

На правах рукописи

Орехова Полина Валерьевна

**ПСИХОПАТОЛОГИЯ И КЛИНИКА БРЕДА КОНЦА СВЕТА
РЕЛИГИОЗНОГО СОДЕРЖАНИЯ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ**

3.1.17. — «Психиатрия и наркология» (медицинские науки)

А В Т О Р Е Ф Е Р А Т

**диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук**

Москва — 2023

Работа выполнена в Федеральном государственном бюджетном научном учреждении «Научный центр психического здоровья»

Научный руководитель:

доктор медицинских наук

Каледа Василий Глебович

Официальные оппоненты:

Ткаченко Андрей Анатольевич - доктор медицинских наук, профессор, ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, отдел судебно-психиатрической экспертизы в уголовном процессе, руководитель.

Барыльник Юлия Борисовна – доктор медицинских наук, профессор, ФГБОУ ВО «Саратовский Государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, кафедра психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии, заведующая

Ведущая организация:

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Защита состоится **5 июня 2023 года в 11:00** на заседании диссертационного совета 24.1.188.01 в Федеральном государственном бюджетном научном учреждении «Научный центр психического здоровья» по адресу: 115522, Москва, Каширское шоссе, дом 34.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке и на сайте Федерального государственного бюджетного научного учреждения «Научный центр психического здоровья» <http://www.ncpz.ru/>

Автореферат разослан «__» апреля 2023 г.

Ученый секретарь

диссертационного совета

кандидат медицинских наук

Никифорова Ирина Юрьевна

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Актуальность темы исследования

Бредовые состояния с идеями конца света относятся к числу наиболее распространенных среди бредовых идей религиозного содержания. На протяжении многих лет они являются предметом изучения ряда авторов [Wilson W.P., 1998; Huguelet P., et all, 2011], однако в связи с малочисленностью этих исследований, данная проблема остается недостаточно разработанной. В настоящий момент отсутствуют четкие клинико-психопатологические характеристики, а также типологическая дифференциация и прогностические критерии оценки состояний с бредом конца света религиозного содержания [Копейко Г.И. и др., 2016; Каледа В.Г., 2017]. При этом некоторые современные исследователи [Silva J.A., Leong G.B., Weinstock R., 2004; Rosmarin D.H., 2018] указывают на высокую степень социальной опасности данных больных в связи с развитием у них специфических форм девиантного поведения, представленных как антисоциальными, так и аутодеструктивными поступками. При этом не разработаны вопросы дифференциации бреда конца света религиозного содержания от религиозных взглядов в христианской и мусульманской культурах, где эти идеи в определенном контексте относятся к мировоззрению. Также в настоящее время не разработаны персонифицированные подходы к комплексной терапии данной группы больных в рамках как стационарного, так и амбулаторного лечения.

Имеются данные о высокой частоте встречаемости состояний с бредом конца света религиозного содержания у больных с расстройствами шизофренического спектра [Kaplan H.I. et all, 2016; Siddle R. et all, 2002].

Все перечисленные выше аспекты определяют актуальность проводимого исследования. Они доказывают важность выделения и детального изучения состояний с бредом конца света религиозного содержания в рамках шизофрении.

Разработанность проблемы исследования:

К настоящему времени исследования, посвященные изучению состояний, протекающих с бредом конца света религиозного содержания (БКРС), затрагивают такие аспекты, как их нозологическая принадлежность [Bhavsar V., Bhugra D., 2008; Dudek A., et all., 2019], факторы, способствующие их формированию [Peters E., Day S., McKenna J., Orbach G., 1999] и их взаимосвязь с религиозным опытом, социальными и культурологическими особенностями населения [Ndetei D.M., Vagher A., 1985; Varghese J.J., Sam S.P., Kallivayalil

R.A., 2018]. Следует отметить, что исследования, посвященные изучению клинико-психопатологических особенностей изучаемых состояний в рамках шизофрении встречаются крайне редко [Dein S., Littlewood R., 2000; Rudaleviciene P., Stompe T., Narbekovas A., Bunevicius R., 2008]. Во многом остаются неизученными особенности различных форм бредового поведения у данной группы больных, а также вопросы прогностической оценки и назначения наиболее рациональной терапии. Кроме этого, отсутствуют специальные исследования, посвященные изучению условий формирования бреда конца света религиозного содержания при шизофрении.

Целью настоящего исследования является выявление клинико-психопатологических особенностей бреда конца света религиозного содержания при шизофрении, установление условий формирования, траектории течения, критериев прогноза, разработка предпочтительных терапевтических стратегий.

На разрешение были поставлены следующие задачи:

1. Определение клинико-психопатологических особенностей бреда конца света религиозного содержания при шизофрении.
2. Разработка клинической типологии бреда конца света религиозного содержания при шизофрении, имеющей прогностическое значение.
3. Установление траектории течения шизофрении с данной разновидностью бредовых расстройств, определение прогностических критериев.
4. Изучение клинико-патогенетических характеристик, условий формирования изучаемых состояний, специфики когнитивных нарушений, динамики изменений религиозного фактора.
5. Разработка предпочтительных терапевтических стратегий в отношении психофармакотерапии, тактики психотерапевтических и социореабилитационных мероприятий.

Научная новизна исследования:

Результаты, полученные в настоящем исследовании, позволяют более четко дифференцировать патологические состояния с религиозным контекстом при шизофрении. Впервые было выделено такое самостоятельное психопатологическое образование как бред конца света 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 БКСРС, а также малой разработанности типологической дифференциации психопатологических состояний религиозного содержания. Были определены специфические для данного синдрома терапевтические стратегии, как на этапах стационарного лечения, так и на этапе амбулаторного наблюдения. Актуальность и необходимость применения данных подходов подчеркивалась рядом исследователей [Мосолов С.Н. и др. 2007; Pies R.W., 2007; Strakowski S.M., DelBello M.P., Adler C. M., 2012]. Полученные в ходе работы данные подтверждают высокую степень социальной опасности больных с бредовыми расстройствами религиозного содержания, на которую указывали некоторые современные исследователи [Reeves R.R., Liberto V., 2006; Martiniuc G., Trifina A., 2007; Гримсолтанова Р.Э. ,2013], а также позволяют уточнить специфические особенности бредового поведения в зависимости от типологической дифференциации БКСРС, что ранее исследовано не было. Выделенные специфические особенности психопатологической картины и характеристики течения шизофрении, в рамках которой изучался данный синдром, позволяют расширить имеющиеся представления как о закономерностях течения шизофрении в целом [Наджаров Р.А., 1972; Борисова О.А., 1989; Каледа В.Г., 2015; Тиганов А.С., 2012; Fusar-Poli P et all., 2017], так и о специфике психопатологических расстройств с религиозным содержанием в рамках шизофрении, на актуальность чего указывали в своих работах многие исследователи [F. Laroï, M. Van Der Linden, 2005; I. Reiben, S. Mohr, L. Borrás et all., 2013].

Практическая и теоретическая значимость работы:

Полученные в процессе проведенного исследования данные позволили решить основную задачу диссертационного исследования в виде разработки типологии состояний с бредом конца света религиозного содержания. Установленные в процессе исследования закономерности клинических проявлений и течения будут способствовать оптимальному решению проблем дифференциальной диагностики. Полученные данные поспособствуют 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.

Методология и методы исследования:

Работа выполнена на базе ФГБНУ НЦПЗ (директор — д.м.н., профессор Т.П. Ключник), в отделе юношеской психиатрии (руководитель — д.м.н. В.Г. Каледа), в группе по изучению особых форм психической патологии (руководитель группы — к.м.н. Г.И. Копейко). Всего было изучено 109 больных (65 мужчин; 44 женщины) шизофренией, у которых был выявлен БКСРС.

Критерии включения:

1. Диагноз шизофрения (F20 по МКБ-10).
2. Наличие бреда конца света религиозного содержания.
3. Возраст от 18 до 40 лет на момент манифестации приступа с БКСРС.
4. Длительность наблюдения для катamnестической группы больных не менее 10 лет.
5. Наличие добровольного информированного согласия.

Критерии невключения: наличие сопутствующей психической, соматической и неврологической патологии, затрудняющей проведение исследования.

Обследование больных проводилось комплексно и включало в себя следующие методы: клинико-психопатологический, клинико-катamnестический, психометрический, экспериментально-психологический¹. Статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием программы STATISTICA для Windows OS. 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» (№ 603 от 23.12.2019 г.).

Все обследуемые больные дали письменное добровольное информированное согласие на участие в исследовании.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Для формирования бреда конца света религиозного содержания ведущее значение имеют религиозно-культуральные особенности пациента.

¹ Совместно с клиническими психологами отдела юношеской психиатрии, группы по изучению особых форм психической патологии: Ю.А. Слоневским, М.Д. Болтрукевич (руководитель отдела — доктор медицинских наук В.Г. Каледа, руководитель группы — кандидат медицинских наук Г.И. Копейко)

2. При определении исхода течения шизофрении с БКРС ведущее прогностическое значение отводится типоспецифическим психопатологическим особенностям приступа, а также особенностям формирования патологической религиозности.

3. Выявленные типологические разновидности бреда конца света религиозного содержания имеют различия не только по клиническим проявлениям, но и по ряду показателей доманифестного состояния, включая преморбидные особенности личности и разновидности инициального этапа, которые имеют прогностическое значение.

Достоверность научных положений и выводов:

Результаты исследования обеспечиваются репрезентативностью клинической (60 пациентов, перенесших психотический приступ с бредом конца света религиозного содержания) и катамнестической (49 больных, перенесших психотический приступ с БКРС в 2008 – 2011-х годах, длительность катмнеза не менее 10 лет, в среднем $10,3 \pm 3,2$ лет) групп, адекватностью и комплексностью методов исследования (клинико-психопатологический, клинико-катамнестический, психометрический, экспериментально-психологический, статистический), а также их соответствием поставленным задачам. Все это обеспечило возможность адекватного решения поставленных целей и задач, определило обоснованность результатов и следующих из них выводов.

Личный вклад автора:

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

Апробация диссертации состоялась 22 сентября 2022 г. на межотделенческой научной конференции ФГБНУ НЦПЗ.

Результаты данного исследования внедрены в практическую работу клиники ФГБНУ НЦПЗ, а также филиалов ГБУЗ «ПКБ №4 ДЗМ» «Психоневрологический диспансер №8», «Психоневрологический диспансер №9».

Публикация результатов исследования: Основные результаты исследования достаточно полно отражены в 8 научных публикациях, из них — 4 статьи в рецензируемых журналах, рекомендованных ВАК Министерства науки и высшего образования Российской Федерации.

Объём и структура диссертации: Диссертационная работа изложена на 214 страницах текста (основной текст - 141 страница) и содержит введение, 6 глав, заключение, выводы, практические рекомендации и перспективы дальнейшей разработки темы, список используемых сокращений, список цитированной литературы из 217 источников (из них 92 отечественных, 125 иностранных). Диссертация содержит 2 рисунка и 36 таблиц.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

В результате проведенного исследования было выявлено, что бред конца света религиозного содержания является неоднородным симптомокомплексом, имеет свои специфические особенности в клинической картине. К психопатологическим особенностям, выявленным при изучении БКСРС относились: различия в механизмах бредообразования (чувственный и интерпретативный); степень выраженности остроты психических расстройств и систематизации бредовых построений; тип течения заболевания; высокая частота встречаемости специфических форм девиантного поведения, таких, как аморальное, антисоциальное и аутодеструктивное; длительность периода нелеченного психотического состояния и низкая степень комплаентности к проводимому лечению.

При детальном изучении клинико-психопатологических особенностей БКСРС вышеописанные различия позволили выделить две типологические особенности: **1 тип - апокалиптический** (от греч. - откровение), (83 наблюдения, 76,1%), включающий в себя состояния, при которых больные считали, что конец света уже наступает; **2 тип - эсхатологический** (от греч. - учение о конце света), (26 наблюдений, 23,9%), при котором пациенты считали, что конец света наступит в ближайшем будущем, и находили этому подтверждения. Данные типы БКСРС различались по фабуле бреда и механизму бредообразования.

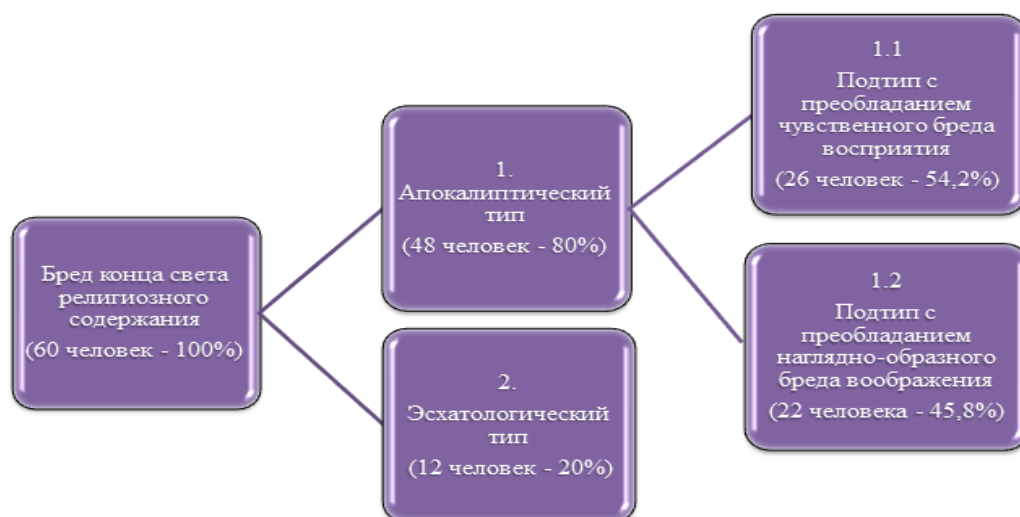


Рисунок 1. Типология бреда конца света религиозного содержания при шизофрении.

При 1 типе (83 больных, 76,1%) в клинической картине доминировали идеи конца света в рамках острого чувственного бреда. В связи с неоднородностью структуры данного симптомокомплекса были выделены два подтипа, отличающиеся доминирующими механизмами бредообразования, длительностью и последовательностью этапов формирования бредовых расстройств, на которых с наибольшей яркостью проявлялся БКСРС: 1.1 подтип, с преобладанием острого чувственного бреда (43 наблюдения, 39,4%), 1.2 подтип, с преобладанием наглядно-образного бреда воображения (40 наблюдений, 36,7%).

1.1. подтип апокалиптического типа (43 больных, 39,4%) характеризовался доминированием острого чувственного бреда, постепенным нарастанием остроты психотического состояния, стойкостью бредовых построений, монополярностью аффективных расстройств. Феноменологическая специфичность данного подтипа характеризовалась тем, что больные ощущали наступление конца света непосредственно в данный момент.

При данном подтипе по преморбидному складу личности преобладали больные шизоидного (58,1%) и психастенического (16,3%) склада. Манифестации психотического состояния предшествовал этап биполярных аффективных расстройств длительностью от 7 месяцев до 6 лет (средняя длительность $20,6 \pm 3,4$ месяцев), которые при данном подтипе были представлены преимущественно циклотимоподобными расстройствами в виде стертых тоскливо-апатических, адинамических, дисфорических депрессий.

Постепенно, в течение 1-1,5 месяцев формировался этап бредового настроения с доминирующим в нем ощущением надвигающихся катастрофических событий. В дальнейшем (через 2-2,5 месяца) развивался этап бреда значения, больные замечали знаки наступающего конца света, воспринимали их как специально для них предназначенные. На этапе бреда инсценировки у пациентов возникало ощущение, что окружающая реальность является подстроенным действием. Клиническая картина дополнялась присоединением кратковременного, длившегося в течение нескольких дней антагонистического бреда, при котором больные ощущали себя в центре борьбы за них сил добра и зла, Бога и дьявола. Они не ощущали себя непосредственными участниками этой борьбы, а наблюдали за ней со стороны.

Достаточно часто у больных данного подтипа встречалось деструктивное поведение в виде гетеро- и аутоагрессии, когда пациенты из-за страха наступающего конца света наносили увечья себе или своим близким.

Длительность психотического состояния составляла несколько месяцев (в среднем $4,8 \pm 1,2$ месяцев) и сопровождалась соответствующим бредовым поведением. Как правило, больные поступали на стационарное лечение на этапе бреда инсценировки. Состояния с данным подтипом БКСРС наблюдались преимущественно в структуре повторных приступов. Средний возраст манифестации данных состояний составлял $34,1 \pm 3,3$ года.

Среди пациентов данного подтипа преобладали лица с гипернозогностическим видом отношения к болезни (46,2%), которые считали, что болезнь – это кара Бога за их грехи, и нормонозогностическим (38,5%), при котором они считали, что их состояние - это болезнь, которую необходимо пройти как испытание, посылаемое им Богом.

При данном подтипе наиболее часто отмечалось течение заболевания по типу «клише» (34,3%), а также регрессиентное течение (23,5%). В большинстве случаев (34,3%) негативные расстройства на момент катамнестического обследования были представлены слабо выраженными нарушениями эмоционально-волевой сферы (15–21 баллов по субшкале негативных расстройств PANSS). Пациенты с данным подтипом в большинстве случаев имели высокую социально-трудовую адаптацию, при этом большинство из них сохраняли трудоспособность на исходном уровне (52,9%), в ряде случаев отмечался профессиональный рост (29,4%). Исходы заболевания в большинстве случаев можно было оценить как "относительно благоприятные" (52,9%) и «благоприятные» (29,4%).

1.2 подтип (40 больных, 36,7%) характеризовался доминированием наглядно-образного бреда воображения с кататоно-онейроидными состояниями. Бред конца света сопровождался чувством непосредственного переживания событий гибели мира, происходящих, по представлению больных, в настоящее время. Приступы данного подтипа БКСРС были преимущественно манифестными. Средний возраст возникновения составлял $28,1 \pm 3,41$ года.

Среди преморбидных личностных особенностей больных данного подтипа были выделены преимущественно сенситивные (35,0%) и стеничные (17,5%) шизоиды. При этих состояниях инициальный этап продолжался в основном от 2 месяцев до 4 лет (средняя длительность $22,1 \pm 3,7$ месяцев) и был представлен преимущественно аффективной разновидностью, выражающейся в усугублении биполярных аффективных расстройств, а также паранойальным вариантом.

Бредовые расстройства развивались достаточно остро. Бредовые идеи значения были нестойкими, непоследовательными, быстро усложнялись бредом инсценировки с чувством подстроенности окружающей обстановки, ощущением происходящей вокруг игры. Клиническая картина усложнялась антагонистическим бредом с убеждением, что вокруг пациентов ведется борьба между силами добра и зла, света и тьмы за то, чтобы не наступил конец света. На этом этапе в фабуле бредовых построений у больных возникали наиболее яркие переживания, связанные с БКСРС. Пациенты ощущали себя в центре борьбы добрых и злых сил, являлись ее активными участниками, но они не были виновниками или инициаторами происходящего. В дальнейшем в клинической картине появлялись вербальные псевдогаллюцинации с наличием отдельных проявлений психических автоматизмов в рамках синдрома Кандинского-Клерамбо и сочетались с бредовыми идеями своего превосходства, величия.

Следующий этап развития психоза характеризовался полиморфными психотическими выраженными аффективными расстройствами и проявлениями кататоно-онейроидной симптоматики. В данный период отмечались ступорозные состояния, когда больные «застывали», не реагировали на обращенную к ним речь и физическое воздействие окружающих. Бредовые идеи конца света с религиозным содержанием перемежались с кратковременными онейроидно-кататоническими проявлениями, в которых пациенты часто ощущали, что перенеслись в иное пространство, другую, постапокалиптическую реальность. Подобные состояния многократно повторялись в течение нескольких дней. Вышеописанные переживания

сопровождались чувством страха, отчаяния и воспринимались больными как происходящие непосредственно сейчас, в настоящее время, одновременно с наступившим на Земле концом света. Подобная особенность развития и динамика острых бредовых состояний приводила к увеличению его общей длительности и влияла на курабельность состояния в целом. Данный подтип БКСРС не отличался систематизацией и стойкостью бредовых построений. При этом подтипе апокалиптического бреда больные по бредовым мотивам с целью спасения мира наносили себе несуйцидальные самоповреждения или совершали суйцидальные попытки, будучи уверенными в том, что после их смерти апокалипсис прекратится.

Среди данных больных преобладали лица с гипернозогностическим отношением к болезни (45,5%), при котором пациенты считали, что болезнь – это кара Бога за их грехи, и нормозогностическим (36,4%), при котором отмечалась полноценная критика к имеющимся психическим расстройствам. У больных данного подтипа отмечалось снижение социально-трудовой адаптации. Так, наибольшее количество занимали больные со снижением трудоспособности (50,0%), а также с сохранением трудоспособности на исходном уровне. Исходы заболевания у больных данного подтипа в большинстве случаев можно было оценить как «относительно неблагоприятные» (38,9%) и «относительно благоприятные» (33,3%).

При 2 (эсхатологическом) типе (26 больных – 23,9%) наблюдалось доминирование БКСРС, развивающегося по механизму интерпретативного бреда, который развивался постепенно, характеризовался меньшей остротой психических расстройств, высокой степенью систематизации бредовых построений и сочетался с аффективными расстройствами. В основе бредовых построений лежала особая интерпретация толкований признаков наступления конца света в религиозных текстах с последующим нахождением подтверждений этих признаков в происходящих событиях и действиях окружающих. По преморбидному складу при эсхатологическом типе БКСРС наиболее часто встречались личности с шизоидными чертами характера (50,0%), а также гипертимные личности (26,9%). Длительность инициального этапа составляла от 5 до 10 лет.

В развитии данного типа БКСРС были выделены последовательные этапы формирования бредовых расстройств. В течение 3-5 лет у больных возникали сверхценные идеи религиозного характера, связанные с концом света. Пациенты детально изучали религиозную литературу и в итоге приходили к выводу, что конец света абсолютно точно неизбежен и может наступить в

будущем. Этап сверхценного бреда у больных этого типа заключался в том, что пациенты внезапно начинали воспринимать определенные события остро, по типу озарения, и осознавали собственную причастность к наступлению конца света. Они понимали, что различные телевизионные передачи, выступления публичных лиц относились к ним лично, и из-за этого начинали считать себя «избранными». На данном этапе у больных происходила переоценка прошлых событий собственной жизни, в которых они также находили подтверждения того, что в будущем должен наступить конец света. На этапе паранойяльного бреда у больных происходило постепенное расширение круга объектов и субъектов бредовой интерпретации, а также нарастала систематизация бреда. Пациенты становились подозрительными, искали «пособников сил зла», тщательно присматривались к окружающим, замечали противоречия в их поведении, разрабатывали специфические системы проверок своих близких людей и искали сторонников злых сил среди публичных деятелей путем анализа информации в СМИ. В ряде случаев у больных возникали идеи преследования со стороны неизвестных лиц. На данном этапе у пациентов формировалась переоценка собственной личности и понимание своей роли в грядущем конце света, они начинали считать себя «избранными», пророками. Систематизация бреда происходила благодаря появлению новых уточнений и построений.

При данном типе БКРС в большинстве случаев течение заболевания являлось непрерывным (85,7%), на фоне которого параллельно развитию интерпретативного бреда у больных возникали транзиторные психотические состояния с острым чувственным бредом религиозного содержания (одержимости, греховности, величия), в структуре которых идеи, связанные с концом света уходили на второй план. Таким образом, имело место сочетание непрерывного и приступообразного течения шизофренического процесса. Негативные расстройства нарастали на протяжении всего катamnестического периода и в 57,1% определялись как умеренно выраженные (22–28 баллов по субшкале негативных расстройств PANSS). При данном типе среди больных преобладали гипозогнозический (58,3%) тип отношения к болезни, при котором пациенты полагали, что подобные состояния может испытывать любой верующий человек, и диснозогнозический (33,3%), характеризующийся тем, что больные, не отрицая самого факта заболевания, определяли ряд проявлений болезни как свое естественное состояние. Достаточно часто среди пациентов данного типа (64,3%) отмечалось выраженное снижение уровня трудоспособности, при этом в 21,4% случаев трудоспособность была стойко

утрачена. Интегративная оценка исхода течения шизофрении с бредом конца света религиозного содержания при эсхатологическом типе в наибольшем количестве наблюдений была «относительно неблагоприятной» (57,1%) и «неблагоприятной» (21,4%).

Необходимо отметить, что при 1 типе БКСРС больные более адекватно относились к своему заболеванию, аккуратно принимали поддерживающую терапию и соблюдали рекомендации специалистов, а больные 2 типа характеризовались низкой приверженностью терапии, при этом критика к своим переживаниям у них практически полностью отсутствовала.

В ходе проведения сравнительного патопсихологического анализа когнитивной сферы на этапе становления ремиссии были выявлены важные различия в структуре и динамике когнитивных нарушений в зависимости от выделенных типов БКСРС. При анализе результатов патопсихологического обследования были выявлены статистически значимые различия ($p < 0,05$) по степени искажения когнитивных функций между больными 1 и 2 типа. Полученные данные свидетельствуют о более сильном изменении функций когнитивной сферы у больных 2 типа БКСРС.

Для психометрической оценки выраженности расстройств мышления, в соответствии с подходом, разработанным M.F.Green с соавт. (2000) и G. Foussias, G. Remington, (2010), были выбраны такие параметры шкалы PANSS, как: П-1, П-2, П-5, П-6, Н-3, Н-4, Н-5, Н-6, О-8, О-9, О-12, О-15. В ходе сравнительного анализа были выявлены статистически значимые различия ($p < 0,05$) практически по всем исследуемым параметрам шкалы за счёт более выраженных расстройств мышления у больных со 2 типом БКСРС. Таким образом, выявлена разница в степени искажения когнитивных функций между больными с апокалиптическим и эсхатологическим типами, что свидетельствует о типоспецифической разнице течения шизофрении с бредом конца света религиозного содержания.

При проведении исследования также была изучена религиозность больных, как фактор определяющий формирование БКСРС. Было определено направление религиозной ориентации, которое проводилось с использованием Шкалы религиозности Г. Олпорта (1966), а также была дана оценка выраженности религиозности с помощью интерпретации результатов уровня религиозности по шкале Р. Докинза (2014). При изучении религиозности среди выделенных типов БКСРС были обнаружены типоспецифические статистически значимые различия ($p < 0,05$). Было выявлено, что на доманифестном этапе 68,8% больных с БКСРС являются религиозными, 18,0%

относятся к атеистам, а 13,1% - к агностикам. При сравнительном анализе религиозности у больных 1 и 2 типов удалось обнаружить статистически значимые различия на доманифестном этапе, а также в ходе катамнестического исследования. На доманифестном этапе религиозными было наибольшее количество больных (в 42,1% религиозность была внешней, при которой пациенты формально соблюдали религиозные обряды, в 47,4% — внутренней, при которой для больных религия определяла их образ жизни). При этом среди религиозных пациентов 31,1% являлись слабыми теистами, не уверенными в существовании Бога, но склонными к вере, 31,1% - обычными, утверждающими, что не могут точно знать, что Бог существует, но глубоко верящими и строящими свою жизнь на основе веры, 6,6% — убежденными, в основе мировоззрения которых лежит несомненная вера в Бога. Обращает на себя внимание то, что 4,9% больных относились к убежденным атеистам, для которых было характерно отрицание бытия Бога, полное отсутствие влияния религиозного фактора на образ жизни, а в ряде случаев — негативное отношение к религии в целом. При проведении катамнестического исследования отмечалось увеличение количества пациентов с внешней религиозностью (68,4%), а также рост количества обычных (42,1%) и убежденных (21,0%) теистов и уменьшение количества слабых (26,3%) теистов, а также атеистов в целом.

Среди пациентов 1 типа БКСРС при доманифестных состояниях наиболее часто встречались больные, относящие себя к теистам, придерживающимся определенному вероисповеданию, причем чаще всего их уровень религиозности колебался в пределах от «убежденных» до «обычных», при этом агностики и атеисты встречались нечасто. Больные, относящиеся к 2 типу БКСРС на доманифестном этапе считали себя в основном агностиками и атеистами, а также теистами преимущественно легкой степени выраженности религиозности и с существенным преобладанием внешней направленности религиозной ориентации. При исследовании религиозности по выделенным характеристикам на момент катамнестического исследования, пациенты, относящиеся к 1 типу БКСРС в большинстве случаев сохраняли прежний вектор религиозной ориентации, а также относительно высокую степень выраженности религиозности. Пациенты же со 2 типом, у которых обращение к вере было чаще всего связано с влиянием психопатологического фактора, на этапе катамнестического наблюдения имели несколько большую выраженность религиозности. Обращает на себя внимание, что религиозность у этих пациентов чаще всего имела патологические черты.

В ходе проведения данного исследования были разработаны основные подходы к назначению терапии больных с БКСРС при шизофрении. Терапевтическая тактика представляла собой комплексный подход, включающий в себя психофармакологические и психотерапевтические методики с целью создания оптимальных возможностей для сохранения последующего социального и трудового функционирования. Было выявлено, что психофармакотерапия должна проводиться в большинстве случаев в условиях стационарного лечения, в связи с высокой степенью остроты психотической симптоматики, а также выраженностью специфических форм бредового поведения, из-за чего данные пациенты представляют достаточно высокую социальную опасность как для самих себя, так и для окружающих. При этом ряд больных имел низкую приверженность к терапии. Ведущим терапевтическим подходом при лечении данных пациентов на любом из этапов терапии являлся психофармакологический метод. Назначение ПФТ проводилось с учетом типоспецифических особенностей БКСРС.

Психотерапевтические методы учитывали особенности и специфику религиозного контекста у данных пациентов как фактора, взаимосвязанного с патологическим процессом, а также имеющего значительное влияние на социальные и личностные характеристики пациентов. В настоящем исследовании была использована классификация модифицированной версии копинг-стратегий (Слоневский Ю.А., 2015, Копейко Г.И., 2016). Наиболее эффективными религиозными стратегиями, используемыми для психотерапии были: религиозные методы сохранения основных ценностей жизни (консервация традиционных ценностей и смыслов); стратегия социальной поддержки через религиозную общину; методы религиозного трансформационного копинга (религиозное переосмысление ситуации, переосмысление собственной личности и так называемый объединенный религиозный копинг); религиозная копинг-стратегия обретения эмоционально-комфортного состояния, которое дает религиозная вера (утешение, успокоение, прощение, примирение). Таким образом, применяемые терапевтические стратегии должны учитывать религиозное мировоззрение пациентов как один из ведущих факторов, связанных с бредовыми идеями, лежащими в основе данного симптомокомплекса, а также влияющих на личностные аспекты больных.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результаты проведенного исследования позволяют сделать следующие выводы:

1. Бред конца света религиозного содержания (БКРС) при шизофрении характеризуется выраженной гетерогенностью, полиморфизмом психопатологических проявлений, имеет различные механизмы бредообразования, сочетается с другими бредовыми расстройствами как религиозного (одержимости, греховности, мессианства), так и нерелигиозного содержания, характеризуется наличием в ряде случаев отчетливой диссоциации между выраженностью бредовой симптоматики и внешне упорядоченным поведением, а в других случаях формированием деструктивного бредового поведения и формированием патологической религиозности.

2. При изучении БКРС были выявлены две типологические разновидности, имеющие отчетливые феноменологические отличия и различные механизмы бредообразования: апокалиптический тип (1 тип - 83 больных, 76,1%), с ощущением непосредственного наступления конца света; эсхатологический тип (2 тип - 26 больных, 23,9%), заключающийся в ожидании конца света в ближайшее время.

2.1. К 1 типу относились состояния, при которых в клинической картине доминировали явления острого чувственного бреда и наглядно-образного бреда воображения. Средний возраст больных на момент манифестации данных приступов составлял $37,8 \pm 1,4$ года. Были выделены 2 подтипа: с преобладанием чувственного бреда (1.1 подтип- 43 больных, 39,4%) и с преобладанием нагляднообразного бреда воображения (1.2 подтип- 40 больных, 36,7%).

2.1.1. 1.1 подтип характеризовался доминированием чувственного бреда с относительной стойкостью бредовой фабулы, выраженным бредовым аффектом с напряженным восприятием наступающего конца света, который возникал в большинстве случаев в структуре повторного приступа (57,7% случаев). Средний возраст манифестации приступа составил $35,1 \pm 3,2$ года, продолжительность приступа составляла в среднем $11,3 \pm 2,4$ месяца, этапа становления ремиссии - $7,8 \pm 5,4$ месяцев.

2.1.2. 1.2 подтип характеризовался доминированием в клинической картине образных представлений, ощущением непосредственного, в данный момент происходящего конца света, а также формированием онейроидно-кататонических состояний. Данный подтип развивался, как правило, в структуре манифестного приступа (59,1% случаев). Средний возраст

манифестации приступа составил $28,1 \pm 1,3$ года, продолжительность приступа составляла в среднем $5,2 \pm 1,4$ месяца, этапа становления ремиссии - $7,1 \pm 3,4$ месяцев.

2.2. При 2 типе БКСРС был высокосистематизированным, формировался по механизму интерпретативного бреда, в основе которого был анализ происходящих в мире событий с возникновением «бредового озарения» (Ануфриев А.К., 1992) о приближающемся конце света, а также с разработкой собственных концепций конца мира. На высоте состояния клиническая картина дополнялась политематическими бредовыми идеями как религиозного, так и нерелигиозного содержания. В большинстве наблюдений данные приступы являлись повторными. После купирования острой психотической симптоматики идеи конца света полностью не редуцировались, а в большинстве случаев (85,7% данного типа) отмечался переход заболевания в непрерывное течение. Средний возраст манифестации приступов – $25,9 \pm 4,8$ лет. Продолжительность приступа в случаях сохранения приступообразного течения составляла в среднем $10,8 \pm 2,3$ года, этапа становления ремиссии - $7,1 \pm 3,4$ месяцев.

3. Для течения шизофрении с БКСРС характерно преобладание течения по типу «клише» (30,6%), с относительно высокой представленностью прогрессивного (24,5%) и непрерывного вариантов течения (22,4%), преобладание «относительно благоприятного» (36,7%) и «относительно неблагоприятного» (36,0%) исходов, с высокой частотой социально-трудовой дезадаптации и ауто- и гетероагрессивного поведения.

3.1. Для 1 типа БКСРС был характерен длительный инициальный этап (у 57,8% - до 2 лет), представленный преимущественно аффективной разновидностью (55,4%), в преморбиде преобладал шизоидный склад личности (47,0%). Наиболее часто отмечалось течение заболевания по типу «клише» (34,3%), а также прогрессивное течение (28,6%), имел место достаточно высокий уровень социальной и трудовой адаптации, а также доминирование «относительно благоприятного» варианта исхода, с амальгамированием сверхценного религиозного мировоззрения в структуру личности (45,7%), а также «благоприятный» (28,6%) исход.

3.1.1. При 1.1 подтипе наиболее часто встречался инициальный этап, длительностью до 2 лет (74,4%), представленный преимущественно аффективным вариантом (67,4%), отмечалось преобладание шизоидного склада (58,1%). Среди разновидностей течения шизофрении наиболее часто встречалось течение по типу «клише» (47,1%), а также регрессивное (23,5%), с

незначительной выраженностью негативных расстройств, достаточным уровнем социальной и трудовой адаптации и преобладанием «относительно благоприятных» (58,8%) и «благоприятных» (41,2%) исходов.

3.1.2. При 1.2 подтипе в большинстве наблюдений отмечался длительный инициальный этап (от 2 до 4 лет), представленный в большинстве случаев аффективным (42,5%), а также паранойяльным вариантом (37,5%), с преобладанием среди преморбидного склада личности сенситивных шизоидов (35,0%), доминированием в дальнейшем прогрессивного течения (44,4%) с формированием выраженных негативных расстройств, аффективной лабильностью, ухудшением когнитивных функций, низким уровнем социальной и трудовой адаптации, преобладанием «относительно неблагоприятного» (38,9%) и «относительно благоприятного» (33,3%) исходов заболевания.

3.2. При 2 типе БКРС продолжительность инициального этапа в большинстве случаев составляла от 6 месяцев до 2 лет (61,5%), отмечалось доминирование паранойяльного склада личности (53,8%), при относительно высокой представленности гипертимного (26,9%) и шизоидного склада (19,2%); преобладал непрерывный тип течения заболевания (57,1%) со стойким снижением социально-трудовой адаптации, а также с доминированием неблагоприятных исходов («относительно неблагоприятный» - 57,1%, «неблагоприятный» - 21,4%).

4. В результате проведенного исследования было выявлено искажение когнитивных функций у данных больных, определены условия формирования изучаемых состояний при шизофрении, установлены особенности изменения религиозности больных в течении заболевания.

4.1. Выявлено наличие связи между уровнем искажения когнитивных функций у пациентов с БКРС в виде снижения уровня обобщения, инициативности, саморегуляции и темпа деятельности, оцененных на этапе становления ремиссии и дальнейшим снижением уровня социального функционирования, при этом у больных 1 типа БКРС нарушения когнитивной сферы были менее выражены, чем у больных 2 типа.

4.2. В большинстве наблюдений бред конца света возникал в структуре повторного приступа на фоне относительного длительного течения шизофрении (средняя длительность заболевания от момента первого приступа – $7,4 \pm 3,3$ лет), преимущественно у личностей шизоидного склада (67,9%). При оценке степени выраженности религиозности на доманифестном этапе (по Р.Докинзу) было обнаружено, что среди пациентов доминировали «обычные

теисты» (31,1%) и «слабые теисты» (31,1%), а также «агностики» (13,1%), при этом превалировала «внутренняя религиозность» (50,8 %) (по Г.Олпорту).

4.3. На протяжении заболевания у пациентов с БКСРС происходило видоизменение религиозности, с постепенным переходом к патологическим формам, особенно у больных 2 типа, где было обнаружено сочетание патологических форм религиозности с сохраняющейся резидуальной психотической симптоматикой и нарастающими негативными расстройствами. При оценке степени выраженности религиозности (по Р.Докинзу) на момент катamnестического исследования было выявлено, что среди больных, по сравнению с доманифестным этапом, увеличилось количество «обычных теистов» (42,1%) и «убежденных теистов» (21,0%). На данном этапе было обнаружено, что у пациентов доминировала «внешняя религиозность» (68,4%) (по Г. Олпорту).

5. Терапевтическая тактика ведения больных с БКСРС требует комплексного подхода, учета религиозного мировоззрения пациентов, привлечения наряду с психофармакологическим лечением социореабилитационных методик, в том числе различных религиозных копинг-стратегий, направленных не только на эффективное купирование симптоматики острого периода заболевания, но и на восстановление социальной и трудовой адаптации, формирование у больных адекватного отношения к болезни, а также на выработку установки на необходимость длительной поддерживающей терапии.

Практические рекомендации и перспективы дальнейшей разработки темы.

1. Бред конца света религиозного содержания необходимо рассматривать в качестве самостоятельного психопатологического феномена в рамках течения шизофрении с религиозным контентом.

1.1. Было выявлено, что больные с бредом конца света религиозного содержания представляют значительную социальную опасность.

1.2. Предпочтительным является стационарное лечение больных с БКСРС с последующим амбулаторным наблюдением на фоне отсутствия полноценной критики к перенесенному состоянию и низкой приверженности к терапии у большинства больных.

1.3. Основная роль в терапии больных должна отводиться психофармакологическому методу лечения с использованием различных групп и сочетаний препаратов.

1.4. При проведении терапии необходимо учитывать типологическую структуру бреда конца света религиозного содержания и длительность психотического состояния, которые дают возможность спрогнозировать уровень психофармакорезистентности у данной группы больных, а также разработать наиболее адекватную терапевтическую стратегию.

1.5. Социально-реабилитационные мероприятия должны включать в себя использование религиозных копинг-стратегий, что позволяет решить ряд важных проблем, связанных с формированием адекватного отношения к болезни и дальнейшей социальной адаптации.

2. Среди больных всех типов БКСРС наблюдается специфическое бредовое поведение, представленное в виде аморального, аутоагрессивного и гетероагрессивного видов девиантного поведения.

3. Среди описанных типологических разновидностей БКСРС наиболее неблагоприятным относительно течения и исхода является 2 (эсхатологический) тип бреда конца света религиозного содержания.

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

5. Методологические принципы, на базе которых было построено исследование, могут применяться для дальнейших научно-практических разработок.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

Статьи в рецензируемых журналах, рекомендованных ВАК:

1. Орехова, П.В. Бред конца света религиозного содержания (апокалиптический вариант) / Г.И. Копейко, П.В. Орехова, О.А. Борисова, Е.В. Гедевани, В.Г. Каледа // Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. - 2021. - Т. 121 - №9 - с. 7-12.

2. Орехова, П.В. Особенности девиантного поведения больных с бредом конца света религиозного содержания при шизофрении / П.В. Орехова // Психиатрия. - 2022. - №20(3, вып.2) - с. 28-29.

3. Орехова, П.В. Эсхатологический тип бреда конца света при шизофрении / П.В. Орехова, О.А. Борисова // Психиатрия. - 2022. - №20(3, вып.2) - с. 30-32.

4. Орехова, П.В. Психопатологические особенности и клинико-типологическая дифференциация бреда конца света религиозного содержания при шизофрении / Г.И. Копейко, П.В. Орехова, О.А. Борисова, Е.В. Гедевани, В.Г. Каледа // Психическое здоровье. - 2022. - Т. 17 - №4 - с.16-25.

Статьи в других периодических изданиях, тезисы, представленные на конференциях:

1. Орехова, П.В. Религиозный бред конца света. Пилотажное исследование / О.А. Борисова, П.В. Орехова. // Психическое здоровье и религиозный мистический опыт. Материалы международной конференции. отв. ред.: Г. И. Копейко, О. А. Борисова. Санкт-Петербург, 2020. С. 34-38.
2. Орехова, П.В. Один из вариантов синдрома бреда религиозного конца света у больных приступообразной шизофренией (психопатология и феноменология) / П.В. Орехова, О.А. Борисова // Материалы Всероссийской конференции молодых ученых посвященной памяти академика АМН СССР А.В. Снежневского. Сборник научных трудов. 2020. С. 50-53.
3. P. Orekhova. The end-world delusion with religious content, apocalyptic variant / O. Borisova., G. Kopeyko., E. Gedevani., P. Orekhova // European Psychiatry. – 2021. – Т. 64. – №. S1. – С. S770-S770.
4. Орехова, П.В. Психопатологические особенности бреда конца света религиозного содержания у больных шизофренией / П.В. Орехова, О.А. Борисова, Г.И. Копейко, В.Г. Каледа, Е.В. Гедевани // Сборник тезисов XVII съезда психиатров России «Интердисциплинарный подход к коморбидности психических расстройств на пути к интегративному лечению». - 2021. С. 1295-1297.