотального овладения», что приводило к выполнению больным ряда действий (высокая бредовая мотивационная активность). Бредовые расстройства на высоте состояния приобретали элементы антагонистического бреда. Так же на высоте состояния отмечались выраженные кататонические расстройства гипокинетического полюса с явлениями ступора, негативизма, эпизодами психомоторного возбуждения. Обратное развитие приступа происходит постепенно, но достаточно гармонично с полной редукции кататонических, псевдогаллюцинаторных расстройств, синдрома Кандинского-Клерамбо, с формирования сверхценных идей бредового уровня, с последующим формированием сверхценного религиозного мировоззрения.

Первая ремиссия после манифестного приступа (длительность ремиссии 1,5 года) характеризовалась низким качеством, и может быть квалифицирована как

ремиссия типа «астенической шизодизации» со снижением возможностей учебной адаптации. Сформировавшиеся изменения личности были представлены отчетливым падением психической активности, сужением социальных контактов, эмоциональной нивелировкой, ограничением сферы интересов и увлечений, пассивностью, снижением волевых побуждений, стойкими когнитивными расстройствами, сохранением сверхценного религиозного мировоззрения.

Повторный приступ возник подостро, без предшествующей провокации. В целом сохранил структурное сходство с манифестным состоянием и определен как кататоно-галлюцинаторно-бредовой, с тенденцией к несколько меньшему участию в формировании бредовой фабулы бреда воображения, выраженностью аффективного компонента депрессивного полюса.

Наследственность больного отягощена по линии матери.

Ранний онтогенез больного характеризовался возникновением стойкого сверхценного интереса в возрасте 3-х лет.

Преморбидно личность больного из круга сенситивных шизоидов с чертами психического инфантилизма.

**Диагноз: шизофрении, приступообразно-прогредиентная с преобладанием синдрома овладения религиозного содержания 1 типа, с сохранением структуры приступов и нарастанием изменений личности с некоторым снижением социально-трудовой адаптации. F20.01**

**Наблюдение №3. 2а подтип с доминированием бреда воздействия****2а (с преобладанием бреда овладения)**

**Больной Ш-ва Н. А. 1975 г.р. (история болезни №1265), дата поступления: 03.12.2005; 01.02.2006; инвалид II группы по психическому заболеванию, не работает.**

**Анамнез (со слов больной).**

**Наследственность:** Наследственность отягощена психическим неблагополучием матери и тётки по линии матери, а также алкоголизмом отца.

**Линия матери:**

Сведений о бабке и деде не предоставлено.

**Мать (1930–2010):** получила профессию инженера-конструктора, до пенсии работала ведущим специалистом на заводе. В настоящее время на пенсии. По характеру была тревожной, мнительной. Так, до 12 лет запрещала дочери ездить на автобусах, не отпускала на экскурсии в другие города, опасаясь, что может «случиться беда». Увлекалась эзотерическими практиками, гаданием, спиритическими сеансами. В 1996 году (66 лет) внезапно перестала узнавать родственников, отказывалась выходить из дома. В дальнейшем наблюдалась у психиатров, имела диагноз «сенильная деменция» (данных, подтверждающих данный диагноз, не предоставлено). На протяжении последующих лет отмечались эпизоды неблагополучия, продолжительностью до нескольких дней, во время которых не узнавала родных, уходила из дома, покупала ненужные вещи. Умерла от осложнений сердечнососудистой патологии в соматическом стационаре в возрасте 80 лет.

**Тётка (1932–2019):** получила химико-биологическое образование. До пенсии работала по профессии в одном из институтов Санкт-Петербурга. В возрасте 57 лет без видимой причины стала нелюдистой, раздражительной, неряшливой, что ранее было ей не свойственно. По этому поводу не консультировалась у врачей. Со

временем практически перестала поддерживать связь с членами семьи, вела замкнутый образ жизни. Умерла в возрасте 87 лет от онкологического заболевания.

**Двоюродный брат (57 лет):** получил высшее юридическое образование со специализацией на гражданском праве в Санкт-Петербурге. После окончания обучения женился и переехал с семьёй в Москву. В настоящее время работает по профессии в крупной юридической фирме. По характеру твёрдый, упрямый, вспыльчивый, крикливый.

#### **Линия отца:**

Сведений о бабушке и дедушке не предоставлено.

**Отец (1932–1980):** получил среднее специальное техническое образование, работал связистом на телеграфе. По характеру был вспыльчивым, придирчивым, педантичным. С подросткового возраста злоупотреблял алкоголем. В состоянии опьянения становился раздражительным, агрессивным. Случались кратковременные (до 3–4 дней) запои. По неизвестным причинам оставил семью, когда больной было 4 года. Известно, что в возрасте 48 лет умер от соматической патологии.

**Пробанд:** родилась от 1-й беременности, протекавшей с явлениями токсикоза средней степени тяжести в 1 триместре. Роды в срок, физиологические. Закричала сразу, вес при рождении – 3500г, рост – 50см. На грудном вскармливании до 3 месяцев. В связи с проявлениями рахита, а также с подозрением на признаки детского церебрального паралича отмечалась задержка раннего развития: ходьба с 1,5 лет, фразовая речь с 2,5 лет.

Воспитывалась в семье, где придерживались атеистических взглядов. Мать больной практиковала нетрадиционные способы народной медицины, считая таблетированные формы лекарственных средств токсичными для организма.

По характеру формировалась капризным, требовательным ребенком. Когда не получала желаемого - кричала, плакала, могла прилюдно оскорбить мать. Детское дошкольное учреждение посещала с 1980 года (5 лет). В коллективе адаптировалась быстро. Активно общалась с другими детьми, участвовала в совместных играх. Была склонна к фантазированию: часто представляла, будто у нее есть сестра, с которой могла делиться переживаниями, воображала, как ее семья внезапно становится богатой.

С 1982 года (7 лет) пошла в школу. Поначалу адаптация в коллективе не вызывала трудностей. Поддерживала формально-дружеские отношения, с первого класса нашла себе несколько близких друзей. Проявляла общественную активность. Так, в 7 классе (1988 года, 13 лет) на общем голосовании была избрана старостой класса. С возложенными административными обязанностями справлялась успешно, получала от проделанной работы удовольствие. Несмотря на быструю социальную адаптацию, к учёбе интереса не проявляла. Тем не менее, до 7 класса не испытывала затруднений при усвоении материала, получала в основном хорошие оценки могла.

С 1989 года (14 лет) без видимой причины стали отмечаться незначительные колебания настроения, продолжительностью до нескольких дней, от ровного до сниженного. Сон и аппетит не менялись. Во время периодов сниженного настроения чувствовала себя глупой, посредственной, ничем непримечательной. Интерес к учёбе по-прежнему отсутствовал, однако ввиду усложнения программы, с 7 класса (14 лет) значительно снизилась успеваемость, что усугубляло состояние больной.

Считает, что с этого возраста стала замкнутой, необщительной, все чаще засиживалась дома, поддерживала контакты лишь с несколькими близкими друзьями, сложила с себя обязанности старосты класса. Появилась убежденность, что является излишне худой (при росте 170 см весила около 60 кг). С целью набора массы тела старалась чаще есть. Испытывала недовольство формой носа, который считала слишком большим. Часами могла рассматривать нос в зеркале, размышлять по поводу пластической операции, искать информацию об

особенностях оперативного вмешательства, врачах, клиниках. Часто на людях закрывала его рукой. Казалось, что из-за вышеописанных недостатков никогда не сможет выйти замуж, обзавестись семьёй, что усугубляло эпизоды сниженного настроения.

Когда больной было 14 лет, несколько ее подруг приняли крещение в православие. Не желая *«выделяться на их фоне»*, приняла крещение. Несмотря на это, относилась к религии формально, не интересовалась православными традициями, не читала церковной литературы, не носила нательный крест.

Menses с 1993 года (16 лет). Цикл окончательно установился к 18 годам. В пре- и постменструальном периоде становилась раздражительной, плаксивой, что продолжалось на протяжении 1-2 дней. В том же возрасте впервые испытала влюблённость в сверстника, которая продолжалась на протяжении около года. Писала о нем в личном дневнике, фантазировала о совместном будущем. Однако не решилась признаться в своих чувствах, так как считала себя недостаточно красивой. В указанный период впервые испытывала подъём настроения с усилением активности, укорочением ночного сна, который продолжался до 5-7 дней. Со слов больной, тогда же стала прибегать к мастурбации, осознала, что испытывает сексуальное возбуждение при фантазиях о немощных, или плачущих мужчинах. В дальнейшем часто использовала этот образ. С того момента колебания настроения стали включать в себя нерегулярные кратковременные подъёмы (до 3-4 дней), без изменений сна и аппетита.

Окончила школу в 1992 году (17 лет). Планировала подать документы в педагогический институт, однако посчитала, что не сможет справиться с вступительными испытаниями. В связи с этим, вопреки советам родственников, поступила в финансовый техникум. В новом коллективе адаптировалась удовлетворительно. К учебному процессу относилась с интересом, получала хорошие оценки.

В 1993 году (18 лет), на фоне невыраженного подъёма настроения, испытала чувство влюблённости по отношению к подруге. Старалась проводить с ней больше времени, испытывала влечение сексуального характера. Однако не

делилась с ней своими переживаниями, опасаясь разрушить дружбу. Несмотря на то, что данная влюблённость прошла в течение 2-3- месяцев, в дальнейшем обнаруживала в себе гомосексуальные наклонности.

В 1994 году (19 лет) ввиду материальных трудностей в семье была вынуждена перейти на заочное обучение, устроиться на работу. Благодаря протекции одной из подруг матери, стала выполнять задачи главного бухгалтера в небольшой торговой фирме. Хорошо справлялась с поставленными задачами.

Через несколько месяцев, на фоне подъёма настроения, испытала влюблённость в отношении своего начальника, который был старше больной на 10 лет, состоял в браке. Привлек ее тем, что оказывал знаки внимания – дарил духи, цветы, возил на машине. Через неделю после знакомства с ним впервые вступила в сексуальные отношения. Удовлетворения в ходе сексуального контакта не испытала, что наблюдалось и при последующих половых контактах в течение жизни. Беспокоилась по этому поводу, опасалась, что не сможет в будущем стать хорошей женой, однако к врачам не обращалась.

Через две недели после сексуального контакта начальник прекратил общение с больной. На этом фоне испытала резкое снижение настроения с преобладанием тоски, самоуничижительных мыслей. Сон был нарушен по типу трудностей засыпания. Описанное состояние продолжалось на протяжении последующего года.

Через год, в 1995 году (20 лет), устроилась в другую фирму на должность бухгалтера к индивидуальному предпринимателю, где участвовала в составлении поддельных финансовых отчетов. После трудоустройства отмечался невыраженный подъем настроения, продолжительностью до недели с усилением активности, работоспособности, без изменения сна и аппетита. В том же году стала еженедельно употреблять алкоголь в компании коллег, что продолжалось на протяжении двух лет. В состоянии алкогольного опьянения становилась веселой, разговорчивой.

С 1997 года (22 года) впервые на фоне сниженного настроения стала отмечать трудности концентрации внимания, особенно во время жаркой погоды, без

изменения сна и аппетита. С трудом вела отчеты, считала. Также, независимо от погоды, стала быстрее уставать, когда была за рулем автомобиля. После часа езды, чувствовала нарастание невнимательности, рассеянности. Для отдыха от вождения требовался получасовой перерыв. В связи с этим старалась как можно реже садиться за руль. Описанные трудности не влияли на качество трудовой деятельности. По этому поводу к врачам не обращалась.

В дальнейшем продолжала работать в г. Калуге, проживала с матерью.

Через 6 лет, в 2003 году (28 лет), по совету подруги приняла решение переехать в Москву, при поддержке которой устроилась работать менеджером в одном из московских ресторанов. Несмотря на то, что получала заработную плату, требовала материальной поддержки со стороны двоюродного брата, который занимал высокий пост в банке. Встречалась с ним раз в месяц, обсуждала вопросы своего заработка, при этом, практически не интересуясь его жизнью. На полученные от двоюродного брата средства снимала квартиру, раз в год ездила за границу. Неохотно оказывала финансовую поддержку матери, которая по-прежнему проживала в Калуге, отправляла ей сравнительно небольшие суммы, большую часть, оставляя в своем распоряжении.

В 2004 году (29 лет) с матерью больной случился эпизод психического неблагополучия, во время которого та была возбуждённой, не узнавала родственников и друзей, сожгла почти все документы, которые были в квартире. Несмотря на тяжёлое состояние матери, не испытывала особых переживаний по этому поводу. Категорически отказалась ее госпитализировать, мотивируя это тем, что врачи могут ей навредить. Стала навещать её с периодичностью до раза в неделю.

В дальнейшем несколько раз меняла работу в финансовой сфере в связи с сокращением, или банкротством очередной фирмы. По-прежнему получала материальные средства от двоюродного брата. Сохранялись вышеописанные колебания настроения, которые сопровождались нарушением концентрации внимания.

Весной 2005 года (30 лет), на фоне затруднений на работе, двоюродный брат потерял возможность финансово поддерживать больную. Испытала резкое снижение настроения с преобладанием тревоги. Опасалась, что будет вынуждена вернуться в Калугу, проживать с матерью. Нарушился сон по типу трудностей засыпания, так как не могла перестать думать о возможном переезде. Снижился аппетит, со слов больной, похудела, была вынуждена носить одежду на несколько размеров меньше.

В поисках помощи стала еженедельно посещать Троице-Сергиеву Лавру, где в первое время часто молилась преподобному Сергию Радонежскому об улучшении благосостояния. Через месяц после того, как впервые посетила Лавру, настроение выровнялось, редуцировалась тревога, нормализовались сон и аппетит. На этом фоне воцерковилась, стала следовать каноническим традициям, посещать церковные службы, соблюдать посты. Однако при этом не читала религиозной литературы, ссылаясь на отсутствие времени, а также трудности концентрации внимания. По наставлениям духовника несколько раз посещала монастырь в Калужской области, где встречалась со схиархимандритом В. (далее – старец).

В конце июля 2005 года (30 лет), во время продолжающегося подъёма настроения, на одной из церковных служб увидела, как схиархимандрит, оступившись, упал, от чего испытала сексуальное возбуждение. Стала отмечать непроизвольно возникающие в голове мысли и фантазии сексуального характера о соматической слабости старца, ощущать сексуальное возбуждение, которое снижалось после акта мастурбации. По словам больной, для снятия нарастающего сексуального возбуждения мастурбировала до 4-5 раз в день. Описанное состояние продолжалось на протяжении недели, до первых чисел августа.

С 3 августа того же года без видимой причины отмечалось резкое снижение настроения с преобладанием тревоги, внутреннего напряжения. Сон нарушился по типу трудностей засыпания, аппетит оставался нормальным. В течение дня стала испытывать тревогу, чувство надвигающейся беды, словно должно произойти что-то плохое. Была охвачена описанными переживаниями, на фоне которых внезапно пришла к выводу, что, начиная с конца июля, была подвержена влиянию тёмных

сил, посланных ей в наказание за то, что имела множество тяжких грехов, таких как распутство, алчность и гордыня. Стала испытывать чувство вины перед Богом за многочисленные грехи периода молодости, а также и за неверующих родственников, включая мать больной. Для облегчения внутреннего напряжения стала ежедневно посещать церковные службы в православном Храме, регулярно ездить в монастырь на службы схиархимандрита.

В конце августа 2005 года (30 лет) неожиданно стала замечать, словно старец во время церковных служб пристально смотрит на неё, что трактовала намёк с его стороны на то, что больная находится в опасности. Начала придавать особое значение окружающим бытовым событиям, как например, аварийное отключение света в квартире, внезапное изменение погоды, считала, что они несут в себе скрытый для неё смысл, происходят по воле бесов. Также поняла, что тёмные силы заколдовали её двоюродного брата, настроили его против неё. В связи с этим настойчиво звонила ему по несколько раз в день, требовала съездить с ним в монастырь, где, по её мнению, с него могли снять *«бесовское заклятие»*.

В начале сентября, в области живота появилось неприятное ощущение, сравнимое с вздутием, словно через нос и рот внутрь проникал воздух, который наполнял желудок и кишечник. На этом фоне снизился аппетит. Для больной эти переживания дополнили уже сформированную концепцию о воздействии бесовских сил. Через несколько дней после появления ощущений в области живота, внезапно стала ощущать, словно некая сила управляла ее движениями, что выражалось в непроизвольном переходе дороги на красный свет, или в неполюженном месте. В связи с нарастанием интенсивности ощущений вздутия в области живота на протяжении 2 недель ела не чаще одного раза в день, в связи с чем похудела, была вынуждена носить одежду на несколько размеров меньше.

12 октября 2005 года стала молиться перед портретом схиархимандрита. Во время молитвы неожиданно поняла, что всё это время источником страданий был схиархимандрит, который *«послал тёмные силы, чтобы отправить её душу в ад»*. Осознала, что окружающие её предметы пропитаны *«бесовской порчей»* стала выбрасывать вещи из окна – телевизор, предметы одежды, столовые приборы.

Считая, что совершает благое дело, избавляется от бесов, начала сжигать на газовой плите бюстгальтеры, церковные платки, некоторую малозначимую документацию (выписки из поликлинических амбулаторных карт, результаты давнишних исследований, старые квитанции на оплату ЖКХ). После описанных событий, практически без одежды, вышла на улицу с целью добраться до монастыря и изобличить старца. Окружающие люди казались ей враждебно настроенными, считала, что они являются пособниками дьявола. Руководствуясь этим, вступила в драку с консьержкой подъезда, в котором проживала. В ходе драки, прохожими была вызвана бригада скорой медицинской помощи, которая госпитализировала больную в ГБУЗ «ПКБ №1 ДЗМ». Известно, что во время пребывания в стационаре отказывалась от приёма лекарственной терапии, прятала таблетки, так как считала лечение опасным для своего физического здоровья, спорила с медицинским персоналом, требовала посещения церковных служб в храме, громко читала религиозную литературу.

30 ноября 2005 года была выписана без существенной динамики с диагнозом «шизофрения параноидная, параноидный вариант, состояние экзацербации (F 20.0)» и рекомендациями на приём Haloperidolum 10 мг/сут; Clozapine 75 мг/сут; Vipridenum 8 мг/сут.

После выписки вышеописанные переживания сохранялись в неизменном виде. По-прежнему считала, что подвержена влиянию темных сил. Считала, что находилась в больнице по воле старца, который опасался изобличения с её стороны. На фоне нарастающих ощущений сонливости, заторможенности, вялости, сделала вывод, что лекарственные средства «зомбируют» человека, «превращают его в наркомана». Считала, что таким образом старец стремится ослабить её перед бесами, в связи с чем сразу же после выписки категорически отказалась от приёма психофармакотерапии. Тем не менее, через несколько дней после возвращения домой, 03.12.2005 года по настоянию двоюродного брата была вынуждена обратиться в НЦПЗ.

**Психическое состояние при поступлении:** на приёме одна. Выглядит старше паспортного возраста. Сидит, почти не меняя положения тела, активно

жестикулирует. Избегает прямого зрительного контакта. Объясняет это тем, что, если смотреть человеку в глаза - то можно непроизвольно нанести порчу. Взгляд настороженный. Мимика обеднена. Голос маломодулированный, в процессе беседы периодически переходит на шёпот, при этом наклоняясь к врачу. Речь ускоренная, по типу монолога, трудноперебиваема. На вопросы отвечает витиевато, непоследовательно, часто отклоняясь от темы задаваемых вопросов. С подозрением относится к собеседнику. Расспрашивает врача о его вероисповедании. Категорически отказывается обсуждать свои переживания с другими врачами. Вместе с тем, требует, чтобы ей немедленно поставили «*правильный диагноз*», чтобы врачи взяли на себя ответственность за её дальнейшую судьбу. Во время разговора периодически зевает, поясняя, что делает это по воле тёмных сил, которые оказывают на неё воздействие, а не в связи с тем, что устала.

Считает, что в течение последних нескольких месяцев подвержена магическому воздействию со стороны старца монастыря. Утверждает, что он является адептом тёмных сил и наслал на неё бесов с целью наказать за совершенные в прошлом многочисленные грехи. Убеждена в том, что тёмные силы управляют её движениями. Также, рассказывает, что бесы управляют потоком её мыслей, заставляя думать о грехах во время молитв. Настроение характеризует как сниженное с преобладанием тоски, мыслей о собственной греховности, тревоги. Ночной сон и аппетит достаточный. На протяжении дня испытывает слабость, сонливость, бессилие, ввиду чего перестала справляться с домашними обязанностями. Трактует это как влияние на себя тёмных сил. Критика к своему состоянию отсутствует. Утверждает, что пришла на приём к психиатру по настоянию двоюродного брата, чтобы получить от него материальную помощь. Категорически отказывается от приёма любых лекарственных средств, соглашаясь при этом на госпитализацию.

**Соматический статус:** пациентка среднего роста, нормостенического телосложения, достаточного питания. Кожные покровы, видимые слизистые чистые. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичны. АД 118/77

мм.рт.ст. ЧСС – 70 ударов в мин. Температура – 36,5 С. Живот мягкий, при пальпации безболезненный.

**Неврологический статус:** асимметрии лица нет. Зрачки равные, фотореакция живая. Сухожильные рефлексы равномерны. Патологических рефлексов менингеальных знаков нет.

**Статус в динамике:** В отделении первое время держалась обособленно, поначалу категорически отказывалась от приёма лекарственных средств, ввиду чего первые 3 суток применялась фиксация больной в койке. Общалась выборочно, большую часть времени проводила за чтением книг или прослушиванием музыки. В беседе с врачом была подозрительной, осторожной, утаивала анамнестические сведения, давала ложную информацию о себе. На фоне проводимой терапии постепенно выравнился фон настроения, нормализовался сон и аппетит. Пациентка стала активнее, охотнее шла на контакт, общалась с другими больными, была упорядочена, реагировала на замечания медицинского персонала. На 3 неделе терапии отмечалась редукция неприятных ощущений в теле, а также чувств, словно её телом и мыслями управляли бесовские силы. Тем не менее, критика к своему состоянию не восстановилась. По-прежнему была убеждена в том, что бесы, которые воздействовали на неё, являются наказанием за совершенные в прошлом грехи, посланы с помощью колдовства старца из монастыря. Несмотря на это соглашается с приёмом поддерживающей терапии, так как считает, что лекарства *«блокируют мозг от бесовского воздействия»*. В то же время убеждена, что психиатры ей не помогут, так как её проблема связана с духовной сферой. К моменту выписки отмечалось выравнивание настроения.

**Выписана домой** под наблюдение врача психиатра ПНД по месту жительства и клиники Центра с диагнозом: **Шизофрения параноидная, параноидный вариант, экзацербация. F20.00.** После выписки была рекомендована следующая схема поддерживающей терапии: Clozapinum 200 мг; Trifluoperazinum 30 мг; Clomipraminum 225 мг; Viperidenum 8 мг.

**Катамнез:** после выписки в 2006 году на протяжении нескольких недель испытывала нарастающие слабость, вялость, сонливость, что почти сразу стала

трактовать как *«пагубное воздействие лекарств»*, на фоне чего в марте 2006 года резко отменила приём лекарств. Через 2 дня после этого стала испытывать неприятное ощущение, сравнимое с давлением на голову извне. Продолжала нарастающую слабость и бессилие. Трактовала это как влияние бесов, которые забирают её силы. В течение нескольких дней вновь почувствовала, словно её телом управляют со стороны, заставляют сжигать иконы, выкрикивать нецензурные ругательства во время чтения молитвенных правил. Поделилась переживаниями с двоюродным братом, который в категоричной форме потребовал возобновления приёма психофармакотерапии. Согласившись, больная оставила в схеме лишь Clozapinum 200 мг, на фоне чего описанные расстройства редуцировались, не так сильно были выражены сонливость и бессилие. Психиатра посещала нерегулярно с периодичностью в год. Назначенную терапию принимала бессистемно, самостоятельно изменяя дозировки и кратность приёма лекарств. Практически ежедневно посещала церковные службы в православном храме, читала молитвы, периодически добивалась встреч с духовным наставником, которому рассказывала о своих переживаниях, выслушивала наставления о необходимости чёткого следования указаниям психиатра. В июне 2007 года (32 года) приняла предложение выйти замуж за одного из прихожан монастыря, с которым была знакома на протяжении 2 лет. Не испытывала к нему тёплых чувств, однако согласилась на свадьбу. Несмотря на проведенную церемонию венчания, до настоящего времени проживала с мужем отдельно, практически не поддерживала с ним контакт. Во время церемонии, рассказала ему о своих переживаниях, в ответ на что мужчина посоветовал больной *«защищать себя всеми силами»*. После свадьбы прекратила посещения монастыря, дома сожгла все изображения старца, практически перестала выходить из дома, изредка посещая церковные службы в ближайшем православном храме.

В дальнейшем в течение дня испытывала бессилие, слабость, что трактовала как похищение энергии и сил сторонниками преследователя. Искала информацию колдовстве в сети Интернет. Из сомнительных источников узнала о существовании особых людей, *«колдунов»*, которые подключаются к человеку и с помощью чужих

мыслей внутри головы заставляют совершать те или иные действия. Стала считать, что схиархимандрит *«стоит во главе сатанинской колдовской преступной организации, которая зачаровывает людей, чтобы отправить их в ад»*. В 2009 году (34 года) по настоянию двоюродного брата была оформлена 2 группа инвалидности по психическому заболеванию. В том же году стала проживать вместе с матерью в Калуге, заботиться о ней. Ежеженедельно созванивалась с двоюродным братом, раз в месяц встречалась с ним лично. Со временем стала высказывать идеи о том, что возможно является ключевой фигурой в битве сил добра и зла, так как единственная из людей смогла сопротивляться колдовству старца и воздействию бесовских сил. Несмотря на принимаемую терапию, критика к переживаемому состоянию не формировалась. Большую часть времени проводила в пределах квартиры за чтением священных писаний, или просмотра христианских телепередач.

В 2010 году (35 лет) умерла мать больной. По этому поводу не испытывала значительных переживаний. Равнодушно отнеслась к её потере, утверждая, что мать была грешницей и *«получила по заслугам»*. В дальнейшем продолжала приём лекарств, считала, что они помогают справиться с трудностями засыпания.

С июня 2013 года (36 лет) на фоне очередного отказа от приёма лекарств внезапно стала проявлять агрессию, бить посуду, падать на пол, громко кричать. Дома по всей квартире сыпала соль, наносила поверхностные ранения различными предметами на кожу. Ощущала бесовское воздействие на собственные мысли, тело. Понимала, что таким образом, бесы заставляют её совершать всё больше грехов, чтобы наверняка отправить в ад. 08.06.2013 против своей воли, обнажённая, стучалась в квартиры к соседям, требуя у них свиной крови. По инициативе соседей была вызвана бригада скорой медицинской помощи, которая госпитализирована больную в местную психиатрическую больницу. Проведя в больнице месяц, до 10.07.2013 была выписана с рекомендациями приёма поддерживающей терапии под наблюдение врача психиатра ПНД по месту жительства. После выписки регулярно наблюдалась в диспансере. По инициативе брата раз в полгода посещала врача в НЦПЗ с целью коррекции терапевтической схемы.

**Амбулаторный осмотр больной (декабрь 2017 года):** на приёме в сопровождении двоюродного брата. Сидит, практически не меняя положения тела, почти не жестикулирует. Взгляд грустный, блуждающий. Зрительный контакт практически не поддерживает, задерживаясь на предметах мебели. Мимика несколько обеднена. От беседы не уклоняется. Голос средней громкости, маломодулирован, с пuerильными интонациями. На вопросы отвечает обстоятельно, развернуто, при этом не всегда по существу, много рассуждает, часто соскальзывает на другую тему разговора.

Рассказывает, что является ключевой фигурой в борьбе сил добра и зла, единственным человеком, которого так долгот тёмные силы не могут забрать в ад. Считает, что от её судьбы зависит судьба всего человечества. Считает, что ощущает на себе влияние бесов, которых послал на неё колдун-старец их монастыря в наказание за многочисленные совершенные в прошлом грехи блуда, алчности и упрямства. Считает, что живёт до сих пор только лишь за счёт молитв, которые читает по утрам и вечерам. Настроение характеризует как слегка сниженное. Ночной сон увеличен по продолжительности (до 12–14 часов), после пробуждения ощущает слабость, быструю утомляемость, сонливость. С трудом справляется с домашними обязанностями. Практически не посещает церковные службы, а также не читает церковной литературы – нет сил на поход в храм, сложно воспринимать и усваивать новую информацию. В целом, жалуется на нарушения концентрации внимания и памяти, а также на быструю утомляемость в течение дня.

### **Клинический разбор**

Настоящее состояние можно определить как симптоматический вариант ремиссии с резидуальными галлюцинаторно-бредовыми расстройствами на фоне нарастающей парафрениии синдрома овладения религиозного содержания II типа (*бредового*) 3 подтипа (*с преобладанием бреда воздействия*).

Длительность настоящего состояния около 16 лет.

Заболевание манифестировало в возрасте больной 30 лет с развития расстройств невротического круга по типу навязчивостей, которые впоследствии

претерпели трансформацию в автоматизмы с развитием нескольких фабул бредовых расстройств религиозного содержания: бреда одержимости, бреда порчи и колдовства, бреда греховности, а также нерелигиозного бреда инсценировки. Синдром Кандинского-Клерамбо был представлен психическими и моторными автоматизмами. Среди галлюцинаторных расстройств преобладал феномен галлюцинаций общего чувства. Состояние сопровождалось выраженным бредовым поведением с антисоциальными, гетероагрессивными и аморальными поступками.

В дальнейшем бредовые расстройства достаточно быстро приобретают характер парафренизации с антагонистическим бредом религиозного содержания, на фоне нарастающих негативных изменений личности и выраженных когнитивных нарушений.

В данном случае речь идёт о варианте СОРС, при котором бредовые расстройства преобладают над прочей психопатологической симптоматикой.

Доманифестный этап начался примерно с 14 лет и включал в себя аффективные расстройства, в виде циклотимоподобных колебаний, начавшихся в пубертатном периоде, а также стертыми депрессиями с когнитивными нарушениями. Отмечались дисморфофобические расстройства, которые сохранялись в неизменном виде на протяжении 28 лет (до момента проведения пластической операции), психопатоподобные нарушения, которые выражались в виде нарушения влечений (гомосексуальных и садистских перверсий), а также личностными изменениями в виде нарастающей аутизации, холодности, подозрительности.

Религиозность больной на протяжении всей болезни определяется как внешняя, невыраженная.

Личность больной можно отнести к параноидальному кругу, что выражается в ее эмоциональной холодности, расчётливости, целеустремлённости, подозрительности к окружающим.

**Диагноз: Шизофрения параноидная, параноидный вариант, парафренный синдром. F20.00**

**Наблюдение №4. 2б подтип аффективно-бредовой****2б (аффективно-бредовой)**

**Больной Х-в Г. А. 1980 г.р. (история болезни №1438), дата поступления: 26.09.2008; 18.02.2009; трудник в Троице-Сергиевой Лавре.**

**Анамнез (со слов больного, родственников и сопроводительной документации).**

**Наследственность:** Наследственность психопатологически не отягощена.

**Линия матери:**

Сведений о бабушке и дедушке не предоставлено.

**Мать (1953 г.р., 68 лет):** образование высшее техническое, до пенсии работала инженером-планировщиком на тракторном заводе. В настоящее время на пенсии, занимается ведением домашнего хозяйства. С 2005 года состоит в секте свидетелей Иеговы. Проживает одна, с 2015 года практически не поддерживала контакт с сыном, так как имеет с ним разногласия на религиозной почве. Во время беседы ведёт себя спокойно, умеренно жестикулирует. Голос обычной тональности, речь несколько ускорена, в тревожных интонациях. Охотно идёт на беседу, даёт все необходимые анамнестические сведения, активно интересуется состоянием сына. По характеру характеризует себя как кроткая, спокойная, добродушная.

**Линия отца:**

Сведений о родственниках не предоставлено. Известно, что отец оставил семью, когда больному было 2 года. В официальном браке с матерью не состоял.

**Пробанд:** родился от 1-ой нормально протекавшей беременности в срок. По шкале Апгар 8/10 баллов. Закричал сразу. Вес при рождении 3800 г, рост 52 см. Ходьба с 1 года, фразовая речь – с 1,5 лет. На грудном вскармливании до года. После рождения был крещен в православии, однако глубокой религиозностью члены семьи не отличались. Помнит себя с 4 лет (1984 год). С этого возраста посещал детский сад. Легко находил общий язык со сверстниками, проявлял лидерские качества, из-за чего периодически возникали конфликты с другими детьми. По

характеру был упрямым, непослушным, часто спорил с матерью, сестрой, дрался с другими детьми. Нравилось находиться в центре внимания. Был склонен к фантазированию – часто представлял себя знаменитым спортсменом, космонавтом, милиционером, который ловит самых опасных преступников. В будущем мечтал освоить одну из этих профессий.

Снохождения, сноговорения, энуреза, страхов не было.

В школу пошёл в 1987 году (7 лет). Быстро обрел друзей. Защищая свои интересы, несколько раз вступал в драки со сверстниками. Также, выступал инициатором разнообразных проказ, в связи с чем неоднократно получал замечания от учителей. Так, мог разрисовать классную доску перед началом урока. К учебному процессу относился формально, без интереса, получал в основном удовлетворительные оценки. Начиная с 7 лет и до окончания школы, занимался в различных спортивных секциях, которые часто менял ввиду потери интереса к тому, или иному виду спорта: акробатика, спортивное плавание, бокс, дзюдо. Участвовал в соревнованиях, занимал призовые места. Комфортно чувствовал себя на виду у публики.

В 1995 года (15 лет) стали отмечаться изменения в поведении: окончательно утратил интерес к учебе, что негативно отразилось на успеваемости, чаще прогуливал уроки. Больше времени проводил в компании друзей, часто принимал участие в массовых драках «между районами». С того же возраста примкнул к одной из местных банд, занимавшихся нелегальной деятельностью: рэкетом, бизнесом, построенном на азартных играх. С того же возраста, чтобы поднять свой авторитет в глазах сообщников, стал регулярно посещать тренировки по боксу и дзюдо, стремясь усовершенствовать навыки рукопашного боя, улучшить физическую подготовку.

С 1996 года (16 лет) стал пользоваться успехом среди противоположного пола, часто вступал в случайные сексуальные связи. Также, с периодичностью до 1–2 раз в неделю употреблял слабоалкогольные напитки в небольших количествах (до 1 л пива). Находясь в состоянии опьянения, становился весёлым,

разговорчивым, активным. Тем не менее, по словам больного, не испытывал тяги к алкоголю, отдавал предпочтение спортивным тренировкам. Несколько раз пробовал психоактивные вещества, каннабиноиды, после употребления ощущал тошноту, головокружение, ввиду чего отказался от их дальнейшего употребления.

В 1996 год (16 лет) окончил 9 классов школы, после чего по собственной инициативе поступил в местный строительный техникум. К учебе относился с интересом, получал хорошие и отличные оценки, имел повышенную стипендию. Несмотря на это, в возрасте 18 лет, ввиду трудной материальной ситуации в семье, был вынужден оставить учебу, больше времени уделять нелегальной деятельности в банде. С того же возраста был призван на срочную службу в армию, которую проходил в инженерно-технических войсках. Легко находил общий язык с сослуживцами, не боясь давать отпор в случае конфликтных ситуаций. Четко исполнял приказы командования.

В 2000 году (20 лет) был демобилизован. С целью получения полного среднего образования, в течение года (до 21 года) учился в вечерней школе, после чего по совету одного из авторитетов банды поступил в педагогический университет на физкультурный факультет, заочное отделение. Учился без особого интереса, получал удовлетворительные и хорошие оценки.

После поступления в университет начал встречаться с будущей женой, которая привлекла его внешними данными. Отношения складывались конфликтными, часто спорил с ней, так как требовал полного подчинения с ее стороны. Почти сразу стал проживать с ней в отдельной съемной квартире, находясь в гражданском браке.

В течение последующего года продолжал заниматься криминальной деятельностью, такой как рэкет, присмотр за игровыми автоматами, взыскание материальных долгов. С 21 года по инициативе главаря банды вместе с друзьями проходил боевую подготовку в специализированном центре в Москве, после чего стал одним из его личных телохранителей.

В 2000 году (21 год) по приказу новообращённого в православие главаря банды вместе с друзьями-сообщниками стал посещать православный Храм в городе

Алатырь, Чувашской области. Часто беседовал с настоятелем Храма, подвижником, который критично относился к действиям большинства священноначальников Русской Православной Церкви, периодически читал Библию, однако к соблюдению основных православных традиций относился формально.

Постепенно, в течение последующего года (до 2003 года, 23 года), стал чаще посещать церковные службы, участвовать в таинствах исповеди и причастия. Почти полностью отказался от употребления алкоголя, перестал вступать в случайные сексуальные связи, оформил официальный брак с гражданской женой, венчался. В 2006 году у пациента родилась дочь. В том же году получил диплом об окончании университета, по специальности «учитель физкультуры», однако по профессии не трудоустроился, по-прежнему получал материальный доход только от криминальной деятельности.

На фоне прихода к вере некоторых членов группировки, в банде произошел раскол. В связи с этим, прежний главарь нанял бандитов из Чеченской Республики, которые стали самовольно захватывать подпольную власть в городе. В течение последующего года, в ходе криминальных разборок были убиты некоторые сообщники больного, новообращенный главарь банды.

В 2003 году (23 года) подельники враждующего главаря взяли больного в плен, отвезли на берег реки Волга, где в течение нескольких часов угрожали ему немедленной расправой, требовали выдать информацию о местонахождении его друзей, под страхом смерти запретили покидать город. После описанного случая появилось ощущение надвигающейся беды. Был убежден, что вскоре должно произойти что-то страшное. Отмечалось некоторое снижение фона настроения стал испытывать тревогу за свою жизнь, жизнь близких, интенсивность которой не менялась на протяжении дня.

Спустя год, в 2004 году (24 года), по словам больного, чеченскими бандитами был убит главарь враждующей группировки, который угрожал ему расправой. После этого, внезапно понял, что он является следующей целью для чеченской банды. Считал, что таким образом Господь наказывает его за грехи, совершенные

в прошлом. Ощущал внутреннее напряжение, полагал, что в любой момент его могут убить. Находясь на улице, ощущал слезку, замечал подозрительных людей кавказской внешности. Считал, что телефоны в доме прослушиваются. Ночью отмечались нарушения сна по типу трудностей засыпания, так как не мог перестать думать о возможных преследователях. Реальность вышеописанных подозрений больного нельзя исключить из-за отсутствия объективных данных, а также учитывая криминальную обстановку в городе.

В том же году больной увидел сновидение, которому придавал особое значение, в котором лидер враждующей группировки призвал его строго соблюдать православные традиции. Со следующего дня стал регулярно, практически ежедневно посещать церковные службы в православном храме, во время которых ощущал снижение интенсивности тревоги. Стал соблюдать посты, как большие, так и еженедельные, читать молитвы, религиозную литературу. По-прежнему ежедневно ожидал смерти от рук чеченских бандитов. Размышлял о смене места жительства, однако не имел на это материальной возможности.

Через несколько недель в попытках укрыться от преследователей переехал в монастырь, находящийся в Чувашской области, где, в качестве трудника, занимался тяжелым физическим трудом. Однако после переезда по-прежнему не чувствовал себя в безопасности. Считал, что за ним продолжается слежка. Так, замечал подозрительные машины с нездешними номерами, которые ездили вокруг монастыря.

Через 2 месяца, в конце октября, по настоянию жены вернулся в Волгоград, стал служить пономарем в городском Храме. После возвращения в город усилилась интенсивность прежних опасений. Так, стал замечать слезку за собой не только на улице, но и в храме, видел чеченских бандитов, которые заходили в храм, угрожающе смотрели на него. Также, на протяжении церковных служб стал испытывать приятное ощущение тепла, разливающегося по всему телу, начиная с грудной клетки, чувствуя при этом умиротворение, спокойствие. Считал, что таким образом Господь очищает его от грехов, готовит к скорой смерти.

Через месяц после возвращения в город, в конце ноября 2005 года (25 лет) во время очередной церковной службы внезапно внутри головы возникла чужая мысль, о том, что именно сегодня его должны убить, после чего, непроизвольно сказал знакомому *«соберёмся всем храмом и будем защищаться»*. В этот момент неожиданно испытал приятное ощущение в области грудной клетки, словно сердце наполнилось божественным светом. Понял, что в этот момент на него снизошла Божественная Благодать, что он полностью очищен от всех грехов и после смерти попадет в рай. Перестал испытывать тревогу, внутреннее напряжение, связанные со страхом смерти от чеченских бандитов, однако по-прежнему сохранялась уверенность в том, что в любой момент его могут убить. После этого стал испытывать приятное ощущение, которое трактовал как благодать, на протяжении дня. Ощущал, что был ведомым божественной силой, которая управляет его мыслями во время чтения молитв, направляя их к Богу, защищала от невзгод. В течение 2 месяцев впервые отмечался подъем настроения с усилением активности, при этом не отмечалось изменений сна и аппетита.

С января 2005 года (25 лет) принял решение переехать с семьей в Москву. После переезда, помимо лиц кавказской внешности, которых больной воспринимал как чеченских бандитов, стал замечать людей славянской внешности, одетых в деловые костюмы, которые якобы следили за ним *«по шаблону»*, *«как учили на курсах по боевой подготовке»*. Воспринимал их как агентов российских спецслужб, не мог четко объяснить причину, по которой они следили за ним. Также впервые стали отмечаться постоянные непродолжительные (от нескольких часов до 2–3 дней) колебания настроения, без изменения сна и аппетита, которые не зависели от внешних факторов: от сниженного настроения до преимущественно повышенного. Эпизоды ровного настроения отсутствовали. В состояниях сниженного настроения преобладала тревога, страх, что сопровождалось актуализацией идей о преследовании чеченскими бандитами, а также агентами российских спецслужб. Состояния повышенного настроения сопровождалось усилением интенсивности приятного ощущения тепла, разливавшегося по всему телу, ощущением, словно во

время чтения молитв его мыслями управляет посторонняя сила, заставляя думать о Боге, которую расценивал как снизошедшую на него божественную благодать.

На протяжении дня стал испытывать ощущение, что некоторые события происходят специально для него, несут особый для больного смысл. Так, в один из периодов повышенного настроения, сразу после переезда на новое место жительства, принял решение самостоятельно провести освящение квартиры, после чего в течение нескольких дней съехали люди, снимающие соседнюю комнату, которые, по словам больного, увлекались мистикой. Понял, что соседи являлись пособниками дьявола, которых он изгнал с помощью снизошедшей на него божественной благодати. Через несколько недель после описанного случая, также в период приподнятого настроения, на просьбу дочери в зимнее время года подарить ей бабочку, *«не успел даже подумать»* как живая бабочка неожиданно влетела в открытую форточку, воспринял это как чудо, сотворённое его божественной силой.

Отмечал появление необычных по содержанию снов. Так, 7 января (православное Рождество), больному приснился сон, в котором глава Чеченской Республики, олицетворяющий ислам, пожал ему как олицетворению христианского мира руку. Трактовал сон как заключение мира между православием и исламом. В том же месяце, благодаря знакомству, устроился на работу личным водителем к бизнесмену, иудейского вероисповедания. Почти сразу расценил его как необычного человека, был убежден в том, что он связан с церковью в городе Алатырь, в Чувашской области, которую больной посещал вместе с покойным главарем банды. Со слов больного, во время поездок начальник якобы общался с ним на религиозные темы, в ходе которых, провоцировал больного, называя себя чертом, сатанистом, и намекал на то, что сам он хранит *«истинное положение вещей в мире»*, что вся власть в мире принадлежит евреям, пособникам антихриста. Со слов больного бизнесмен якобы стал называть его святым, убеждать в том, что на него не просто сошла божественная благодать, что внутри него живет Святой Дух, подчёркивая, таким образом, его исключительность, *«ты последний, кого выбирает Бог на Земле»*. Считал, что

начальник неоднократно призывал его стать главой Русской Православной Церкви, казнить нынешнего Патриарха, благословить русский народ на войну с кавказскими мусульманами. Осознав, что является святым, вступал с бизнесменом в споры. Впервые стал испытывать ощущение, словно отвечает не самостоятельно, а по воле Святого Духа. Также, вспоминая вышеописанный сон, был уверен, что благодаря его святости *«между исламом и православием заключен мир»*. Несмотря на то, что считал бизнесмена пособником антихриста, словно против воли, посещал с ним ночные бани, клубы, где злоупотреблял алкоголем, неоднократно вступал в случайные сексуальные связи, как с женщинами, так и с мужчинами. Объективных данных, подтверждающих эту информацию нет. После окончания увеселительных мероприятий испытывал стыд, чувствовал себя грешником, ввиду чего стремился как можно чаще посещать церковные службы, однако во время беседы со знакомым иереем воспринял его слова, как запрет на посещение храма без разрешения представителей государственной власти. Этот запрет больной воспринял как подтверждение изречением бизнесмена, и что Русская Православная Церковь находится в подчинении у *«иудейских сатанистов»*.

В дальнейшем подобные колебания настроения сохранялись. В периоды сниженного настроения находил всё новые подтверждения тому, темные силы в скором времени одержат победу над Православным миром. В периоды повышенного настроения, ощущал собственную святость и исключительность, понимал, что для православного мира еще не все потеряно.

Через год после приезда в Москву (январь 2006 года), перестал замечать за собой слежку со стороны спецслужб и чеченских бандитов. Понял, что они прекратили преследование по приказу бизнесмена.

В апреле 2006 года (26 лет) устройства на работу, находясь за рулем, неожиданно осознал, что бизнесмен читает его мысли, ведет с ним телепатический диалог, задавая вопросы, на которые больной отвечал также телепатически. В этот момент появилось ощущение, что начальник воздействует на него, вызывая в области сердца колющую боль, ощущение горения, что продолжалось около 5 минут, и было расценено больным как *«вхождение бесов в сердце»*. После того, как

описанные ощущения в области сердца прекратились, однократно услышал незнакомый мужской голос внутри головы приказного содержания «*тихо!*», затем испытал кратковременное (около 1–2 минут) неприятное ощущение в затылочной области, которое также расценил как проникновение в голову бесов. Осознал, что внутри него открылся «*портал для тёмной силы*», и что Святой Дух покинул больного. На протяжении дня постоянно испытывал неприятные ощущения горения в области сердца, перемещения в верхних и нижних конечностях, что расценивал как подтверждение наличия внутри себя бесов. Во время поездок с бизнесменом считал, что ведет с ним телепатический диалог. Продолжал периодически, до нескольких раз в неделю, посещать в его компании ночные бани и клубы, где употреблял алкогольные напитки, вступал в случайные сексуальные связи. Объективных данных, подтверждающих эту информацию нет. По-прежнему находил подтверждение своим опасениям в событиях, происходящих вокруг него. Так, расценил произошедший теракт на Черкизовском рынке как происки бизнесмена и его подчиненных с целью запугать больного.

Состояние сопровождалось стойким снижением фона настроения с преобладанием мыслей о собственной греховности. В этот период не делился своими переживаниями и опасениями с семьей. Отказался от посещения церковных служб, так как считал, что священники являются пособниками темных сил.

Через 3 месяца, в июле, после описанных событий, в поисках способа избежать влияния пуля и тёмных сил, без объяснения причин, принял решение скрыться в новофонском монастыре (православный монастырь) в Абхазии, потратив на это средства из общего семейного бюджета.

Прибыв на место, отмечал необычно искривлённые свечи, пугающие образы святых на иконах из чего сделал вывод, монастырь является сатанинским. На этом фоне, продолжая испытывать на себе воздействие со стороны тёмных сил, стал злоупотреблять алкоголем. Стал замечать, что, находясь в состоянии алкогольного опьянения, интенсивность неприятных ощущений снижалась, ввиду чего стал употреблять алкоголь в течение дня, запойно, продолжительностью до недели. О местах пребывания и жизни больного в целом до возвращения в Москву (около 4-

5 месяцев) сведений нет, как объективные данные отсутствовали, а сам пробанд предполагал, что ему стёрли память о том периоде. В начале ноября 2006 года (26 лет) вернулся домой, уволился с работы без объяснения причин, после чего перестал испытывать воздействие со стороны сѣа. Временно прекратил употребление алкоголя, после чего неприятные ощущения возобновились с прежней интенсивностью. Примерно через 3 месяца после увольнения (январь 2007 года, больному 27 лет), жена оформила развод. По-прежнему сохранялась специфическая трактовка окружающих событий, основываясь на которой был убежден в том, что бесовские силы, пособники антихриста, практически управляют миром, одерживают победу в борьбе с православием, являются причиной его развода, так как управляли разумом жены. Настроение оставалось сниженным с преобладанием тоски, самоуничижительных идей, мыслей о собственной греховности, что сопровождалось тревогой, внутренним напряжением, невыраженными нарушениями сна по типу трудностей засыпания. Считал, что не заслуживает прощения от Бога, так как поддался на искушение нечистой силы, потерял Святой Дух. С целью совладать с описанными переживаниями в свободное время, например, читал книгу священника Даниила Сысоева «Толкование на Апокалипсис Иоанна Богослова». В тексте находил подтверждения своим мыслям об одержимости, о том, что пособники антихриста продолжают захватывать власть на Земле. Однажды, находясь в окрестностях Дивеевского монастыря, словно наяву увидел летающую тарелку, которая пролетела над головой и устремилась за горизонт. Трактовал это видение как влияние бесовских сил, что подтвердил настоятель монастыря. В ноябре 2007 года настроение вновь стало приподнятым с преобладанием активности, разговорчивости. Отмечались нарушения сна по типу укорочения продолжительности. Практически не испытывал неприятные ощущения, которые трактовал как воздействие бесов, снизилась интенсивность самоуничижительных тоскливых мыслей, тревоги, внутреннего напряжения. Неожиданно возобновилась убежденность в обретении спасения души. В течение дня принял решение оставить вернуться в Волгоград. Приехав в родной город, стал встречаться с прежними знакомыми, в компании которых злоупотреблял

алкоголем, вступал в случайные сексуальные связи. Практически не посещал церковные службы в православном храме.

Описанное состояние продолжалось на протяжении двух месяцев, когда в январе 2008 года (28 лет), без видимой причины внезапно не испытал снижения настроения, после чего понял, что все, чем он занимался в течение последних месяцев, и от чего получал удовольствия, совершал будучи под контролем бесовских сил. С прежней интенсивностью возобновились неприятные ощущения, сравнимые с горением в области сердца, движением внутри конечностей. Возобновил строгое следование каноническим правилам. Через несколько недель принял решение покинуть Волгоград, поселился в Троице-Сергиевой Лавре, где намеревался быть трудником. Через 2 дня после приезда в Троице-Сергиеву Лавру изменился характер неприятных ощущений, интенсивность которых усиливалась во время чтения молитв: стал ощущать горение по всему телу, чувствовал, как двигаются вены в конечностях, *«демоны ползают в руках»*. После приезда в монастырь, словно наяву, около часа видел за окном облака, спускающиеся с неба на землю, что расценил как приближение к Земле Царства Божьего. По словам больного, в этот период был ориентирован в пространстве. Считал, что совершаемые им движения производятся по воле бесов. Так, не всегда мог зайти в храм, открыть рот во время приема пищи, испытывал трудности при глотании. Также, видел внутренним взором сатанинские знаки, пентаграммы, проступающие на тыльной стороне ладоней, на теле. В течение дня находил в себе все новые признаки бесоодержимости. Однажды, находясь в храме во время церковной службы, ощутил запах ладана от чудотворной иконы Смоленской Божией Матери, что трактовал как реакцию святых на приближение нечистой силы, находящейся в нём. Через несколько дней после описанного эпизода ощутил, как от него исходит запах *«тухлой собаки»*, что также трактовал как подтверждение наличия бесов внутри себя. Появилась уверенность в том, что каждую ночь темные силы посылают ему *«дьявольские сновидения»*. Через 2 недели после приезда в Троице-Сергиеву Лавру, сопоставив всё пережитое, в один миг понял, что является антихристом. Стал физически ощущать преобразование тела в антихриста. С целью

предотвратить конец света, который неизбежно последует за превращением, по мнению больного, предпринял попытку зарезать себя кухонным ножом. Был остановлен монахами, которые вызвали психиатрическую бригаду скорой медицинской помощи. Был госпитализирован в психиатрическую больницу №5. Данных о госпитализации нет, так как больной отказался подписать документ о согласии предоставления сведений о своем состоянии. С его слов, выписался из стационара через 49 дней, в конце марта 2008 года (28 года) с эффектом в виде частичной редукции острой продуктивной психотической симптоматики. Перестал испытывать ощущения, словно бесы контролировали его тело, ощущения, сравнимые с горением по всему телу, движением в области конечностей. Также, перестал видеть пентаграммы, проступающие на руках, чувствовать чужеродные запахи. Однако критика к своему состоянию отсутствовала. По-прежнему был убежден в том, что внутри него находятся бесы. Считал, что был помещен в больницу по воле дьявола, который таким образом не дал ему совершить самоубийство. После выписки от приёма поддерживающей терапии категорически отказался. Настроение оставалось сниженным с преобладанием чувства тоски, мыслей о собственной греховности. После выписки из стационара вернулся в Волгоград, где проживал в течение последующих 9 месяцев. Ежедневно посещал церковь, регулярно читал молитвенные правила, строго соблюдал посты. Устроился на работу грузчиком, однако со своими обязанностями справлялся плохо, так как в течение дня испытывал усталость, вялость, сонливость. Состояние изменилось в начале декабря 2008 года (28 лет), когда во время церковной службы в православном Храме приложился к чудотворным мощам. Внезапно возобновились вышеописанные неприятные ощущения в разных частях тела, сравнимые с горением изнутри, появились новые ощущения в области лба, словно начали расти рога, что трактовал как перевоплощение в демоническое существо. На этом фоне ухудшилось настроение, считал себя самым худшим человеком на земле. Размышлял о самоубийстве как о единственном способе избавиться от страданий. Делился переживаниями со священнослужителем, который благословил его на неканонический голодный пост, считая, что бесы должны

покинуть тело, ослабленное голодом. В течение недели не употреблял пищу, при этом выкуривая по несколько пачек сигарет в день. С его слов похудел, стал носить одежду на несколько размеров меньше (данных о весе, росте, ИМТ не предоставлено). После того как через 7 дней голодание не принесло облегчения, пришёл к выводу, что пост является *«бесовским»*. Предпринимал попытки возобновить режим питания, однако продолжительно не мог самостоятельно открывать рот во время еды, что объяснял контролем бесами своего тела. Родственниками была вызвана психиатрическая бригада скорой медицинской помощи. Во время беседы с доктором, неожиданно внутри головы возникла мысль, которую расценил как чужую: *«место больницы тебя увезут в лес и убьют»*. В связи с этим стал категорически отказываться от госпитализации, предпринял несколько неудачных попыток к бегству, в результате чего к больному была применена физическая сила. Таким образом, в недобровольном порядке был доставлен в Волгоградскую психиатрическую больницу, где пробыл 2 месяца. Данных о пребывании в стационаре нет по обозначенным выше причинам. Выписался в апреле 2008 года (28 лет) с эффектом в виде лишь частичной редукции психотической симптоматики: на непродолжительное время прошла убежденность в том, что бесы контролируют его тело, восстановился режим питания. Однако по-прежнему в течение дня испытывал невыраженные неприятные ощущения во всем теле: горение изнутри, а также ощущение в области лба, сравнимое с ростом рогов – которые трактовались им как перевоплощение в бесовского «зверя». Был уверен, что теряет человеческий облик, *«все, что от меня осталось – облик»*. От приема поддерживающей терапии отказался. Сразу после выписки, посетив церковную службу, вновь ощутил, как бесы управляют его конечностями, затрудняют процесс глотания, не дают подойти к священнику. В таком состоянии вернулся в Троице-Сергиеву Лавру, где продолжил исполнять обязанности трудника, где, несмотря на тяжесть своего состояния, успешно справлялся с элементарными послушаниями, требующими низкой квалификации. Через 3 месяца после выписки, в середине лета, начал проходить чин отчитки. Несмотря на то, что изменений в состоянии не отмечалось, продолжал проходить чин отчитки, считая это единственным

средством исцеления. **26.09.2008** по наставлению священнослужителя обратился за консультацией в НЦПЗ.

**Психический статус при поступлении:** на приёме один. Сидит, практически не меняя положения тела. Умеренно жестикулирует. Во время разговора смотрит на врача. Взгляд подозрительный. Выражение лица напряженное. Мимика скудная. Периодически совершает стереотипные движения бровями. При расспросе об этом, говорит, что совершает их произвольно, по воле бесов. Голос тихий, монотонный, интонационно неокрашенный. Речь неторопливая, в обычном темпе, многословен. На вопросы отвечает развернуто. Часто меняет тему беседы, неоднократно возвращается к описанию одних и тех же моментов своей жизни. В тоже время, неполностью доступен относительно сведений о своей жизни. Так, намеренно не сообщает о том, кем работает сестра, чем она занимается, сравнивает сбор анамнестических данных с полицейским допросом.

Убежден в том, что внутри него находятся бесы. Уверен, что бесы управляют его конечностями, не дают посещать церковные службы в православном Храме. Периодически испытывает разнообразные неприятные ощущения, среди которых ощущения роста рогов из области лба, ощущение жара по всему телу, движения внутри верхних и нижних конечностей. Настроение снижено с преобладанием мыслей о собственной греховности. Уверен, что постепенно теряет человеческий облик «все, что от меня осталось – это речь и трезвость», «дьявол – это я». Считает, что внутри головы осталась только тьма, «я практически мертвый». Рассказывает, что внутри него был Святой Дух, что мог умереть во имя человечества, но был искушен бесом, в связи с чем, по его мнению, в него вселились темные силы. Жалуется на то, что перестал испытывать теплые чувства по отношению к жене и дочери, словно от многочисленных грехов эмоции стали приглушенными. Сообщает, что в течение дня быстро утомляется, нет сил на тяжелую физическую работу. Ночной сон нарушен по типу трудностей засыпания, несколько раз в неделю отмечаются состояния полного отсутствия ночного сна. Аппетит снижен, не ощущает голода. Критика к своему состоянию отсутствует. Убеждён, что ему

ничего не поможет, размышляет о смерти, *«мне только смерть принесет облегчение»*. Считает, что почти все священнослужители в России в подчинении у тайного правительства иудейских сатанистов, основная цель которых развращение церкви. **При поступлении назначено:** Olanzapini 15 мг/сут.

**Статус в динамике:** В отделении держался одиноко. Пассивно вовлекался в беседы с врачом, продолжал говорить о присутствии в его теле «копошащихся бесов» одни из которых распирают голову изнутри, другие же давят снаружи чтобы «пробраться в голову». Ощущал передвижение «бесов» по конечностям. В больничном храме во время религиозных обрядов обнажался до нижнего белья, обильно натирался маслом миро, что объяснял желанием *«наконец изгнать бесов»*. На попытки ограничить его действия не оказывал сопротивления, при этом просил окружающих отнестись к его поступку с пониманием. В дальнейшем стал неоднозначно относиться к посещению храма, замечая, что во время служб возникает интенсивная тревога, страх внезапной смерти. На фоне проводимого лечения утратили актуальность идеи одержимости темными силами, стал меньше обращать внимание на неприятные ощущения в теле, при сохранении их прежнего характера и интенсивности. Допускал, что в будущем сможет избавиться от воздействия темных сил, но при этом опасался, что после этого они начнут мстить. За время госпитализации в сопровождении родственников ходил на прогулки, посещал реабилитационные отпуска, состояние во время которых оставалось стабильным. На момент выписки упорядочен в поведении, острой психотической симптоматики не обнаруживается. На первый план выступают стойкие негативные расстройства в виде нивелировки личностных черт, редукции энергетического потенциала, эмоционально-волевого уплощения. Критика не сформирована. Данные расстройства препятствуют трудовой и социальной адаптации.

**Катамнез:** после обращения в НЦПЗ, на фоне приема нейролептической терапии, в состоянии отмечалась незначительная положительная динамика. Слегка снизилась интенсивность неприятных ощущений, несколько улучшился сон. Однако критика к своему состоянию по-прежнему отсутствовала. Был убежден в том, что улучшение состояния связано с тем, что в течение нескольких месяцев

проходил чин отчитки, строго соблюдал канонические правила, регулярно посещал церковные службы в храме. Несмотря на это, пассивно соглашался принимать назначенные лекарства. Через 2 недели после первого обращения, в связи с сохранением психотической симптоматики была увеличена дозировка Olanzapinum до 20 мг/сут. Тем не менее, оценить эффективность назначенной терапии в дальнейшем не представлялось возможным, в связи с тем, что больной отказывался связываться с врачом. Известно, что в ноябре 2018 года в течение 2 недель проживал в православном монастыре на остров Афон, в Греции. После возвращения в Россию по собственным соображениям отказался от дальнейшего приема терапии. В течение 2 месяцев стала нарастать интенсивность неприятных ощущений движения в руках и горения по всему телу, а также неприятного ощущения в области лба, которое расценивал как рост рогов, подтверждение тому, что больной перевоплощается в антихриста ввиду чего продолжил проходить чин отчитки, что, однако, не имело положительного эффекта.

Начиная с февраля 2019 года, по настоянию священнослужителя из Троице-Сергиевой Лавры возобновил приём Olanzapinum в дозировке 20 мг/сут. После этого снизилась интенсивность описанных выше неприятных ощущений, почти перестал испытывать ощущение, словно из лба растут рога, перестал считать, что превращается в антихриста. Однако сохраняется чувство, что бесы управляют его мыслями, движениями (во время церковных служб) - спросить у него накануне консультации. В настоящий момент проживает в съёмной квартире в городе Сергиев Посад, которую оплачивает сестра больного. Регулярно проходит чин отчитки, что, по его мнению, имеет положительный эффект в виде снижения интенсивности вышеописанных переживаний. Критика к своему состоянию отсутствует. Считает, что принимает психофармакотерапию с целью улучшения ночного сна.

**Анализ наблюдения:** Настоящее состояние можно определить как симптоматическую ремиссию низкого качества с резидуальными психотическими расстройствами после перенесённого психотического приступа с СОРС II типа (бредового), 4 подтипа (аффективно-бредовой).

Состояние манифестировало на фоне психогенной провокации и характеризовалось развитием интерпретативного персекуторного бреда не религиозного содержания. Продолжалось около 1-2 лет, после чего развился повторный приступ, где преобладал явления аффектависимой бредовой симптоматики с религиозной фабулой. Его длительность составляет около 7 лет. Характеризовалось развитием нового бреда одержимости религиозного содержания, бреда антагонистического содержания, бредом инсценировки с фабулой персекуторного бреда, а также формирование галлюцинаций общего чувства. Содержание бредовых переживаний тесно переплетались с выраженными аффективными колебаниями. Следует отметить, что в зависимости от аффекта бредовая фабула менялась. Так, при маниакальных состояниях больной был убеждён в собственной святости, отмечались мегаломанические бредовые идеи с приятным для больного содержанием. При смене аффективного полюса на депрессивный, содержание бреда также менялось, включая идеи овладения религиозного содержания, вплоть до уровня бреда метаморфозы, бред греховности, доходящий до уровня нигилистического бреда. Состояния сопровождались невыраженными обонятельными, зрительными псевдогаллюцинациями и специфическим бредовым поведением. Отмечается парафренизация состояния.

Доманифестный этап характеризовался наличием аутохтонной биполярной аффективной лабильности, а также развитием расстройств поведения психопатоподобного уровня в виде склонности к формированию асоциальной группировки со сверстниками, совершением противоправных действий, употребление алкоголя, ПАВ.

Личность можно отнести к гипертимному кругу с чертами неустойчивой личности.

**Диагноз:** Шизофрения параноидная, параноидный вариант, эпизодическое течение с нарастающим дефектом. Неполная ремиссия F20.04.