

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ НАУЧНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ «НАУЧНЫЙ ЦЕНТР ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ»

На правах рукописи

Орехова Полина Валерьевна

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

Специальность: 3.1.17. – «Психиатрия и наркология» (медицинские науки)

Диссертация
на соискание учёной степени
кандидата медицинских наук

Научный руководитель –
доктор медицинских наук
Каледа Василий Глебович

Москва, 2023

Оглавление

Введение.....	4
Глава 1. Обзор литературы.....	12
Глава 2. Методы исследования и общая характеристика материала.....	25
2.1. Критерии отбора материала.....	25
2.2. Общая характеристика материала.....	26
2.3. Методы исследования.....	30
Глава 3. Клинико-психопатологические характеристики и типология бреда конца света религиозного содержания при шизофрении.....	34
3.1. Психопатологические особенности бреда конца света религиозного содержания.....	34
3.2. Клинико-типологическая дифференциация бреда конца света религиозного содержания.....	35
3.2.1. Апокалиптический тип БКСРС.....	36
3.2.2. Эсхатологический тип БКСРС.....	47
Глава 4. Закономерности течения и исходов шизофрении с бредом конца света религиозного содержания.....	52
4.1. Особенности инициального этапа заболевания	53
4.2. Течение и исход заболевания в целом	61
4.3. Особенности течения и исхода заболевания при различных типах БКСРС...	69
4.3.1. 1 тип бреда конца света религиозного содержания (апокалиптический тип).....	69
4.3.2. 2 тип бреда конца света религиозного содержания (эсхатологический тип).....	80
Глава 5. Условия формирования и некоторые клинико-патогенетические характеристики бреда конца света религиозного содержания.....	90
5.1. Особенности религиозности у больных с БКСРС на доманифестном этапе заболевания.....	90

5.2. Изменение религиозности на момент катamnестического обследования у больных с бредом конца света религиозного содержания.....	95
5.3. Особенности когнитивных нарушений у больных с бредом конца света религиозного содержания на момент катamnестического обследования.....	97
Глава 6. Вопросы терапии бреда конца света религиозного содержания при шизофрении.....	106
Заключение.....	122
Выводы.....	137
Практические рекомендации и перспективы дальнейшей разработки темы.....	142
Список сокращений и условных обозначений.....	144
Список литературы.....	145
Приложение.....	164

ВВЕДЕНИЕ

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 al., 2011]. В связи с малочисленностью этих исследований, данная проблема остается недостаточно разработанной. Ввиду этого, некоторые вопросы по представленной тематике до сих пор нуждаются в доработке, что указывает на актуальность данной работы. Ряд авторов [Larøi F. et al., 2006; Bartocci G., 2006] указывают также на влияние специфического взаимоотношения состояний с бредом конца света религиозного содержания с религиозностью, которое имеет важное клиническое и прогностическое значение.

Имеются данные о высокой частоте встречаемости состояний с бредом конца света религиозного содержания у больных с расстройствами шизофренического спектра [Kaplan H.I. et al., 1994; Siddle R. et al., 2002].

При этом существует проблема дифференциации бреда конца света религиозного содержания от религиозных взглядов в христианской и мусульманской культурах, где эти идеи в определенном контексте относятся к мировоззрению.

Необходимо отметить тот факт, что на данный момент отсутствуют четкие клинико-психопатологические характеристики, а также типологическая дифференциация и прогностические критерии для 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 антисоциальными и аутодеструктивными поступками. Также в настоящее время не разработаны подходы к комплексной терапии данной группы больных как в рамках стационарного, так и амбулаторного лечения.

Все перечисленные выше аспекты указывают на 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 al., 2019], вероятные факторы, способствующие их формированию [Peters E., Day S., McKenna J., Orbach G., 1999] и их взаимосвязь с религиозным опытом, социальными и культурологическими особенностями населения [Ndeti 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.

Цель исследования:

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.

Материал и методы исследования:

Больные мужского и женского пола в возрасте от 18 до 50 лет, госпитализированные в психиатрический стационар или наблюдаемые амбулаторно, у которых была выявлена шизофрения (F20 по МКБ-10) с бредом конца света религиозного содержания.

Предмет исследования:

Проявления бреда конца света религиозного содержания при шизофрении.

Общая гипотеза:

Бред конца света религиозного содержания оказывает отчетливое патопластическое влияние на течение шизофрении, определяя относительно высокую частоту перехода к непрерывному течению, тенденцию к ауто- и гетероагрессивному поведению, формирование патологической религиозности.

Частные гипотезы:

Формирование бреда конца света религиозного содержания по механизму острого чувственного или интерпретативного бреда оказывает существенное влияние как на исход заболевания в целом, так и на характер выраженности различных форм бредового поведения.

Теоретико-методологическая основа:

В качестве теоретической и методической основы исследования были использованы базовые положения о различных механизмах бредообразования: детально изучены дифференциации бреда по таким группам, как острый чувственный бред, бред воображения, а также интерпретативный бред

[Пантелеева Г.П., 2012; Вертоградова О.П., 1976; Циркин С.Ю., 1991; Варавикова М.В., 1995; Каледа В.Г., 2010], что легло в основу типологической дифференциации исследуемого симптомокомплекса. В работе были изучены особенности бредовых расстройств с религиозной фабулой, их взаимосвязи с религиозностью больных. Были использованы труды отечественных и зарубежных психиатров, как современных [Пашковский В.Э., 2017; Зислин И.М., 2017; Каледа В.Г. и др., 2017, 2018; Копейко Г.И. и др., 2018; Борисова О.А., 2019; Попович У.О., Романенко Н.В., 2020, Самсонов И.С., 2021; McKay R.T., Ross R.M. 2021; Kovess-Masfety V., Saha S. et al., 2018], так и классические научные работы [Краепелин Е., 1915., Schneider К., 1950; Bleuler E., 1993].

Методы исследования:

1. Клинико-психопатологический;
2. Клинико-катамнестический;
3. Психометрический (PANSS; PSP, Шкала выраженности религиозности Р. Докинза, шкала религиозности Г. Олпорта);
4. Экспериментально-психологический;
5. Статистический.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Для формирования бреда конца света религиозного содержания ведущее значение имеют религиозно-культуральные особенности пациента;
2. При определении исхода течения шизофрении с БКСРС ведущее прогностическое значение отводится типоспецифическим психопатологическим особенностям приступа, а также спецификой 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.

Экспериментальная база исследования:

Исследования проводились на базе отдела юношеской психиатрии (руководитель – д.м.н. профессор В.Г. Каледа) в группе по изучению особых форм психической патологии (руководитель – к.м.н. Г.И. Копейко) ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» (директор – д.м.н. профессор Т.П. Ключник). Исследование выполнено в период с 2019 по 2022 гг.

Характеристика выборки пациентов:

Всего было изучено 109 больных (65 мужчин, 44 женщины) шизофренией, у которых был выявлен бред конца света 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).

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 катамнестической группы больных не менее 10 лет.
5. Наличие информированного добровольного согласия.

Критерии невключения:

Манифестация заболевания до 18 лет и старше 40 лет; начало заболевания в детском возрасте (до 12 лет); наличие сопутствующей психической, соматической и неврологической патологии, затрудняющей проведение исследования.

Критерии исключения:

1. Отзыв информированного согласия.
2. Возникновение серьезных нежелательных побочных явлений.

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 № 603 от 23.12.2019 г.). Все обследуемые дали письменное информированное согласие на участие в исследовании и были предупреждены о возможных побочных эффектах.

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

Научная новизна исследования:

В ходе проведенного исследования бреда конца света религиозного содержания при шизофрении была решена задача выявления клинико-психопатологических и феноменологических особенностей бреда конца света религиозного содержания при шизофрении, разработана его клиническая типология. Выделены специфические закономерности течения шизофрении, протекающей с бредом конца света религиозного содержания. На основании полученных данных определены основные прогностические критерии. Также были изучены особенности соотношения проявлений религиозного опыта с психопатологическими явлениями, включающими религиозную бредовую фабулу. Выявлена специфичность когнитивных расстройств у больных с БКРС, отражающая его влияние на особенности социальной и трудовой адаптации. Определены специфические для данного бредового синдрома терапевтические стратегии, как в условиях стационарного лечения, так и в рамках амбулаторного наблюдения.

Практическая и теоретическая значимость работы:

Полученные в результате проведенного исследования данные способствуют полноценному решению поставленных задач, связанных со своевременной диагностикой и определением индивидуального прогноза для больных шизофренией с бредом конца света религиозного содержания. Установленные в процессе исследования закономерности клинических проявлений и течения будут

способствовать наиболее оптимальному решению проблем дифференциальной диагностики. Полученные данные дадут возможность более точно прогнозировать траекторию развития заболевания, облегчат выбор рациональной терапевтической тактики ведения данной группы больных, в том числе её продолжительности, а также смогут применяться при поиске наиболее оптимальных 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:

Достоверность результатов проведенного исследования определяется репрезентативной выборкой и статистическим обоснованием полученных данных.

Представленная диссертация соответствует паспорту специальности 3.1.17 «Психиатрия и наркология», занимающейся изучением клинических, социально-психологических и биологических основ психических заболеваний, их клинических проявлений, патогенеза, лечения, профилактики и реабилитации психических больных. По теме диссертации опубликовано 4 статьи в изданиях, рекомендованных ВАК Министерства науки и высшего образования Российской Федерации. Основные положения диссертации были представлены на следующих конференциях: Всероссийская конференция молодых ученых, посвященная памяти академика АМН СССР А.В. Снежневского (25 мая 2021 года); на XVII Съезде психиатров России «Интердисциплинарный подход к коморбидности психических расстройств на пути к интегративному лечению» (15-18 мая 2021 года); на 5-й Костромской Всероссийской школе молодых ученых и специалистов в области психического здоровья «Биологическая парадигма клиники психических расстройств» (6-8 октября 2022 года).

Внедрение результатов исследования:

Полученные в результате проведенного исследования данные могут быть использованы в качестве методических руководств для студентов медицинских ВУЗов, а также клинических рекомендаций для ПНД.

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, разработан дизайн исследования, 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. Сформулированы положения, выносимые на защиту, обоснованы полученные выводы, разработаны практические рекомендации, а также подготовлены публикации по теме исследования.

Объем 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.

ГЛАВА 1

Обзор литературы

Начиная с XIX века, периода формирования психиатрии как самостоятельной медицинской дисциплины, и по настоящее время среди отечественных и зарубежных психиатров мнение о влиянии фактора религии на душевное здоровье и психические патологии является достаточно неоднозначным. Многие психиатры изучали данную тематику, однако не имели единой точки зрения [Бутковский П.А., 1834; Корсаков С.С., 1901; Kraepelin E., 1915; Schneider K., 1950; Портнов А.А., 2013; Мелехов Д.Е., 1991; Bleuler E., 1993]. В данных работах прослеживаются первые попытки классификации психопатологических состояний, в основе которых лежит религиозная фабула, а также встречаются идеи, послужившие основой для дальнейшей актуальности данной тематики.

К. Jaspers (1913) в своих работах отмечал, что религия и течение психических заболеваний неразрывно связаны: «изменения социальных и исторических условий воздействуют на характер проявления психических расстройств. История психических заболеваний - это особая разновидность истории общества и культуры. Исследуя болезнь с исторической точки зрения, мы видим, как меняется со временем ее картина. E. Bleuler (1993) активно использовал в своих трудах общие понятия такого термина, как «болезненная вера».

Известный отечественный психиатр П.А. Бутковский (1834) в первом учебнике по психиатрии на русском языке писал: «Душевные болезни, изложенные сообразно началам нынешнего учения психиатрии в общем и частном, теоретическом и практическом содержании», впервые дал описание патологических состояний, описанных в дальнейшем как синдром «метафизической интоксикации».

С.С. Корсаков (1901) в своих трудах отмечал, что «религиозное чувство в большей или меньшей степени присуще каждому нормальному человеку», а также то, что религиозной паранойе подвержены люди, склонные к мистицизму с

раннего возраста. Бредовой период характеризуется быстрым появлением идей величия, бреда святости, близости к божеству, при этом с идеями величия появляются и идеи преследования (враждебные влияния злых духов, иноверцев, антихриста). В своих работах И.А. Сикорский (1910), В.П. Сербский (1912) приводили некоторые описания различных психотических состояний, в основе которых лежали религиозные идеи. Ф.Е. Рыбаков (1914) описал религиозную парафрению.

В настоящее время также продолжается активное изучение проблематики взаимодействия психиатрии и религиозного фактора. Отмечается, что в последние несколько десятков лет происходит рост психотических состояний, связанных с религиозным бредом, а также появление новых религиозных идей, возникших в результате создания различных культовых новообразований [Полищук Ю.И., 1995; Кондратьев Ф.В., Лащина Ю.А., 2000; Кондратьев Ф.В., Бондарев Н.В., 2006; Залевский Г.В., 2007]. В своих работах В.Э. Пашковский (2007, 2017) выявил не только часто встречающиеся психотические состояния с традиционной религиозной фабулой бреда, но и множество бредовых идей, в основе которых лежит религиозно-архаический бредовой комплекс, включающий в себя бред колдовства, греховности, реформаторства и одержимости.

В трудах Г.И. Копейко, О.А. Борисовой (2018), В.Г. Каледы (2020), И.С. Самсонова и др. (2020) были подробно проведены исследования синдрома одержимости, выявлена частая сочетаемость с множеством других разновидностей бредового комплекса, связь с телесными галлюцинациями. Также В.Г. Каледа и соавт. (2013, 2017) исследовали особенности религиозного бреда в юношеском возрасте. В ходе работ было установлено, что для формирования религиозной бредовой фабулы важное значение имеет предшествующая религиозность, наличие сверхценного религиозного мировоззрения. О.А. Борисова (2019), Копейко Г.И., Самсонов И.С. (2020) в ходе своих работ выявили феномен искажения религиозной жизни у душевнобольных, а также отметили формирование патологического религиозного поведения. Б.С. Фролов (1982), S.

Arterburn (2001), О.А. Войновская (2010) ввели критерии гармоничной здоровой веры.

В последние годы стала отмечаться необходимость разработки психосоциальных стратегий реабилитации душевнобольных с религиозным бредом [Башмаков О.В., Семенихин Д.Г., 2017; Полищук Ю.И., 2017., Носачев Г.Н., 2017; Минаков А.А., 2017]. L. Terpe, S.A. Pogera et all. (2001), N. Yangarber-Nicks (2004), Г.И. Копейко и соавт. (2016), У.О. Попович (2020) установили эффективность различных видов конфессионально-ориентированных копинг-стратегий на основании сравнений ценностных структур личности больных. S. Mohr (2009) доказала, что религия имеет крайне важное значение в жизни пациентов. Ю.А. Слоневский (2015) разработал действенные религиозные копинг-стратегии не только для больных с религиозными бредовыми идеями, а также для пациентов с тревожными и депрессивными расстройствами. М.А. Байкова, А.В. Меринов (2017) выявили, что использование религиозной веры может быть антисуицидальным фактором влияния на пациентов. При этом по данным R. Siddle (2002), V. Bhavsar (2008) наличие бредовых идей с религиозной фабулой определяет более тяжелое течение параноидной шизофрении.

В последние несколько лет стала актуальна проблема нейротеологии. В своих работах А.В. Newberg (2010), О.А. Борисова, Г.И. Копейко, Т.В. Малевич (2015) создали нейробиологические модели религиозной веры, выявили ее взаимосвязь с процессами в нервной системе. Авторы выдвинули гипотезу о связи религиозно-мистических переживаний и гиперсинхронизацией активности головного мозга. Исследования проводились с помощью нейрофизиологических методик (электроэнцеелография). Было выявлено, что во время различных религиозных переживаний у обследуемых лиц фиксировалась крайне высокая синхронизация активности нейронов различных отделов головного мозга. R. Strassman (1994, 2001) предположил взаимосвязь биологически активных соединений с религиозными переживаниями. Автор в своем исследовании выявил, что в ходе различных религиозных переживаний возникает выброс диметилтриптамина в нейронах головного мозга.

M. Bull (1996) в ходе своего исследования изучил идеи наступления конца света с древнейших времен и до настоящего времени, взаимосвязь между религиозной и светской версиями апокалиптической теории и пришел к выводу, что подобные взгляды высоко распространены по всему миру. R. Lerner (1981), S. Wohlberg (2005), P. Howard (2008), R. Kyle (2012), H. Darwin et al. (2011), J. Deering (2012), J.H. Ellens (2014), A. Jack (2021), J.G. Draguns (1995), V. Bell, N. Raihani (2021), H. Knoblauch (2022) в своих трудах описали различные мировые события, которые рассматривались как признаки наступления конца света, имеющие влияние на мировоззрение ряда слоев населения. К таким событиям традиционно относили эпидемии, землетрясения, войны, природные катастрофы. M. Krzystanec, K. Krzystof, A. Klasik, I. Matuszczyk-Krupka (2012) в исследовании подробно описали бред конца света религиозного содержания, особенно прогрессирующий после событий Второй мировой войны. Исследование показало, что наиболее часто бредовые идеи апокалиптического содержания встречались в ранние послевоенные годы, нежели в довоенное время и современные годы. Авторы пришли к выводу, что на частоту возникновения бреда конца света религиозного содержания влияют исторические события. Также они отметили прогрессирующее уменьшение случаев идей о гибели мира у параноидальных больных на фоне остальной выборки пациентов, в связи с тем, что в их картине мира зло всегда преобладало над добром. R. Kool (2013) при анализе многочисленных религиозных пророчеств, выявил, что многие из них влияют на формирования сверхценных идей о конце света среди некоторых слоев общества.

В последние два года, в связи с тем, что в мире возникла пандемия новой коронавирусной инфекции, идеи о том, что данное событие является признаком приближения апокалипсиса, идеи о конце света стали значительно более актуальными. Так, ряд авторов уже 2020 года (E. Dias, L.M. Klett, K. Mantyla, G. Ungurean, G. Flurry) отметили, что у достаточно большого количества людей пандемия Covid-19 часто расценивается как признак наступления апокалипсиса.

S. Dein (2020) в своей работе «Ковид-19 и Апокалипсис: религиозная и светская точки зрения», выявил, что многие религиозные фундаменталисты обычно расценивают коронавирус как знак конца времен или окончательного приговора. Но апокалипсис может быть как светским, так и религиозным; многие христиане связывают с ним коронавирус, обращая особое внимание на «корону» как непосредственный атрибут одного из всадников апокалипсиса. G. Reese (2020) в своей статье утверждает, что глобальные политические конфликты, пандемия коронавируса и современные противоэпидемические меры могут означать то, что в мире начала действовать «сила» числа зверя (666), и в скором времени антихрист может прийти к власти на Земле. E. Stetzer (2020) отметил в своей работе, что в христианских общинах стали достаточно часто появляться теории, в основе которой лежит современная пандемия коронавируса. В них утверждается, что пандемия может представлять собой одного из всадников Апокалипсиса, а противоэпидемические меры с обязательным введением QR-кодов могут являться проявлением влияния антихриста на людей.

Впервые упоминания о бреде конца света встречаются у K. Jaspers (1997), E. Kraepelin (1915), K. Schneider (1950), E. Bleuler (1993). В некоторых трудах данных авторов приводились отдельные истории болезни пациентов, которые были непоколебимо убеждены в том, что конец света неминуемо наступит или уже наступает. Также K. Jaspers (1997) отметил, что «у больных при религиозном направлении под влиянием откровений болезнь может дойти до бреда конца света». P.K. Benedict (1958), рассматривая социо-культуральные факторы, влияющие на течение шизофрении, упоминал бредовые идеи апокалиптического религиозного содержания. E. De Martino (1964) достаточно подробно изучил различия между такими понятиями, как культуральные представления о конце света и апокалиптические идеи в рамках психической патологии, приводя в примеры отдельные истории болезни как демонстрацию того, что данные убеждения, достигающие бредового уровня, чаще всего являются проявлением болезни. Также De Martino (1977) привел подробные примеры нескольких

больных в рамках параноидной шизофрении, которые добровольно «уходили в аскезу», голодали, ожидая наступления конца света. Помимо этого, он описал, как у больных с бредовыми идеями апокалиптического содержания менялся смысл происходящих мировых событий, которые они рассматривали в рамках своей бредовой фабулы. В своей книге он подробно описал, что наиболее часто бредовые убеждения о том, что скоро наступит конец света возникали в рамках параноидной шизофрении, нередко у больных данной группы возникали также явления кататонии. Автор провел достаточно подробный сравнительный анализ патологической убежденности в наступлении апокалипсиса, ее отличие от подобного рода мировоззренческих идеологий в рамках христианской конфессии. Многие авторы, занимающиеся проблемами шизофрении, упоминали случаи с БКРС [Wilder J., 1959; Feldman H., 1966; Rachman S.J., 1978; Lukoff D., 1985; Maher B., 1988; Demaitre L., 1994; Сосланд А.С., 2000]. А. Waugh (1986) в работе, посвященной аутокастрации по религиозным бредовым мотивам упоминал ряд больных, у которых наблюдались бредовые идеи конца света. Он также отметил, что данный вид деструктивного поведения наиболее ярко выражен у лиц мужского пола с хронической параноидной шизофренией и бредом конца света.

По данным ряда авторов, идеи апокалиптического содержания встречались при бреде Котара [Berrios G., Luque R., 1995]. I.O. Vlachos, S. Veratis, P. Hartocollis (1997) установили, что религиозные бредовые убеждения, связанные с концом света, наиболее часто встречались у людей с низким уровнем образования, наличием стойких религиозных убеждений в семье, особенно у матерей психотических больных с религиозным бредом. J. Parnas, P. Bovet (1993) в ходе изучения феноменологии различных видов бредовых расстройств при шизофрении отметили, что некоторые больные были крайне сильно убеждены в том, что в мире уже произошел апокалипсис, и теперь над ними будет «вершиться Страшный суд», а также некоторые пациенты считали, что в мире в ближайшее время наступит конец света. L. Sass (1994) отмечал состояния, при которых у пациентов наблюдались идеи апокалиптического содержания. Автор на примере сопоставления нарративов бредовых идей у лиц, больных шизофренией с

философскими работами Людвиг Витгенштейна, составил модель, в которой показал, насколько сильно больные были убеждены в достоверности своей бредовой фабулы. E. R. Peters, S. Day, J. McKenna, G. Orbach (1999) в работе, посвященной бредовым идеям религиозной тематики у психотических пациентов, относящихся к группам кришнаитов, друидов, христиан и агностиков выявили, что идеи апокалиптического содержания преобладали в группе христиан, нежели в других представленных авторами когортах.

Л.К. Хохлов, Б.Н. Кузнецов, А.А. Шипов, и др. (1999) изучали влияние религиозного фактора, в частности идей апокалиптического содержания, на течение психических заболеваний и установили, что у больных с идеями конца света заболевание протекало более тяжело. Подобные результаты получили G.E. Getz, D.E. Fleck, S.M. Strakowski (2001), которые исследовали влияние религиозного фактора, особенно идей конца света, на развитие и тяжесть бреда у католиков, протестантов и нерелигиозной когорты пациентов. Ими было выявлено, что наибольшая тяжесть данных бредовых расстройств преобладала у группы протестантов. D. Combs, S. Adams, C. Michael et al (2006) разрабатывали новую систему оценки стойкости бредовых убеждений, в том числе с бредом конца света религиозного содержания. A. Kraus (2007) в своей работе по изучению различных фабул бреда и тематик галлюцинаций у больных шизофренией отметил, что у немногочисленных пациентов с бредовыми идеями возникали мысли о том, что в ближайшее время в мире произойдет апокалипсис.

R.E. Gearing et al (2011) провели анализ семидесяти оригинальных исследований с целью понять взаимосвязь религиозности и шизофрении, влияние религиозного фактора на развитие бреда и галлюцинаций, факторы риска и психологической защиты, связанные с религиозностью у больных шизофренией, влияние религии на желание пациентов принимать проводимую терапию. Авторами было выявлено, что больные с религиозными идеями апокалиптического содержания часто отказываются принимать поддерживающую терапию и считают себя здоровыми. S. Mohr, S. Pfeifer (2009) при проведении анализа различных бредовых идей и галлюцинаций религиозного содержания

отметили малочисленные случаи того, что ряд больных были стойко убеждены, что в ближайшее время может наступить апокалипсис. Н.Г. Koenig, D. King, B. Carson (2012) при анализе бредовых идей религиозного содержания указывали, что у некоторых больных возникали идеи гибели мира, а часть пациентов находили в окружающей обстановке признаки того, что может наступить апокалипсис. В.П. Самохвалов (2016) при изучении основных проблем социальной психопатологии описал несколько случаев, в рамках которых у больных возникали идеи апокалиптического содержания. Он достаточно подробно описал случай «апокалиптической эпидемии» в Южной Корее, когда более 2000 человек ожидали наступление конца света на стадионе в г. Сеул. Также он описал взаимосвязь политических глобальных событий и усиления мыслей о конце света у населения при изучении религиозности у больных шизофренией.

В.В Калинин (2004) при изучении связи мозговой асимметрии и психической патологии обобщенно описывает несколько историй болезни пациентов, у которых наблюдались бредовые идеи конца света религиозного содержания, возникших на высоте онейроидного состояния. Автор связывает появление подобных идей катастрофического, вселенского масштаба с тем, что у данных больных происходит чрезмерная активация правого полушария головного мозга.

В.А. Вербенко, Д.А. Убейконь, А.А. Убейконь (2016) при проведении сравнительного анализа этнических особенностей тематического содержания бредовых идей у больных с первым психотическим эпизодом выявили, что бредовые идеи конца света религиозного содержания встречаются у представителей христианских народов чаще, чем мусульманских. А. Connell, L. Koen, D. Niehaus, K.J. Cloete (2015) при изучении видов религиозного бреда у больных шизофренией племени Коса (ЮАР), отметили, что у больных данной когорты изредка встречаются бредовые идеи конца света религиозного содержания, но только среди той части населения, которая относилась к христианской конфессии. Среди представителей традиционных верований

анимистского толка встречались только архаические виды бреда, такие как идеи порчи, колдовства.

P. Rudaleviciene, T. Stompe, A. Narbekovas, R. Bunevicius (2008, 2010) проанализировали апокалиптические бредовые идеи на основе их содержания: религиозного (объяснение конца света в соответствии со Священным Писанием), современного (наличие параллелей со Священным Писанием и признаками из окружающей действительности, например, военными конфликтами) и глобального («планеты столкнутся, Земля взорвется»). Исследование показало, что развитие бреда конца света тесно связано с важностью веры, а также семейным положением пациентов – разведенные пациенты и пациентки, оценивающие свою веру как лично важную, независимо от пола, чаще сталкивались с бредом конца света. При этом была значимой связь тематики апокалипсиса с полом. С. Cook (2012) в своей работе показал, что были обнаружены различные виды бреда религиозного содержания, в том числе и идеи о гибели мира. Также наблюдалась связь между личной религиозностью и религиозным бредом. Автором было отмечено, что степень вовлечения в религиозную жизнь может предсказать тяжесть бреда, и что у протестантов религиозный бред, особенно конца света, встречается чаще, чем у католиков.

M. Lăzărescu, J. Vlajovan, M. Hurmuz (2016) предложили интерпретацию бреда с точки зрения «множественных реальностей». Они предположили, что бред можно интерпретировать как «падение» субъекта в роль вымышленного сценария. С этой точки зрения религиозный бред представляет особый интерес. Бредовые идеи конца света можно найти в ряде случаев у больных шизофренией. Чаще всего это выражается в особой миссии, данной пациенту Богом для борьбы со злом или спасения мира. Иногда это сопровождалось его отождествлением с одной из божественных фигур. Особенностью данного вида бреда являлось то, что оно относилось к сверхъестественной реальности, которая организована мифическим, повествовательным образом и традиционно, в социальном и культурном плане признается «особой реальностью».

I. Rieben, S. Mohr, L. Borrás et al (2013) провели тематический анализ бреда с религиозным содержанием при шизофрении, изучили различные виды бредовых построений в рамках открытой (у данной группы больных относительно сохранены нормальные социальные взаимодействия, частично присутствует критика к своему заболеванию), закрытой (основная тема бредовых построений у данной группы больных - это идеи вины, греховности, они часто полностью прерывают свои социальные контакты) и смешанной динамик заболевания. Авторами было выявлено, что бредовые идеи конца света религиозного содержания встречались только при смешанной динамике развития заболевания. F. Laroi, M. Van Der Linden (2005) выявили, что наличие в когорте стойких религиозных убеждений является предиктором для возникновения различных бредовых расстройств религиозного характера, в том числе и идей апокалиптического содержания, в отличие от группы больных, у которых религиозные убеждения отсутствовали.

A. Drinnan, T. Lavender (2006) отмечали недостаточность исследований в области религиозной веры и бреда, несмотря на высокую распространенность данных явлений. Они исследовали природу бреда на примере отдельных пациентов, в том числе и тех, у кого отмечались бредовые идеи конца света религиозного содержания. Также ими отмечалась роль религиозных настроений в близком окружении и межличностные внутрисемейные отношения.

R. Dawkins (2006) отмечал, что апокалиптические идеи могут привести к деструктивным последствиям в обществе.

Многие авторы в своих работах упоминали состояния с бредом конца света религиозного содержания. M. Katan (1950) описал бредовые идеи конца света религиозного содержания на примере «бреда Шребера» и показал, как нарушение гендерной идентичности привело к формированию стойких бредовых убеждений апокалиптического содержания.

C.S. Cook (2015) провел обзор пятидесяти пяти источников англоязычной литературы о частоте возникновения галлюцинаций и бреда религиозного содержания, их взаимосвязи, важности их формы и содержания. Автор, приводя

примеры различных видов бреда религиозного содержания, кратко упомянул о том, что у некоторых больных встречались стойкие идеи апокалиптической тематики. V. Kovess-Masfety, S. Saha et al (2018) изучали связь между возросшей религиозностью и психозами в большой многонациональной выборке. Психоз и религия, по мнению исследователей, связаны функционально. При анализе различных видов бредовых построений авторы выявили, что у ряда больных встречались идеи об апокалипсисе.

R.T. McKay, R.M. Ross (2021) осветили различия между нормальными и бредовыми религиозными убеждениями, их культурную и клиническую значимость, преемственность между религиозным и бредовым познаниями. Авторы делают акцент на том, что бред конца света встречается достаточно часто.

Отдельно исследователи отмечали высокую социальную опасность среди изучаемых больных с БКРС.

Наиболее подробно этот аспект описал еще К. Jaspers (1911), который считал, что для окружающих лиц больные, у которых возникают идеи о конце света, могут быть крайне опасны, особенно на высоте развития описываемого душевного расстройства, вследствие своей готовности на фанатические действия. По его мнению, самыми частыми насильственными действиями бывают: нападения на духовных лиц, нарушение порядка при богослужении, осквернение храмов и кощунство над иконами, также 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 некоторые больные с религиозным содержанием бредовых идей опасны вследствие встречающегося у них отказа от пищи и стремления к самоистязанию, доходившего в ряде случаев до самораспинания на кресте.

По данным ряда современных исследователей J.A. Silva (1997), R.R. Reeves (2006), В.Э. Пашковского (2005, 2007), L. Touissant et al. (2015), Н.С. Рутковской (2017), К.Ю. Бровченко (2017) и В.Г. Каледы (2017) важной особенностью

эндогенных психозов с религиозной фабулой бреда является специфическая форма бредового поведения, связанная с высоким риском поведения несуйцидального (нанесение проникающих ранений глаз, аутокастрация) и суйцидального аутодеструктивного поведения, а также случаями гетероагрессии. J.P. Schwerkoske, J.P. Caplan, D.M. Benfond (2012) в своей работе описывали аутодеструктивное поведение у религиозных больных, в том числе с БКСРС, которые неверно трактовали различные тексты Евангелия, воспринимая текст как призыв к нанесению себе телесных повреждений. K. Pargament, J. Lomax (2013) рассматривали пользу и вред религиозного фактора и идей о конце света для лиц, страдающих шизофренией, отметили в некоторых случаях его недооцененную деструктивную роль, что выражалось в случаях насилия на религиозной почве и религиозной борьбой внутри самого человека с божественным и с другими людьми. J.A. Silva, G.B. Leong, R. Weinstock (1997) в своем исследовании отмечали, что из-за потенциальной связи религиозных идей, в том числе апокалиптических, с агрессией, эта тема нуждается в дополнительном исследовании.

P. Huguelet, S. Mohr, V. Jung et all. (2007) рассмотрели связь между религией, психозом и самоубийствами у здоровых людей и лиц, страдающих шизофренией. Они изучили случаи попыток самоубийства, описали как побудительную роль религиозных, в том числе апокалиптических, идей, так и защитную, заставляющую отказаться от суйцида, и ее зачастую решающую роль в решении совершить суйцидальную попытку. Авторы показали, что различий между когортой здоровых людей и больных шизофренией выявлено не было. P. Torres (2018) в своей работе по изучению агрессии и жестокого поведения изучил такое понятие, как «апокалиптический терроризм». Автор привел в пример такие деструктивные религиозные организации, как «Аум Синрикэ», «ИГИЛ», «CSA», в идеологической основе которых лежали представления о том, что современный мир необходимо уничтожить, чтобы спасти и очистить его. Искаженно интерпретируя тексты главных религиозных трактатов, лидеры данных

экстремистских группировок вместе со своими многочисленными последователями устраивали террористические акты по всему миру.

Тем не менее, представленная проблема социальной опасности больных с бредом конца света религиозного содержания по-прежнему остается предметом дискуссий в психиатрических и психологических кругах.

Анализируя и подводя итоги данного обзора литературы, можно прийти к следующим выводам: несмотря на многолетнюю историю изучения вопроса состояний с бредовыми идеями конца света с религиозным содержанием, до настоящего времени имеется выраженное разнообразие различных, периодически исключающих друг друга точек зрения, а также некоторые сложности в вопросах клинико-психопатологической оценки и диагностики, нозологической дифференциации данных состояний. Следует отметить достаточно немногочисленное количество литературных источников по тематике, касающейся бредовых идей конца света религиозного содержания, что подтверждает актуальность настоящего исследования.

Это определяет необходимость и обоснованность данного исследования, в котором планируется решение задач, связанных с изучением психотических состояний с бредом конца света религиозного содержания, включая вопросы, связанные с определением нозологии, классификацией и разработкой оптимальных терапевтических тактик.

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. Г.И. Копейко) отдела по изучению юношеской психиатрии (руководитель – д.м.н. проф. В.Г. Каледа) Федерального государственного бюджетного научного учреждения «Научный центр психического здоровья» (директор – д.м.н. проф. Т.П. Ключник) в период с 2019 по 2022 гг.

Критериями включения являлись:

1. Наличие бреда конца света религиозного содержания;
2. Соответствие психотического состояния диагностическим критериям шизофрении (F20 по МКБ-10);
3. Возраст от 18 до 40 лет на момент манифестации бреда конца света религиозного содержания;
4. Длительность наблюдения для катамнестической группы больных не менее 10 лет.
5. Наличие информированного согласия.

Критериями невключения являлись:

1. Манифестация психотического состояния с БКСРС до 18 лет и старше 40 лет;
2. Начало заболевания в детском возрасте (до 12 лет);
3. Наличие сопутствующей психической, соматической или неврологической патологии, затрудняющей проведение исследования.

Критериями исключения являлись:

1. Отзыв информированного согласия.
2. Возникновение серьезных нежелательных явлений.

2.2. Общая характеристика материала

Всего были изучены 109 больных (65 мужчин, 44 женщины), которые перенесли психотический приступ с бредом конца света религиозного содержания при шизофрении (F20 по МКБ-10). Все указанные больные составили две группы - клиническую и катамнестическую.

Больные клинической группы (60 чел.) были госпитализированы в 2019-2021 гг. и обследованы клинически с целью выявления психопатологических особенностей бреда конца света религиозного содержания при шизофрении и разработки его типологии.

Катамнестическая группа включала 49 больных, стационарированных или проходивших амбулаторное лечение в клинике НЦПЗ РАМН (позже ФГБНУ НЦПЗ) в период с 2008 по 2011 гг. с бредом конца света религиозного содержания, которые были обследованы катамнестически с целью выявления закономерностей течения и исхода шизофрении с БКСРС. Длительность катамнестического наблюдения составила не менее 10 лет (в среднем $10,3 \pm 3,2$ года).

Катамнестическая группа больных по возрасту к моменту начала заболевания и манифестации психоза (табл. 2.1), а также по социально-демографическим характеристикам, была сопоставима с данными клинической группы ($p > 0,05$), что позволило сопоставить и сравнить сведения, полученные при анализе катамнестического 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 начала заболевания и к моменту манифестации приступа с БКРС.

Параметры	Клиническая группа		Катamnестическая группа		Итого	
	n	%	n	%	n	%
Всего	60	100	49	100	109	100
Возраст больных к моменту начала заболевания						
15-18	1	1,7	2	4,1	3	2,7
19-22	19	31,7	16	32,6	35	32,1
23-26	25	41,7	20	40,8	45	41,3
27-30	11	18,3	9	18,4	20	18,3
31-42	4	6,7	2	4,1	6	5,5
Возраст больных к моменту манифестации приступа с БКРС						
17-20	4	6,7	3	6,1	7	6,4
21-25	15	25,0	13	26,5	28	25,7
26-30	26	43,3	21	42,9	47	43,1
31-40	14	23,3	10	20,4	24	22,0
41-51	1	1,7	2	4,1	3	2,7
Уровень образования						
Неполное среднее	2	3,3	2	4,1	4	3,7
Среднее общее	5	8,3	6	12,2	11	10,1
Среднее специальное	21	35,0	13	26,5	34	31,2
Неполное высшее	10	16,7	8	16,3	8	7,3
Высшее	22	36,7	20	40,8	42	38,5
Социально-трудовой статус						
Не работает/не учится	4	6,7	5	10,2	9	8,3
Неквалифицированный труд	3	5,0	3	6,1	6	5,5
Студенты ПТУ/техникума	3	5,0	1	2,0	4	3,7
Студенты ВУЗа	10	16,7	4	8,2	14	12,8
Коммерческая деятельность	9	15,0	5	10,2	14	12,8
Специалист со средним специальным образованием	14	23,3	11	22,4	25	22,9
Специалист с высшим образованием	17	28,3	20	40,8	37	33,9

При анализе данных таблицы 2.1 было выявлено, что возраст больных к моменту начала заболевания находится в диапазоне от 23 до 26 лет (41,3%), а также от 19 до 22 лет (32,1%).

Психотические приступы с бредом конца света религиозного содержания наиболее часто манифестировали в возрастном интервале от 20 до 30 лет (68,3%). Из таблицы 2.1 видно, что наибольший процент занимали лица, получившие среднее специальное (31,2%) и высшее образование (38,5%). Соответственно, также часто встречались среди больных с бредом конца света религиозного содержания специалисты с высшим (33,9%) и средним специальным образованием (22,9%).

Был проведен анализ характеристик социального и трудового статуса пациентов на момент первичного клинического и катamnестического обследования (данные об этом приведены в главе 4).

Преморбидные личностные особенности исследовались с точки зрения выраженности характерологических аномалий [Личко А.Е., 1977], преморбидного склада личности [Каледа В.Г., Сергеева О.Е., 2014] (таблица 2.2). Как видно из анализа таблицы, у большинства пациентов с бредом конца света религиозного содержания был выявлен шизоидный склад личности (67,9%). Среди лиц данного круга преобладали сензитивные шизоиды (40,4%) и стеничные шизоиды (11,9%). Той же частотой встречаемости обладали лица психастенического склада (11,9%).

Таблица 2.2. Сопоставление клинической и катamnестической групп больных по личностным особенностям.

Параметры		Клиническая группа		Катamnестическая группа		Итого	
		n	%	n	%	n	%
Всего больных		60	100	49	100	109	100
Тип преморбидного склада личности							
Гипертимный		5	8,3	6	12,2	11	10,1
ШИЗОИДНЫЙ СКЛАД	Стеничные	7	11,7	6	12,2	13	11,9
	Сензитивные	25	41,7	19	38,8	44	40,4
	Истерошизоиды	6	10,0	5	10,2	11	10,1
	Пассивные	1	1,7	0	0	1	0,9
	Дефицитарные	3	5,0	2	4,1	5	4,6
	Всего шизоиды	42	70,0	32	65,3	74	67,9
Эмоционально-неустойчивые		1	1,7	2	4,1	3	2,7
Мозаичные		5	8,3	3	6,1	8	7,3
Психастенические		7	11,7	6	12,2	13	11,9
Выраженность аномалий личности							
Норма/акцентуация		29	48,3	22	44,9	51	46,8
Расстройство личности		31	51,7	27	55,1	58	53,2

Настоящее исследование (таблица 2.3) имело многоконфессиональный характер и включало как христиан, исповедующих православие или католицизм, так и мусульман, а также атеистов. Ретроспективный анализ катamnестической группы, как и анализ клинической, показал, что на момент манифестации приступа, протекавшего с бредом конца света религиозного содержания 14,7% (16 больных) относили себя к атеистам.

Таблица 2.3. Сопоставление клинической и катamnестической групп больных по приверженности различным вероисповеданиям.

Параметры	Клиническая группа		Катamnестическая группа		Итого	
	n	%	n	%	n	%
Всего больных	60	100	49	100	109	100
Вероисповедание больных на момент манифестации приступа с БКРС						
Православие	43	71,7	39	79,6	82	75,2
Католицизм	3	5,0	2	4,1	5	4,6
Ислам (шиитского толка)	4	6,7	2	4,1	6	5,5
Атеизм	10	16,7	6	12,2	16	14,7

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 религиозности Г. Олпорта);
4. экспериментально-психологический (совместно с клиническими психологами группы по изучению особых форм психической патологии, с использованием методик Б.В. Зейгарник, С.Я. Рубинштейн и методики Дембо-Рубинштейн);
5. статистический.

Клинико-психопатологический, клинико-катamnестический методы в рамках данного исследования являлись 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 № 603 от 23.12.2019 г.). Все обследуемые дали письменное добровольное информированное согласие на участие в исследовании.

Клинико-психопатологический метод позволил выявить психопатологические особенности, характерные для бреда конца света религиозного содержания при шизофрении, и разработать типологию и феноменологию данного синдрома.

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

Характеристики дальнейшего течения заболевания за катамнестический период оценивались по принятой и апробированной в отделе юношеской психиатрии [Цуцуйковская М.Я., 1978; Каледа В.Г., 1998, 2010; Попович У.О., 2015; Самсонов И.С., 2021] классификации, в соответствии с которой выделяются пять вариантов течения эндогенных приступообразных психозов: одноприступное, регрессиентное, типа «клише», прогрессиентное и непрерывное.

Тип ремиссии определялся в соответствии с классификацией, основанной на клинических характеристиках и дуальном разделении, зависевшем от преобладания или позитивных, или негативных расстройств в структуре ремиссии, на синдромальные и симптоматические [Смулевич А.Б., 2008].

Наряду с подробным клинико-психопатологическим анализом состояния больных применялся **психометрический метод**, который включал в себя шкалы PANSS, PSP, классификацию уровня религиозности по Р.Докинзу и Г. Олпорту, подробнее о которых будет сказано ниже.

Для оценки уровня позитивных и негативных изменений личности, а также для динамического определения ряда изменений была использована шкала

PANSS [Positive and Negative Syndrome Scale, Kay S.R., Opler L.A., Fishbain A., 1987].

Для обобщенной интегративной оценки исхода заболевания на момент катамнеза было использовано разделение на четыре степени тяжести [Каледа В.Г., 2008, 2010]: «благоприятный», «относительно благоприятный», «относительно неблагоприятный», «неблагоприятный».

Также для более детальной оценки использовалась Шкала личного и социального функционирования PSP [Personal and Social 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 среди ряда исследователей в проводимых работах [Омельченко М.А. 2011; Попович У.О., 2015; Румянцев А.О., 2018].

Для оценки степени выраженности и характера религиозности использовались шкалы Р. Докинза (2014) и Г. Олпорта (1966).

Экспериментально-психологическое обследование проводилось совместно с клиническими психологами отдела юношеской психиатрии группы особых форм психической патологии Ю.А. Слоневским и М.Д. Болтрукевич и имело несколько векторов направленности, таких как выявление особенностей и динамических изменений уровня когнитивных нарушений, изучение их типологической специфики, определение особенностей самооценки, степени мотивационно-волевых нарушений, наличия или отсутствия критики, а также оценка прогностического значения.

Проводилось изучение фактора религиозности, его взаимосвязь с патологическим процессом, выявление типоспецифических особенностей и корреляционной связи с различными психопатологическими параметрами для установления прогностической ценности в рамках изучаемого синдрома. Использовалась методика определения вектора религиозной ориентации личности, предложенная Г.Олпортом (1966). 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., 2017; Каледа В.Г., 2022; Arterburn S., 2001; Moreira-Almedia A., 2006].

Статистическая обработка: в исследованиях применялись следующие критерии: хи-квадрат Пирсона (χ^2), точный критерий Фишера (F-тест), а также χ^2 с поправкой Йейтса, выбор которых зависел от расчета ожидаемого явления (ОЯ): если ожидаемое явление принимало значение более 10, применялся χ^2 , менее 5 – применялся точный критерий Фишера, если значение было более 5, но менее 10 (а именно $5 < x < 10$), использовался расчет χ^2 с поправкой Йейтса. Различия считались достоверными, если доверительный интервал находился в пределах $p < 0.05$.

ГЛАВА 3

Клинико-психопатологические характеристики и типология бреда конца света религиозного содержания при шизофрении

Подробный анализ клинико-психопатологических особенностей бреда конца света религиозного содержания позволил выявить его гетерогенность, в связи с чем была разработана типология, позволившая после проведенного катамнестического исследования прогностически оценивать отдельные типы приступов и определять оптимальные терапевтические тактики.

3.1. Психопатологические особенности бреда конца света религиозного содержания.

На основании проведенного детального психопатологического анализа было выявлено, что бред конца света религиозного содержания при шизофрении является полиморфным симптомокомплексом, в структуре которого бредовые идеи конца света являлись центральным психопатологическим феноменом, с которым сочетались бредовые расстройства с иной религиозной фабулой, аффективные и психопатоподобные расстройства. Необходимо отметить, что бредовые идеи конца света в изученных случаях формировались по различным механизмам (острого чувственного бреда, наглядно-образного бреда воображения и интерпретативного бреда [Вертоградова О.П., 1976; Циркин С.Ю., 1991; Ануфриев А.К., 1992; Тиганов А.С., 2012; Jaspers К., 1993], имели разную длительность и характеризовались различной глубиной психопатологических расстройств.

При исследовании клинической группы больных (60 чел.) были установлены общие особенности бреда конца света религиозного содержания при шизофрении. К ним следует отнести:

1. Феноменологическую гетерогенность бредовых расстройств.
2. Различные механизмы бредообразования (чувственный, наглядно-образный бред воображения, интерпретативный).

3. Наличие на инициальном этапе аутохтонных аффективных расстройств, которые были представлены преимущественно расстройствами депрессивного полюса.
4. Высокую частоту возникновения бреда конца света религиозного содержания в структуре манифестного приступа.
5. Формирование патологической религиозности на различных этапах заболевания, с нарушением критического отношения к собственной личности.
6. Затяжной характер приступов, включая продромальный этап и этап становления ремиссий.
7. Преобладание аутохтонных механизмов возникновения приступов над психогенными и соматогенными.
8. Наличие расстройств поведения различной степени выраженности от состояний с внешне упорядоченным поведением и сохранением относительно высокой работоспособности, до выраженных антисоциальных и аутодеструктивных разновидностей девиантного поведения.

3.2. Клинико-типологическая дифференциация бреда конца света религиозного содержания.

При исследовании больных с бредовыми идеями конца света была выявлена неоднородность данных состояний, определившая целесообразность разделения их на два типа, различающихся по механизму бредообразования, разновидностям течения заболевания, остроте состояния, синдромологическим особенностям, вариантам исхода, социальной опасности и последствиям. Дифференциация бредовых расстройств конца света религиозного содержания проводилась на основании психопатологических особенностей бредовых построений.

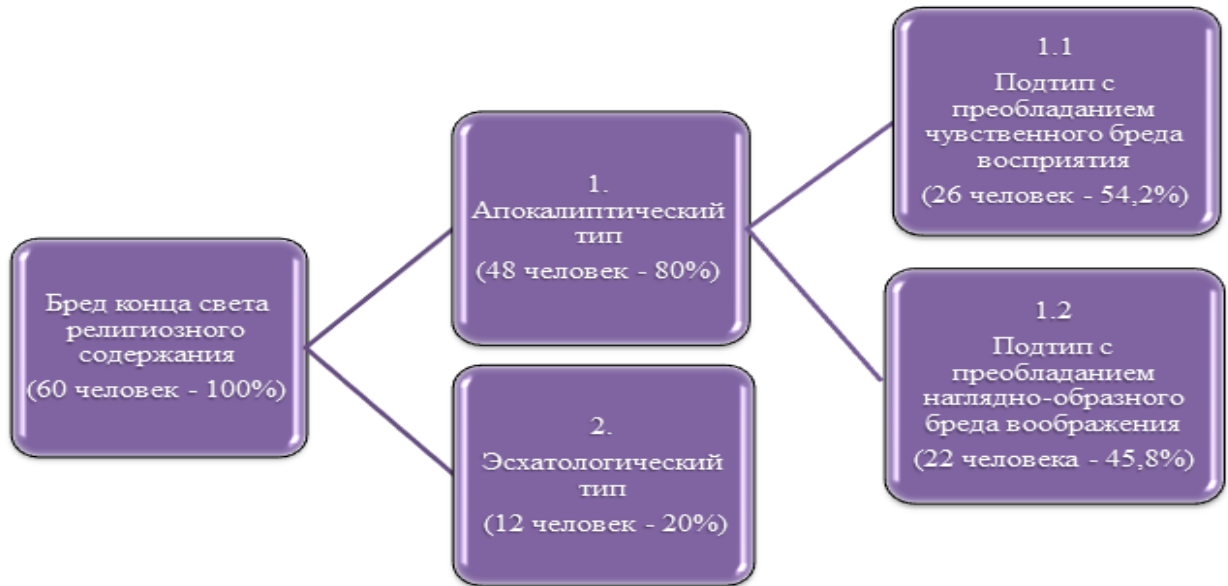


Рисунок 3.1. Типология бреда конца света религиозного содержания при шизофрении.

3.2.1. Апокалиптический тип бреда конца света религиозного содержания (1 тип) (48 человек, 80%)

При анализе апокалиптического типа БКСРС было выявлено, что у большинства пациентов в преморбидном складе личности преобладал чувствительный шизоидный радикал.

К апокалиптическому типу бреда конца света религиозного содержания относились состояния, в структуре которых преобладали приступы, развивающиеся по механизму чувственного бреда и наглядно-образного бреда воображения. Феноменологически данный тип определялся как непосредственное переживание наступившего или наступающего конца света. Этот тип наблюдался при приступообразном течении шизофрении. Средний возраст развития приступа - $37,8 \pm 1,4$ года. В большинстве случаев он являлся манифестным. Было выявлено 2 подтипа: 1.1 подтип с преобладанием чувственного бреда восприятия; 1.2 подтип с преобладанием наглядно-образного бреда воображения.

1.1 Подтип с преобладанием чувственного бреда восприятия

(26 человек, 54,2%)

Состояния, в структуре которых наблюдались проявления данного подтипа БКРС, в 57,7% случаев (15 больных) были повторными в траектории течения заболевания, обычно 2-м или 3-м. Средняя длительность заболевания с момента манифестации составляла $10 \pm 5,8$ лет. Средний возраст манифестации данного состояния составлял $35,1 \pm 3,2$ года.

Развитие психотического состояния данного подтипа происходило относительно литически, ему предшествовал этап длительных, в течение 7-14 месяцев, монополярных аффективных состояний маниакального либо депрессивного полюса. У 15,4% больных (4 случая) появлялось ощущение эмоционального подъема, повышенной работоспособности, чувства, что им многое подвластно, они начинали планировать большое количество разнообразных дел. При этом пациенты были убеждены, что все задуманное будет успешно выполнено. У большинства других больных (53,8%, 14 случаев), на начальных этапах развития психоза отмечались симптомы эндореактивной гипотимии, которые были психогенно спровоцированы (разрывом с партнером, болезнью близких или неудачами на работе). У 7,7% больных (2 случая) субдепрессии возникали по аутохтонному механизму их развития.

Постепенно, через 7-14 месяцев, в состоянии всех больных постепенно формировалось бредовое настроение. Начинало преобладать тревожное, напряженно-подавленное состояние, предчувствие надвигающихся трагических, катастрофических всемирных событий. Возникали отдельные бредовые идеи отношения и самообвинения с ощущением, что они никому не нужны, что их жизнь заканчивается и грядет конец света. Иногда присоединялись антивитаальные размышления с непреодолимым желанием уйти из жизни, больные молились, прося Бога забрать их душу.

Через 1,5-2 месяца бредовое настроение нарастало, усиливалась тревога, присоединялись растерянность, чувство смятения с напряженностью и подозрительностью. Происходящие реальные общественные и социальные

события (конец тысячелетия, финансовые и социальные кризисы, политические реформы) начинали восприниматься больными как важный рубеж их жизни и конца света. Названия улиц, станций метро, заголовков газет, воспринимались ими как «опасные», имели бредовое значение в контексте их фантастических переживаний.

На данном этапе бредовые идеи символического значения держались достаточно длительно и сочетались с бредовыми идеями персекуторного содержания. Отдельные замечаемые больными реальные факты, особенности поведения окружающих лиц, событий воспринимались ими как специально для них созданные знаки, и, вследствие бредовой трактовки, часто определяли последующее бредовое поведение больных, отражавшее их бредовые переживания с ожиданием наступающего конца света. Так, рисунки на стенах, в подъезде, новостные телепередачи воспринимались как предназначенные специально для больных, символизирующие скорое пришествие антихриста. Звон церковных колоколов символизировал бесполезность строить семью, искать любимого человека. Поведение больных носило бредовой характер, и в предчувствии конца света они разрывали уже устоявшиеся социальные связи, переставали посещать церковь. Во время поездки в поезде пациенты воспринимали курящих пассажиров как знак предстоящих мучений «в огненной геенне ада», отсутствие церквей по дороге они воспринимали как указание на то, что этот район скоро взорвется. Водохранилища на пути они расценивали или как знак того, что надо его переплыть, так как «вода – знак крещения», или того, что «при приближающемся апокалипсисе в воде спокойнее умереть».

Необходимо отметить, что картина бредового настроения в состоянии больных изменялась. Периодически у пациентов то внезапно возникало ощущение, что «что-то вот-вот должно случиться», то по несколько часов они пребывали в состоянии необъяснимой тревоги, напряженности, «паники», тревожные ожидания принимали характер фантастической громадности. Казалось, что толпа людей «идет не в ту сторону», что все люди находятся «не в том настроении». Увидев в окне огонь, больные ощущали неизбежно

надвигающийся апокалипсис. Возникло убеждение, что все вокруг заминировано, везде заложены бомбы.

На последующих этапах развития апокалиптического типа БКРС психопатологические проявления психоза можно было расценивать как этап бреда инсценировки и метаморфоза. У одних больных возникало ощущение, что происходящее вокруг - это съемки фильма, будто бы больные играют в ней какую-то роль, что «это не настоящая жизнь, а кинофильм». Кто-то «свыше» «показывал» поведение самих больных в прошлом через окружающих людей, «показывал», что больные были неправы в своих поступках и действиях, для дальнейшего исправления. Присоединяющиеся элементы психических автоматизмов и «сделанности» были кратковременными и не получали дальнейшего развития. В другом случае больным казалось, что они находятся на съемках телешоу, например, в передаче на ТВ «Розыгрыш», что все происходящее подстроено, медицинские сестры - это актеры, и все происходившее в последние дни - это страшный сон, сейчас все кончится, вещи им вернут и подарят цветы, как участникам игры. Они просили у Бога вернуть время назад, чтобы остановилось грядущее в их переживаниях окончание мира. В одном из случаев окружающая ситуация воспринималась больными как сцена из романа Булгакова «Мастер и Маргарита». Одна из больных узнавала в своем молодом человеке кота из этого произведения. Казалось, что квартира, в которой она находилась, является «нехорошей квартирой» из романа: видела особенности, описанные «в квартире сатаны». Было ощущение, что она попала в западню и погибнет при появлении антихриста.

У 26,9% больных (7 случаев) на высоте состояния выявлялись элементы бреда интерметаморфоза. Больные были убеждены, что вокруг все постоянно меняется, «все не так, как должно быть», они «видят все по-другому», как будто надвигается другая реальность. Пациенты были убеждены, что не все люди реальны, у них возникало ощущение, что скоро начнется конец света и необходимо спасти всех людей. При данном подтипе деструктивное бредовое поведение, как правило, приводило к странным, необъяснимым с точки зрения

обыденной логики поступкам, которые носили импульсивный, непредсказуемый характер.

В 42,3% случаев (11 больных) это поведение было неадекватно ситуации, то есть выводы, убеждения, к которым приходили пациенты, или которые возникали у них в силу бредового восприятия и нарушения мышления приводили к действиям, которые были потенциально или реально опасны для окружающих и самих пациентов.

При возвращении домой больные испытывали страх и ощущение приближения «последних времён», пытались войти в воду большого водоема и переплыть на другую сторону, потеряв при этом все ценные вещи и документы. Осознав приближающийся конец света, больные начинали «спасать людей». Так, они пытались остановить машины на трассе и переводили людей на другую сторону на красный свет или в неустановленном месте. Ощущая свою греховность, разбивали хрупкие предметы (статуэтки), связывая их с «бесовским капищем, из-за которого в ходе землетрясений будет разрушена Москва в новогоднюю ночь».

У отдельных пациентов (15,4%, 4 больных) на высоте развития острого психотического состояния при полной степени охваченности бредовыми идеями апокалиптического содержания имело место суицидальное поведение с целью «спасения мира от грядущего конца света».

Девиантное поведение в данной группе больных встречалось достаточно часто (в 57,7% случаев, 15 больных), и приходилось, в основном, на достационарный период динамики психотического состояния. Такое поведение приводило к выраженному нарушению социального благополучия вокруг пациента, отсутствовала возможность контролировать и ограничивать их деструктивные действия.

Длительность психотических проявлений острого чувственного бреда конца света охватывала период от нескольких месяцев до полугода, и сопровождалась соответствующим бредовым поведением. Как правило, на этапе бреда инсценировки и интерметаморфоза, его фантастического видоизменения, больные

поступали на стационарное лечение, и в большинстве случаев на средних лечебных дозах психотропных препаратов наблюдались редукция продуктивной симптоматики. Длительность стационарного лечения больных данного подтипа составила в среднем $1,6 \pm 1,38$ месяца.

Таким образом, в первом подтипе бред конца света в структуре приступа развивался достаточно постепенно, начинаясь с аффективных расстройств. В дальнейшем состояние пациентов характеризовалось нарастанием остроты психотических переживаний, с выраженными проявлениями бредового настроения, тревоги, растерянности, напряженности, с дальнейшим развитием бреда значения, нестойкими, малосистематизированными персекуторными идеями в картине доминирующих бредовых идей ожидания конца света, усложнения структуры чувственного бреда, с убежденностью в надвигающемся конце света и картиной пришествия антихриста.

Как показало проведенное исследование, динамика формирования ремиссии была сходной с описанными Тихоновым Д.В. (2020) особенностями становления ремиссий после перенесенных психотических приступов. На первом этапе становления ремиссии (редукции и модификации психотических расстройств) во всех случаях преобладал литический вариант редукции психотической симптоматики, при котором целостное психотическое расстройство распадалось на отдельные симптомы, достаточно быстро приобретая значительно более фрагментарный характер. Была характерна медленная дезактуализация переживаний с постепенным разрушением бредовой системы. Формирование критики при этом сочеталось с аффективными нарушениями, а также с проявлениями негативных расстройств, которые значительно затрудняли адекватную оценку пациентами перенесенного состояния и вызывали противоречивое отношение к необходимости дальнейшего проведения терапии. Отмечалось снижение уровня социальной и трудовой адаптации. Длительность данного этапа составляла $39 \pm 5,9$ дней.

На втором этапе становления ремиссии (стабилизации психических функций) бредовые идеи конца света практически полностью редуцировались.

Аффективные расстройства в большинстве случаев (57,7% наблюдений, 15 случаев) носили депрессивный характер и характеризовались феноменом, определяющимся в виде астено-апатического типа, который проявлялся выраженной психоэмоциональной лабильностью, достаточно быстрой истощаемостью с явлениями «моральной ипохондрии», в некоторых случаях ангедонией. Больные становились подавленными, старались значительно уменьшить общение с окружающими, в особенности с родственниками и друзьями, стремились минимизировать рабочую и бытовую нагрузку на себя. Также отмечались выраженные явления стойкой дистимии, дисфорические проявления при этом были выражены в значительно меньшей степени. В ходе исследования было обнаружено, что у больных данного подтипа БКРС уже на этапе становления ремиссии отмечалось изменение религиозности: пациенты начинали относиться к религиозным традициям более формально, реже посещали церковные службы, не соблюдали посты. Данный этап длился в среднем $6 \pm 5,4$ месяца.

На третьем этапе становления ремиссии (реинтеграции психических функций) преобладала деструктивная траектория, представленная в виде резидуальных продуктивных расстройств и отчетливой дефицитарной симптоматики, которая проявлялась в виде значительных когнитивных и эмоционально-волевых расстройств (30,8%, 8 больных). Отмечалось нарастание астенических проявлений, а также трудность при усвоении информации и сосредоточения. В этих случаях имело место полное или практически полное восстановление критики к психотическим расстройствам острого периода. Длительность данного этапа составила $6,8 \pm 2,1$ мес.

1.2. Подтип с преобладанием наглядно-образного бреда воображения (22 человека – 45,8%)

В данном подтипе у 72,7% (16 больных) острое бредовое состояние, в динамике заболевания как правило, являлось манифестным, у 27,3% (6 больных) - повторным, средний возраст его возникновения составил $28,1 \pm 1,3$ года.

Этап аутохтонных аффективных колебаний появлялся за несколько лет до манифестации заболевания. Постепенно начинали отмечаться выраженные нарушения сна, перепады настроения, в картине которых имели место идеи отношения.

В дальнейшем в период от нескольких дней до двух недель наблюдался бред значения: больные придавали особое значение поведению незнакомых людей (подмигивания, намёки, кивки головой окружающих). Бредовые идеи отношения были нестойкими, непоследовательными, быстро усложнялись бредом инсценировки с ощущением «подстроенности» в окружающей жизни, ощущением происходящей вокруг игры, а также идеями преследования со стороны ближайшего окружения, родственников, братьев и сестёр.

Этап бреда инсценировки развивался достаточно быстро, в течение 7-8 дней, усложнялся антагонистическим бредом с убеждением, что вокруг больных ведется борьба между силами добра и зла, «ангелами света и тьмы», представителями разных религиозных конфессий за то, «чтобы не наступил конец света и не пришел антихрист». Сами больные чувствовали себя в центре этой борьбы, являясь ее активными участниками, но они не были виновниками, инициаторами этих событий. Пациенты находились в постоянном напряжении, при этом у них часто формировались идеи величия с убежденностью, что они являются «особенными», ощущали телепатическую связь с высшими силами. Отмечались элементы психических автоматизмов: так, чтением молитв больные помогали силам добра одерживать победу над темными силами. Одновременно у некоторых больных появлялись вербальные псевдогаллюцинации. Они слышали «нечеловеческие» голоса внутри головы, имеющие «металлический звон и характер сделанности». В переживаниях больных отмечались отдельные идеи одержимости, они могли ощущать присутствие дьявола рядом, чувство холода, исходящего от него, веяние ветра (феномен олицетворенного осознания К. Ясперса, 1997).

Клиническая картина бреда инсценировки при дальнейшем развитии усложнялась присоединением синдрома Кандинского-Клерамбо с вербальным

псевдогаллюцинозом, наличием отдельных проявлений психических автоматизмов, неразвернутых идей воздействия, и сопровождалась бредовой убежденностью в своем превосходстве, величии, в том, что они «могут управлять миром, людьми для спасения их от прихода антихриста», а также идеями громадности. Больные находили в себе экстрасенсорные способности, дар пророчества, видели свое предназначение в спасении человечества от неминуемой гибели мира. Таким образом, антагонистический бред очень быстро приобретал черты фантастического антагонистического бреда с расширением пространства, которое охватывали бредовые построения, и переходом в острый парафренный фантастический бред.

В большинстве случаев у больных возникали проявления кататонических расстройств: они «застывали», не реагировали на обращенную к ним речь и физическое воздействие окружающих. В некоторых случаях у больных на фоне кататонической симптоматики отмечалось резкое поднятие температуры тела до 38-39°C, они были полностью погружены в свои переживания, их речь была бессвязной, непоследовательной, отрывочной. В 13,6% случаев (3 больных) данного подтипа впоследствии развивались фебрильно-кататонические состояния.

Некоторые больные отмечали, что при этом ощущали эйфорию, тепло внутри тела, понимали, что перенеслись в другое измерение, «в рай», в то время как на земле разворачивались апокалиптические события. Пациенты сообщали, что находились «в ином измерении на зелёном острове» и «чувствовали везде разливающуюся благодать». Видели вокруг радостные лица «белых ангелов», ощущали «дрожь планеты», казалось, что «солнце гаснет и вокруг все стало тусклее». В других случаях больные ощущали, что «должны пройти эксперимент над телом для подготовки себя к загробной жизни». В некоторых случаях они «ощущали себя в вакууме, пространстве без воздуха, и в ужасе задыхались», считая, что это «постапокалиптическое пространство». Вышеописанные переживания сопровождалось чувством страха, ужаса отчаяния, и воспринимались больными как переживания непосредственно сейчас конца света.

У других больных возникали состояния, когда они, ощущая наступление конца света, видели себя в другой реальности, находящимися в аду, наблюдали вокруг себя летающих «чёрных ангелов», стремительно нападающих на них, ощущали запах пороха, костра, жареного, слышали крики людей, видели огонь и пожары, ощущали жар на своем теле. Они были убеждены, что происходящее связано с наступившим концом света. Подобные состояния продолжались от нескольких минут до нескольких часов и могли повторяться с периодичностью один-два раза в неделю. Также при этом подтипе нередко встречалась стойкая бредовая убежденность, что пациенты являлись центром мирового зла, антихристом (45,4%, 10 больных). Они считали, что из-за их нахождения в мире уже начался конец света. Часто такие пациенты видели в религиозных текстах подтверждения того, что именно они уничтожат весь мир, а также того, что после их действий или мыслей «в мире происходят ужасные события». Они чувствовали вину за то, что мир будет уничтожен.

При этом подтипе, наряду с бредовыми идеями конца света религиозного содержания, имели место бредовые построения с фантастической фабулой не религиозного, но иного конца света: вторжение инопланетянами и борьба с ними, Третья мировая война, падение космических метеоритов, вирусная и биологическая война.

Таким образом, симптомокомплекс БКСРС второго подтипа при шизофрении с доминированием наглядно-образного бреда воображения протекал клинически с более глубоким поражением психической деятельности до онейроидно-кататонических и фебрильно-кататонических расстройств. При этом этапы бреда значения, инсценировки, антагонистического бреда были менее длительны, с более редкими проявлениями деструктивного поведения.

У больных этого подтипа имели место опасные проявления ауто- и гетероагрессии, импульсивного поведения, что, в основном было обусловлено кататонической симптоматикой или неадекватным поведением при нарушении сознания. Реже, с целью спасения мира от своих греховных идей, пациенты нередко наносили ножевые самоповреждения или совершали суицидальные

попытки, в связи с тем, что они были уверены в том, что после их смерти конец света прекратится.

Первый этап становления ремиссии (редукция и модификация психотических расстройств) по Тихонову Д.В. (2020) при данном подтипе характеризовался тем, что в большинстве случаев отмечался литический вариант ослабления и уменьшения психотической симптоматики, при котором фабула бреда постепенно утрачивала свою стойкость и систематизацию, становилась менее целостной. Тем не менее, даже на первых этапах терапии больные данного подтипа начинали сомневаться в том, что в ближайшее время наступит конец света, допуская возможность того, что они изначально неверно воспринимали происходящие в мире события и полностью переставали интересоваться тематикой апокалипсиса. В этих случаях можно было отметить практически полное отсутствие социальной и трудовой дезадаптации. Длительность данного этапа составляла $19 \pm 3,2$ дней.

Второй этап становления ремиссии (стабилизация психических функций) определялся в большинстве случаев (81,8%, 18 наблюдений) аффективными колебаниями по типу позитивной аффективности с преобладанием тоскливого варианта депрессий с преобладанием тимического компонента, который проявлялся в виде достаточно выраженных идей самообвинения, малоценности, а также значительными проявлениями витальной симптоматики в виде нарушений сна и аппетита. Длительность данного этапа составляла в среднем $7 \pm 3,4$ месяцев.

Третий этап становления ремиссии (реинтеграция психических функций) при данном подтипе имел преимущественно (86,4%, 19 наблюдений) тимопатическую траекторию, характеризующуюся аффективной лабильностью с аутохтонными колебаниями настроения, явлениями ангедонии, ухудшением концентрации внимания, нежеланием проявлять излишнюю активность. На данном этапе в большинстве случаев отмечались субдепрессивные состояния. При отсутствии выраженных аффективных расстройств, у больных проявлялись только тоскливо-депрессивные колебания легкой степени выраженности, которые сопровождалась периодическими нестойкими нарушениями сна по типу

трудностей засыпания, частых ночных пробуждений. Полностью восстанавливалось критическое отношение к перенесенному психозу. У больных данного подтипа отмечался достаточно высокий уровень социальной и трудовой адаптации. Продолжительность данного этапа составляла в среднем $8\pm 2,5$ месяцев.

3.2.2. Эсхатологический тип бреда конца света религиозного содержания (2 тип) (12 больных, 20%)

Чаще всего приступы с данным типом БКРС являлись повторными в течении шизофрении (75,0%, 9 пациентов). Средний возраст их манифестации составлял $25\pm 5,3$ лет.

При анализе эсхатологического типа бреда конца света религиозного содержания было выявлено, что в начале заболевания в течение достаточно длительного периода (3-5 лет), идеи связанные с концом света носили характер сверхценных интересов и образований, которые диктовали выбор обсуждаемых с окружающими тем для разговора, выбор религиозной литературы, появление предпочтения в чтении определенных авторов, фокусирующихся на эсхатологических проблемах. Это сочеталось с последующим, заостренным на этой тематике, ознакомлением, прочтением и изучением религиозных текстов. Так, читая Апокалипсис, больные внезапно могли прийти к выводу, что конец света неизбежен и может наступить в будущем. Нарастала охваченность сверхценными интересами, учащалось обсуждение их с родственниками и знакомыми, поиск единомышленников и предпочтительное общение именно с ними. Заинтересованность больных этим вопросом не выходила за рамки сверхценных интересов, которые не определяли целиком поведения больных и не отражались заметно на их работоспособности. В повседневной жизни они продолжали успешно работать, занимались благоустройством своего быта и жизни родных, поддерживали прежние отношения в семье. Политические и общественные события (выбор президентов, дефолт, введение ИНН)

расценивались отдельными больными как факторы, возможно, приближающие начало конца света, что вызывало напряжение, порой тревогу.

На следующем этапе развития сверхценных образований эсхатологического содержания (через 4-8 лет) больные воспринимали какое-то событие или переживание особенно остро, что приводило их к осознанию, порой внезапному, по типу «бредового озарения» (Ануфриев А.К., 1992), собственной причастности к приближению конца света. В этот момент могла происходить переоценка значения прошлых событий. Наряду с бредовой интерпретацией прошлых событий, характерным на этом этапе развития БКСРС являлось проявление так называемого «кривого мышления», то есть паралогического нарушения мышления, что отражало постепенный переход от сверхценных представлений к этапу формирования сверхценного бреда эсхатологического содержания.

Этап интерпретативного бреда наступал через 7—10 лет после начала болезни с заметными изменениями в клинической картине. Происходило постепенное расширение круга объектов и субъектов бредовой интерпретации и нарастала систематизация бреда. Больные разрабатывали свои сложные теории, концепции о том, как именно наступит конец света. Так, например, анализируя слова, используемые в Библии и толкования богословов, пациенты приходили к выводу, что скоро наступит конец света, при этом должен родиться не один антихрист, а два: антихрист-машиах (лжемессия), который появится в Израиле, и антихрист-зверь, который появится в России, так как «дьяволу надо порочить святость». Дальнейшее расширение бредовых построений выражалось в непоколебимой убежденности, что враги церкви уже проникли в ее пределы, и необходимо их найти и уничтожить. Больные искали противников, становились подозрительными, напряженными. Они присматривались к окружающим, замечали тех, кто «ведет не ту политику», «говорит противоречиво». Они разрабатывали различные системы проверки того, является ли человек «истинно православным верующим». Ответы должны были быть однозначно определенными и канонически правильными. Другие больные пытались понять, кто стоит за системой введения ИНН, определяя их как предвестников конца

света, предполагая, что эти люди связаны с родившимся уже антихристом. Больные пытались вычислять таких лиц при длительном, систематическом и тщательном анализе публикаций в прессе, списков сотрудников министерств и ведомств, издававших приказы. Понимание того, кто является настоящим противником (антихристом, его помощником или предшественником), у некоторых больных приходило постепенно. Так, например, они вычисляли четкие сроки правления антихриста и, основываясь на них, приходили к выводу, что он уже находится на Земле. Они присматривались к окружающим, пытались вычислить, кто из них является врагом. Так, один больной внезапно осознал, что наместник монастыря, в котором он служил, является «зверем-лжехристом, который погубит Россию». Он находил многочисленные подтверждения этому в его словах, замечал знаки, указывающие на то, что тот является антихристом. Данные больные часто проявляли агрессию к тем, кого они подозревают. Они крайне настойчиво искали встречи с этими людьми, общались с ними в фамильярной форме, угрожали им.

Некоторые больные замечали изменения в церковных обрядах, что также трактовали как признаки конца света. Такие больные могли активно писать жалобы высшим чинам священнослужителей, чтобы они приняли меры по поводу вражеских действий богоборцев. Они постоянно продолжали совершенствовать свои концепции, находили новые подтверждения в политических, экономических событиях в мире. Постепенно формировалось переоценка своей личности, понимание своей особой пророческой роли в предстоящем конце света, возникали бредовые идеи величия, мессианства. Так один пациент стал считать себя пророком Илией, который в должный момент должен умереть от руки антихриста, чтобы через 3,5 дня вознестись на Небеса. При этом наблюдалось полное игнорирование доказательств, противоречащих их патологической системе. Некоторые больные меняли работу или место жительства, уходили из монастырей, но, несмотря на это, где бы они ни появлялись, тут же «срабатывало их опознавание», окружающие возобновляли различные намеки. На определенном этапе пациенты начинали сами активно искать своих

«преследователей». Искали с ними личных встреч, чтобы объясниться. Сталкивались и боролись с охраной; избегая охранников перелезали через высокие заборы. Писали письма в синод РПЦ и добивались личных встреч с Патриархом. Практически большая часть времени уходила на действия, так или иначе направленные на «борьбу» с мнимыми преследователями (становясь тем самым «преследуемыми преследователями»). Вместе с тем появлялась несвойственная ранее больным грубость и несдержанность, фамильярность.

Таким образом, изменение клинической картины эсхатологического типа БКСРС в сторону дальнейшей систематизации бреда характеризовалось расширением его тематики за счет идей отношения, преследования, мессианства, симптома «преследуемого преследователя». Больные считали себя «наделенными особым даром», пророками или организаторами возможного движения спасения во время прихода конца света.

При этом у пациентов отмечалось появление критики к части бредовых расстройств психотического периода. Они говорили, что «тогда у меня крыша поехала, мне казалось, что за мной через телефон следят», или что «я Христос, представляете? Я ходил и всех благословлял как Христос - грех какой». При этом полноценного критического отношения к бредовым переживаниям эсхатологического содержания не наблюдалось ни в одном из исследованных случаев.

Первый этап становления ремиссии (редукция и модификация психотических расстройств) по Тихонову Д.В. (2020) у больных данного типа носил альтернирующий характер, когда вскоре после редукции острой психотической симптоматики состояние вновь ухудшалось. Утяжеляли картину болезни и проявления вторичных негативных расстройств в виде когнитивных и эмоционально-волевых нарушений, возникавших на фоне приема антипсихотиков. Для данного типа характерна медленная дезактуализация психотических переживаний с постепенным разрушением сложившейся бредовой системы, при этом наиболее длительно сохранялись бредовые идеи конца света религиозного содержания, которые только частично редуцировались,

уменьшалась степень ими охваченности. Отмечалось нарастание негативной симптоматики, что в значительной степени затрудняло адекватную оценку пациентами своего состояния и вызывало противоречивое отношение к необходимости проводимой терапии. Также обращало на себя внимание снижение уровня социальной и трудовой адаптации. Длительность данного этапа составляла $48,2 \pm 8,7$ дней.

Второй этап становления ремиссии (стабилизация психических функций) был представлен в основном аффективными расстройствами с негативной аффективностью. Аффективные расстройства на данном этапе были представлены в виде астено-дисфорических проявлений, со значительно выраженным дисфорическим компонентом. Данный компонент проявлялся в виде значительной психоэмоциональной лабильности, быстрой истощаемости с явлениями «моральной ипохондрии». Больные старались уменьшить общение с родственниками и друзьями, стремились минимизировать возлагаемую на них нагрузку. Длительность данного этапа в среднем составляла $10 \pm 3,4$ месяцев.

Третий этап становления ремиссии (реинтеграция психических функций), включал в себя 2 траектории: в большинстве случаев он был представлен деструктивной, а также патохарактерологической траекториями, с амальгамированием бредовых расстройств в структуру патологического религиозного мировоззрения. Деструктивная траектория определялась сохранением бредовых идей конца света религиозного содержания. При переходе заболевания в непрерывное течение имело место только ослабление выраженности бредовых расстройств, в ряде случаев имело место становление ремиссии низкого качества с сохранением резидуальных бредовых расстройств. Длительность данного этапа в среднем составляла $8,3 \pm 7,2$ месяцев.

ГЛАВА 4

Закономерности течения и исходов шизофрении с бредом конца света религиозного содержания

В ходе исследования была выделена катамнестическая группа больных с бредом конца света религиозного содержания. В данную группу вошли 49 больных, находившихся на стационарном лечении или проходивших амбулаторное наблюдение в клинике ФГБНУ НЦПЗ с 2008 по 2011 гг. Длительность катамнестического наблюдения составила не менее 10 лет.

Сведения о распределении пациентов с БКСРС по сформированным типологическим разновидностям представлены в таблице 4.1. Достоверных статистических различий между больными клинической и катамнестической группами выявлено не было ($p > 0,05$), что позволяет интерпретировать данные, выявленные при подробном изучении катамнестической группы на всех больных. Были проанализированы основные параметры, такие, как возраст появления первых проявлений заболевания, преморбидный склад личности, возраст манифестации психоза и трудовой статус на момент манифестации. Данные параметры были сопоставимы с клинической группой, которая была изучена ранее. В связи с этим были выделены ведущие закономерности течения заболевания с бредом конца света религиозного содержания, рассмотрены исходы заболевания, выделены основные критерии прогноза, как для симптомокомплекса в целом, так и для разработанных типов и их подтипов в частности.

Таблица 4.1. Соотношение клинической и катamnестической групп больных с бредом конца света религиозного содержания.

Параметры	Тип БКРС							
	1 тип (апокалиптический)				2 тип (эсхатологический)		Итого	
	1.1 подтип		1.2 подтип		n	%	n	%
	n	%	n	%				
Всего больных	43	39,4	40	36,7	26	23,9	109	100
Клиническая группа	26	43,3	22	36,7	12	20,0	60	55,0
Катamnестическая группа	17	34,7	18	36,7	14	28,6	49	45,0
$df=2, \chi^2 = 1,341, p(1 \text{ vs } 2) = 0,512$								

4.1. Особенности начального этапа заболевания.

Для выявления основных закономерностей развития и течения бреда конца света религиозного содержания был рассмотрен начальный этап доминирующих состояний с помощью ретроспективного метода исследования, включая ведущие параметры преморбидного склада личности у всех 109 больных, которые были включены в проводимое исследование. По мнению ряда исследователей, важная роль в формировании закономерностей течения заболеваний принадлежит характеристикам начального этапа доминирующих состояний [Наджаров Р.А., 1972; Борисова О.А., 1989; Каледа В.Г., 2015; Тиганов А.С., 2012; Fusar-Poli P. et. all., 2017].

Таблица 4.2. Длительность и характеристика инициального этапа доминирующих состояний при различных типах БКРС.

Характеристики	Тип БКРС						
	1 тип (апокалиптический)		2 тип (эсхатологический)		Итого		
	n	%	n	%	n	%	
Всего больных	83	100	26	100	109	100	
Продолжительность инициального этапа доминирующих состояний							
Отсутствие	0	0	0	0	0	0	
До 2 лет	48	57,8	0	0	48	44,0	
3-4 года	32	38,5	10	38,5	42	38,5	
5 и более лет	3	3,6	16	61,5	19	17,4	
$df=2, \chi^2=53,144, p(1 vs 2) = 0,00001$							
Разновидности инициального этапа доминирующих состояний							
Отсутствие	0	0	0	0	0	0	
Неврозоподобный	3	3,6	6	23,1	9	8,3	
Психопатоподобный	6	7,2	1	3,8	7	6,4	
Паранойальный	17	20,5	14	53,8	31	28,4	
Аффективный	46	55,4	3	11,5	49	44,9	
С негативными расстройствами	11	13,2	2	7,7	13	11,9	
$df=4, \chi^2=26,197, p(1 vs 2) = 0,00001$							
Тип преморбидного склада личности							
Гипертимные	4	4,8	7	26,9	11	10,1	
Шизоидный склад	Стеничные	10	12,0	3	11,5	13	11,9
	Сензитивные	39	47,0	5	19,2	44	40,4
	Истерошизоиды	9	10,8	2	7,7	11	10,1
	Пассивные	0	0	1	3,8	1	0,9
	Дефицитарные	3	3,6	2	7,7	5	4,6
	Всего шизоидов	61	73,5	13	50,0	74	67,9
Эмоционально-неустойчивые	2	2,4	1	3,8	3	2,7	
Мозаичные	7	8,4	1	3,8	8	7,3	
Психастенический	9	10,8	4	15,4	13	11,9	
$df=8, \chi^2=24,283, p(1 vs 2) = 0,0021$							

При изучении инициальных проявлений болезни у пациентов с БКРС была выявлена их неоднородность. Как видно из таблицы 4.2, у всех пациентов выбранной группы присутствовал выраженный инициальный этап заболевания, продолжительность которого варьировала в пределах от 6-7 месяцев до 6 и более лет. Благодаря подробному изучению длительности инициального этапа доманифестных состояний были выявлены следующие различия между типами БКРС: при апокалиптическом типе (1 тип) преобладали больные с продолжительностью данного этапа менее 2 лет (57,8%), а также с длительностью инициального этапа доманифестных состояний длительностью около 3-4 лет (38,5%), тогда как при эсхатологическом типе (2 тип) наиболее часто продолжительность подобных состояний составляла более 5 лет (61,5%).

Психопатологическая характеристика инициального этапа доманифестных состояний проводилась на основании выделения следующих вариантов: неврозоподобный, психопатоподобный, аффективный, паранояльный, с негативными расстройствами [Цуцельковская М.Я., Михайлова В.А., 1978; Бархатова А.Н., 2005; Каледа В.Г., 2008; Самсонов И.С., 2021]. При анализе также было выявлено, что изменения, которые протекали во время инициального этапа, не создавали значительных проблем с социально-трудовой адаптацией среди пациентов выбранной когорты, но в ряде случаев наблюдались некоторые затруднения в усвоении учебного материала и создании социальных коммуникаций.

В настоящем исследовании у наибольшего количества пациентов был выявлен аффективный вариант инициального этапа (44,9%), который проявлялся в виде биполярных или монополярных фаз, с преобладанием депрессивного полюса, реже гипоманиакального спектра. В некоторых случаях заболевания, протекающего с БКРС, аффективные расстройства утрачивали черты субклинических: формировался депрессивный синдром с нерезко выраженным тимическим компонентом (выраженное чувство тоски, подавленности, часто возникали мысли экзистенциального характера) с малой степенью выраженности идеаторного и моторного компонентов. Часто на данном фоне появлялись

депрессивные состояния с идеями вины, собственной греховности. Данный вариант инициального этапа был наиболее выражен у больных апокалиптического типа БКСРС.

Неврозоподобные проявления инициального этапа доманифестных состояний заболевания, протекающего с БКСРС отмечались в 8,3% случаев. В структуре данного этапа часто встречалась обсессивно-фобическая симптоматика с легкой степенью выраженности, характерными чертами которой являлись простота, монотематичность. Также обращали на себя внимание дисфорический характер аффективной симптоматики. В ряде случаев аффективные расстройства были связаны с легкой степенью выраженности астенических расстройств, основными проявлениями которых были повышенная утомляемость и раздражительность. Следует отметить, что данный вариант доманифестного этапа заболевания чаще встречался при эсхатологическом типе бреда конца света религиозного содержания.

Психопатоподобный вариант инициального этапа встречался в 6,4% случаев. При анализе течения заболевания в некоторых случаях возникали сложности при дифференциации данного этапа от атипично протекающего пубертатного криза. Основным проявлением данного этапа было гебоидное поведение [Пантелеева Г.П., Цуцульковская М.Я., 1986; Каледа В.Г., Мезенцева О.Е., Крылова Е.С., 2012; Вроно М.Ш., 1983]. Такие больные становились эгоцентричными, нередко попадали в компании асоциального типа, были склонны часто употреблять алкогольные напитки и психоактивные вещества. Проявления девиантного поведения затрудняли социально-трудовую адаптацию пациентов: они в большинстве случаев отказывались продолжать какую-либо учебную деятельность, не стремились к трудоустройству. Обращает на себя внимание, что данный вариант инициального этапа встречался достаточно редко в обоих типах БКСРС.

Инициальный этап с негативными расстройствами был выявлен в 11,9% наблюдений. При данном варианте инициального этапа было обнаружено незначительное снижение двигательной активности, нерезко выраженное

эмоционально-волевое обеднение, медленное нарастание когнитивных дисфункций легкой степени, что приводило к снижению уровня учебной, трудовой и социальной адаптации.

Паранойяльный вариант инициального этапа встречался в 28,4% случаев. Было выявлено, что при этом варианте у больных часто возникали аттенуированные персекуторные идеи. Такие пациенты начинали подозревать, что их ближайший круг общения, друзья, коллеги по работе, прихожане в храме говорят про них в негативном ключе, следят за ними. На этом же этапе некоторые больные впервые замечали признаки того, что в скором времени может начаться конец света. Данный вариант инициального этапа доманифестных состояний чаще всего встречался у больных с эсхатологическим типом БКСРС.

При анализе различных вариантов инициального этапа, протекающего с БКСРС (таблица 4.2), было выявлено, что наибольшее количество больных апокалиптического типа было с аффективным вариантом течения данного этапа (55,4 % от числа наблюдений 1 типа). У больных с эсхатологическим типом наибольший удельный вес (53,8%) занимал паранойяльный вариант инициального этапа.

При анализе преморбидного склада личности наибольшее количество случаев среди обоих типов БКСРС составлял шизоидный склад личности (67,9%). Среди разновидностей шизоидного склада личности при апокалиптическом типе, чаще всего встречались сензитивные шизоиды (47,0%), что подтверждалось статистически ($p < 0,05$). Для эсхатологического типа наибольшим удельным весом обладали гипертимные личности (26,9%).

При изучении социальных и трудовых характеристик у пациентов с БКСРС на момент манифестации заболевания (таблица 4.3) было выявлено, что наибольшее количество больных имели высшее (38,5%) и среднее специальное образование (31,2%), различия оказались статистически достоверными ($p < 0,05$).

При рассмотрении трудового статуса было выявлено, что большинство больных на момент манифестации приступа с БКСРС являлись специалистами с высшим образованием (33,9%) или средним специальным образованием (22,9%).

При анализе социально-трудового статуса различия между изучаемыми типами БКСРС были выявлены по количеству пациентов, которые имели высшее образование, данных больных было значительно больше при апокалиптическом типе (42,2%) что, может быть связано с более поздним возрастом манифестации приступа с БКСРС среди пациентов данного типа. Кроме того, отмечено, что 32,5% больных с данным типом относится к специалистам со средним специальным образованием. При эсхатологическом типе БКСРС значимая часть больных на момент манифестации заболевания занималась коммерческой деятельностью (53,8%).

Полученные данные могут косвенно указывать на несколько более низкий уровень социальной и трудовой адаптации среди больных с эсхатологическим типом БКСРС на момент манифестации заболевания.

Таблица 4.3. Социально-трудовые характеристики больных на момент манифестации приступа с БКРС.

Параметры	Типы БКРС					
	1 тип		2 тип		Итого	
	п	%	п	%	п	%
Всего больных	83	100	26	100	109	100
Уровень образования						
Неполное среднее	1	1,2	3	11,5	4	3,7
Среднее	6	7,2	5	19,2	11	10,1
Среднее специальное	27	32,5	7	26,9	34	31,2
Неполное высшее	14	16,9	4	15,4	18	16,5
Высшее	35	42,2	7	26,9	42	38,5
$df=4, \chi^2=19,364, p(1 \text{ vs } 2) = 0,0007$						
Социально-трудовой статус						
Не работает/не учится	5	6,0	4	15,4	9	8,3
Неквалифицированный труд	2	2,4	4	15,4	6	5,5
Студенты ПТУ/техникума	4	4,8	0	0	4	3,7
Студенты ВУЗа	12	14,5	2	7,7	14	12,8
Коммерческая деятельность	7	8,4	7	53,8	14	12,8
Специалист со средним специальным образованием	22	26,5	3	11,5	25	22,9
Специалист с высшим образованием	31	37,4	6	23,1	37	33,9
$df=6, \chi^2=4,853, p(1 \text{ vs } 2) = 0,5628$						

В таблице 4.4 представлено сравнение различных видов бредового поведения у больных с апокалиптическим и эсхатологическим типами бреда конца света религиозного содержания.

При исследовании были изучены и использованы виды девиантного поведения, выделенные Е.В. Змановской (2008) и А.Ю. Арутюновой (2013), представленные в таблице 4.4. Аморальное поведение (90,8%), характеризующееся отклонением от общепринятых моральных и этических норм, негативно сказывающееся на различных межличностных отношениях, имело

наибольшее количество среди других видов. Аутодеструктивное поведение (65,1%) включало в себя суицидальную аутоагрессивную форму, а также виды несуйцидальной аутодеструкции по религиозно-бредовым мотивам. Антисоциальное поведение (71,6%), в проявления которой входили различные виды угрозы социальному порядку и физическому здоровью окружающих, включало в себя такие формы как причинение материального ущерба (30,3%), так и гетероагрессию (41,3%). Были описаны случаи нанесения себе тяжких увечий по бредовым соображениям. Так, один из больных самостоятельно отрезал себе веки, чтобы «не пропустить наступление конца света», другой больной пытался совершить суицидальную попытку вместе со своим малолетним сыном из-за страха наступающего конца света. Еще один больной, считающий себя виновным в начале апокалипсиса, пытался вырезать свое сердце из груди, чтобы предотвратить уничтожение мира.

Таблица 4.4. Сравнение форм девиантного поведения у больных с апокалиптическим и эсхатологическим типами БКРС на момент манифестации приступа.

Параметры		Типы БКРС					
		1 тип		2 тип		Итого	
		п	%	п	%	п	%
Всего больных		83	100	26	100	109	100
Больных с бредовым поведением		81	97,6	26	100	107	98,2
Антисоциальное поведение		58	69,9	20	76,9	78	71,6
Варианты антисоциального поведения	Причинение материального ущерба	19	22,9	14	53,8	33	30,3
	Гетероагрессивное	39	47,0	6	23,1	45	41,3
Аморальное поведение		77	92,8	22	84,6	99	90,8
Аутодеструктивное поведение		54	65,1	17	65,4	71	65,1
$df=5, \chi^2=9,161, p(1 \text{ vs } 2) = 0,1028$							

4.2. Течение и исход заболевания в целом

Для получения достоверных данных об особенностях течения и исхода заболевания, протекающего с бредом конца света религиозного содержания, был использован клинико-катамнестический метод.

При анализе данных, показывающих сравнительный уровень трудовой адаптации и социального функционирования больных с БКСРС на момент катамнестического обследования, представленных в таблице 4.5, выявлены некоторые различия.

При проведении клинико-катамнестического обследования профессиональный рост был выявлен только у больных, относящихся к 1 типу бреда конца света религиозного содержания. Среди пациентов с данным типом БКСРС наибольшее количество занимали пациенты, у которых трудоспособность оставалась на исходном уровне (48,6%). Эти данные могут говорить о том, что при апокалиптическом типе происходит более благоприятное течение заболевания.

В большинстве наблюдений среди пациентов обоих типов на протяжении катамнестического наблюдения отмечалось снижение трудоспособности (42,9%), среди которых преобладали больные с эсхатологическим типом (64,3%), что указывает на менее благоприятное течение заболевания с данным типом.

Обращают на себя внимание также более высокие показатели уровня социального функционирования по шкале PSP среди больных с апокалиптическим типом. Так, например, только у больных с данным типом в 17,1% случаев показатели по шкале PSP находились в пределах 91-100 баллов, у 25,7% больных - в пределах 81-90 баллов.

Таблица 4.5. Сравнительный уровень трудовой адаптации и социального функционирования по шкале PSP у больных с БКРС на момент катamnестического обследования.

Параметры	Типы БКРС					
	1 тип		2 тип		Итого	
	п	%	п	%	п	%
Всего больных	35	100	14	100	49	100
Уровень трудовой адаптации						
Профессиональный рост	5	14,3	0	0	5	10,2
Трудоспособность на исходном уровне	17	48,6	2	14,3	19	38,8
Трудоспособность на сниженном уровне	12	34,3	9	64,3	21	42,9
Утрата трудоспособности	1	2,9	3	21,4	4	8,2
$df=3, \chi^2=11,357, p=0,0099$						
Уровень социального функционирования по шкале PSP						
91-100 баллов	6	17,1	0	0	6	12,2
81-90 баллов	9	25,7	0	0	9	18,4
71-80 баллов	7	20,0	0	0	7	14,3
61-70 баллов	5	14,3	2	14,3	7	14,3
51-60 баллов	4	11,4	5	35,7	9	18,4
41-50 баллов	4	11,4	3	21,4	7	14,3
31-40 баллов	0	0	3	21,4	3	6,1
21-30 баллов	0	0	1	7,1	1	2,0
$df=7, \chi^2=22,711, p(1 \text{ vs } 2) = 0,0019$						

Для описания дальнейшего течения заболевания (таблица 4.6), основываясь на данных, полученных при проведении катamnестического исследования, в проведенном исследовании использовалось деление на следующие типы течения: одноприступное, регрессиентное, течение заболевание по типу «клише», прогрессиентное, течение с переходом в непрерывное [Каледа В.Г., 1998, 2010; Бархатова А.Н., 2005].

Наибольшей представленностью среди типов течения характеризовалась разновидность течения по непрерывному типу, составлявшее 32,6% наблюдений.

При данном типе после периода приступообразного течения заболевания отмечалось развитие разной степени выраженности проявлений негативных расстройств, а также постепенное нарастание нарушений социально-трудовой адаптации. При данной разновидности течения полноценного становления ремиссии не отмечалось.

В 24,5% случаев было выявлено прогрессивное течение, которое характеризовалось постепенным усложнением психопатологической структуры (расширением фабулы бреда конца света, формирование бредовых идей антагонистического, мессианского содержания, бредовых идей греховности). При этом отмечалась тенденция к ухудшению качества ремиссий.

Течение по типу «клише» наблюдалось в 24,5% случаев. Повторные приступы имели сходную с манифестным психопатологическую структуру (сохранялась фабула бреда конца света религиозного содержания, сопутствующие специфические психопатологические расстройства, характерные для того или иного подтипов). Между приступами формировались относительно стабильные ремиссии.

Одноприступное течение отмечалось в 10,2% наблюдений. Данная разновидность течения характеризовался развитием одного или нескольких следующих один за другим приступов, через короткие промежутки времени, без становления полноценной ремиссии между ними. После перенесения подобного приступа отмечались ремиссии различного качества.

Регрессивное течение отмечалось в 8,2% случаев, характеризовалось укорочением последующих приступов, а также упрощением их структуры за счет снижения выраженности бредовых расстройств. При этом ремиссии между приступами отличались относительно хорошим качеством. Обращает на себя внимание сохранение трудовой и социальной адаптации.

При анализе данных наиболее значимые статистически значимые различия ($p < 0,05$) были выявлены среди больных с течением по типу «клише», встречающееся только у больных с БКРС апокалиптического типа (34,3%) и

встречающееся у них наиболее часто, а также среди пациентов с непрерывной и прогрессивной разновидностями течения.

При оценке уровня негативных расстройств использовались субшкалы негативных расстройств PANSS. Наибольшее количество среди всех больных обоих типов занимали слабо выраженные признаки (32,7%).

Таблица 4.6. Клинические характеристики состояния больных с БКРС на момент катамнестического обследования.

Параметры	Типы БКРС					
	1 тип		2 тип		Итого	
	п	%	п	%	п	%
Всего больных	35	100	14	100	49	100
Разновидности течения						
Одноприступное	5	14,3	0	0	5	10,2
Регрессиентное	4	11,4	0	0	4	8,2
Типа «Клише»	12	34,3	0	0	12	24,5
Прогрессиентное	10	28,6	2	14,3	12	24,5
Непрерывное	4	11,4	12	85,7	16	32,6
$df=4, \chi^2=11,715, p(1 \text{ vs } 2) = 0,020$						
Выраженность негативных расстройств (баллы по негативной субшкале PANSS)						
Отсутствие (0-7 баллов)	7	20,0	0	0	7	14,3
Сомнительные (8-14 баллов)	10	28,6	0	0	10	20,4
Слабо выраженные (15-21 балл)	12	34,3	4	28,6	16	32,7
Умеренно выраженные (22-28 баллов)	6	17,1	8	57,1	14	28,6
Сильно выраженные (29-35 баллов)	0	0	2	14,3	2	4,1
$df=4, \chi^2=17,5, p(1 \text{ vs } 2) = 0,002$						

На момент катамнестического обследования ремиссии (таблица 4.7) отмечались у 44,9% пациентов (49 человек от общего количества больных). При оценке ремиссий применялся комплексный подход, включающий в себя клинко-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, 26,5%) и симптоматические (неполные – 36 больных, 73,5%) ремиссии [Смулевич А.Б., 2008].

В таблице 4.7 представлены основные разновидности ремиссий, среди которых преобладали симптоматические, включавшие в себя вариант с резидуальными галлюцинаторно-бредовыми расстройствами и тимопатический вариант.

Наибольшей представленностью обладал вариант с резидуальными галлюцинаторно-бредовыми расстройствами (57,1%). Он был обусловлен, прежде всего, резидуальной психопатологической симптоматикой с религиозной тематикой, которая, утратив свою актуальность, приобретала черты торпидности, и незначительно влияла на особенности поведения и образ жизни больных.

При рассмотрении тимопатического варианта (16,3%) была выявлена выраженная аффективная лабильность с преимущественно аутохтонными колебаниями настроения, с чередованием субдепрессивных и гипоманиакальных фаз, отсутствием способности радоваться, печалиться, испытывать эмоциональный отклик на происходящее, также отмечалась утрата впечатлительности.

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

Стенический вариант (14,3%) характеризовался наличием активности, деятельности, в достаточной степени продуктивного контакта с окружающими, выраженной целенаправленности в работе.

Астенический вариант (8,2%), для которого были характерны повышенная ранимость, лабильность, быстрая истощаемость, склонность к ипохондрическим реакциям.

Псевдопсихопатический вариант встречался в 4,1% случаев. Данный вариант характеризовался проявлениями низкой потребности в социальных контактах, выраженным снижением эмоциональной привязанности, сужением

диапазона аффективных переживаний. В рамках этого варианта общение больных зачастую было ограничено кругом семьи, но даже с близкими они также были малоконтактны. Формально сохраняя социальные связи, они оставались по существу отгороженными от внешнего мира, замкнутыми, 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 бредом конца света религиозного содержания.

Таблица 4.7. Варианты ремиссий БКСРС на момент катамнестического обследования.

Параметры		Типы БКСРС					
		1 тип		2 тип		Итого	
		п	%	п	%	п	%
Всего больных в ремиссии		35	100	14	100	49	100
Вариант ремиссий							
Симптоматические	С резидуальными галлюцинаторно-бредовыми расстройствами	16	45,7	12	85,7	28	57,1
	Тимопатическая	8	22,9	0	0	8	16,3
Синдромальные	Стеническая	7	20,0	0	0	7	14,3
	Псевдопсихопатическая	0	0	2	14,3	2	4,1
	Астеническая	4	11,4	0	0	4	8,2

Для проведения комплексного анализа исхода заболевания на момент катамнестического обследования применялась интегративная оценка, разработанная профессором В.Г. Каледой (2010) и представленная в таблице 4.8, в соответствие с которой выделялись следующие градации исхода: «благоприятный», «относительно благоприятный», «относительно неблагоприятный» и «неблагоприятный».

Таблица 4.8. Соотношение типов БКСРС и интегративной оценки исхода заболевания на момент катamnестического обследования.

Параметры	Типы БКСРС					
	1 тип		2 тип		Итого	
	n	%	n	%	n	%
Всего больных	35	100	14	100	49	100
Благоприятный	10	28,6	1	7,1	11	22,4
Относительно благоприятный	16	45,7	2	14,3	18	36,7
Относительно неблагоприятный	7	20,0	8	57,1	15	30,6
Неблагоприятный	2	5,7	3	21,4	5	10,2
df=3, $\chi^2=11,661$, p (1 vs 2) = 0,009						

Анализируя данные, приведенные в таблице 4.8, можно увидеть, что "благоприятный" исход, который соответствует так называемому в литературе [Andreasen et al., 2005; Lauronen E., 2007; Haro J. M. et al., 2008; Каледа В.Г., 2018] понятию «выздоровление/восстановление» (recovery) (баллы 71-100 по шкале PSP (табл. 4.4)), встречался в 22,4% (11 наблюдений). Стоит отметить, что наибольшее количество среди данной разновидности исхода занимали больные с апокалиптическим типом бреда конца света религиозного содержания (28,6%), что подтверждается статистически ($p < 0,05$). Данный тип исхода подразумевает под собой стойкую ремиссию высокого качества (длительностью более 2 лет) с малой выраженностью негативных расстройств и достаточно высоким уровнем социально-трудовой адаптации.

Также в рамки «благоприятного» исхода входили состояния на отдаленных этапах шизофрении, а именно с преобладанием личностной динамики (по С.А. Голубеву, 2022). Он заключался в доминировании явлений личностной постприступной динамики на фоне отсутствия или же незначительных проявлений продуктивной симптоматики.

У данных больных в клинической картине преобладали характерологические сдвиги с усилением и утробованием различных черт

личности, которые доминировали в преморбидном складе, усиливались астенические и накапливались сенситивные, тревожно-мнительные черты.

"Относительно благоприятный" исход, соответствующий понятию «неполного выздоровления» (partial recovery) [Каледа В.Г., 2015; Voruganti, L. N. P., 2006] (баллы 51-70 по шкале PSP), был отмечен у 36,7% (18 больных). Данному типу исхода было характерно сохранение структуры приступов с постепенным упрощением их психопатологической структуры, а также ремиссиями высокого качества с малой степенью выраженности негативных расстройств и незначительными изменениями социально-трудовой адаптации. У данных больных после перенесенных психотических приступов с бредовыми идеями конца света религиозного содержания происходило патологическое изменение основных характеристик личности и ее особенностей, доминирующих в преморбидном этапе заболевания. Личность на фоне данных изменений менялась кардинально. Происходило амальгамирование перенесенных психотических переживаний религиозного характера в структуру личности больного. Отмечалось формирование сверхценного религиозного мировоззрения, имеющего патологические черты.

"Относительно неблагоприятный" исход (баллы 31-50 по шкале PSP) был выявлен у 30,6% (15 больных). Статистически значимых различий между апокалиптическим и эсхатологическим типами бреда конца света религиозного содержания при данном варианте исхода выявлено не было. Для этой разновидности исхода было характерно прогрессивное течение, непрерывный вариант течения заболевания, с медленно нарастающими негативными изменениями, или течение по типу «клише», с достаточно отчетливо выраженными негативными изменениями с сохранением резидуальных бредовых идей религиозного содержания. Также были обнаружены признаки снижения уровня социально-трудовой адаптации, которые у некоторых пациентов доходили до уровня стойкой утраты трудоспособности.

"Неблагоприятный" исход (баллы 1-30 по шкале PSP) наблюдался у 30,2% (5 больных). Данному типу исхода были характерны прогрессирующее

усложнение картины приступа, а также переход заболевания в непрерывное течение с наличием отчетливых негативных изменений, выраженной и стойкой социально-трудовой дезадаптацией. Он был обнаружен в большинстве случаев у больных с эсхатологическим типом течения заболевания.

4.3. Особенности течения и исхода заболевания при различных типах бреда конца света религиозного содержания.

В этом разделе более подробно описаны особенности течения заболевания с апокалиптическим и эсхатологическим типами синдрома бреда конца света религиозного содержания, а также обозначены специфические признаки выделенных подтипов.

4.3.1. 1 тип бреда конца света религиозного содержания (апокалиптический тип).

Всего в рамках данного типа было обследовано 83 больных (76,1%), из которых 48 случаев (57,8% от числа больных 1 типа; 44,0% от общего числа наблюдений) относились к клинической группе и 35 наблюдений (42,2% от числа больных 1 типа; 32,1% от общего числа наблюдений) – к катамнестической. Из них 43 наблюдения (26 наблюдений из клинической группы и 17 наблюдений из катамнестической группы) относились к 1.1 подтипу (подтип с преобладанием чувственного бреда восприятия), а 40 случаев (22 наблюдений из клинической группы и 18 наблюдений из катамнестической группы) – ко 1.2 подтипу (подтип с преобладанием наглядно-образного бреда воображения).

Возраст больных на момент манифестации приступа, в основе которого лежал БКСРС апокалиптического типа составил в среднем $37 \pm 3,2$ лет при 1.1 подтипе и $28,1 \pm 4,1$ лет при 1.2 подтипе.

Продолжительность инициального этапа при апокалиптическом типе БКСРС (таблица 4.9) в большинстве случаев в среднем составляла $1,2 \pm 2,4$ лет. Обращает на себя внимание, что при 1.2 подтипе БКСРС (с преобладанием наглядно-образного бреда воображения), инициальный этап доманифестных

состояний продолжался дольше, чем при 1.1 подтипе, что можно видеть в таблице 4.9.

Инициальный этап среди двух подтипов чаще всего включал в себя аффективную разновидность (55,4%). При этом среди аффективной разновидности инициального этапа доманифестных состояний обнаружилось статистически значимые различия между подтипами ($p < 0,05$) за счет преобладания больных с 1.1 подтипом. Данный этап включал в себя длительные аффективные расстройства различных полюсов, такие как эндореактивные гипотимии, субдепрессии, нерезко выраженные проявления гипоманикальных состояний.

Также среди больных, относящихся к 1.1 подтипу (с преобладанием чувственного бреда восприятия) часто встречалась разновидность инициального этапа с негативными расстройствами (18,6%).

Среди больных, относящихся к 1.2 подтипу (с преобладанием наглядно-образного бреда воображения), на первом месте была аффективная разновидность инициального этапа (55,4%), представленная преимущественно депрессиями экзистенциального характера. Также достаточно часто наблюдался паранойяльный инициальный этап (37,5%), который выражался в аттенуированных бредовых идеях отношения и преследования, в основном со стороны лиц из ближайшего окружения больных.

Таблица 4.9. Характеристики доманифестных этапов доманифестных состояний заболевания при апокалиптическом типе БКРС.

Характеристики	1 тип БКРС						
	1.1 подтип		1.2 подтип		Итого		
	n	%	n	%	n	%	
Всего больных	43	100	40	100	83	100	
Длительность инициального этапа доманифестных состояний							
Отсутствие	0	0	0	0	0	0	
До 2 лет	32	74,4	16	40,0	48	57,8	
3-4 года	11	25,6	21	52,5	32	38,5	
5 и более лет	0	0	3	7,5	3	3,6	
$df=2, \chi^2=11,365, p(1.1 \text{ vs } 1.2) = 0,004$							
Разновидности инициального этапа доманифестных состояний							
Отсутствие	0	0	0	0	0	0	
Неврозоподобный	3	7,0	0	0	3	3,6	
Психопатоподобный	1	2,3	5	12,5	6	7,2	
Паранойальный	2	4,6	15	37,5	17	20,5	
Аффективный	29	67,4	17	42,5	46	55,4	
С негативными расстройствами	8	18,6	3	7,5	11	13,2	
$df=4, \chi^2=20,93, p(1.1 \text{ vs } 1.2) = 0,0003$							
Тип преморбидного склада личности							
Гипертимные	2	4,6	2	5,0	4	4,8	
ШИЗОИДНЫЙ СКЛАД	Стеничные	3	7,0	7	17,5	10	12,0
	Сензитивные	25	58,1	14	35,0	39	47,0
	Истерошизоиды	3	7,0	6	15,0	9	10,8
	Пассивные	0	0	0	0	0	0
	Дефицитарные	1	2,3	2	5,0	3	3,6
	Всего шизоиды	32	74,4	29	72,5	61	73,5
Эмоционально-неустойчивые	0	0	2	5,0	2	2,4	
Мозаичные	2	4,6	5	12,5	7	8,4	
Психастенические	7	16,3	2	5,0	9	10,8	
$df=7, \chi^2=12,007, p(1.1 \text{ vs } 1.2) = 0,1003$							

При анализе преморбидного склада личности у больных с бредом конца света религиозного содержания апокалиптического типа обнаруживается преобладание шизоидного склада (73,5%) и психастенических личностей (10,8%), среди которых (16,3%) сравнительно чаще встречаются лица с 1.1 подтипом (с преобладанием чувственного бреда восприятия).

При анализе социальных и трудовых характеристик пациентов на момент манифестации приступа с апокалиптическим типом БКСРС (таблица 4.10) было выявлено, что наибольшее количество занимали больные с окончанным образованием (средним специальным в 32,5% случаев и высшим в 42,2% случаев). Большая часть пациентов с 1.1 подтипом имели окончанное высшее образование (48,8%), основное же количество больных с 1.2 подтипом (62,5%) на момент манифестации приступа с БКСРС имело среднее специальное образование и неоконченное высшее образование. При анализе социальных и трудовых характеристик пациентов отмечалось несколько менее благоприятное социальное положение у больных 1.2 подтипа, что может быть связано с описанными паранойяльными расстройствами на инициальном этапе. Значительная часть больных, находящихся на этапе получения высшего образования, либо занятых невысококвалифицированным трудом, относились ко 1.2 подтипу.

Таблица 4.10. Социально-трудовые характеристики больных на момент манифестации приступа с апокалиптическим типом БКРС.

Параметры	1 тип БКРС					
	1.1 подтип		1.2 подтип		Итого	
	п	%	п	%	п	%
Всего больных	43	100	40	100	83	100
Уровень образования						
Неполное среднее	1	2,3	0	0	1	1,2
Среднее	5	11,6	1	2,5	6	7,2
Среднее специальное	11	25,6	16	40,0	27	32,5
Неполное высшее	5	11,6	9	22,5	14	16,9
Высшее	21	48,8	14	35,0	35	42,2
$df=4, \chi^2=7,036, p(1.1 \text{ vs } 1.2) = 0,134$						
Социально-трудовой статус						
Не работает/не учится	1	2,3	4	10,0	5	6,0
Неквалифицированный труд	0	0	2	5,0	2	2,4
Студенты ПТУ/техникума	3	7,0	1	2,5	4	4,8
Студенты ВУЗа	4	9,3	8	20,0	12	14,5
Коммерческая деятельность	3	7,0	4	10,0	7	8,4
Специалист со средним специальным образованием	12	27,9	10	25,0	22	26,5
Специалист с высшим образованием	20	46,5	11	27,5	31	37,4
$df=6, \chi^2=8,974, p(1.1 \text{ vs } 1.2) = 0,1808$						

В таблице 4.11 приведены сравнительные данные различных форм девиантного поведения внутри 1 (апокалиптического) типа бреда конца света религиозного содержания. Наибольшее количество среди выделенных форм бредового поведения занимали аморальное (92,8%), которое было наиболее часто встречающимся среди типов БКРС в целом, и антисоциальное (69,9%) бредовое поведение. Антисоциальное поведение наиболее часто отмечалось среди больных с апокалиптическим типом. Были выявлены отличия как при сравнении

количества больных с бредовым поведением в целом, так и при сравнении больных 1.1 и 1.2 подтипов. При анализе этих данных было обнаружено, что большей выраженностью бредовых расстройств отличались больные, относящиеся к 1.2 подтипу БКСРС. Также было выявлено, что клинические проявления бредового поведения при данном типе были менее выраженными, чем у больных, относящихся к эсхатологическому типу. При 1.1 подтипе такие проявления девиантного поведения, как гетероагрессия и аморальное поведение, в большинстве случаев ограничивались бредовыми высказываниями, не реализуясь в конкретные действия, представляющие опасность для себя и для окружающих. Так, аутодеструктивное поведение у больных, относящихся к данному подтипу, было маскировано под соблюдение постов, характеризовалось чрезмерным ограничением себя в приеме пищи, не доходящим до уровня полного отказа, а также периодически возникающими суицидальными мыслями, связанными с тем, что больные считали себя виноватыми в том, что наступает апокалипсис. Некоторые пациенты считали себя антихристом и хотели совершить суицидальную попытку для того, чтобы спасти мир. Для больных 2 подтипа были характерны более выраженные аутодеструктивные поступки (77,5%), которые выражались в нанесении себе телесных повреждений различной степени тяжести по бредовым мотивам (пациенты зачастую наносили себе тяжкие телесные повреждения в связи с тем, что они ощущали себя в центре происходящих апокалиптических событий, старались остановить наступление сил зла или предотвратить свое влияние на конец света). Гетероагрессивное поведение (40%) у пациентов данного подтипа выражалось в большинстве случаев в виде угроз жизни и здоровью своему ближайшему окружению, причинения материального ущерба (больные выкидывали вещи родственников из окна, рвали и сжигали документы, били посуду и вазы), лишь иногда доходя до уровня нанесения телесных повреждений родственникам, коллегам.

Таблица 4.11. Формы девиантного поведения у больных с апокалиптическим типом БКСРС на момент манифестации приступа.

Параметры		Типы БКСРС					
		1.1 подтип		1.2 подтип		Итого	
		n	%	n	%	n	%
Всего больных		43	100	40	100	83	100
Больных с бредовым поведением		41	95,3	40	100	81	97,6
Антисоциальное поведение		31	72,1	27	67,5	58	69,9
Варианты антисоциального поведения	Причинение материального ущерба	8	18,6	11	27,5	19	22,9
	Гетероагрессивное	23	53,5	16	40,0	39	47,0
Аморальное поведение		40	93,0	37	92,5	77	92,8
Аутодеструктивное поведение		23	53,5	31	77,5	54	65,1
df=5, $\chi^2=3,272$, p (1.1 vs 1.2) = 0,6581							

При рассмотрении уровня трудовой адаптации при 1 (апокалиптическом) типе БКСРС, представленного в таблице 4.12, были выявлены значимые различия между подтипами ($p < 0,05$). Наибольший удельный вес в данных подтипах занимали больные, у которых не отмечалось изменение трудоспособности (48,6%). Также отмечалось, что у данной группы пациентов были выявлены неблагоприятные тенденции, выражающиеся в снижении трудоспособности (34,3%), а также ее утрате (2,9%), причем преимущественно за счет больных с 1.2 подтипом. Обращает на себя внимание, что профессиональный рост на протяжении катamnестического наблюдения отмечался нечасто и только у больных, относящихся к 1.1 подтипу БКСРС (14,3%). Эти данные подтверждаются результатами оценки больных по шкале PSP, по данным которой в пределах 81-90 баллов находились преимущественно больные, относящиеся к 1.1 подтипу БКСРС ($p < 0,05$). Также обращает на себя внимание тот факт, что в когорте пациентов, которые относились к 1.1 подтипу, не встречались случаи снижения показателей шкалы ниже 50 баллов, в отличие от больных с 1.2

подтипом, что также свидетельствует о более благоприятном течении заболевания.

Таблица 4.12. Сравнительный уровень трудовой адаптации и социального функционирования по шкале PSP у больных с апокалиптическим типом БКСРС на момент катамнестического обследования.

Параметры	1 тип БКСРС					
	1.1 подтип		1.2 подтип		Итого	
	n	%	n	%	n	%
Всего больных	17	100	18	100	35	100
Профессиональный рост	5	29,4	0	0	5	14,3
Трудоспособность на исходном уровне	9	52,9	8	44,4	17	48,6
Трудоспособность на сниженном уровне	3	17,6	9	50,0	12	34,3
Утрата трудоспособности	0	0	1	5,6	1	2,9
$df=3, \chi^2=9,038, p(1.1 \text{ vs } 1.2) = 0,029$						
Уровень социального функционирования по шкале PSP						
91-100 баллов	6	35,3	0	0	6	17,1
81-90 баллов	7	41,2	2	11,1	9	25,7
71-80 баллов	2	11,8	5	27,8	7	20,0
61-70 баллов	1	5,9	4	22,2	5	14,3
51-60 баллов	1	5,9	3	16,7	4	11,4
41-50 баллов	0	0	4	22,2	4	11,4
31-40 баллов	0	0	0	0	0	0
21-30 баллов	0	0	0	0	0	0
$df=5, \chi^2=16,849, p(1.1 \text{ vs } 1.2) = 0,0048$						

При анализе данных катамнестического исследования, по типу течения (таблица 4.13) между 1.1 и 1.2 подтипами апокалиптического типа БКСРС были выделены следующие особенности: при 1.1 подтипе преобладали приступы по типу «клише», встречающиеся в 34,3% случаев и прогрессивное течение (28,6%). При 1.2 подтипе наиболее часто наблюдалось прогрессивное течение

заболевания, заметно менее часто возникавшее среди группы больных 1.1 подтипа, а также течение по типу «клише», и непрерывное течение. Нарастание негативных изменений оценивалось по шкале PANSS. Данные показали, что у больных 1.1 подтипа (с преобладанием чувственного бреда восприятия) чаще всего развивались слабо выраженные негативные изменения (41,2%), а для больных со 1.2 подтипом были наиболее характерны умеренно выраженные (33,3%). Данные, полученные при анализе и оценке разновидностей течения подтипов апокалиптического типа БКРС, позволяют судить о различиях в течении заболевания между ними.

Таблица 4.13. Клинические характеристики состояния больных с апокалиптическим типом БКРС на момент катamnестического обследования.

Параметры	I тип БКРС					
	1.1 подтип		1.2 подтип		Итого	
	п	%	п	%	п	%
Всего больных	17	100	18	100	35	100
Разновидности течения						
Одноприступное	3	17,6	2	11,1	5	14,3
Регрессиентное	4	23,5	0	0	4	11,4
Типа «Клише»	8	47,1	4	22,2	12	34,3
Прогрессиентное	2	11,8	8	44,4	10	28,6
Хроническое	0	0	4	22,2	4	11,4
$df=4, \chi^2=13,115, p(1.1 \text{ vs } 1.2) = 0,011$						
Выраженность негативных расстройств (баллы по негативной субшкале PANSS)						
Отсутствие (7 баллов)	5	29,4	2	11,1	7	20,0
Сомнительные (8-14 баллов)	5	29,4	5	27,8	10	28,6
Слабо выраженные (15-21 балл)	7	41,2	5	27,8	12	34,3
Умеренно выраженные (22-28 баллов)	0	0	6	33,3	6	17,1
Сильно выраженные (29-35 баллов)	0	0	0	0	0	0
$df=3, \chi^2=7,597, p(1.1 \text{ vs } 1.2) = 0,056$						

Анализируя различия ремиссий между подтипами апокалиптического типа бреда конца света религиозного содержания (таблица 4.14), были выявлены некоторые особенности. При анализе 1.1 подтипа 1 типа отмечался достаточно благоприятный характер ремиссий: в большинстве случаев был выявлен стенический и тимопатический типы ремиссий, реже встречалась разновидность ремиссии с резидуальными бредовыми расстройствами. При 1.2 подтипе в наибольшем количестве встречались ремиссии с резидуальными бредовыми расстройствами (61,1%), а также астенический вариант (22,2%), что говорит о снижении качества ремиссий. Обращает на себя внимание, что статистически значимых различий между подтипами апокалиптического типа БКРС по вариантам ремиссий выявлено не было, что может означать относительную однородность изучаемых подтипов.

Таблица 4.14. Варианты ремиссий после приступа с апокалиптическим типом БКРС на момент катamnестического обследования.

Параметры		Типы БКРС					
		1.1 подтип		1.2 подтип		Итого	
		п	%	п	%	п	%
Всего больных в ремиссии		17	100	18	100	35	100
Вариант ремиссий							
Симптоматические	С резидуальными продуктивными расстройствами	5	29,4	11	61,1	16	45,7
	Тимопатическая	6	35,3	2	11,1	8	22,9
Синдромальные	Стеническая	6	35,3	1	5,6	7	20,0
	Псевдопсихопатическая	0	0	0	0	0	0
	Астеническая	0	0	4	22,2	4	11,4
$df=3, \chi^2=3,766, p(1.1 \text{ vs } 1.2) = 0,288$							

Таблица 4.15. Соотношение подтипов апокалиптического типа БКСРС и интегративная оценка исхода заболевания на момент катamnестического обследования.

Параметры	1 тип БКСРС					
	1.1 подтип		1.2 подтип		Итого	
	п	%	п	%	п	%
Всего больных	17	100	18	100	35	100
Благоприятный	5	29,4	3	16,7	8	22,9
Относительно благоприятный	9	52,9	6	33,3	15	42,8
Относительно неблагоприятный	3	17,6	7	38,9	10	28,6
Неблагоприятный	0	0	2	11,1	2	5,7
$df=3, \chi^2=4,675, p(1.1 \text{ vs } 1.2) = 0,198$						

При сравнительном анализе исходов обоих подтипов апокалиптического типа БКСРС на момент катamnестического исследования (таблица 4.15) было обнаружено, что у больных 1.1 подтипа отмечался «благоприятный» и «относительно благоприятный» исход заболевания, а у больных 1.2 подтипа отмечались преимущественно «относительно благоприятный» и «относительно неблагоприятный» типы исхода, а также, в отличие от 1.1 подтипа, в ряде случаев встречался и «неблагоприятный» исход.

Особенностью закономерностей течения и исхода при 1.1 подтипе (с преобладанием чувственного бреда) апокалиптического типа бреда конца света религиозного содержания является менее продолжительный инициальный этап (от 6 до 14 месяцев) преимущественно аффективного характера с преобладанием в преморбидном личностном складе пациентов сензитивного шизоидного и психастенического склада. Среди больных данного подтипа апокалиптического типа БКСРС преобладало течение заболевания по типу «клише», а также прогрессивный вариант. Обращает на себя внимание то, что у большинства больных отмечались слабо выраженные негативные расстройства, а также высокий уровень социальной и трудовой адаптации на момент катamnестического

исследования. Исход при данном подтипе в целом расценивался как «относительно благоприятный», а также относился к подтипу с амальгамированием продуктивных расстройств в структуру личности по С.А. Голубеву (2021) (52,9%).

Основной особенностью, относящейся к закономерностям течения и исхода 1.2 подтипа апокалиптического типа (подтип с преобладанием наглядно-образного бреда воображения) является непродолжительный инициальный этап (до 3 лет) преимущественно аффективного и неврозоподобного характера, с преобладанием в преморбидном складе личности лиц шизоидного круга. У большинства больных встречался прогрессивный вариант течения заболевания (44,4%). Негативные расстройства у данного подтипа можно было расценить как слабо выраженные, а также у некоторых больных была выявлена тенденция к формированию умеренно выраженных негативных изменений личности. У большей части больных формировался «относительно благоприятный» и «относительно неблагоприятный» вариант исхода шизофрении, протекающей с бредом конца света религиозного содержания.

4.3.2. 2 тип бреда конца света религиозного содержания (эсхатологический тип).

Всего в рамках выделенного типа было обследовано 23,9% (26 больных), из которых 46,1% (12 случаев от числа когорты 2 типа; 11% от общего числа больных) относились к клинической группе и 53,8% (14 случаев от числа когорты 2 типа; 12,8% от общего числа наблюдений) – к катамнестической. Как было указано в главе 3, данный тип больных был представлен только одним вариантом, который развивался по механизму интерпретативного бреда.

Возраст больных на момент манифестации приступа с эсхатологическим типом бреда конца света религиозного содержания составил в среднем $25 \pm 5,3$ лет.

Длительность инициального этапа, которая представлена в таблице 4.16, при эсхатологическом типе бреда конца света религиозного содержания в большинстве случаев составляла более 5 лет.

При анализе данных больных было выявлено, что инициальный этап чаще всего был представлен преимущественно паранойяльной (53,8%) разновидностью. Данная разновидность проявлялась в виде подозрительности, недоверия, особенно выраженному к лицам из ближайшего круга общения (родственники, друзья). Пациентам казалось, что про них говорят в негативном ключе, осуждают их, следят за ними. Некоторые больные уже на данном этапе проявляли заинтересованность к тематике апокалипсиса, начинали изучать связанную с ним религиозную литературу. Также часто среди больных данного типа встречался аффективный вариант доманифестного этапа (11,5%), среди которого встречались аффективные колебания как маниакального, так и депрессивного полюса.

При анализе преморбидного склада личности (таб. 4.16), наибольшее количество среди больных эсхатологического типа БКСРС занимали лица шизоидного круга (50,0%), в особенности лица, относящиеся к группе сенситивных шизоидов (19,2%). Также достаточно часто данным типе больных встречались лица гипертимного склада личности (26,9%).

Таблица 4.16. Длительность и характеристика инициального этапа доманифестных состояний заболевания при эсхатологическом типе БКСРС.

Характеристики	2 тип БКСРС		
	n	%	
Всего больных	26	100	
Длительность инициального этапа доманифестных состояний			
Отсутствие	0	0	
До 2 лет	0	0	
3-4 года	10	38,5	
5 и более лет	16	61,5	
Разновидности инициального этапа доманифестных состояний			
Отсутствие	0	0	
Неврозоподобный	6	23,1	
Психопатоподобный	1	3,8	
Паранойяльный	14	53,8	
Аффективный	3	11,5	
С негативными расстройствами	2	7,7	
Тип преморбидного склада личности			
Гипертимные	7	26,9	
ШИЗОИДНЫЕ СКЛАД	Стеничные	3	11,5
	Сензитивные	5	19,2
	Истерошизоиды	2	7,7
	Пассивные	1	3,8
	Дефицитарные	2	7,7
	<i>Всего шизоиды</i>	13	50,0
Эмоционально-неустойчивые	1	3,8	
Мозаичные	1	3,8	
Психастенический	4	15,4	

При рассмотрении уровня образования пациентов эсхатологического типа БКСРС (таб. 4.17) на момент манифестации приступа было выявлено, что они в большинстве случаев имели законченное среднее специальное образование

(26,9%), а также законченное высшее образование (26,9%).

Таблица 4.17. Социально-трудовые характеристики больных на момент манифестации приступа с эсхатологическим типом БКРС.

Параметры	2 тип БКРС	
	n	%
Всего больных	26	100
Уровень образования		
Неполное среднее	3	11,5
Среднее	5	19,2
Среднее специальное	7	26,9
Неполное высшее	4	15,4
Высшее	7	26,9
Социально-трудовой статус		
Не работает/не учится	4	15,4
Неквалифицированный труд	4	15,4
Студенты ПТУ/техникума	0	0
Студенты ВУЗа	2	7,7
Коммерческая деятельность	7	26,9
Специалист со средним специальным образованием	3	11,5
Специалист с высшим образованием	6	23,1

На момент манифестации приступа с эсхатологическим типом БКРС большинство больных было занято коммерческой деятельностью (26,9%), а также часть больных являлась специалистами с высшим образованием (23,1%).

При сравнительном анализе форм девиантного поведения при эсхатологическом типе (таб. 4.18) было выявлено, что по сравнению с 1 (апокалиптическим) типом формы поведения отличались большей последовательностью, брутальностью. Среди форм поведения преобладала аморальная (84,6%), пациенты активно доказывали своим родным, друзьям, что приближается конец света, они в негативном ключе доказывали работодателю, что необходимо отказываться от использования ИНН и СНИЛС, из-за чего часто

происходили увольнения. Больные из данного типа могли подходить к прохожим на улице, активно и навязчиво рассказывая им свои концепции наступления конца света. Рассматривая формы антисоциального поведения (76,9%), было выявлено, что большинство больных проявляли данную форму бредового поведения в виде порчи своих и чужих паспортов, в которых находились биометрические данные, они рвали и сжигали ИНН, СНИЛС, уничтожали в магазинах продукты со штрих-кодами.

Аутодеструктивная форма (65,4%) при эсхатологическом типе была представлена резкими ограничениями в потреблении пищи под видом поста, доходящими до уровня полного отказа от питания на протяжении нескольких дней, что впоследствии принимало угрожающий для жизни больного характер.

Таблица 4.18. Формы бредового поведения у больных с эсхатологическим типом БКРС на момент манифестации приступа (по Е.В.Змановской).

Параметры		2 тип БКРС	
		n	%
Всего больных		26	100
Больных с бредовым поведением		26	100
Антисоциальное поведение		20	76,9
Варианты антисоциального поведения	Причинение материального ущерба	14	53,8
	Гетероагрессивное	6	23,1
Аморальное поведение		22	84,6
Аутодеструктивное поведение		17	65,4

Такие больные часто продавали или просто отдавали все свое имущество, отправляясь бродяжничать, в надежде найти убежище от наступающего конца света. Также некоторые больные данного типа запирались в подвалах, купленных ими бункерах, отказывались выходить на улицу, что могло привести к угрожающим жизни ситуациям. Некоторые больные, понимая неотвратимость наступления конца света, пытались совершить суицидальные попытки.

При оценке уровня трудовой адаптации и социального функционирования среди больных эсхатологического типа БКСРС, на момент катамнестического исследования (таб. 4.19), обращают на себя внимание достаточно неблагоприятные тенденции среди данных больных в целом. При оценке данных использовалась шкала PSP. У большинства больных данной группы трудоспособность значительно снижалась (64,3%), или же утрачивалась (21,4%). Существенно реже у пациентов данной когорты уровень трудовой адаптации и социального функционирования сохранялся на исходном уровне. Обращает на себя внимание то, что больные с эсхатологическим типом не имели профессионального роста.

Таблица 4.19. Сравнительный уровень трудовой адаптации и социального функционирования по шкале PSP у больных с эсхатологическим типом БКСРС на момент катамнестического обследования.

Параметры	2 тип БКСРС	
	п	%
Всего больных	14	100
Профессиональный рост	0	0
Трудоспособность на исходном уровне	2	14,3
Трудоспособность на сниженном уровне	9	64,3
Утрата трудоспособности	3	21,4
Уровень социального функционирования по шкале PSP		
91-100 баллов	0	0
81-90 баллов	0	0
71-80 баллов	0	0
61-70 баллов	2	14,3
51-60 баллов	5	35,7
41-50 баллов	3	21,4
31-40 баллов	3	21,4
21-30 баллов	1	7,1

При анализе клинических характеристик состояния больных на момент катamnестического исследования, которые представлены в таблице 4.20, видно, что наибольшим количеством среди разновидностей течения при эсхатологическом типе бреда конца света религиозного содержания обладает непрерывный тип (85,7%) течения.

На фоне непрерывного течения (в большинстве наблюдений через 3-5 лет), после экзогенной или соматической провокации (после тяжелой алкогольной интоксикации, острой инфекции), нередко возникали транзиторные психотические состояния с острым чувственным бредом, религиозного содержания, включая антагонистический бред, принесение в жертву оккультистам, но без доминирования бредовых идей конца света. Больные воспринимали эти состояния как «особые мистические озарения». Критика к ним отсутствовала, и в этот период больные могли кардинально изменить стереотип дальнейшей жизни (например, дать обет, принять монашество и оставить мирскую жизнь). Между подобными приступами продолжалась систематизация бредовых построений, имеющих эсхатологическую тематику.

Особенностью дальнейшего течения данного типа БКРС являлось то, что интерпретативный бред развивался на фоне аффективных расстройств, нередко длительной постприступной гипомании. Интерпретативный бред не становился частью развития параноидной шизофрении, а шел в своем развитии как бы параллельно приступному течению и проявлялся явно, наглядно только в периоды отсутствия проявлений параноидной симптоматики. На отдаленных этапах заболевания бредовые идеи конца света религиозного содержания сохранялись наиболее длительно. Отличительной особенностью данного типа является феномен «двойной бухгалтерии», при котором нередко пациенты вели внешне упорядоченную жизнь, были социально адаптированы, ходили на работу, справлялись со своими должностными обязанностями, общались с коллегами и своим кругом друзей, при этом посещали церковные службы, были волонтерами в храмах и на различных религиозных мероприятиях, активно посещали

богослужения, часто общались со священнослужителями, однако не раскрывались даже им в своих переживаниях, связанных с концом света.

При оценке уровня негативных расстройств с использованием шкалы PANSS было выявлено, что в большинстве случаев отмечались умеренные (28,6%) и сильно выраженные (57,1%) негативные расстройства.

Таблица 4.20. Клинические характеристики состояния больных с эсхатологическим типом БКРС на момент катamnестического обследования.

Параметры	2 тип БКРС	
	n	%
Всего больных	14	100
Тип течения		
Прогрессирующее	2	14,3
Непрерывное	12	85,7
Выраженность негативных расстройств (баллы по негативной субшкале PANSS)		
Отсутствие (7 баллов)	0	0
Сомнительные (8-14 баллов)	0	0
Слабо выраженные (15-21 балл)	4	28,6
Умеренно выраженные (22-28 баллов)	8	57,1
Сильно выраженные (29-35 баллов)	2	14,3

При анализе данных по распределению вариантов ремиссий среди больных с эсхатологическим типом бреда конца света религиозного содержания, которые представлены на таблице 4.21, было выявлено, что у 85,7% пациентов наблюдались ремиссии низкого качества с преобладанием выраженных резидуальных галлюцинаторно-бредовых расстройств, а также у некоторых больных ремиссии относились к псевдопсихопатическому варианту (14,3%).

Таблица 4.21. Варианты ремиссий БКРС на момент катамнестического обследования.

Параметры		Типы БКРС	
		п	%
Всего больных в ремиссии		2	100
Вариант ремиссий			
Симптоматические	С резидуальными галлюцинаторно-бредовыми расстройствами	12	85,7
	Тимопатическая	0	0
Синдромальные	Стеническая	0	0
	Псевдопсихопатическая	2	14,3
	Астеническая	0	0

При анализе данных по оценке интегративных исходов эсхатологического типа бреда конца света религиозного содержания на момент катамнестического исследования (таблица 4.22) было выявлено, что наиболее часто встречающимся вариантом исходов был относительно неблагоприятный (57,1%), а также значительно реже встречался неблагоприятный вариант исхода заболевания, протекающего с бредом конца света религиозного содержания.

Таблица 4.22. Соотношение типов приступов БКРС эсхатологического типа и интегративной оценки исхода заболевания на момент катамнестического обследования.

Параметры	2 тип БКРС	
	п	%
Всего больных	14	100
Благоприятный	1	7,1
Относительно благоприятный	2	14,3
Относительно неблагоприятный	8	57,1
Неблагоприятный	3	21,4

Обобщая анализ особенностей закономерностей течения и исхода при эсхатологическом типе бреда конца света религиозного содержания следует отметить среднюю продолжительность инициального этапа доманифестных состояний (от 6 до 13 месяцев), которая была представлена в основном паранойяльным и неврозоподобным вариантами, на фоне которых нарушения социальной адаптации начинали проявляться еще до манифестации приступа с бредом конца света религиозного содержания. Также особенностью являлся непрерывный и в меньшей степени прогрессивный характер течения приступа БКСРС данного типа. Негативные расстройства имели выраженную тенденцию к нарастанию, становясь значительно более выраженными, что приводило к стойкому снижению уровня социальной и трудовой адаптации, иногда до полной утраты трудоспособности. Исход заболевания с эсхатологическим типом бреда конца света религиозного содержания в подавляющем большинстве случаев расценивался как «относительно неблагоприятный».

В ходе анализа различных типов бреда конца света религиозного содержания было выявлено, что больные 1 (апокалиптического) типа на этапе катамнестического исследования имеют большую социально-трудовую адаптацию, исход заболевания для данной группы больных является более благоприятным, тогда как пациенты 2 (эсхатологического) типа имеют более неблагоприятный исход заболевания, они менее социально адаптированы. Также было выявлено, что больные с 1.1 подтипом (с преобладанием острого чувственного бреда) апокалиптического типа БКСРС имеют более благоприятный исход заболевания, большую социально-трудовую адаптацию, чем больные с 1.2 подтипом (с преобладанием наглядно-образного бреда воображения).

ГЛАВА 5.

Условия формирования и некоторые клинико-патогенетические характеристики бреда конца света религиозного содержания

По мнению ряда авторов, которые проводили исследования религиозной психопатологии, особенно состояний с бредом конца света религиозного содержания при шизофрении, необходим комплексный подход, включающий различные методы [Копейко Г.И., 2017; Каледа В.Г., 2018; Попович У.О. с соавт., 2020; Spittles В., 2020]. Так, в проведенном исследовании при использовании различных экспериментально-психологических методик было выявлено значение ряда патогенетических факторов. Были обнаружены типологические особенности уровня искажения когнитивных процессов на этапе катамнестического исследования. Были установлены критерии влияния религиозного фактора на течение заболевания и особенности дальнейшего социального функционирования.

Обследование проводилось среди 61 пациента с БКСРС при шизофрении, дифференцированных на апокалиптический и эсхатологический типы клинической и катамнестической группы¹. Были отобраны и использованы ряд методик, условно разделенные на «религиозные» и «психопатологические».

5.1. Особенности религиозности у больных с БКСРС на доманифестном этапе заболевания

В проведенном 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 1 и 2 типов БКСРС, и были выявлены типологические особенности различных религиозных параметров. Имеются данные ряда авторов, которые указывали на применимость данных методик по отношению к представителям различных вероисповеданий [Sheldon К.М., 2006; Rip В., 2012]. Определение направления

¹ Данная часть исследования проведена совместно с клиническим психологом отдела юношеской психиатрии группы по изучению особых форм психической патологии М.Ю. Болтрукевич.

религиозной ориентации больных по Г. Олпорту (1966) включало в себя такие значимые показатели, как внешняя, внутренняя религиозность, а также отсутствие религиозности. Проявления внешней религиозности включают в себя приверженность традиции, привычку, выполнение различных общественных требований, а также в некоторых случаях получение разной выгоды, используя принадлежность к религиозной группе в корыстных целях. Внутренняя или духовная религиозность включает в себя осознанные внутренние духовные потребности, личные и искренние желания создавать свою жизнь в соответствии с религиозными заповедями, способностью к духовным переживаниям, а также стремлением к духовно-нравственному совершенствованию. В ходе анализа полученных результатов для более точной оценки проявлений внутренней религиозности использовалась концепция пяти измерений С.У. Glock (1962), в соответствии с которой религиозный фактор проявлялся в пяти измерениях: опытный (личный религиозный опыт, отражающий религиозность пациента), ритуалистический (участие в религиозных практиках, действиях, ритуалах), идеологический (принятие какой-либо системы верований), интеллектуальный (интеллектуальная сторона религиозного фактора, которая включает различные знания, получаемые через такие способы, как чтение религиозной литературы, стремление к познанию законов веры, ее истории, общий уровень жизненного опыта) и измерение последствий (последствия, результаты, влияние предыдущих четырех проявлений религии на ценности и поведение вне религиозного контекста). При оценке степени выраженности религиозного фактора в основе находилась типология по шкале Р. Докинза (2014), в которой религиозность делилась по различным типам мировоззрения, таким как: теистический, агностический, атеистический – от убежденных в своем мировоззрении до слабых в нём.

В ходе проведения данного фрагмента исследования на разрешение были поставлены некоторые вопросы: выявление типологической связи между проявлениями бреда конца света религиозного содержания и изменениями религиозного фактора на доманифестном и постприступном периодах, а также

связь религиозного фактора со степенью искажения когнитивных функций на этапе ремиссии и их зависимость от типологической структуры БКРС. Из данных, приведенных в таблице 5.1, можно увидеть, что на этапе доманифестных проявлений шизофрении с БКРС наибольшее количество занимали пациенты с внутренней религиозностью (50,8%), на втором месте по частоте встречаемости оказались больные с внешней религиозностью (41,0%), наиболее редко встречались пациенты с отсутствием религиозности (8,2%). При проведении сравнительного анализа были выявлены статистически значимые различия ($p < 0,05$) между 1 и 2 типами бреда конца света религиозного содержания, по таким критериям как внутренняя религиозность, среди которых наибольшее число занимали больные с апокалиптическим (1 тип) типом и внешняя религиозность с доминированием пациентов с эсхатологическим (2 тип) типом БКРС. При этом значимых различий между больными с различными типами данного симптомокомплекса по такому параметру, как отсутствие религиозности выявлено не было.

Таблица 5.1. Сравнительный уровень типов религиозной ориентации больных клинической группы с апокалиптическим и эсхатологическим типами БКРС на доманифестном этапе (по Г.Олпорту).

Параметры	Типы БКРС					
	1 тип		2 тип		Итого	
	п	%	п	%	п	%
Всего больных	47	100	14	100	61	100
Внутренняя религиозность	29	61,7	2	14,3	31	50,8
Внешняя религиозность	16	34,0	9	64,3	25	41,0
Отсутствие религиозности	2	4,3	3	21,4	5	8,2
$\chi^2 = 11,061; p = 0,004$						

В ходе проведенного анализа различных типов религиозного фактора у больных с бредом конца света религиозного содержания на доманифестном этапе заболевания была проанализирована степень ее выраженности по шкале Р. Докинза, данные которой представлены на таблице 5.2.

Таблица 5.2. Выраженность религиозности по шкале Р. Докинза у больных с апокалиптическим и эсхатологическим типами БКРС на доманифестном этапе.

Параметры	Типы БКРС					
	1 тип		2 тип		Итого	
	п	%	п	%	п	%
Всего больных	47	100	14	100	61	100
Убеждённый теист	4	8,5	0	0	4	6,6
Обычный теист	17	36,2	2	14,3	19	31,1
Слабый теист	16	34,0	3	21,4	19	31,1
Агностик	3	6,4	5	35,7	8	13,1
Слабый атеист	3	6,4	3	21,4	6	9,8
Обычный атеист	2	4,2	0	0	2	3,3
Убежденный атеист	2	4,2	1	7,1	3	4,9
$\chi^2 = 13,738; p=0,327$						

Представленные данные на таблице 5.2 отражали различные варианты выраженности религиозности по шкале Р. Докинза. Наибольшее количество наблюдений занимали теисты (68,8%). Также часто встречались атеисты (18,0%). Агностики составляли меньшинство среди исследуемых групп (13,1%).

В ходе исследования вариантов выраженности религиозности были использованы параметры описанной выше шкалы. Убежденные теисты, в основе мировоззрения которых лежала несомненная вера в Бога, составили 6,6%. Обычные теисты (пациенты, утверждавшие, что не могут достоверно и точно знать, что Бог есть, но глубоко верящие и строящие жизнь на основе веры в Бога) составили 31,1%. Представителями обеих этих групп присуща глубокая и стойкая убежденность в существовании Бога. Данные убеждения лежат в центре формирования образа жизни пациентов, их моральных ценностей и жизненных целей, в основах межличностных отношений, а также в соблюдении религиозных канонов и традиций (регулярное посещение храмов, чтении молитв, соблюдении

постов). Для группы слабых теистов (31,1%) характерной чертой является неуверенность в том, что Бог есть, но склонность к вере в его существование. Для таких больных вера не была жизненноопределяющим фактором. Пациенты в религии находили утешение, моральную помощь и близких людей. Однако больные из данной группы не испытывали сильную, непреодолимую потребность в вере, придерживаясь ее достаточно формально.

Пациенты из группы агностиков (13,1%) считали, что как существование Бога, так и его несуществование одинаково недоказуемы. Обращает на себя внимание то, что у большинства представителей данной группы больных, религиозность соответствует типологии внешней религиозной направленности. Пациенты этой когорты соблюдали лишь некоторые религиозные традиции (посещение церковных служб только по большим конфессиональным праздникам).

Пациенты, принадлежащие к группе слабых атеистов (9,8%), скептически относящиеся к вопросу о реальности Бога, допускали его существование, изредка посещать храмы в рамках общественно принятых норм поведения, редко участвовали в различных религиозных обрядах. Больные из данной группы рассуждали о Боге в большинстве случаев с точки зрения философии.

Среди обычных атеистов (3,3%), полагающих, что вероятность существования Бога крайне мала и считающих, что его не существует, и убежденных (4,9%) атеистов, полностью уверенных в том, что Бог не существует, характерно отсутствие какого-либо значительного влияния религиозного фактора на образ жизни, а также в ряде случаев с негативным отношением к религиозной вере в целом. Выявлено, что помимо допустимого в обществе фактора влияния социальной среды и личных мотивов больного, зачастую в формировании подобного отношения играет роль развитие психопатологических явлений, соответствующих психопатоподобному, или паранойяльному, реже аффективному инициальным этапам доманифестных состояний.

Среди больных с 1 (апокалиптическим) типом преобладали в большинстве случаев обычные теисты (36,2%), а также слабые теисты (34,0%). Среди

пациентов со 2 (эсхатологическим) типом же наибольшим количеством обладали агностики (35,7%), слабые теисты (21,4%) и слабые атеисты (21,4%). Таким образом, на доманифестном этапе бреда конца света религиозного содержания лиц, исповедующих какую-либо конфессию больше именно при 1 типе, а при 2 больше тех, кто имели более формальное отношение к религиозному фактору.

5.2. Изменение религиозности на момент катамнестического обследования у больных с бредом конца света религиозного содержания.

Для снижения степени искажающего воздействия психопатологических расстройств на факторы религиозности, анализ религиозности проводился на этапе ремиссии заболевания. Были обследованы пациенты катамнестической группы, включавшей в себя 38 больных (77,6% от числа наблюдений катамнестической группы) в стадии ремиссии, а именно: с 1 (апокалиптическим) типом 26 больных (68,4%), со 2 (эсхатологическим) типом 12 больных (31,6%). Был проанализирован вектор религиозности у пациентов с апокалиптическим и эсхатологическим типами (таблица 5.3). Отчетливо преобладали пациенты с внешней религиозной ориентацией (68,4%), лица с внутренней религиозностью встречались реже (28,9%), причем только за счет представителей 1 типа. Отсутствие религиозности было обнаружено в 7,9% случаев, среди которых были только представители 2 типа БКСРС. При сравнительном анализе был выявлен статистически значимые различия по всем параметрам ($p < 0,05$).

Таблица 5.3. Изменение вектора религиозной ориентации больных с апокалиптическим и эсхатологическим типами БКСРС на момент катамнеза.

Параметры	Типы БКСРС					
	1 тип		2 тип		Итого	
	п	%	п	%	п	%
Всего больных	26	100	12	100	38	100
Внутренняя религиозность	11	42,3	0	0	11	28,9
Внешняя религиозность	15	57,7	9	75,0	26	68,4
Отсутствие религиозности	0	0	3	25,0	3	7,9
$\chi^2=11,966; p=0,003$						

Таблица 5.4. Выраженность религиозности по Р. Докинзу у больных с апокалиптическим и эсхатологическим типами БКСРС на момент катамнеза.

Параметры	Типы БКСРС					
	1 тип		2 тип		Итого	
	п	%	п	%	п	%
Всего больных	26	100	12	100	38	100
Убеждённый теист	6	23,1	2	16,7	8	21,0
Обычный теист	11	42,3	5	41,7	16	42,1
Слабый теист	8	30,7	2	16,7	10	26,3
Агностик	0	0	1	8,3	1	2,6
Слабый атеист	1	3,8	1	8,3	2	5,3
Обычный атеист	0	0	1	8,3	1	2,6
Убежденный атеист	0	0	0	0	0	0
$\chi^2 = 5,429; p=0,3658$						

При исследовании степени выраженности религиозного фактора у пациентов с бредом конца света религиозного содержания на этапе катамнеза (таблица 5.4), было выявлено, что наибольшим количеством среди больных с 1 (апокалиптическим) типом бреда конца света религиозного содержания обладали обычные теисты (42,3%), слабые теисты (30,7%), а также убежденные теисты (23,1%). Во 2 (эсхатологическом) типе среди пациентов преобладали обычные теисты (41,7%) и слабые теисты (26,3%). Обращает на себя внимание тот факт, что на этапе катамнестического исследования, в отличие от доманифестного этапа заболевания, было выявлено некоторое повышение религиозности у больных с бредом конца света религиозного содержания.

Также стоит отметить, что сам фактор религиозности носил в большинстве случаев патологический характер, не соответствуя критериям здоровой веры [Фролов Б.С., 1982; Arterburn S., 2001; Moreira-Almedia A et al., 2006; Попович У.О., 2020]. В процессе катамнестического наблюдения было выявлено, что структура религиозности больных зачастую сохраняла патологический характер, отмечалось амальгамирование в ее структуру резидуальной психотической симптоматики религиозного содержания, что отмечалось на фоне нарастания негативных изменений личности с существенным искажением когнитивной деятельности. При этом в ряде случаев, когда возникновение религиозности было обусловлено влиянием психопатологического фактора, после полной редукции патологической симптоматики отмечалось снижение выраженности религиозности, возвращение к секулярному мировоззрению.

5.3. Особенности когнитивных нарушений у больных с бредом конца света на момент катамнестического обследования

По данным современных исследователей было выявлено, что изучение когнитивных нарушений и их динамических особенностей имеет большое значение для формирования дифференциальных и прогностических критериев при шизофрении [Рассказова Е.И., 2011; Алфимова М.В., 2012; Корсакова Н.К., 2012]. Кроме того, ряд исследователей [Борисова О.А., Гусев В.В., 2010;

Слоневский Ю.А., 2015] обозначали в своих работах важность изучения динамических нарушений когнитивной сферы и их связи с изменениями религиозного фактора.

В таблице 5.5 изображены полученные результаты патопсихологического обследования по методикам, которые отражают некоторые особенности когнитивной деятельности у пациентов с бредом конца света религиозного содержания при шизофрении (выявление нарушений уровня обобщения, инициативности, саморегуляции и темпа деятельности) по методикам Б.В. Зейгарник (1980) и С.Я. Рубинштейн (2004). В ходе исследования было выявлено, что среди больных обоих типов присутствует снижение уровня обобщения, инициативности, саморегуляции, темпа деятельности. Полученные результаты могут свидетельствовать о более тяжелом течении шизофрении с бредом конца света религиозного содержания. Как видно из таблицы, статистически значимые различия ($p < 0,05$) между больными с апокалиптическим и эсхатологическим типами БКСРС на этапе ремиссии были выявлены по всем представленным показателям: по уровню обобщения, инициативности, саморегуляции, а также по темпу деятельности.

Таблица 5.5. Характеристики уровня обобщения, инициативности, саморегуляции и темпа деятельности (психической активности) у больных с БКРС на момент катамнеза.

Параметры	Типы БКРС							
	1 тип				2 тип		Итого	
	1.1 подтип		1.2 подтип					
	п	%	п	%	п	%	п	%
Всего больных	14	100	12	100	12	100	60	100
<i>Уровень обобщения:</i>								
Отсутствие снижения	5	35,7	3	25,0	1	8,3	9	23,7
Нерезкое снижение	9	64,3	8	66,7	4	33,3	21	55,3
Выраженное снижение	0	0	1	8,3	7	58,3	8	21,0
$\chi^2 = 15,383; p=0,004$								
<i>Инициативность:</i>								
Высокий уровень	6	42,9	3	25,0	1	8,3	10	26,3
Нерезко снижена	7	50,0	7	58,3	5	41,7	19	50,0
Резко снижена	1	7,1	2	16,7	6	50,0	9	23,7
$\chi^2 = 8,647; p=0,071$								
<i>Саморегуляция:</i>								
Высокий уровень	7	50,0	3	25,0	1	8,3	11	28,9
Нерезко снижена	7	50,0	9	75,0	4	33,3	18	47,4
Резко снижена	0	0	0	0	7	58,3	7	18,4
$\chi^2 = 21,145; p=0,0003$								
<i>Темп деятельности:</i>								
Высокий	8	57,1	4	33,3	0	0	12	31,6
Замедленный	6	42,9	8	66,7	5	41,7	19	50,0
Резко замедленный	0	0	0	0	7	58,3	7	18,4
$\chi^2 = 22,841; p=0,0001$								

При анализе данных об изменении уровня обобщения можно увидеть, что у 65,4% больных с 1 (апокалиптическим) типом БКРС наблюдалось его нерезкое

снижение, у 30,8% пациентов этого типа данное снижение отсутствовало, и только в 3,8% случаев снижение было выраженным. У больных же со 2 (эсхатологическим) типом бреда конца света религиозного содержания выраженное снижения уровня обобщения было выявлено у 58,3%, нерезкое снижение обнаружено в 33,3%, а пациенты с отсутствием снижения составили только 8,3%.

При дальнейшем изучении изменений уровня инициативности, саморегуляции и темпа деятельности у катамнестической группы в период ремиссии, было выявлено, что у 53,8% больных с 1 (апокалиптическим) типом преобладало нерезкое снижение уровня инициативности, а также его высокий уровень (34,6%). У больных со 2 (эсхатологическим) типом отмечался резкий уровень снижения инициативности (50%) и его нерезкое снижение (41,7%). Саморегуляция у пациентов 1 типа была нерезко снижена (61,5%) или находилась на высоком уровне (38,5%). Среди больных 2 типа саморегуляция была снижена резко (53,8%), а также находилась на нерезко сниженном уровне (33,3%). Темп деятельности у больных 1 типа был замедленный (53,8%) и реже находился на высоком уровне (46,2%). Среди больных 2 типа темп деятельности был резко замедленный (58,3%), а также был средне замедленным (41,7%). Приведенные данные указывали на то, что в значительной степени выраженность искажения когнитивных функций на фоне нарастающих негативных расстройств была среди пациентов со 2 (эсхатологическим) типом. Обращает на себя внимание то, что у больных с 1 типом бреда конца света религиозного содержания представленные 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 пациентов со 2 типом бреда конца света религиозного содержания. Это подтверждает результаты патопсихологического исследования, описанные выше, и свидетельствует, о более выраженном искажении функций когнитивной деятельности у пациентов со 2 типом БКСРС. Таким образом, выявлена

статистически значимая разница ($p < 0,05$) в степени искажения когнитивных функций между больными с 1 и 2 типами, что свидетельствует о типоспецифической разнице тяжести течения шизофрении с бредом конца света религиозного содержания.

В результате исследования результатов об изменении уровня обобщения можно увидеть, что у 35,7% больных с 1.1 подтипом БКСРС (с преобладанием острого чувственного бреда) подтипом БКСРС наблюдалось отсутствие снижения, у 64,3% пациентов данного подтипа снижение было нерезким. У больных с 1.2 (с преобладанием наглядно-образного бреда воображения) подтипом было выявлено нерезкое снижение уровня обобщения в 66,7%, его отсутствие в 25,0%, а выраженное снижение обнаружено в 8,3%.

При изучении изменений уровня инициативности, саморегуляции и темпа деятельности, было выявлено, что среди больных 1.1 подтипа (с преобладанием острого чувственного бреда) преобладал нерезко сниженный уровень инициативности (50,0%), в 42,9% наблюдался ее высокий уровень. У больных с 1.2 подтипом (с преобладанием наглядно-образного бреда воображения) в большинстве случаев отмечался нерезкий уровень снижения инициативности (58,3%), а также в ряде случаев наблюдалось отсутствие снижения (25,0%) и резкое снижение (16,7%). Саморегуляция у пациентов 1.1 подтипа в равном количестве случаев типа была на высоком уровне (50,0%) и нерезко снижена (50,0%). При исследовании уровня саморегуляции больных 1.2 подтипа наибольший удельный вес занимало нерезкое ее снижение (75,0%), а в нескольких случаях саморегуляция находилась на высоком уровне (25,0%). Темп деятельности у пациентов 1.1 подтипа был высоким (57,1%) и реже был замедленным (42,9%). Среди больных 1.2 подтипа темп деятельности был замедленным в большинстве случаев (66,7%), и изредка находился на высоком уровне (33,3%). Анализ полученных данных позволяет сказать, большая степень выраженности искажения когнитивных функций была среди пациентов с 1.2 (с преобладанием наглядно-образным бредом воображения) типом. В ходе сравнительного анализа были выявлены статистически значимые различия

($p < 0,05$) практически по всем исследуемым параметрам шкалы за счёт более выраженной симптоматики у пациентов со 2 типом бреда конца света религиозного содержания. Это подтверждает результаты патопсихологического исследования, описанные выше, и свидетельствует о более выраженном искажении функций когнитивной деятельности у пациентов со 2 типом БКСРС. Таким образом выявлена статистически значимая разница ($p < 0,05$), что свидетельствует о типоспецифической разнице тяжести течения шизофрении с бредом конца света религиозного содержания у подтипов 1 типа БКСРС.

При проведении психологической методики Дембо-Рубинштейн (1970), направленной на изучение самооценки и сознания болезни было выявлено, что среди обоих типов БКСРС присутствует выраженное снижение эмоционально-волевой сферы, мотивации и уровня мышления, что может говорить о более тяжелом течении заболевания. Также обращает на себя внимание то, что при 1 типе бреда конца света религиозного содержания такие критерии данной методики, как мотивация на выполнение методических задач, заинтересованность в результатах, наличие критичности к ошибкам, к себе как к личности были более высокими, чем при 2 типе. При 2 типе, 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 уровня мышления было проведено психометрическое обследование по шкале PANSS (таблица 5.6) больных с 1 и 2 типами БКСРС на момент катамнеза. В соответствии с методиками, разработанными M.F Green. et.al., (2000); G. Foussias., G. Remington., (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 выбранным субшкалам PANSS.

Таблица 5.6. Сравнительная оценка по шкале PANSS больных с различными типами БКРС на момент катамнеза (M – средние значения баллов по параметрам шкалы PANSS; S_χ – ошибка среднего арифметического)

Параметры	1 тип (n=26, 100%)		2 тип (n=12, 100%)		Всего (n=61, 100%)	
	M	S _χ	M	SD	M	S _χ
Субшкала позитивных расстройств						
П-1 – бред	2,1	0.41	6,2	1.78	4,1	0.66
П-2 - расстройство суждений	2,3	0.45	5,7	1.64	4,0	0.64
П-5 - идеи величия	1,0	0.19	4,8	1.38	2,9	0.47
П-6 – подозрительность	1,7	0.33	5,9	1.7	3,8	0.61
Суммарный балл субшкалы	7,1	1.39	22,6	6.52	14,8	2.4
Субшкала негативных расстройств						
Н-3 - малообщительность,	2,5	0.49	5,8	1.67	8,3	1.34
Н-4 - соц. Отрешенность	2,2	0.43	5,1	1.47	3,6	0.58
Н-5 - нарушение абстрактного мышления	1,5	0.29	3,7	1.06	2,6	0.42
Н-6 - нарушение спонтанности и плавности речи	2,6	0.5	4,3	1.24	3,4	0.55
Суммарный балл субшкалы	8,8	1.72	18,9	5.45	13,8	2.23
Общая психопатологическая субшкала						
О-8 - отказ от сотрудничества	1,9	0.37	5,5	1.58	3,7	0.6
О-9 - необычное содержание мысли	1,5	0.29	4,8	1.38	3,1	0.5
О-12 - критика к своему состоянию	1,8	0.35	3,2	0.92	2,5	0.4
О-15 - загруженность переживаниями	2,7	0.52	3,0	0.86	2,8	0.45
Суммарный балл субшкалы	7,9	1.54	16,5	4.76	12,2	1.97
Общий суммарный балл	23,8	4.66	58,0	16.74	40,9	6.63

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 бреда конца света религиозного содержания. 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 (2 тип).

Таким образом, выявлена разница в степени искажения когнитивных функций между больными с 1 и 2 типами, что свидетельствует о типоспецифической разнице тяжести течения шизофрении с бредом конца света религиозного содержания.

При сравнительном анализе пациентов с бредом конца света религиозного содержания и с синдромом овладения религиозного содержания (И.С. Самсонов, 2021) было выявлено, что среди пациентов с БКСРС были более выражены расстройства мышления, снижение уровня инициативности, степень искажения когнитивных функций. Данные различия могут означать более тяжелое течение шизофрении при БКСРС и более выраженные изменения при катамнестическом обследовании.

ГЛАВА 6

Вопросы терапии

бреда конца света религиозного содержания при шизофрении

Данные об особенностях терапии бреда конца света религиозного содержания при шизофрении от начала изучения подобных состояний и до настоящего времени являются малочисленными и недостаточно разработанными. В большинстве случаев они ограничиваются общими терапевтическими тактиками лечения шизофрении. Стоит отметить, что пациенты с бредом конца света религиозного содержания в силу культуральных особенностей поздно оказываются под наблюдением психиатров [Doering S., 1998; Siddle R., 2002; Bhavsar V., 2008; Robles-García R., 2014]. Также обращает на себя внимание тяжесть данных состояний, а именно полиморфизм психопатологической симптоматики, специфические формы бредового поведения (выраженная ауто- и гетероагрессия), частый отказ от лечения и отсутствие критики к своему состоянию [Борисова О.А., Копейко Г.И., 2016]. В связи с этим существует необходимость разработки специальных терапевтических подходов к лечению пациентов с бредом конца света религиозного содержания при шизофрении.

При выборе терапевтических тактик лечения данных состояний были выявлены типоспецифические различия, в основе которых лежали доминирующие психопатологические расстройства в клинической картине состояния. При преобладании в течении заболевания острого чувственного бреда, наглядно-образного бреда воображения или интерпретативного бреда, а также сочетание их с различными видами расстройств аффективного спектра, были разработаны различные терапевтические тактики. Было выявлено, что для оптимального лечения данных состояний необходимо учитывать динамику развития приступа, этапы течения заболевания. Для адекватного подбора психофармакотерапии также необходимо учитывать возрастные особенности пациентов, их гендерную принадлежность, сопутствующие сомато-

неврологические хронические заболевания, аллергологический анамнез и наличие или отсутствие побочных эффектов при приеме назначенных препаратов.

Все пациенты клинической группы (60 больных) проходили стационарное лечение в клинике ФГБНУ НЦПЗ в соответствии с существующими рекомендациями [Мосолов С.Н. и др. 2007; Pies R.W., 2007; Strakowski S.M., Adler C. M., 2012; Stahl S.M., 2013; Schatzberg A. F., 2015; 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.

Таблица 6.1. Сравнительный анализ изменений выраженности психопатологической симптоматики по шкале PANSS на момент госпитализации в стационар и на момент выписки.

Параметры	Типы БКРС					Значимость по t-критерию Стьюдента
	1 тип			P(1 vs. 2)	2 тип	
	1.1 подтип	1.2 подтип	Итого		Итого	P (1vs 2)
Всего больных	26	22	48		12	
1 обследование (госпитализация в стационар)						
Субшкала позитивной симптоматики (суммарный средний балл)	28,2±5,3	30,8±2,1	29,6±6,2	0,042	27,4±3,6	0,013
Субшкала негативной симптоматики (суммарный средний балл)	20,5±3,9	31,3±5,6	36,1±5,1	0,028	29,9±2,7	0,035
Субшкала общей психопатологии (суммарный средний балл)	27,2±1,0	39,6±1,7	33,4±4,9	0,014	38,1±7,4	0,024
Общий средний суммарный балл	75,1±3,2	101,7±4,0	99,1±5,7	0,007	95,4±5,1	0,012
2 обследование (выписка из стационара)						
Субшкала позитивной симптоматики (суммарный средний балл)	20,9±4,3	25,1±3,0	23,0±3,7	0,036	24,7±5,2	0,028
Субшкала негативной симптоматики (суммарный средний балл)	14,2±3,8	19,5±3,9	16,8±3,8	0,041	20,3±1,5	0,019
Субшкала общей психопатологии (суммарный средний балл)	21,2±5,8	24,1±7,2	22,6±6,0	0,032	34,1±4,1	0,018

Средняя продолжительной госпитализации для клинической группы больных шизофренией с бредом конца света религиозного содержания составляла $46,5 \pm 18,5$ койко-дней, частота смен терапевтических курсов $3,5 \pm 1,5$ (рисунок 6.2).

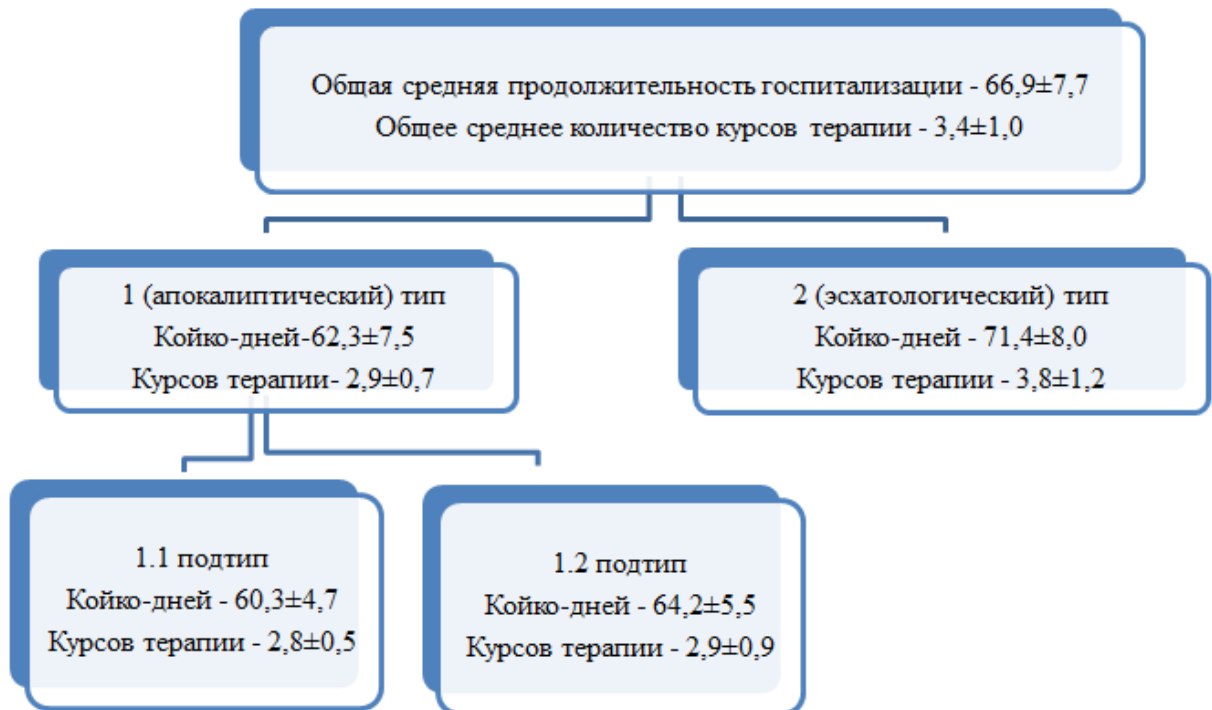


Рисунок 6.2 Средняя продолжительность госпитализации и количество курсов лечения пациентов.

При анализе терапевтических тактик у пациентов с бредом конца света религиозного содержания подходы к лечению были разделены на ряд этапов: купирование острой психотической симптоматики (1-3 месяца), этап стабилизации психического состояния (4-6 месяцев), поддерживающая терапия (1-5 лет). О каждом из данных этапов будет сказано далее.

На этапе купирования острой психотической симптоматики основной целью являлась редукция остроты психического состояния. Пациенты на данном этапе проходили лечение в стационарных условиях. При выборе терапевтических тактик учитывались острота психотического состояния, а также такие формы девиантного поведения, как ауто- и гетероагрессия.

В основе подбора терапевтических тактик на данном этапе было купирование острой психотической симптоматики. Главной группой

психофармакологических лекарственных веществ, которые назначались при лечении шизофрении с бредом конца света религиозного содержания во всех исследуемых типах являлись препараты из группы нейролептиков.

Наиболее часто больным назначались антипсихотические препараты, у которых преобладали выраженные глобальное антипсихотическое и седативное действия. При подборе терапии применялись атипичные нейролептические препараты (оланзапин, кветиапин, рисперидон), в случае их неэффективности типичные (трифлуоперазин, галоперидол, клопиксол), а также различные комбинации данных групп препаратов, что в большинстве случаев исключало возникновение резистентности к проводимому лечению. Также при исследовании пациентов с БКСРС было выявлено, что в некоторых случаях наряду с использованием пероральных форм антипсихотических препаратов также применялись небольшие дозы нейролептиков пролонгированного действия с целью купирования острого психомоторного возбуждения, негативизма. Дозировки лекарственных средств из нейролептиков назначались персонализированно, в зависимости от типов и подтипов бреда конца света религиозного содержания, а также учитывая терапевтический эффект, получаемый от данной группы препаратов. Средние значения назначаемых препаратов, максимальные и минимальные дозы указаны в таблице 6.3.

Таблица 6.3 Средние суточные дозы нейролептиков (мг), назначавшиеся больным с различными типами БКСРС.

Параметры	Типы БКСРС							
	1. Апокалиптический тип				2. Эсхатологический тип		Итого	
	1.1 подтип		1.2 подтип					
	Min/max	Mid	Min/max	Mid	Min/max	Mid	Min/max	Mid
Olanzapinum	10/20	15	15/25	20	10/20	15	10/20	15
Quetiapinum	50/300	175	50/400	225	50/400	225	50/400	225
Risperidonum	5/6	5	5/6	6	4/8	6	5/8	6,5
Trifluoperazinum	40/50	45	40/50	45	10/60	35	10/60	35
Alimemazinum	25/100	75	25/150	87,5	50/400	225	25/400	100
Chlorpromazinum	100/300	200	100/400	300	100/400	300	100/400	225
Zuclopenthixolum	10/25	15	10/50	40	10/50	50	10/75	50
Haloperidolum	10/30	20	15/35	25	30/40	32,5	10/35	22,5
Aripiprazolum	10/30	20	10/30	20	10/30	20	10/30	20

При исследовании бреда конца света религиозного содержания были выявлены ряд типологических особенностей данного состояния. Так, для апокалиптического типа (1 тип) из группы типичных нейролептиков чаще всего применялись галоперидол (средняя дозировка 20-25 мг/сут), хлорпромазин (средняя дозировка 200-300 мг/сут) и зуклопентиксол (средняя дозировка составляла 15-40 мг/сут). В группе атипичных нейролептиков наиболее часто в терапии больных с данным типом использовались рисперидон (средняя дозировка 5-6 мг/сут) и оланзапин (средняя дозировка 15-20 мг/сут), которые показали наилучшую эффективность в купировании острой психотической симптоматики. Больные с бредом конца света религиозного содержания апокалиптического типа на начальных этапах терапии острого психотического состояния нуждались в

строгом режиме наблюдения из-за высокого риска ауто- и гетероагрессивного поведения.

Больные с эсхатологическим типом БКРС (2 тип) достаточно поздно попадали в поле зрения врачей-психиатров ввиду их относительно упорядоченного поведения, а также в связи с низким уровнем комплаентности к лечению, частыми отказами от приема терапии и посещения специалистов. Бредовые идеи и бредовое поведение данной группы больных длительное время не расценивались окружающими как патологическое. На этапе купирования психотической симптоматики пациенты данного типа БКРС получали парентеральные формы типичных нейролептиков, которые обладали общим антипсихотическим действием: хлорпромазин (средняя дозировка 300 мг/сут), галоперидол (средняя дозировка 32,5 мг/сут), клопиксол (средняя дозировка 50 мг/сут). Среди атипичных антипсихотиков данным больным чаще всего назначались арипипразол (средняя дозировка 20 мг/сут), кветиапин (средняя дозировка 225 мг/сут), рисперидон (средняя дозировка 6 мг/сут) и оланзапин (средняя дозировка 15 мг/сут). Следует отметить, что на фоне значительной выраженности психопатологических расстройств и высокой частоты фармакорезистентных состояний частота смен терапевтических курсов у больных с эсхатологическим типом БКРС, а также средние дозировки получаемых антипсихотиков были выше, чем у больных с апокалиптическим типом. Было бы целесообразным назначение препаратов пролонгированного действия, но в связи с низким уровнем комплаентности данный вид терапии не представляется возможным.

Также обращает на себя внимание, что у пациентов обоих типов бреда конца света религиозного содержания отмечались выраженные расстройства аффективного спектра как на доманифестном этапе заболевания, так и при манифестации данного расстройства. В связи с этим, при депрессивно-бредовой структуре приступа, больным также назначались различные виды антидепрессантов и нормотимиков.

Данные о средних, минимальных, максимальных дозировках используемых психофармакологических средств представлены в таблице 6.4. Из препаратов группы нормотимиков наиболее часто применялись: соли лития (средняя дозировка 1200 мг/сут), вальпроевая кислота (средняя дозировка 1000 мг/сут). Обращает на себя внимание, что препараты из данной группы наиболее часто использовались среди больных апокалиптического типа, 2 подтипа. Применение препаратов из группы антидепрессантов включала в себя лекарственные средства как из групп ТЦА с выраженным седативным и противотревожным эффектом: амитриптилин (средняя дозировка 87,5 мг/сут), кломипрапин (средняя дозировка 75 мг/сут), так и из СИОЗС и СИОЗСиН. Наиболее часто среди данных групп препаратов назначались флувоксамин (средняя дозировка 125 мг/сут), пароксетин (средняя дозировка 30 мг/сут), и сертралин (средняя дозировка 125 мг/сут).

Таблица 6.4 Средние суточные дозы нормотимиков и антидепрессантов (мг), назначавшиеся больным с апокалиптическим и эсхатологическим типами БКСРС.

Препарат	Типы БКСРС							
	1.Апокалиптический тип				2.Эсхатологический тип		Итого	
	1.1 подтип		1.2 подтип					
	Min/max	Mid	Min/max	Mid	Min/max	Mid	Min/max	Mid
Противосудорожные								
Ac. Valproicum	500/1500	1000	500/1500	1000	500/1500	1200	500/1500	1000
Lamotriginum	50/50	50	50/100	75	100/150	125	50/250	150
Clonazepamum	1,5/4	2	1,5/4	2,5	3/8	6	1,5/8	4
Carbamazepinum	300/400	350	200/600	400	400/1000	700	200/1000	600
ТЦА								
Amitriptylinum	25/150	87,5	50/100	75	50/150	100	25/150	87,5
Clomipraminum	50/50	50	100/100	100	50/150	100	50/100	75
СИОЗС								
Fluvoxaminum	100/150	125	50/100	75	50/200	125	50/200	125
Paroxetineum	20/40	30	20/40	30	40/40	40	20/40	30
Sertralinum	100/100	100	100/150	120	50/100	75	50/200	125
АИОЗС								
Trazodonum	200/600	300	200/600	350	200/400	250	200/600	300
Нормотимики								
Препараты лития	900/1500	1200	900/1500	1200	900/1500	1200	900/1500	1200

В ряде случаев в сочетании с препаратами из групп нейролептиков, нормотимиков и антидепрессантов также применялись лекарственные средства из группы транквилизаторов, чаще всего бензодиазепинового ряда: клоназепам, диазепам, феназепам, а также противопаркинсонические антихолинергические средства, такие как бипериден, тригексифенидил для предупреждения побочных

эффектов при применении антипсихотиков. В некоторых случаях у пациентов при развитии фармакорезистентности к применяемым психофармакологическим средствами, назначалось применение электросудорожной терапии (8 больных, 13% от клинической группы) с использованием миорелаксантов и внутривенного наркоза. В среднем курс ЭСТ составлял 8-10 процедур и зависел от стабильности наступившего эффекта и соматоневрологического состояния пациентов.

На этапе становления ремиссии ключевыми задачами были дальнейшая редукция продуктивной симптоматики, корректировка вторичных и аффективных расстройств, начало восстановления трудовой и социальной адаптации. На данном этапе к использованию психофармакотерапевтических методов лечения присоединялись различные психотерапевтические и психокоррекционные методики – как индивидуальные, так и групповые [Fenton W.S., 2000; Маричева М.А., 2014]. Главной задачей данных методов являлось формирование у больного критического отношения к заболеванию, повышение уровня комплаенса, создание условий полноценной социальной и трудовой адаптации. Психотерапевтическая работа на данном этапе заключалась в налаживании доверительных отношений между пациентом и врачом для формирования у больного положительной установки на продолжение проведения терапии. Использовались методы инсайт-ориентированной психодинамической или когнитивной психотерапии. На втором этапе становления ремиссии, этапе стабилизации психических функций, главной задачей была оптимизация схемы терапии пациента. В отношении коррекции негативных и когнитивных расстройств, свою эффективность показали арипипразол, карипразин, а также назначение ноотропных препаратов (фенибут, ноопепт, пантогам, семакс). Также была выявлена высокая частота случаев возникновения депрессивных расстройств различной структуры: по типу позитивной, или негативной аффективности (63 больных, 57,8%). В связи с этим, в зависимости от структуры депрессивного расстройства к проводимой психофармакотерапии добавлялись препараты из групп ТЦА, СИОЗС, СИОЗСиН (таблица 6.3).

На данном этапе происходило критическое осмысление перенесенного психотического состояния, возникала необходимость психотерапевтической поддержки с учетом религиозного мировоззрения пациентов. Основным видом психотерапии на данном этапе являлись метакогнитивные тренинги, а также поведенческая психотерапия (поведенческая активация, обучение совладению со стрессом, тайм-менеджмент), проводимые с участием клинического психолога. Была выявлена важность применения у больных с бредом конца света религиозного содержания религиозных копинг-стратегий.

В настоящем исследовании была использована модифицированная версия копинг-стратегий К. Pargament, Н. Koenig, L. Perez (2000), предложенная К. Pargament (2013). По мнению ряда авторов [Копейко Г.И., 2016; Слоневский Ю.А., 2015] наиболее эффективными религиозными стратегиями, у больных с бредом конца света религиозного содержания являются: 1) религиозные методы сохранения базовых ценностей жизни; 2) стратегия социальной поддержки с помощью религиозных общин; 3) методы религиозного трансформационного копинга: религиозное переосмысление ситуации, переосмысление собственной личности; 4) религиозная копинг-стратегия обретения эмоционально-комфортного состояния, которое дает религиозная вера (утешение, успокоение, прощение, примирение). Применение психотерапевтических тактик позволило решить ряд проблем, затрагивающих формирование рационального отношения к собственному заболеванию и социальной адаптации, имело положительное влияние на течение аффективных расстройств, создавая тенденции к их стабилизации. Кроме того, по данным некоторых исследователей [Борисова О.А., 2010; Копейко Г.И., 2016] на фоне конфессионально-ориентированной психореабилитационной работы возникала трансформация поведения больных с выраженными негативными расстройствами в сторону большей социальной ориентированности, следования религиозным нравственным нормам, что способствовало их семейной и социальной адаптации.

На этапе реинтеграции психических функций ведущими задачами были продолжение оптимизации психофармакологического лечения и активное

вовлечение пациентов в реабилитационные, психообразовательные, психокоррекционные мероприятия. Коррекция схемы лечения происходила с учетом типа реинтеграции психических функций. В рамках тимопатического типа реинтеграции, характерного для больных с 1.1 подтипом (с преобладанием острого чувственного бреда) и 1.2 подтипом (с преобладанием наглядно-образного бреда воображения), при сохранении депрессивных расстройств к антипсихотической терапии присоединяли антидепрессанты из группы СИОЗС и СИОЗСиН, ТЦА. В частности, наиболее эффективным для пациентов с данными подтипами бреда конца света религиозного содержания на этом этапе себя показал флувоксамин в средней дозировке 100 мг/сут. В случае сохранения лабильности аффекта с фазными полярными колебаниями в схему лечения также были добавлены препараты из группы нормотимиков, чаще всего ламотриджин, или вальпроевая кислота. В данном случае наибольшую эффективность сохраняли атипичные антипсихотики, в частности клозапин в средней дозировке 100 мг/сут.

На этапе поддерживающей терапии главной задачей являлось уменьшение темпа прогрессивности заболевания, предотвращение возникновения рецидивов, повышение качества ремиссии и достижение высокого уровня социальной и трудовой адаптации. Одной из ведущих задач этого этапа являлось сохранение и закрепление достигнутых результатов психотерапевтических стратегий, продолжение коррекции и схемы лечения с дальнейшей возможностью уменьшения дозировок препаратов до минимально эффективных.

Согласно рекомендациям ВОЗ, длительность приема поддерживающей терапии после перенесенного психотического приступа должна составлять не менее 5 лет [Wunderink L., Nieboer R.M., Wiersma D. et. al., 2013; Tempier R., Balbuena L., Lepnurm M., Craig T.K., 2013], что подтверждается исследователями ФГБНУ НЦПЗ [Бархатова А.Н., 2005; Каледа В.Г., 2008, 2010; Каледа В.Г., Голубев С.А., 2020].

Большое влияние на эффективность проводимой поддерживающей психофармакотерапии, различных копинг-стратегий оказывает субъективное

отношение больного к своему состоянию. В связи с выявленной гетерогенностью в отношении к заболеванию среди больных с бредом конца света религиозного содержания, для оценки комплаенса была использована классификация М.А.Маричевой (2014). В соответствии с субъективным отношением к болезни было выделено четыре типа: нормнозогнозический, гипонозогнозический, гипернозогнозический и диснозогнозический.

Нормнозогнозический тип отношения к заболеванию (19 человек, 31,7%), характеризовался достаточно высоким уровнем осознания болезни. Оценка своего состояния пациентами достаточно точно соответствовала объективной клинической картине, уровень комплаентности находился на высоком уровне. Больные с данным типом демонстрировали адекватную модель своего заболевания, пунктуально относились к рекомендациям специалистов, аккуратно принимали назначаемую терапию.

Гипонозогнозический тип отношения к болезни (10 человек, 16,7%) характеризовался склонностью больных к диссимуляции психопатологической симптоматики, выраженной недооценкой тяжести своего состояния и последствий болезни, частым возникновением сомнения в необходимости соблюдать рекомендации специалистов и принимать назначаемую психофармакотерапию. Данная группа больных нередко объясняла свое заболевание врожденными личностными особенностями, они были достаточно сильно убеждены в благоприятном исходе болезни. Уровень комплаентности у данных больных был невысоким.

Гипернозогнозический тип отношения к болезни (22 человека, 36,7%) характеризовался субъективным восприятием заболевания несоразмерно объективным проявлениям психической патологии, склонностью к достаточно пессимистической оценке своего заболевания, дальнейших перспектив даже при удовлетворительных результатах назначенной терапии и относительно благоприятном прогнозе.

Диснозогнозический тип отношения к болезни (9 человек, 15%) характеризовался тем, что больные, не отрицая самого факта заболевания,

считали ряд проявлений болезни как свое естественное состояние (такие как экстатические состояния при маниакально-бредовых приступах, проявления антагонистического бреда). Пациенты склонны были расценивать ровный фон настроения как ухудшение состояния и зачастую считали, что это результат «неудачного» лечения, в связи с чем нередко прекращали принимать назначенную психофармакотерапию.

При сравнительном анализе 1 (апокалиптического) типа и 2 (эсхатологического) типа бреда конца света религиозного содержания среди больных 1 типа преобладали лица с гипернозогностическим (45,8%) и нормонозогностическим (37,5%) видами отношения к болезни. При 2 же типе среди больных преобладали гипонозогностический (58,3%) и диснозогностический (33,3%) виды отношения к своему заболеванию. Таким образом, среди 1 типа БКСРС больные более ответственно относились к своему заболеванию, чаще более аккуратно принимали поддерживающую терапию, соблюдали рекомендации специалистов. Больные 2 типа не соблюдали назначаемые рекомендации, категорически отказывались от приема поддерживающей терапии, у них был низкий уровень комплаентности к проводимому лечению, а также они часто недооценивали тяжесть своего заболевания.

Таблица 6.5 Сравнительная характеристика отношения к болезни пациентов с бредом конца света религиозного содержания при шизофрении.

Варианты отношения к болезни	Типы БКСРС						Итого	
	1 тип (апокалиптический)				2 тип (эсхатологический)			
	1.1 подтип		1.2 подтип					
	n	%	n	%	n	%	n	%
		26	43,3	22	36,7	12	20,0	60
нормозогнозический	10	38,5	8	36,4	1	8,3	19	31,7
гипозогнозический	1	3,8	2	9,1	7	58,3	10	16,7
гипернозогнозический	12	46,2	10	45,5	0	0	22	36,7
диснозогнозический	3	11,5	2	9,1	4	33,3	9	15,0
$\chi^2 = 27,327 ; p=0,0001$								

Таким образом, на основании проведенного исследования были выработаны основные подходы к терапии больных с бредом конца света религиозного содержания при шизофрении.

1. В качестве ведущего подхода к терапии данной группы больных является психофармакологический, основной целью которого является купирование острой психотической симптоматики.
2. Терапия и выбор оптимального вида оказания помощи (в рамках стационарного или амбулаторного лечения) для пациентов с бредом конца света религиозного содержания при шизофрении должны проводиться с учетом типоспецифических особенностей БКСРС, в связи с высокой остротой психотического состояния, низким уровнем комплаентности проводимому лечению у ряда больных, а также с выраженностью различных форм девиантного поведения, таких как ауто- и гетероагрессия.
3. Ведущим подходом к терапии данной группы больных является психофармакологический, основной целью которого является купирование острой психотической симптоматики.

4. Назначение рациональной психофармакологической терапии больных с бредом конца света религиозного содержания должно проводиться с учетом типологических особенностей данного симптомокомплекса, индивидуальных соматоневрологических, алергологических особенностей данной группы пациентов.
5. Терапевтическая тактика ведения пациентов с бредом конца света религиозного содержания должна включать в себя комплексный подход, в состав которого входят как психофармакологические, так и различные психотерапевтические стратегии, что дает возможность провести социальную и трудовую адаптацию больных с БКСРС.
6. Применяемые психотерапевтические стратегии должны учитывать ценностно-смысловые ориентиры, а также религиозное мировоззрение пациентов с бредом конца света религиозного содержания как один из ведущих факторов персонифицированной помощи больным данной когорты.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Изучение тематики бреда конца света религиозного содержания (БКСРС) с точки зрения психопатологии берёт свое начало еще с начала XX века [Binet-Sangle C., 1910] и в настоящее время продолжает быть актуальным, являясь тематикой ряда исследований [Bentall R.P., 2010; Koenig H.G., 2018; Dein S., 2020], что обусловлено распространенностью БКСРС, сложностью его диагностики, а также социальной значимостью девиантного поведения при данном виде бреда.

В ряде исследований отмечается неоднозначное влияние религиозного фактора на течение психических заболеваний. Так было выявлено, что в ряде случаев данный фактор обуславливает более прогрессивное течение заболевания [Самсонов И.С. 2021; Bhavsar V., Bhurga D., 2008; Corveleyn J., 2009], а в других случаях способствует преодолению психопатологической симптоматики и улучшению социальной адаптации [Мелехов Д.Е., 1991; Слоневский Ю.А., 2015; Пашковский В.Э., 2017; Борисова О.А., Копейко Г.И., 2017; Каледа В.Г., 2017].

В настоящее время в литературе отсутствуют данные, описывающие условия формирования психопатологии, феноменологии и типологии бреда конца света религиозного содержания при шизофрении, а также не разработаны подходы к терапии БКСРС, что определяет предмет настоящего исследования.

Целью проведенного исследования являлось изучение психопатологических особенностей состояний с бредом конца света религиозного содержания при шизофрении, детальный анализ разновидностей течения заболевания, условий формирования, прогностических критериев, а также разработка оптимальных терапевтических и психотерапевтических тактик ведения больных. Исследования проводились на базе отдела юношеской психиатрии (руководитель – д.м.н., профессор В.Г. Каледа) в группе особых форм психической патологии (руководитель – к.м.н. Г.И. Копейко) ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» (директор – д.м.н. профессор Т.П. Ключник) с 2019 по 2022 гг.

Всего было изучено 109 больных (65 мужчин, 44 женщины), у которых был выявлен бред конца света религиозного содержания при шизофрении (F20 по

МКБ-10). Средний возраст больных на момент начала заболевания составлял $32,1 \pm 5,8$ лет. Были задействованы следующие методы обследования: клинико-психопатологический; клинико-катамнестический; психометрический (PANSS; PSP, Шкала выраженности религиозности Р. Докинза, Шкала религиозности Г. Олпорта); экспериментально-психологический; статистический. Все больные, включенные в выборку, составили две группы - клиническую и катамнестическую. Длительность катамнестического наблюдения составила не менее 10 лет (средняя длительность - $12,7 \pm 3,2$ года).

При сравнительном анализе клинической и катамнестической групп больных по таким характеристикам, как возраст на момент возникновения БКРС, длительность доманифестных состояний, распределение по полу, преморбидный склад личности, уровень образования, социальной и трудовой адаптации, статистически значимых различий не было выявлено ($p > 0,05$), что позволило экстраполировать полученные данные на всю выборку.

При проведении настоящего 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 БКРС 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 различных клинико-психопатологических особенностей БКРС вышеописанные различия позволили выделить два основных типа: **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.

При 1 типе (83 больных, 76,1%) у больных в клинической картине доминировали идеи конца света в рамках острого чувственного бреда. В связи со сложностью и неоднородностью структуры данного симптомокомплекса были выделены два подтипа, отличавшихся остротой симптоматики, длительностью и последовательностью этапов чувственного бреда, на которых с наибольшей яркостью проявлялся БКСРС, преобладанием моно- или политематичности бредовых расстройств: 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, отмечался выраженный бредовой аффект.

При данном подтипе по преморбидному складу личности преобладали больные сенситивного шизоидного (58,1%) и психастенического (16,3%) склада. Инициальный этап заболевания продолжался от полугода до 4 лет.

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, в основе которого находились бредовые идеи персекуторного содержания: больные замечали знаки наступающего конца света, воспринимали их как специально для них предназначенные. На этапе бреда инсценировки у пациентов возникало ощущение, что окружающая реальность являлась 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.

При данном подтипе наиболее часто встречалось течение заболевания по типу «клише» (34,3%), а также регрессиентное течение (23,5%). В большинстве случаев (34,3%) негативные расстройства были представлены слабо выраженными нарушениями эмоционально-волевой сферы (15–21 баллов по субшкале негативных расстройств PANSS). Манифестации психотического состояния предшествовал этап биполярных аффективных расстройств длительностью от 7 месяцев до 6 лет, которые при данном подтипе были представлены в основном циклотимоподобными расстройствами в виде стертых тоскливо-апатических, адинамических, дисфорических депрессий без существенных нарушений сна и аппетита. Состояния с данным подтипом БКРС наблюдались преимущественно в структуре повторных приступов. Средний возраст развития данных состояний составлял $34,1 \pm 3,3$ года.

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. Среди пациентов 1.1 подтипа преобладали лица с гипернозогнозическим видом отношения к болезни (46,2%), которые считали, что болезнь – это кара Бога за их грехи, и нормонозогнозическим (38,5%), при котором они считали, что их состояние - это болезнь, которую необходимо пройти как испытание, посылаемое им Богом. Пациенты с данным подтипом в большинстве случаев имели высокую социально-трудовую адаптацию. Наибольшее количество занимали лица, сохранившие трудоспособность на исходном уровне (52,9%). При этом подтипе БКРС у больных 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. В этих случаях этапы бреда значения и инсценировки отличались транзиторностью, неразвернутостью и непродолжительностью. Наиболее выраженные проявления психоза, наглядность и острота бредового поведения выявлялись уже на этапе формирования антагонистического бреда, быстро переходящего в фантастический с элементами острой парафрени, и последующим развитием кататоно-онейроидных состояний, когда проявления БКСРС становились наиболее выраженными.

Среди 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 и был представлен преимущественно аффективной разновидностью, выражающейся в усугублении биполярных аффективных расстройств, а также паранойяльным вариантом.

Бредовые расстройства развивались достаточно остро. Этап бреда значения характеризовался тем, что больные придавали символическое значение всем происходящим событиям, поведению незнакомых людей. Бредовые идеи были нестойкими, непоследовательными, быстро усложнялись бредом инсценировки с чувством «подстроенности» в окружающей обстановке, 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 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 концом света на земле. 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. Таким образом, симптомокомплекс бреда конца света религиозного содержания данного подтипа протекал клинически с более глубоким поражением психической деятельности, вплоть до онейроидно-кататонических расстройств. Аффективные нарушения появлялись за длительное время до манифестации заболевания и длились в течение 1-3 лет. У больных отмечались биполярные циклотимоподобные аффективные расстройства, в картине которых имели место атеннуированные бредовые идеи отношения. Приступы данного подтипа БКСРС были преимущественно манифестными. Средний возраст возникновения составлял $28,1 \pm 3,41$ года.

При этом подтипе апокалиптического бреда имели место проявления гетероагрессии, импульсивного поведения, которые являлись социально-опасными и были обусловлены состояниями кататонического возбуждения или неадекватным поведением при нарушении сознания. Реже, по бредовым мотивам, с целью спасения мира, они наносили себе несуицидальные самоповреждения или совершали суицидальные 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 нормонозогностическим (36,4%), при котором отмечалась полноценная критика к имеющимся психическим расстройствам. У больных данного типа 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 1.2 подтипа БКСРС с преобладанием наглядно-образного бреда воображения в большинстве случаев можно было оценить как «относительно неблагоприятные» (38,9%), «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. Заболевание с эсхатологическим типом БКСРС включало в себя сочетание признаков приступообразного и непрерывного течения шизофренического процесса, при этом отмечалось формирование острых психотических приступов с различной фабулой бредовых расстройств на фоне высокосистематизированного бреда конца света религиозного содержания.

По преморбидному складу при эсхатологическом типе БКСРС наиболее часто встречались личности с шизоидными чертами характера (50,0%), преимущественно гипертимные (26,9%) а также стеничные (19,2%). Длительность инициального этапа составляла от 5 до 10 лет.

В развитии 2 (эсхатологического) 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. Данный этап развивался постепенно, в течение нескольких лет.

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 резко осознавали, 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. Наряду с бредовой интерпретацией прошлых событий характерным на этом этапе развития БКСРС являлось проявление так называемого «кривого мышления», то есть паралогического нарушения мышления.

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, начинали считать себя «избранными», пророками. Систематизация бреда происходила благодаря появлению новых уточнений и построений. При 2 (эсхатологическом) типе БКРС в большинстве случаев течение заболевания являлось непрерывным (85,7%).

Параллельно развитию интерпретативного бреда, у больных данного типа возникали транзиторные психотические состояния с острым чувственным бредом. Содержание бреда при этих состояниях также носило религиозный характер (одержимости, греховности, величия), но в них отсутствовали идеи, связанные с концом света. Таким образом, при эсхатологическом типе БКРС имело место сочетание непрерывного и приступообразного течения шизофренического процесса. Негативные расстройства постоянно нарастали на протяжении всего катamnестического периода, и в 57,1% определялись как умеренно выраженные (22–28 баллов по субшкале негативных расстройств PANSS). При 2 типе среди больных преобладали гипонозогностический (58,3%) тип отношения к болезни, при котором пациенты полагали, что подобные состояния может испытывать любой верующий человек, и диснозогностический (33,3%), характеризующийся тем, что больные, не отрицая самого факта заболевания, считали ряд проявлений болезни как свое естественное состояние. Достаточно часто среди пациентов данного типа (64,3%) отмечалось выраженное снижение уровня трудоспособности. В 21,4% случаев трудоспособность была стойко утрачена с последующей необходимостью оформления инвалидности по психическому заболеванию. 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%).

Стоит отметить, что в рамках 1 (апокалиптического) типа бреда конца света религиозного содержания больные более адекватно относились к своему заболеванию, аккуратно принимали поддерживающую терапию, соблюдали рекомендации специалистов. Больные 2 (эсхатологического) типа уклонялись от

назначаемых рекомендаций, часто полностью отказывались от приема поддерживающей терапии, не были комплаентными к проводимому лечению, критика к своим переживаниям у них практически полностью отсутствовала.

В ходе проведения сравнительного патопсихологического анализа когнитивной сферы были выявлены важные различия в структуре и динамике когнитивных нарушений в зависимости от выделенных типов бреда конца света религиозного содержания, дифференцированных по основным 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 1 (апокалиптическим) и 2 (эсхатологическим) типами. Для психометрической оценки, в соответствии с подходом, разработанным M.F.Green с соавт. (2000) и G. Foussias, G. Remington, (2010), для анализа выраженности расстройств мышления были выбраны такие параметры шкалы PANSS, как: П-1, П-2, П-5, П-6, 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 выбранным шкалам PANSS. 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 (эсхатологическим) типом БКРС. Полученные в ходе проведенного патопсихологического анализа результаты свидетельствуют о более сильном изменении функций когнитивной сферы у больных с доминированием интерпретативных бредовых расстройств в клинической картине (2 тип). 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 на доманифестном этапе и на этапе катамнестического наблюдения. 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 бреда конца света религиозного содержания были обнаружены типоспецифические статистически значимые различия ($p < 0,05$). Было выявлено, что 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 ($p < 0,05$) 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 церковные обряды, в 47,4% — внутренней, при которой для больных религия определяла их образ жизни). При этом среди религиозных пациентов 31,1% являлись слабыми теистами, неуверенными 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 на этапе ремиссии, в целом 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 (апокалиптического) типа БКРС 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». Агностики и атеисты различных степеней среди пациентов 1 типа бреда конца света религиозного содержания встречались нечасто.

Больные, относящиеся к эсхатологическому типу БКРС 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 БКРС в большинстве случаев сохраняли прежний вектор религиозной ориентации, а также относительно высокую степень выраженности религиозности. Пациенты же со 2 (эсхатологическим) 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 религиозный фактор у этой группы пациентов чаще всего имел патологические черты.

Полученные результаты дают повод к исследованию описанных характерных особенностей религиозного фактора у изученных пациентов в рамках особенностей типоспецифического развития клинической картины, а также доказывают значимость исследования религиозного фактора в целом.

В ходе дальнейшего изучения данного симптомокомплекса были разработаны основные подходы к назначению терапии для больных с бредом конца света религиозного содержания при шизофрении. Терапевтическая тактика при лечении больных с БКРС представляла собой комплексный подход, включающий в себя психофармакологические и психотерапевтические методики с целью создания оптимальных возможностей сохранения последующего социального и трудового функционирования. Было выявлено, что

психотерапевтическая 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 пациенты с бредом конца света религиозного содержания представляют достаточно высокую социальную опасность как для самих себя, так и для окружающих. При этом ряд больных имел низкую приверженность к терапии, в связи с чем необходимо было проводить амбулаторное консультирование. Ведущим терапевтическим подходом при лечении таких пациентов на любом из этапов терапии являлся психотерапевтический метод. Назначение ПФТ проводилось с учетом типоспецифических особенностей бреда конца света религиозного содержания при шизофрении.

Психотерапевтические методы включали в себя особенности и специфику религиозного контекста у пациентов с бредом конца света религиозного содержания 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 пациентов с бредом конца света религиозного содержания при шизофрении 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, на основании проведенного исследования были выработаны основные подходы к терапии больных с бредом конца света религиозного содержания при шизофрении. Терапия пациентов с БКСРС должна проводиться в условиях стационара в связи с высокой остротой

психотического состояния, а также с выраженностью различных форм бредового поведения.

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.

Таким образом, в результате проведенного исследования были выявлены значительные различия между апокалиптическим и эсхатологическим типами БКРС: ведущим психопатологическим расстройством в клинической картине при 1 типе был острый чувственный бред, в то время как при 2 типе - интерпретативный; выраженность остроты психотических расстройств была выше у больных с апокалиптическим типом, тогда как у пациентов с эсхатологическим типом БКРС заболевание имело тенденцию к постепенному нарастанию патологической симптоматики с меньшей степенью выраженности психотических расстройств; при эсхатологическом типе бред конца света был более систематизирован; у больных с апокалиптическим типом в большинстве случаев заболевание протекало по типу «клише», также отмечалась прогрессивная разновидность течения, тогда как эсхатологическому типу БКРС был более свойственен непрерывный тип течения. При 1 типе БКРС больные причиняли вред своими непосредственными действиями, вызванными бредовыми построениями, а при 2 типе они индуцировали своими бредовыми идеями окружающих, провоцируя их на неадекватное поведение, которое по своей социальной значимости было более важным, нежели действия самого больного. Пациенты 2 типа БКРС гораздо позже попадали в поле зрения специалистов, не были настроены на лечение, отказывались от приема лекарств, в отличие от пациентов 1 типа; при апокалиптическом типе БКРС был выявлен больший уровень социально-трудовой адаптации, нежели при эсхатологическом типе, а также у больных 1 типа исход заболевания был более благоприятным.

По итогам проведенного исследования были получены результаты, которые позволяют четко дифференцировать психотические состояния с религиозным

контентом при шизофрении. Впервые был выявлен такой самостоятельный симптомокомплекс, как бред конца света религиозного содержания при шизофрении. Вышеописанные клинико-психопатологические характеристики и типологическая дифференциация данного симптомокомплекса позволяют ответить на ряд вопросов, возникающих в рамках проблем дифференциальной диагностики, определения закономерностей течения шизофрении с бредом конца света. Были выделены два типа БКСРС, апокалиптический и эсхатологический, отличающиеся механизмами бредообразования, разновидностями течения и вариантами исхода. Также были определены специфические для данного синдрома терапевтические стратегии, как на этапах стационарного лечения, так и на этапе дальнейшего амбулаторного наблюдения. Разработанные терапевтические стратегии включали в себя не только психофармакологическое лечение, но различные конфессионально-ориентированные реабилитационные копинг-стратегии, значимость которых подчеркивали некоторые исследователи [Полищук Ю.И. с соавт., 2010; Двойнин А.М., 2016; Копейко Г.И. с соавт., 2018].

Полученные в ходе проведенного исследования результаты подтверждают высокий уровень социальной опасности и девиантного поведения пациентов с бредовыми расстройствами религиозного содержания, на который указывали ряд современных авторов [Гримсолтанова Р.Э., 2013; Reeves R.R., Liberto V., 2006].

Выделенные особенности психопатологической картины и характеристики течения болезни, в рамках которого развивались состояния с бредом конца света при шизофрении, в целом соответствуют имеющимся в литературе данным о закономерностях течения шизофрении [Каледа В.Г., 2010; Lauronen E., 2007; Moreno-Kustner B., 2018; Hafner H., 2019], а также во многом сходятся с позициями исследователей, занимавшихся вопросами религиозной психопатологии. [Пашковский В.Э., 2010, 2011; Копейко Г.И. с соавт., 2016., Каледа В.Г. с соавт., 2017]. Они отражают менее благоприятное течение шизофрении при наличии бреда конца света религиозного содержания, а также высокую частоту встречаемости различных форм девиантного поведения с аутоагрессивными и гетероагрессивными поступками.

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, 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 наглядно-образного 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, 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 не религиозного содержания. В большинстве наблюдений данные приступы являлись повторными. После купирования острой психотической симптоматики идеи конца света полностью не редуцировались, а в ряде 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 варианта течения (22,4%), преобладание «относительно благоприятных» (36,7%) и «относительно неблагоприятных» (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 двух 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 встречались течение по типу «клише» (47,1%), а также регрессивное (23,5%), с незначительной выраженностью негативных расстройств, с достаточным уровнем социальной и трудовой адаптации, 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, с низким уровнем социальной и трудовой адаптации, преобладанием «относительно неблагоприятного» (38,9%) и «относительно благоприятного исхода» (33,3%) заболевания.

3.2. При 2 типе БКСРС 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 БКСРС 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 БКСРС 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, нарастающими негативными расстройствами. При оценке степени выраженности религиозности (по Р.Докинзу) на момент катамнестического 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 социо-реабилитационных 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 и 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 1 (апокалиптический) и 2 (эсхатологический) типы бреда 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. Основные подходы к терапии пациентов с БКСРС, разработанные в проведенном исследовании, позволяют оптимизировать специализированную помощь как на этапе стационарного лечения, так и при амбулаторном наблюдении.

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, 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 наблюдалось 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 сокращений и условных обозначений

BLIPS - Brief Limited Intermittent Psychotic Symptoms

PANSS - Positive And Negative Symptom Scale

PSP - Personal and Social Functioning Scale

БКРС - бред конца света религиозного содержания

ВАК - Высшая аттестационная комиссия

ВОЗ - Всемирная организация здравоохранения

ВУЗ - высшее учебное заведение

МКБ -10 - Международная классификация болезней 10 пересмотра

НЦПЗ - Научный центр психического здоровья

ПНД - психоневрологический диспансер

ПТУ - профессиональное техническое училище

СИОЗС - селективный ингибитор обратного захвата серотонина

СИОЗСиН - селективный ингибитор обратного захвата серотонина и норадреналина

ТЦА - трициклические антидепрессанты

ЭСТ - электро-судорожная терапия

Список литературы

1. Алфимова, М. В. Русскоязычная версия краткой шкалы жизнестойкости / М. В. Алфимова, В.Е. Голимбет // Социальная и клиническая психиатрия. – 2012. – Т. 22. – № 4. – С. 10-15.
2. Ануфриев, А. К. О психопатологии начальных проявлений бредообразования / А.К. Ануфриев // Независимый психиатрический журнал. – 1992. – № 1-2. – С. 14-24.
3. Арутюнова, А. Ю. Асоциальное поведение личности: определение понятия, сущность / А.Ю. Арутюнова, Ю.С. Еремина // Экономические и гуманитарные исследования регионов. – 2013. – № 5. – С. 5.
4. Байкова М. А., Меринов А. В. Влияние веры в Бога на аутоагрессивный профиль и клинико-психологические характеристики студентов старших курсов ВУЗа //Религиозность и клиническая психиатрия. Материалы Первой Московской международной конференции, 20-21 апреля 2017 года: сборник научных трудов. – 2017. – С. 100.
5. Бархатова, А.Н. Особенности юношеского эндогенного приступообразного психоза с кататоническими расстройствами в структуре манифестного приступа / А. Н. Бархатова // Психиатрия. – 2005. – № 3. – С. 38–44.
6. Башмаков, О.В. Религиозно-мировоззренческие установки в профессиональной деятельности психиатров. / О.В. Башмаков, Г.Д. Семенихин // Материалы Первой Московской Международной конференции. - 2017 - С. 105–107.
7. Борисова, О. А. Опыт конфессионально-ориентированной реабилитационной работы с психическими больными, основанной на анализе их религиозного мировоззрения / О.А.Борисова, В.В. Гусев, Т.Г. Дробашенко [и др.] // Консультативная психология и психотерапия. – 2010. – Т. 18. – № 3. – С. 176-187.
8. Борисова, О. А. Клинические особенности доманифестных состояний у больных эндогенными аффективными психозами / О.А.Борисова // Журнал неврологии и психиатрии им. СС Корсакова. – 1989. – Т. 89. – № 4. – С. 67-72.
9. Борисова, О. А. Нейробиологический подход к изучению религиозно-мистических переживаний / О.А. Борисова, Г.И. Копейко, Т.В. Малевич // Психиатрия. – 2015. – № 1. – С. 39-43.

10. Борисова, О. А. Патологическая религиозность у больных с психическими заболеваниями / О.А. Борисова, Г.И.Копейко // Психиатрия и религия. – 2019. – С. 11-23.
11. Борисова, О. А. Проблемы психосоциальной реабилитации психически больных с религиозным мировоззрением / О.А.Борисова // Психиатрия. – 2016. – № 1. – С. 127-134.
12. Борисова, О.А. Спектр патологической религиозности у больных с эндогенными психическими заболеваниями. / О.А. Борисова // Материалы Первой Московской Международной конференции.- 2017. – С. 111-119.
13. Бровченко, К.Ю. Особенности религиозного поведения у больных шизофренией с религиозно-мистическими переживаниями. / Ю.К. Бровченко // Материалы Первой Московской Международной конференции.- 2017. – С. 120-124.
14. Бутковский, П. А. Душевные болезни, изложенные сообразно началам нынешнего учения психиатрии в общем и частном, теоретическом и практическом содержании доктором медицины Петром Бутковским. Часть первая. / П.А. Бутковский. – 1834.
15. Варавикова, М.В. Приступообразная шизофрения с преобладанием бреда воображения / М.В. Варавикова. М.; - 1994.
16. Вербенко, В.А.. Этнические особенности тематического содержания бредовых идей у пациентов с первым психотическим эпизодом / В.А. Вербенко, Д.А. Убейконь, А.А. Убейконь // Таврический журнал психиатрии. - 2016. - №2. – С. 75.
17. Вертоградова, О. П. Психопатологические аспекты острого бреда / О.П. Вертоградова // Вопросы общей психопатологии. – 1976. – №2. – С. 63.
18. Войновская, О.А. Методологические проблемы дифференциации нормальной и патологической религиозности / О.А. Войновская // Таврический журнал психиатрии. - 2010. - №14 – С. 78-83.
19. Вроно, М. Ш. Шизофрения в детском и пубертатном возрасте / М. Ш. Вроно // Руководство по психиатрии. – 1983. – Т. 1. – С. 355-372.
20. Голубев, С. А. Отдаленные этапы юношеской шизофрении (клинико-психопатологические, патогенетические и прогностические аспекты): дисс. ... докт.мед.наук / С.А. Голубев. М.; – 2022. – 339 с.

21. Голубев, С.А. Особенности длительного течения юношеской шизофрении (клинико-катамнестическое исследование) / С.А. Голубев, В.Г. Каледа // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски. – 2020. – Т.120. - №6-2. – С. 23-30.
22. Гримсолтанова, Р. Э. Психология воздействия религиозных учений и тоталитарных культов на личностные особенности в контексте различных психологических подходов / Р.Э. Гримсолтанова // Северо-Кавказский психологический вестник. – 2013. – № 4. – С. 19-23.
23. Двойнин, А. М. Религиозность и духовность как психологические категории: к проблеме изучения / А.М. Двойнин // Социально-экономические и технические системы: исследование, проектирование, оптимизация. – 2016. – № 5. – С. 74-83.
24. Залевский, Г.В. Фанатизм как проблема духовного здоровья личности и общества. Сообщение 1. Психоисторическая характеристика / Г.В.Залевский // Сибирский психологический журнал. – 2007. - №26. – С. 67.
25. Зейгарник, Б.В. Очерки по психологии аномального развития личности / Б.В. Зейгарник, Б.С. Братусь // Изд-во Моск. ун-та. - 1980. – 156 с.
26. Зислин, И.М. К вопросу о фабуле, сюжете и тематике бреда. / И.М. Зислин, Е. Резников // Неврологический вестник. – 2017. – Т. 49. - №3-с. – С. 85-91.
27. Змановская, Е.В. Структурно-динамическая концепция девиантного поведения / Е.В. Змановская // Вестник ТГПУ. – 2008. - №2. – С. 7-15.
28. Каледа, В. Г. Доманифестный этап юношеских эндогенных приступообразных психозов и проблема выявления факторов риска их манифестации/ Каледа В. Г., Омельченко М. А., Сергеева О. Е [и др.]. // XVI Съезд психиатров России. Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием; Психиатрия на этапах реформ: проблемы и перспективы. – 2015. – С. 969.
29. Каледа, В. Г. Закономерности течения и исхода приступообразных эндогенных психозов, манифестирующих в юношеском возрасте (катамнестическое исследование) / В.Г. Каледа // Журнал неврологии и психиатрии им. СС Корсакова. – 2008. – Т.108. - №9. - С. 11-23.
30. Каледа, В. Г. Особенности доманифестного этапа эндогенного психоза с первым приступом в юношеском возрасте / Каледа В. Г., Мезенцева, О. Е., Крылова, Е. С [и др.] // Журнал неврологии и психиатрии им. СС Корсакова. – 2012. – Т. 112. – № 5. – С. 22-28.

31. Каледа, В.Г. Аутоагрессивное поведение в подростково-юношеском возрасте: клинико-психопатологические аспекты, терапевтические и социореабилитационные стратегии / Каледа В.Г. Крылова Е.С. // Дети. Общество. Будущее. – 2020. – С. 237-240.
32. Каледа, В.Г. Духовность и религиозность в контексте клинической психиатрии. / В.Г. Каледа // Материалы международной конференции.- 2022. – С. 10-21.
33. Каледа, В.Г. Клиника и течение шизоаффективного психоза юношеского возраста (клинико-катамнестическое исследование). дисс. ... канд.мед.наук: 14.00.18 / Каледа Василий Глебович. М.; 1998. – 275 с.
34. Каледа, В.Г. Религиозный бред при юношеском эндогенном приступообразном психозе / В.Г. Каледа, У.О. Попович, Н.В. Романенко [и др.] // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2017. – Т. 117. – № 12. – С. 13–20.
35. Каледа, В.Г. Религия и психиатрия: проблема взаимоотношения в трудах отечественных психиатров / В.Г. Каледа, У.О. Попович, Н.В. Романенко // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова – 2018. – Т. 118. – № 6. – С. 69–77.
36. Каледа, В.Г. Субъективное отношение к болезни и психотерапевтические стратегии при первом психотическом приступе у юношей/ В.Г. Каледа, М.А. Маричева, А.Н. Бархатова [и др.] // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2013. – Т. 113. - №10. – С. 23-28.
37. Каледа, В.Г. Юношеский эндогенный приступообразный психоз (психопатологические, патогенетические и прогностические аспекты первого приступа): дисс. ... докт.мед. наук/ Каледа Василий Глебович - М.; 2010. – 356 с.
38. Калинин, В. В. Мозговая асимметрия и психопатологическая симптоматика Попытка нейропсихиатрического подхода // Функциональная межполушарная асимметрия / В.В. Калинин М.: Научный мир. – 2004. – С. 546-570.
39. Кондратьев, Ф.В. Сравнительная характеристика бредовых фабул религиозного содержания за последние 100 лет / Ф.В. Кондратьев, Ю.А. Лащнина // XIII съезд психиатров России: материалы съезда. – 2000. – С. 56.
40. Кондратьев, Ф.В. Формирование зависимого расстройства личности у лиц, вовлеченных в деструктивные религиозные секты. / Ф.В. Кондратьев, Н.В. Бондарев // Судебная психиатрия. Расстройства личности. – 2006. – С. 121-130.

41. Копейко, Г. И. Клинико-психопатологические особенности бреда одержимости при шизофрении / Г.И. Копейко Г. И, О.А. Борисова, Е.В. Гедевани // материалы Первой Московской международной конференции. – 2017. – С. 20-21.
42. Копейко, Г. И. Особенности психопатологии и феноменологии бреда одержимости религиозного содержания при шизофрении / Г.И. Копейко, О.А. Борисова, Е.В. Гедевани // Журнал неврологии и психиатрии имени СС Корсакова. – 2018. – Т. 118. – № 4. – С. 30-35.
43. Копейко, Г. И. Религиозные копинг-стратегии в реабилитации психически больных / Г.И. Копейко, О.А. Борисова, О.Ю. Казьмина. // Психиатрия. – 2016. – № 2. – С. 40-49.
44. Копейко, Г.И. Особенности психопатологии и феноменологии бреда одержимости религиозного содержания при шизофрении / Г.И. Копейко, О.А. Борисова, Е.В. Гедевани // Журнал неврологии и психиатрии им. СС Корсакова. – 2018. – Т. 118. – № 4. – С. 30–35.
45. Копейко Г. И. Религиозная вера и религиозный бред / Г. И. Копейко, И. С. Самсонов // Психическое здоровье и религиозный мистический опыт. – 2020. – С. 123-132.
46. Корсаков, С. С. Курс психиатрии. Изд. 2-е. / С.С.Корсаков – 1901. – 692 с.
47. Корсакова, Н. К. Нейропсихологический подход к изучению процессов адаптации / Н.К. Корсакова, И.В. Плужников // Наследие А.Р. Лурии в современном научном и культурно-историческом контексте: К. – 2012. – С. 70-92.
48. Личко, А. Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. /А.Е. Личко / Л.: Медицина. – 1983. – 208 с.
49. Логутенко, Р. М. Суицидальное поведение больных шизофренией с религиозным бредом / Р.М. Логутенко, П.Б. Зотов // Академический журнал Западной Сибири. – 2011. – № 4-5. – С. 54-54а.
50. Маричева, М.А. Психосоциальная терапия в комплексном лечении больных с первым приступом юношеского эндогенного психоза: дисс. ... канд.мед.наук /М.А. Маричева. М.; – 2014. – 189 с.
51. Мелехов Д. Е. Болезнь Гоголя //Руководство «Психиатрия и вопросы душевной жизни». М. – 1991. – с 23-28.

52. Минаков А.А. Религиозное сознание и формирование внутренней картины болезни в психиатрии. / А.А. Минаков // Материалы международной конференции. - 2017. – С. 190-195.
53. Мосолов, С. Н. Сравнительная эффективность и переносимость длительного применения рисперидона, кветиапина, оланзапина и галоперидола у больных с впервые выявленной шизофренией / С.Н. Мосолов, И.И. Четвертных, В.В. Калинин [и др.] // Социальная и клиническая психиатрия. – 2007. – Т 17. – №. 1. – С. 41-46.
54. Наджаров, Р. А. Формы течения шизофрении / Р.А. Наджаров // Шизофрения М.: Медицина. – 1972. – С. 16-76.
55. Носачев, Г.Н. Психотерапевтический метод: религиозная модель и религиозность. / Г.Н. Носачев, И.Г. Носачев // Материалы Первой Московской Международной конференции.- 2017. – С. 204-208.
56. Омельченко, М.А. Юношеский эндогенный психоз с маниакально-бредовой структурой первого приступа./ М.А. Омельченко/ дисс. ... канд.мед./ М.; – 2011. – 243 с.
57. Пантелеева Г. П. О вялотекущей шизофрении с клиническими изменениями психастенического типа/ Г.П. Пантелеева // Журнал неврологии и психиатрии им. СС. Корсакова.- 1965.- Т.65.- №11. – С.1690-1698,. – 2012. – Т. 14. – № 1. – С. 23-29.
58. Пантелеева, Г. П. Гебоидная шизофрения./ Г.П. Пантелеева, М.Я. Цуцульковская, С.Б. Беляев // – АМН СССР. – М.: Медицина. - 1986. – 191 с.
59. Пашковский, В. Э. Религиозно-мистические состояния как психиатрическая проблема / В.Э. Пашковский, И.М. Зислин // Социальная и клиническая психиатрия. – 2005. – Т. 15. – №1. – С. 81-88.
60. Пашковский, В.Э. Психические расстройства с религиозно-мистическими переживаниями / В.Э. Пашковский // Краткое руководство для врачей // СПб.: Издательский дом СПбМАПО. - 2007.- 144 с.
61. Пашковский, В.Э. Психопатологические аспекты религиозно-архаического бреда / В.Э. Пашковский // Психическое здоровье. – 2010. – С. 77-84.
62. Пашковский, В.Э. Религиозно-архаический бредовой комплекс: психопатология, нозологическая принадлежность, терапевтическая динамика: автореф. дисс. ... докт.мед.наук / В.Э. Пашковский. М.; – 2011. – 36 с.

63. Пашковский, В.Э. Семиотический анализ бреда / В.Э. Пашковский // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М.Бехтерева. – 2017. №3. – С. 15-22.
64. Полищук, Ю. И. Фактор духовности в психиатрии и психотерапии / Ю.И. Полищук, З.В. Летникова // Психическое здоровье. – 2010. – Т. 8. – № 3. – С. 57-61.
65. Полищук, Ю.И. Психические расстройства, возникающие у людей, вовлеченных в деструктивные религиозные секты / Полищук Ю.И. // Обзор психиатрии и медицинской психологии. Краткое руководство для врачей. – 1995. – №3. – С.14-20.
66. Полищук, Ю.И. Религиозность и клиническая психиатрия: обзор научной конференции с международным участием / Ю.И. Полищук // Российский психиатрический журнал. – 2017. – №3. – С. 66-69.
67. Попович, У.О. Ипохондрический бред в структуре приступов юношеского эндогенного приступообразного психоза (клинико-психопатологические, клинико-патогенетические и прогностические аспекты) дисс. ... канд. мед. наук / У.О. Попович. М.; – 2015. – 215 с.
68. Попович, У.О. К вопросу о патологической религиозности в контексте клинической психиатрии / У.О. Попович, Н.В. Романенко, В.Г. Каледа // Психиатрия. – 2020. – Т 18. – №. 4. – С. 114–126.
69. Портнов, А. А. Психозы и религия./ А.А. Портнов, М.И. Шахнович // Рипол Классик. - 2013. – 104 с.
70. Рассказова, Е. И. Разработка русскоязычной версии опросника когнитивной регуляции эмоций / Е.И. Рассказова, А.Б. Леонова, И.В. Плужников // Вестник Московского университета. Серия 14. Психология. – 2011. – № 4. – С. 161-179.
71. Рубинштейн, С. Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике. Приложение (стимульный материал)/ С.Я. Рубинштейн – 2004. – 168 с.
72. Румянцев, А.О. Атенуированная психотическая симптоматика в структуре юношеской депрессии (клинико-психопатологические аспекты) / А.О. Румянцев, М.А. Омельченко, В.Г. Каледа // Российский психиатрический журнал. – 2018. – №1.- С. 61-70.
73. Рутковская, Н.С. Суицидальное поведение и религиозность у пациентов психиатрического стационара. / Н.С. Рутковская // Материалы Первой Московской Международной конференции.- 2017. – С. 242-245.

74. Рыбаков, Ф.Е. Влияние культуры и цивилизации на душевные заболевания / Ф.Е. Рыбаков // Труды психиатрической клиники императорского Московского университета – М. – 1914. -№2. – С. 183-192.
75. Самохвалов, В. П. Психиатрия и постмодернизм: из прошлого в будущее / В.П. Самохвалов // Неврологический вестник. – 2016. – Т. 48. – № 4. – С. 64-66.
76. Самсонов, И. С. Клиническая типология и прогноз синдрома овладения религиозного содержания при шизофрении / И.С. Самсонов, Г.И. Копейко, О.А. Борисова [и др.] // Психиатрия. – 2020. – Т. 17. – № 4. – С. 15-24.
77. Самсонов, И. С. Психопатологические особенности и клинико-типологическая дифференциация синдрома овладения религиозного содержания при шизофрении / И.С. Самсонов, В.Г. Каледа // Психическое здоровье. – 2021. – № 2. – С. 10-20.
78. Самсонов, И.С. Психопатология и клиника синдрома овладения религиозного содержания при шизофрении: дисс. ... канд.мед.наук / И.С. Самсонов. М.; - 2021. – 241 с.
79. Сербский, В. П. Психиатрия. Руководство к изучению душевных болезней / В. П. Сербский // М.: СМИК им. Н.И. Пирогова. – 1912. – 654 с.
80. Сергеева, О.Е. К вопросу о выявлении в подростково-юношеском возрасте группы высокого риска манифестации эндогенных психозов (психопатологические и молекулярно-генетические аспекты) / О.Е. Сергеева, В.Г. Каледа, В.Е. Голимбет. // Психиатрия. – 2014. - №3. – С. 59-59а.
81. Сидоров, К.Р. Методика Дембо-Рубинштейн и её модификация / К.Р. Сидоров // Вестник Удмуртского университета. Серия «Философия. Психология. Педагогика». – 2013. – № 1. – с. 40-42.
82. Сикорский, И. А. Основы теоретической клинической психиатрии с кратким очерком судебной психологии. / И.А. Сикорский/ – 1910. – 702 с.
83. Слоневский, Ю. А. Религиозный контекст как фактор выбора интегративных принципов организации консультативно-диагностической и реабилитационной работы психолога в клинике эндогенных психозов часть 1/ Ю.А. Слоневский // Современная терапия в психиатрии и неврологии. – 2015. – № 2. – С. 16-36.
84. Смулевич А. Б. Расстройства личности и соматическая болезнь (проблема ипохондрического развития личности) / А.Б. Смулевич, Б.А. Волель // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2008. – Т. 108. – №5. – С. 4–12.
85. Сосланд А.И. Удовольствие от Апокалипсиса / А.И. Сосланд // Логос. - 2000. - №3,4. - С. 108-115

86. Тиганов, А.С. Шизофрения / А.С. Тиганов // В книге: Психиатрия. Руководство для врачей под общей редакцией А.С. Тиганова . – М.: Медицина,- 2012. – Т. 1. – с. 443-637.
87. Тихонов, Д.В. Особенности становления ремиссии после первого психотического приступа, перенесенного в юношеском возрасте (мультидисциплинарное исследование): дисс. ... канд.мед.наук: 14.01.06 /Д. В. Тихонов Д.В. - М.; – 2020. – 219 с.
88. Фролов, Б.С. Система оценки и прогнозирования психического здоровья при массовых психиатрических обследованиях. / Б.С. Фролов // Л., ВМА – 1982. – 62 с.
89. Хохлов, Л. К. Религия, ментальность, психическое здоровье / Л.К. Хохлов, Б.Н. Кузнецов, А.А. Шипов [и др.] // Ярославский педагогический вестник. – 1999. – № 1-2. – С. 167-176.
90. Циркин, С. Ю. Дифференциальная диагностика состояний с бредом воображения / С.Ю. Циркин // Актуальные вопросы психиатрии и наркологии: Тезисы докладов IV съезда психиатров и наркологов Пермской обл. – 1991. – С. 15-16.
91. Цуцуйковская, М.Я. К проблеме прогноза приступообразной шизофрении, начавшейся в подростковом и юношеском возрасте / М. Я. Цуцуйковская, В.А. Михайлова, С.А. Извольский // Журнал неврологии и психиатрии. – 1978. - №5. – С. 728-738.
92. Цуцуйковская, М.Я. Клиника и дифференциальная оценка некоторых психопатологических синдромов пубертатного возраста / М.Я. Цуцуйковская, Г.П. Пантелеева // Проблемы шизофрении детского и подросткового возраста. - М.,- 1986. - С. 13-28.
93. Allport, G. W. The religious context of prejudice / G.W. Allport // Journal for the scientific study of religion. – 1966. – Vol. 5. – №3. – P. 447-457.
94. Andreasen, N. C. Remission in schizophrenia: proposed criteria and rationale for consensus / N.C. Andreasen, W. T. Carpenter Jr, J.M, Kane [et al.]. // American Journal of Psychiatry. – 2005. – Voll. 162. – № 3. – P. 441-449.
95. Arterburn, S. Toxic Faith: experiencing healing from painful spiritual abuse. / S. Arterburn, J. Felton // Water Brook Press. – 2001. – 169 P.
96. Bartocci, G. Recent advances in cultural and transcultural psychiatry / G. Bartocci // WPA-TPS Newsletter. – 2006. - №21. – P. 24-29.

97. Bell, V. Derationalizing delusions / V. Bell, N. Raihani, S. Wilkinson // *Clinical Psychological Science*. – 2021. – Vol. 9. – № 1. – P. 24-37.
98. Benedict, P.K. Socio-cultural factors in schizophrenia. / P.K. Benedict // In Bellack, L., ed. *Schizophrenia: A review of the syndrome*. Oxford, U.K.: Logos. -1958, - P. 694-729
99. Bentall, R.P. Delusions and other beliefs. In L. Bortolotti (Ed.) *Delusions in Context* / R.P. Bentall // Palgrave Macmillan. – 2010. – P. 67-95
100. Berrios, G. E. Cotard's delusion or syndrome?: a conceptual history / G.E. Berrios, R. Luque // *Comprehensive psychiatry*. – 1995. – Vol. 36. – № 3. – P. 218-223.
101. Bhavsar, V. Religious delusions: finding meanings in psychosis / V. Bhavsar, D. Bhurga // *Psychopathology*. – 2008. – Vol. 41. – № 3. – P. 165-172.
102. Binet-Sangle, C. *La folie de J'esus. Tome 1* / C. Binet- Sangle // Paris, A. Maloine. – 1910. – 372 P.
103. Bleuler, E. *Руководство по психиатрии* / E. Bleuler // Независимая психиатрическая ассоциация. – 1993. – 542 P.
104. Bovet, P. *Schizophrenic Delusions: A Phenomenological Approach* / P. Bovet, J. Parnas // *Schizophrenia Bulletin*. – 1993. - №19. P. 579-597.
105. Bull, M. *Apocalypse theory and the Ends of the World* / M. Bull // Oxford, Blackwell. – 1995. – 297 P.
106. Combs, D. *The Conviction of Delusional Beliefs Scale: Reliability and validity*/ D. Combs, S. Adams, C. Michael, [et al.] // *Schizophr Res*. – 2006. - №86. – P. 80-88
107. Connell, A. Religious delusions in a Xhosa schizophrenia population / A. Connell, L.Koen, D.Niehaus, [et al.]. // *Journal of religion and health*. – 2015. – Vol. 54. – №. 5. – P. 1555-1562.
108. Cook C. C. H. *Psychiatry in scripture: sacred texts and psychopathology* / C.C. H. Cook // *The Psychiatrist*. – 2012. – Vol. 36. – № 6. – P. 225-229.
109. Cook, C.C. H. Religious psychopathology: the prevalence of religious content of delusions and hallucinations in mental disorder / C.C. H. Cook // *Int J Soc Psychiatry*. – 2015. №61. - P. 404-425
110. Corveleyn, J. Religious delusion in psychosis and hysteria. *Changing the Scientific Study of Religion: Beyond Freud?* / J. Corveleyn // Springer, Dordrecht – 2009. – P. 85-109.

111. Darwin, H. Belief in conspiracy theories. The role of paranormal belief, paranoid ideation and schizotypy / H. Darwin, N. Neave, J. Holmes // *Personality and individual differences*. – 2011. – Vol. 50. – № 8. – P. 1289-1293.
112. Dawkins, R.D. The god delusion / R.D. Dawkins // *Transworld*. – 2006. – 426 P.
113. De Martino, E. Apocalissi culturali e apocalissi psicopatologiche / E. De Martino // *Nuovi argomenti*. – 1964. - №68-71. – P. 105-141.
114. De Martino, E. La fine de el mondo. Contributo all’analsi delle apocalissi culturali. / E. De Martino – 1977. – 673 P.
115. Deering J. The End-Of-The-World Delusion: How Doomsayers Endanger Society / J. Deering. // *iUniverse*. - 2012. – 172 P.
116. Dein, S. Apocalyptic suicide. / S. Dein, R. Littlewood // *Mental Health, Religion & Culture*. – 2000. - №3. P. 109-114.
117. Dein, S. Covid-19 and the Apocalypse: Religious and Secular Perspectives / S. Dein // *Journal of Religion and Health*. – 2021. - №60. - P. 5-15
118. Dein, S. COVID-19, mental health and religion: an agenda for future research/ S. Dein, K.Loewenthal, C. A. Lewis, [et al.]. // *Mental Health, Religion & Culture*. - 2020. - №23. – P. 1-9
119. Demaitre, L. Piera Borradori. ‘Mourir au monde: Les lepreux dans le pays de Vaud (XIIIe-XVIIe siècle)’ Book review / L. Demaitre // *Bulletin of the History of Medicine, Baltimore*. – 1994. - №68. – P. 150.
120. Dias, E. The Apocalypse as an ‘Unveiling’: What Religion Teaches Us about the End Times / E. Dias // *New York Times*. – 2020.
121. Doering S. Predictors of relapse and rehospitalization in schizophrenia and schizoaffective disorder / S. Doering, E. Muller, W. Kopcke [et.al] // *Schizophrenia bulletin*. – 1998. – Vall. 24. – № 1. – P. 87.
122. Draguns, J. G. Cultural influences upon psychopathology: Clinical and practical implications /J.G. Draguns // *Journal of Social Distress and the Homeless*. – 1995. – Vol. 4. – № 2. – P. 79-103.
123. Drinnan, A. Deconstructing delusions: a qualitative study examining the relationship between religious beliefs and religious delusions / A. Drinnan, T. Lavender // *Ment Health Relig Cult*.- 2006.- №9. – P. 317-331

124. Dudek, A. Evolution of religious topics in schizophrenia in 80 years period / A. Dudek, M. Krzystanek, K. Krysta [et al.] // *Psychiatria Danubina*. – 2019. – №31. – P. 524-529.
125. Ellens, J. H. Apocalyptic as delusion: A psychoanalytic approach / J.H. Ellens // *Interpreting 4 Ezra and 2 Baruch*. – 2014. – P. 197-209.
126. Feldman, H. Die magisch-mystischen wahngedanken schizophrener / H. Feldman // *Confinia Psychiatrica*.- 1966.- №9. P. 20-34.
127. Fenton, W. S. Essential fatty acids, lipid membrane abnormalities, and the diagnosis and treatment of schizophrenia/ W.S. Fenton, J. Hibbeln, M. Knable // *Biological psychiatry*. – 2000. – Vol. 47. – № 1. – P. 8-21.
128. Flurry, G. Coronavirus: Fears fourth seal of apocalypse broken as Bible warning of pestilence unfolds / G. Flurry // *The Express*. – 2020.
129. Foussias, G. Negative symptoms in schizophrenia: avolition and Occam's razor / G. Foussias, G. Remington // *Schizophrenia bulletin*. – 2010. – Vol. 36. – №2. – P. 359-369.
130. Francis, L.J. Introducing the new indices of religious orientation (NIRO): Conceptualization and measurement / L.J. Francis // *Mental health, religion and culture*. – 2007. – Vol. 10. – № 6. – P. 585-602.
131. Fusar-Poli, P. Improving outcomes of first-episode psychosis: an overview/P. Fusar-Poli , P.D. McGorry, J.M. Kane // *World psychiatry*. – 2017. – Vol. 16. – № 3. – P. 251-265.
132. Gearing, R.E. Association of religion with delusions and hallucinations in the context of schizophrenia: implications for engagement and adherence. / R.E. Gearing, D. Alonzo, A. Smolak [et al.]// *Schizophr. Res*. – 2011. №137. - P. 150-163.
133. Getz, G.E. Frequency and severity of religious delusions in Christian patients with psychosis / G.E. Getz, D.E Fleck, S.M. Strakowski // *Psychiatry Res*. – 2001. – T. 103. - №1. – P. 87-91.
134. Glock, C.Y. On the study of religious commitment / C.Y. Glock// *Religious Education*. – 1962. –№57. - P. 98-110.
135. Green, M. F. Neurocognitive deficits and functional outcome in schizophrenia: are we measuring the “right stuff”? / M.F. Green, R.S. Kern,D.L. Braff [et al.]. // *Schizophrenia bulletin*. – 2000. – Vol. 26. – № 1. – P. 119-136.

136. Hafner, H. From Onset and Prodromal Stage to a Life-Long Course of Schizophrenia and Its Symptom Dimensions: How Sex, Age, and Other Risk Factors Influence Incidence and Course of Illness / H. Hafner // *Psychiatry J.* – 2019. – 15 P.
137. Haro J. M. The Schizophrenia Outpatient Health Outcomes (SOHO) study: 3-year results of antipsychotic treatment discontinuation and related clinical factors in Spain / J.M. Haro, J. Alonso, M. Bousoño [et al.] // *European psychiatry.* – 2008. – Vol. 23. – № 1. – P. 1-7.
138. Howard, P. Why did it happen? Religious explanations of the “Spanish” flu epidemic in South Africa / P. Howard // *Historically Speaking.* - 2008.- №9. - P. 34-36.
139. Huguelet, P. A Randomized Trial of Spiritual Assessment of Outpatients With Schizophrenia: Patients' and Clinicians' Experience / P. Huguelet, S. Mohr, C. Betrisey [et al.] // *Psychiatric Services.* – 2011. – №1. – P. 79-86.
140. Huguelet, P. Effect of religion on suicide attempts in outpatients with schizophrenia or schizo-affective disorders compared with inpatients with non-psychotic disorders/ P. Huguelet, S. Mohr, V. Jung [et al.] // *Eur Psychiatry.* – 2007. – Vol. 22(3). – P. 188-194.
141. Jack, A. Soaring seas, forest fires and deadly drought: climate change conspiracies and mental health / A. Jack, R. Panchal // *BJPsych Bulletin.* – 2021. – Vol. 45. – № 4. – P. 210-215.
142. Jaspers, K. *General Psychopathology, Vol. 2.* / K. Jaspers // The Johns Hopkins University Press, Baltimore and London. - 1997. – 594 P.
143. Jaspers, K. Kausale und ‘verständliche’ zusammenhänge zwischen schicksal und psychose bei der dementia praecox (Schizophrenie) / K. Jaspers // *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie.* – 1913. – Vol. 14. – № 1. – P. 158- 263.
144. Jaspers, K. Zur Analyse der Trugwahrnehmungen (Leibhaftigkeit und Realitätsurteil) / K. Jaspers // *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie.* – 1911. – Vol. 6. – № 1. – P. 460-535.
145. Kaplan, H.I. Kaplan and Sadock’s synopsis of psychiatry: Behavioral sciences, clinical psychiatry / H.I. Kaplan, B.J. Sadock, J.A. Grebb // Williams. Wilkins Co. – 1994. – P. 158-226.
146. Katan, M. Schreber's Hallucinations about the 'Little Men' / M. Katan // *International Journal of Psycho-Analysis.* – 1950. – Vol. 31. – P. 32-35.

147. Kay, S.R. Positive and Negative Syndrome Scale (PANNS) Rating Manual: Social and Behavioral Sciences Documents / S.R. Kay, L.A. Opler, A. Fishbein // San Rafael. – 1987. - №13(2). – P. 261-276.
148. Klett, L. M., “Is the Coronavirus in Bible Prophecy? Pastor David Jeremiah Answers”. / L.M. Klett // The Christian Post. – 2020.
149. Knoblauch, H. Das Allgäu wird zur Sahelzone / H. Knoblauch // Psychiatische Praxis. – 2022. – Vol. 49(08). – P. 440-443.
150. Koenig H.G. Psychotic disorders. In Handbook of Religion and Health / H.G. Koenig, D. King, B. Carson // New York: Oxford University Press, - 2012. – 1169 P.
151. Koenig, H.G. Religion and mental health: Research and clinical applications / H.G. Koenig // Academic Press. – 2018. – 384 P.
152. Kool, R. Limits to Growth, environmental science and the nature of modern prophecy / R. Kool // Ecological Economics. – 2013. – Vol. 85. – P. 1-5.
153. Kovess-Masfety, V. Psychotic experiences and religiosity: data from the WHO World Mental Surveys./ V. Kovess-Masfety, S. Saha, C.C.V. Lim, [et al.] // Acta Psychiatr Scand. – 2018. - №137. - P. 306-315.
154. Kraepelin, E. Clinical psychiatry: a text-book for students and physicians // Macmillan / E. Kraepelin. – 1915. – 562 P.
155. Kraus, A. Schizophrenic delusion and hallucination as the expression and consequence of an alteration of the existential a prioris / A. Kraus // Reconceiving schizophrenia. – 2007. – P. 97-111.
156. Krzystanec, M. Religious content of hallucinations in paranoid schizophrenia / M. Krzystanec, K. Krzystof, A. Klasik [et al.] // Psychiatr Danub. – 2012. - №24. P. 65-69.
157. Kyle, R. Apocalyptic fever: End times prophecies in modern America / R. Kyle // Cascade Books. – 2012. – 390 P.
158. Laroi, F. Metacognitions in proneness towards hallucinations and delusions/ F. Laroi, M. Van Der Linden // Behaviour Research and Therapy. - 2005 - №43, P. 1425-1441.
159. Laroi, F. Associations between Delusion Proneness and Personality Structure in Non-Clinical Participants: Comparison between Young and Elderly Samples/ F. Laroi, M. Van der Linden, F. DeFruyt [et al.] // Psychopathology. – 2006. – №39. – P. 218-226.

160. Lauronen, E. Outcome and its predictors in schizophrenia-The northern Finland 1966 birth cohort /E. Lauronen, J. Miettunen, J. Veijola [et al.]. // *European Psychiatry*. – 2007. – Vol. 22. – №. S1. – P. S84-S84.
161. Lăzărescu M. The religious delusion and the “multiple realities” perspective \ M. Lăzărescu, J. Blajovan, M. Hurmuz. // *Revista Romana de Psihiatrie*.- 2016. – Vol.18. - №2. – P. 39-44.
162. Lerner, R. The Black Death and Western European eschatological mentalities / R. Lerner // *The American Historical Review*. – 1981. - №86. - P. 533-535.
163. Levenson, J.L. Clinical manual of psychopharmacology in the medically ill / J.L. Levenson, S.J. Ferrando // *American Psychiatric Pub*. – 2016. – 864 P.
164. Lukoff, D. The diagnosis of mystical experiences with psychotic features. / D. Lukoff // *J Transpersonal Psychology*. – 1985. - №17. – P. 155-181.
165. Maher, B. Delusional beliefs. In Oltmanns T., Maher B. (ed.) *Anomalous experience and delusional thinking: the logic of explanations* / B. Maher // *Chichester, New York: Wiley*. – 1988. – P. 15-33.
166. Mantyla, K. Rick Wiles: the Coronavirus is an End Times Plague Sent by God to Purge the World of Sin. / K. Mantyla // *Right Wing Watch*, - 2020.
167. McKay, R. T. Religion and delusion / R.T. McKay, R.M. Ross // *Current opinion in psychology*. – 2021. – Vol. 40. – P. 160-166.
168. Mohr, S. Delusions and hallucinations with religious content. In Huguelet P., Koenig H. *Religion and spirituality in psychiatry*./ S. Mohr, S. Pfeifer // *New York, Cambridge University Press*. – 2009. – P. 81-96.
169. Moreira-Almeida, A. Religiousness and mental health: a review. / A. Moreira-Almeida, F. Lotufo Neto, H.G. Koenig // *Brazilian Journal of Psychiatry*. - 2006; №28. – P. 242-250.
170. Moreno-Kustner, B. Prevalence of psychotic disorders and its association with methodological issues. A systematic review and meta-analyses. / B. Moreno- Kustner, C. Martin, L. Pastor. // *PLoS One*/- 2018. - №13. – P. 687.
171. Morosini, P.L. Development, reliability and acceptability of a new version of the DSM-IV Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS) to assess routine social functioning / P.L. Morosini, L. Magliano, L.A. Brambilla [et al.] // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. – 2000. – Vol. 101. – № 4. – P. 323-329.

172. Ndetei, D. M., Vadhver A. Cross-cultural study of religious phenomenology in psychiatric in-patients // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. – 1985. – T. 72. – №. 1. – P. 59-62.
173. Newberg, A. Methodological principles for research in neurotheology: Practical and philosophical implications / A. Newberg // *NeuroQuantology*. – 2010. – Vol. 8. – №. 4. – P. 28-32.
174. Pargament, K.I. Understanding and addressing religion among people with mental illness. / K/ Pargament, J. Lomax // *World Psychiatry*. – 2013. №12. - P. 26-32.
175. Pargament, K.I. APA handbook of psychology, religion, and spirituality (Vol. 1): Context, theory, and research. /K.I. Pargament, J.J. Exline, J.W. Jones // *American Psychological Association*. – 2013. – 1449 P.
176. Pargament, K.I. The many methods of religious coping: Development and initial validation of the RCOPE / K.I. Pargament, H.G. Koenig, L.M. Perez // *Journal of clinical psychology*. – 2000. – Vol. 56. – № 4. – P. 519-543.
177. Peters, E. Delusional ideation in religious and psychotic populations / E. Peters, S. Day, J. McKenna [et al.] // *British journal of clinical psychology*. – 1999. – Vol. 38. – №. 1. – P. 83-96.
178. Pies, R.W. Handbook of essential psychopharmacology. / R. W. Pies // *American Psychiatric Pub*. – 2007. – 556 P.
179. Rachman, S. J. An anatomy of obsessions. / S.J. Rachman // *Behavioural analysis and modification*. – 1978. - №2. - P. 253-278
180. Reese, G. 666 The Mark of the Beast Has Arrived / G. Reese // *Info Wars*. - 2020.
181. Reeves, R.R. Suicide associated with the Antichrist delusion. / R.R. Reeves, V. Liberto // *J Forensic Sci*. – 2006. - №51. – P. 411-412.
182. Riba, J. Psychometric assessment of the hallucinogen rating scale / J. Riba, A. Rodriguez-Fornells, R.J. Strassman [et al.] // *Drug and alcohol dependence*. – 2001. – T. 62. – №. 3. – P. 215-223.
183. Rieben, I. Thematic analysis of delusion with religious contents in schizophrenia. Open, closed, and mixed dynamics / I. Rieben, S. Mohr, L. Borrás [et al.] // *J Nerv Ment Dis*. – 2013. - №201. – P. 665-673.
184. Rip, B. Passion for a cause, passion for a creed: On ideological passion, identity threat, and extremism / B. Rip, R.J. Vallerand, M.A.K. Lafrenière // *Journal of Personality*. – 2012. – Vol. 80. – № 3. – P. 573-602.

185. Robles-García, R. History of religious delusions and psychosocial functioning among Mexican patients with paranoid schizophrenia / R. Robles- Garcia, S. Lopez-Luna, F. Paez [et al.] // Journal of religion and health. – 2014. – Vol. 53. – № 6. – P. 1622-1633.
186. Rosmarin, D. H. Spirituality, religion, and cognitive-behavioral therapy: A guide for clinicians. / D.H. Rosmarin // Guilford Publications. - 2018. – 230 P.
187. Rudalevičienė, P. Are religious delusions related to religiosity in schizophrenia? / P. Rudalevičienė, T. Stompe, A. Narbekovas [et al.] // Medicina. – 2008. – Vol. 44. – № 7. – P. 529.
188. Rudalevičienė, P. Delusions of persecution and poisoning in patients with schizophrenia: sociocultural and religious background/ P. Rudalevičienė, V. Adomaitienė, T. Stompe [et al.] // Medicina. – 2010. – Vol. 46. – № 3. – P. 185.
189. Sass, L. The paroxes of delusion: Wittgenstein, Schreber, and the schizophrenic mind. / L. Sass // Cornell University Press. – 1995. – 208 P.
190. Schatzberg, A. F. Manual of clinical psychopharmacology. Eight edition / A.F. Schatzberg, C. DeBattista // American Psychiatric Publishing. – 2015. – 795 P.
191. Schneider, K. Die psychopathischen Persoenlichkeiten / K. Schneider // Franz Deuticke. – 1950. – 150 P.
192. Schwerkoske, J.P. Self-Mutilation and Biblical Delusions: A Review / J.P. Schwerkoske, J.P. Caplan, D.M. Benfond // Psychosomatics. – 2012.- №53. - P. 327-333.
193. Sheldon, K.M. Catholic guilt? Comparing Catholics'; and Protestants'; religious motivations / K.M. Sheldon // The International Journal for the Psychology of Religion. – 2006. – Vol. 16. – № 3. – P. 209-223.
194. Siddle, R. Religious delusions in patients admitted to hospital with schizophrenia / R. Siddle, G. Haddock, N. TARRIER [et al.] // Social psychiatry and psychiatric epidemiology. – 2002. – Vol. 37. – № 3. – P. 130-138.
195. Siddle, R. The validation of a religiosity measure for individuals with schizophrenia / R. Siddle, G. Haddock, N. TARRIER // Mental Health Religion & Culture. – 2002. – №5. – P. 267-284.
196. Silva, J. A. Sorting Fact from Fiction: An Excursion into the Classification of Filicide / J.A. Silva, G.B. Leong, R.W. Weinstock [et al.] // American Journal Of Forensic Psychiatry. – 2004. – Vol. 25. – № 4. – P. 5-18.

197. Silva, J.A. Violent behaviors associated with the antichrist delusion. / J.A. Silva, G.B. Leong, R. W. Weinstock // *ASTM International*, - 1997. - №42. – P. 1058-1061.
198. Spittles, B. Better understanding psychosis: Psychospiritual considerations in clinical settings / B. Spittles // *Journal of Humanistic Psychology*. – 2020. – P. 12-14.
199. Stahl, S.M. *Stahl's Essential Psychopharmacology: neuroscientific basis and practical applications* / S.M. Stahl. // New York: Cambridge University Press, 2013. – P. 626.
200. Stetzer, E. On Christians Spreading Corona Conspiracies: Gullibility is not a Spiritual Gift. / E. Stetzer// *Christianity Today*. – 2020.
201. Strakowski, S.M. The functional neuroanatomy of bipolar disorder: a consensus model / S.M. Strakowski, C.M. Adler, J. Almedia [et al.] // *Bipolar disorders*. –2012. – №14 – P. 313-325.
202. Strassman, R. J. Dose-response study of N, N-dimethyltryptamine in humans: II. Subjective effects and preliminary results of a new rating scale/ R.J. Strassman, C.R. Qualls, E.H. Uhlenhuth [et al.] // *Archives of general psychiatry*. – 1994. – T. 51. – №. 2. – C. 98-108.
203. Strassman, R. J. Human psychopharmacology of LSD, dimethyltryptamine and related compounds / R.J. // *Fifty Years of LSD: Current Status and Perspectives on Hallucinogens*. – 1994. – P. 145-174.
204. Tempier, R. Perceived emotional support in remission: results from an 18-month follow-up of patients with early episode psychosis / R. Tempier, L. Balbuena, M. Lenprum [et al.] // *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. – 2013. – Vol. 48. – № 12. – P. 1897-1904.
205. Teppe, L. The Prevalence of Religious Coping Among Persons With Persistent Mental Illness / L. Teppe, S.A. Pogera, E.M. Coleman [et al.] // *Psychiatric services*. – 2001. – Vol. 52. – № 5. – P. 660-665.
206. Torres, P. Who would destroy the world? Omnical agents and related phenomena / P. Torres // *Agression and Violent behavior*. – 2018. - №39. – P. 129-138.
207. Toussaint, L. Religiousness and suicide in a nationally representative sample of Trinidad and Tobago adolescents and young adults / L. Toussaint, C.M. Wilson, L.C. Wilson [et al.] // *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. – 2015. – Vol. 50. – № 9. – P. 1441-1450.

208. Ungurean, G. "COVID-19, ID2020 & the Coming of Antichrist" / G. Ungurean // Rapture Ready. – 2020.
209. Varghese, J.J. Religious delusions: it's importance in psychiatry and a case report/ J.J. Varghese, S.P. Sam, R.A. Kallivayalil // Kerala Journal of Psychiatry. – 2018. - №31. – P. 525-529.
210. Vlachos, I.O. Magico-religious beliefs and psychosis. / I.O. Vlachos, S. Beratis, P. Hartocollis // Psychopathology. – 1997. - №30. - P. 93-99.
211. Voruganti, L. N. P. Going beyond: an adventure-and recreation-based group intervention promotes well-being and weight loss in schizophrenia/ L.N.P. Voruganti, J. Whatham, E. Bard [et al.] // The Canadian Journal of Psychiatry. – 2006. – Vol. 51. – №. 9. – P. 575-580.
212. Waugh, A. Autocastration and biblical delusions in schizophrenia. / A. Waugh // Br J Psychiatry. – 1986. – T. 149. - №5. – p. 656-658.
213. Wilder, J. The Incipient Schizophrenia, an Attempt at Gestalt-Analysis of Delusion / J. Wilder // American Journal of Psychotherapy. – 1959. – Vol.13. – №.3. – P. 775-778.
214. Wilson, W.P. Religion and psychoses. Handbook of religion and mental health / W.P. Wilson // Academic Press. – 1998. – P. 161-173.
215. Wohlberg, S. End Time Delusions: The Rapture, the Antichrist, Israel, and the End of the World. / S. Wohlberg // Destiny Image Publishers. - 2005. – 224 P.
216. Wunderink L. Recovery in remitted first-episode psychosis at 7years of follow-up of an early dose reduction/discontinuation or maintenance treatment strategy: long-term follow-up of a 2-year randomized clinical trial / L. Wunderink, R.M. Nieboer, D. Wiersma [et al.] // JAMA psychiatry. – 2013. – Vol. 70. – №9. – P. 913-920.
217. Yangarber-Hicks, N. Religious coping styles and recovery from serious mental illnesses / N. Yangarber-Hicks // Journal of Psychology and Theology. – 2004. – Vol. 32. – № 4. – P. 305-317.

Приложение

Наблюдение №1. 1.1 подтип с преобладанием острого чувственного бреда.

И-н А. А., 1978 г.р. (история болезни № 564), дата поступления: 12.05.2003; программист.

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

Наследственность:

Психопатологически отягощена по линии матери: двоюродный брат матери страдает шизофренией, на протяжении 40 лет наблюдается у психиатров.

Линия матери

Бабку и деда не помнит, сведений нет.

Мать (68 лет): получила среднее специальное образование швеи. По профессии не работала, занималась домашним хозяйством. По характеру открытая, общительная, заботливая.

Линия отца

О деде и бабушке сведений нет.

Отец (72 года): Получил высшее педагогическое образование преподавателя физики. Работал преподавателем в школе, в данный момент на пенсии. По общительный, целеустремленный, активный.

Пробанд: родился от первой, нормально протекавшей беременности матери, когда той было 24 года. Роды в срок, без патологии. На грудном вскармливании находился до 7 месяцев, первые шаги к 10 месяцам, первые слова к году. Часто болел простудными заболеваниями. ДДУ не посещал, до 7 лет воспитывался дома матерью, в семье был любимцем, рос в условиях гиперопеки. С раннего детства отмечается логоневроз, в связи с чем с 4х лет посещал логопедическую группу детского сада. В коллективе адаптировался легко, никогда не страдал по поводу дефекта речи. Имел нескольких близких друзей, к лидерству в коллективе не стремился. До 1988 года (10 лет) испытывал страх темноты, боялся засыпать в одиночестве, просил мать, чтобы она держала его за

руку перед сном. Травм не было, энурезом не страдал, однако до 5 лет отмечались частые дефекации, когда, заигравшись, не успевал добежать до туалета.

В школу пошел с 7 лет, в коллективе адаптировался легко, имел двух близких друзей, по характеру в этот период был спокойный, тихий, скромный. С первого класса любимым предметом стала математика, гуманитарные предметы давались хуже. При подготовке домашних заданий обращался за помощью к родителям, которые контролировали его учебу, требовали своевременного возвращения из школы. Помимо занятий посещал кружок авиамоделирования во Дворце пионеров, дома также проводил время за сборкой моделей, к шумным играм в компании сверстников интереса никогда не проявлял.

В 7 классе (1991 год, 13 лет) по совету учителей перешел в физико-математическую школу, с этого времени все силы и время отдавал математике, собираясь в дальнейшем связать с этим предметом свою судьбу. В подростковом возрасте по характеру не менялся, оставался таким же спокойным, тихим, скромным. В это время увлекался просмотром фильмов в жанре хоррор, и хотя испытывал страх к персонажам кинокартин, боялся сцен насилия, не мог заставить себя не смотреть эти фильмы. В 10 классе (1994г., 16 лет) впервые стал увлекаться религией, после того как прочел христианскую брошюру. Стал часто и подолгу читать различную религиозную литературу, разговаривать с членами семьи о вере в Бога. В этот период у пациента возникли проявления синдрома метафизической интоксикации, когда он стал задумываться о смысле своей жизни, о необходимости найти "свою" веру. Многократно разговаривал об этом с матерью, просил совета. Тогда же стал посещать храм вместе с родителями, которые освящали там куличи на Пасху. Во время пребывания в храме испытывал «светлое» чувство, радость, понял, что это правильная вера. В старших классах школы появился интерес к противоположному полу, был тайно влюблен в некоторых одноклассниц, но никогда не решался признаться в своих чувствах. В возрасте 17 лет (1995 год) закончил школу, в тот же год поступил на физико-математический факультет МГУ. С радостью принялся за учебу, легко нашел общий язык с одноклассниками, однако свободное время проводил в кругу семьи,

предпочитая пассивный отдых перед телевизором. В 1998 году (20 лет), на втором курсе, у больного впервые появились «наплывы» мыслей и образов неприятного содержания. В своем воображении рисовал сцены насилия из просмотренных им в детстве фильмов ужасов, мысленно представлял себе образы вампиров и ведьм. Тяготился данным состоянием, хотел от него избавиться. Своими переживаниями ни с кем не делился, самостоятельно пришел к выводу, что это наказание от Бога за то, что он смотрел фильмы такого содержания. С целью избавиться от «Божьей кары», с 1999 года (21 год) стал самостоятельно посещать православный храм, ходить на богослужения, общался со священнослужителями, от прихожан держался обособленно. Стал интересоваться христианскими учениями о конце света, изучал толкования на Откровения Иоанна Богослова, часто размышлял о том, что нужно будет делать, если начнут сбываться апокалиптические события. После того, как священник объяснил больному, что посещающие его неприятные образы – «от лукавого» и могут быть преодолены с помощью молитвы, стал много молиться, вычитывал все предписанные церковные правила. Постепенно появление «хульных» мыслей прекратилось, пришел к выводу, что именно посещение храма помогло ему избавиться от этой проблемы. Семья не разделяла увлечений больного религией, однако конфликтов с близкими на эту тему никогда не возникало. С 4-го курса стал совмещать обучение с работой, в НПО в качестве стажера по профилю математик-программист, с нагрузкой справлялся. В свободное время помогал родителям по хозяйству, ходил в храм. Друзей практически не имел, отношения с одногруппниками были поверхностными. В 2001 году (23 года) закончил университет с «красным» дипломом, поступил в аспирантуру, при этом продолжал работать в одном из НПО. Продолжал вести прежний образ жизни, спустя год начал посещать занятия в воскресной школе для взрослых при храме, для того, чтобы лучше разобраться в вере. С этого времени у больного появился свой «круг» общения, радовался, что наконец-то нашел друзей и единомышленников среди прихожан. Временами задумывался над тем, что ему необходимо жениться, однако никаких попыток к этому не делал, ждал, когда судьба пошлет ему спутницу жизни.

В октябре 2002 года (24 года) на работе у больного произошел конфликт с начальником из-за допущенной им ошибки. После того, как ошибка была исправлена, часто вспоминал об этом инциденте, мысленно «прокручивал» в памяти неприятный разговор с начальником, стало казаться, что начальник «косо» и осуждающе смотрит на него, а коллеги по работе считают его виновным в ошибке, плохим специалистом. В январе 2003 года (25 лет) впервые услышал внутри головы голос начальника, который осуждал его, вел с ним внутренний диалог. Ощущал, что некоторые мысли «не его». Осознал, что с ним разговаривает не начальник, а «ангел-судия», который судит его за все совершенные грехи. Несмотря на то, что ситуация выровнялась, винил себя в допущенной ошибке. С этого времени настроение постепенно ухудшалось, был подавленным, снизился аппетит, ночной сон сократился до 5-6 часов. Спустя 3 месяца стало казаться, что все происходящие с ним события уже происходили раньше, как будто по несколько раз переживает одну и ту же ситуацию, вновь мысленно «прокручивал» в памяти события ссоры с начальником. Стал также слышать «голоса» коллег по работе внутри головы, которые осуждали его, называли антихристом, пришел к выводу, что приближается Апокалипсис, и именно он виноват в скором конце света, стал считать, что коллеги по работе судят его «как на страшном суде», замечал осуждающие взгляды окружающих. Тогда же появились ощущения в теле в виде покалывания в руках и ногах, что больной расценил как то, что внутри него находится некая сущность демонического происхождения, считал, что это подтверждение того, что он антихрист. По поведению и взгляду окружающих стал понимать, кто из них попадет в рай, а кто в ад, осознал, что конец света уже начался, замечал, что окружающие делают все «на автомате, механически». Стал чаще совершать молитвы для того, чтобы предотвратить наступление конца света. Тревога стала более интенсивной, появилось желание совершить суицидальную попытку, чтобы прекратить происходящее, но не смог решиться на суицид. Возникло ощущение страха, что он уже умер, по поведению окружающих людей осознал, что они уже знают свою судьбу: так, если кто-то по работе помогал ему, то этот человек

готовится к тому, что попадет в рай, а если кто-то из коллег начитал с ним спорить, то тот попадет в ад. На высоте тревоги появилось ощущение, что на нем установлены прослушивающие устройства, при помощи которых его начальник читает его мысли, объясняя при этом, где он допустил ошибку. Рассказал о своих переживаниях родителям, по их инициативе был консультирован невропатологом, был назначен Amitriptylini 25мг на ночь. Когда по назначению специалиста сдал анализ крови, то стало казаться, что в лаборатории обнаружили не его кровь, а кровь мертвого человека. Также считал, что он уже умер, а некоторые люди вокруг казались нереальными. Принимал терапию Amitriptylini на протяжении 5 дней, состояние оставалось прежним, продолжал испытывать «наплывы неприятных мыслей»: боялся, что стал антихристом, что из-за него наступит конец света. Периодически осознавал, что, возможно, он болен, настроение в тот период становилось несколько повышенным. Когда же доминировали представления, что он антихрист, настроение становилось подавленным. Данные перепады настроения возникали по несколько раз в день. По инициативе родителей был консультирован психиатром, по направлению ПНД №13 стационарирован в клинику НЦПЗ РАМН, где находился на стационарном лечении с 12.05.2003 по 27.06.2003гг.

Психическое состояние на момент поступления: при поступлении – Выглядит соответственно возрасту, одет и причесан аккуратно. Охотно соглашается на беседу, держится свободно, речь в среднем темпе, отмечается значительный логоневроз, усиливающийся при волнении. Всесторонне ориентирован правильно. Сообщает, что около 3-х недель назад, после конфликта на работе, снизилось настроение, появилась мысль, что он является «страшным грешником» и антихристом и вызовет конец света. Эта мысль возникает в сознании помимо его воли, носит навязчивый характер. Признает абсурдность данной мысли, пытается ей противостоять, «отогнать» от себя. Рассказывает о том, что замечал, что коллеги и начальник смотрят на него с осуждением, считают пациента плохим работником. Также сообщает, что периодически слышит внутри головы голос своего начальника, который ругает его за совершенную ошибку,

ведет с ним внутренний диалог по поводу произошедшего конфликта. Говорит о том, что внутри себя ощущает демона, образ которого не может описать, считает это подтверждение того, что является воплощением антихриста и начнет конец света. Также сообщает о том, что периодически возникает ощущение, будто бы он уже мертв, а все вокруг знают, в рай или ад он попадет. Также на работе возникало ощущение, будто за ним ведется слежка со стороны начальника с целью проверки на наличие новых ошибок. Свое настроение характеризует как «переменчивое» - сниженное в то время, когда кажется, что он антихрист, и приподнятое в остальное время. Обманы восприятия отрицает, суицидальных мыслей не высказывает. Охотно соглашается на лечение, просит о помощи.

Психическое состояние в динамике: В отделении первое время сохранялся сниженный фон настроения, оставался тревожен, беспокоен, выказывал опасения по поводу своего заболевания, интересовался, излечимо ли его состояние. Постепенно фон настроения выравнился, уменьшились тревога и беспокойство. Со временем бредовые идеи отношения и вины стали возникать реже, в основном в вечерние часы и перед сном. Активно занимался в тренажерном зале, охотно общался со сверстниками, читал художественную литературу. Во время лечебных отпусков состояние оставалось стабильным. К моменту выписки настроение ровное, бредовые идеи редуцировались, строил реальные планы на будущее. Настроен на продолжение лечения в амбулаторных условиях.

Лечение при пребывании в стационаре: Trifluoperazini 60 мг, Trihexuphenidyli 6 мг, Clonazepamі 1,5 мг, Sertralini до 150 мг, Chlorprothixeni 25 мг.

Рекомендации по поддерживающей терапии: Trifluoperazini 20 мг, Trihexuphenidyli 6 мг, Sertralini 100 мг вечером.

Катамнез от 14.03.2011г: После выписки из НЦПЗ РАМН аккуратно и регулярно принимал поддерживающую терапию. Выглядел вялым, апатичным, однако возобновил трудовую деятельность на прежнем месте работы, справлялся с нагрузками в полном объеме, поддерживал доброжелательные отношения к

коллегами и начальством. Перестали возникать бредовые идеи собственной вины перед руководителем, не замечал за собой слезки и обвиняющих взглядов коллег. Свободное время проводил в основном дома с членами семьи, продолжал часто посещать церкви, читал литературу религиозного содержания, однако перестал интересоваться тематикой конца света. Иногда помогал родителям в ведении домашнего хозяйства. В 2006 году (28 лет) познакомился во время церковной службы с девушкой, стал за ней ухаживать: многократно дарил цветы, ходил с ней на свидания в кино и рестораны. Через два месяца после ухаживаний вступил с ней в близкие отношения. Также в этом году успешно защитил кандидатскую диссертацию по теоретической механике. В 2007 году (29 лет) женился, предварительно посоветовавшись с лечащим врачом о том, сможет ли он обеспечить семейную жизнь себе и жене. Отказался от приема препаратов, считал, что полностью вылечился. Сохранялись частые перепады настроения, временами выглядел пассивным, подавленным, погруженным в себя. Несмотря на это, продолжал работать в качестве старшего научного сотрудника. В 2008 году (30 лет) у больного родился сын, на месяц раньше срока, переживал за здоровье жены и ребенка. Стал тревожен, нарушился ночной сон, вновь периодически стали появляться мысли о возможном приближении конца света. В сентябре 2008 года (30 лет) ездил в рабочую командировку в Великобританию. Находясь там, стал звонить жене, говорил, что ему грустно и плохо. После возвращения сообщил ей о том, что во время прохождения границы рассказал слишком много информации о себе таможенному офицеру. Говорил о том, что «сдал» свою семью, винил себя в этом. Замечал в окружающем различные знаки и символы – число 666 и т.д., вновь стал считать, что может являться антихристом. Читал книгу «Россия перед Вторым пришествием» Сергея Фомина, находил подтверждения тому, что каждый период в истории России совпадает описанными событиями в книге. Амбулаторно обратился к врачу-психиатру, принимал Risperidoni в дозировке 4 мг/сут, через 2 недели состояние стабилизировалось, редуцировались бредовые идеи о скором наступлении конца света, вины, перестал считать, что может быть антихристом, выглядел более

спокойным, охотно занимался воспитанием сына. Через 3 месяца вновь отказался от приема препаратов.

Состояние вновь ухудшилось в мае 2009 года, когда принимал участие в важных переговорах с иностранной фирмой. Очень переживал из-за этого, вновь стал выглядеть тревожным, напряженным, нарушился ночной сон, говорил о том, что является «предателем», что его «проверяют», резко снизилось настроение. Вновь обратился к врачу, возобновил прием Risperidoni 4 мг/сут и Chlorprothixeni 25 мг/сут. Состояние улучшилось, перестал высказывать бредовые идеи, справлялся с работой. Препараты принимал регулярно до весны 2010 года, затем стал принимать их лишь эпизодически, когда возникали напряженные ситуации на работе. В конце декабря 2010 года состояние вновь ухудшилось – стал более тревожным быстро уставал, с трудом засыпал по вечерам, выглядел подавленным, напряженным. Резко снизилось настроение, ощущал, будто внутри «что-то надломилось», не сохранил крепость веры, молитвы перестали приносить облегчение. В конце января 2011 года вновь стал многократно читать Откровения Иоанна Богослова, рассказывал жене о том, что изначально он был истинно верующим, перед ним «открыта дверь для спасения» при наступлении апокалипсиса, однако сейчас потерял веру в Бога, отвергнут им, так как стал равнодушным к истине и вере, предпочел материальные ценности духовным, считал, что Москва скоро будет захвачена «иностранцами, поборниками злых сил, которые введут свои правила». Стал постоянно и многократно смотреть религиозные телепередачи, анализируя происходящие события стал понимать, что вскоре может наступить конец света С начала февраля 2011 года возобновил прием Risperidoni 4 мг/сут. Высказывал идеи вины, говорил о том, что не может достойно содержать семью, опасался, что жена с ним разведется. Считал, что поиск духовных истин не для него, стал больше увлекаться программированием. В середине февраля обратились в отдел особых форм психической патологии НЦПЗ РАМН, был назначен Zucorenthuxoli 20 мг/сут, отмечалось улучшение состояния реже высказывал идеи своей греховности, вины, однако отмечалась скованность, загруженность, с трудом вставал по утрам. К терапии был добавлен

Sertralini 25 мг/сут, без эффекта. Был проконсультирован в амбулаторном отделе НЦПЗ РАМН и стационарирован в 4-е отделение. Находился на стационарном лечении с 14.03.2011 г по 28.03.2011.

Психическое состояние при поступлении: при поступлении – охотно соглашается на беседу. Сидит не изменяя позы, моторно заторможен. Мимика бедная, выражение лица скорбное. Голос тихий, монотонный. Речь в форме монолога, однако при вопросах о своем состоянии становится трудноперебиваемым, речь становится несколько более интонационно окрашенной. Обстоятелен, навязчив с жалобами. Сообщает о выраженном снижении настроения с преобладанием тревожных опасений за будущее, мыслей о собственной никчемности и несостоятельности. Рассказывает о том, что опасается скорого наступления конца света, что периодически возникают мысли о том, что в мире скоро будет власть "поборников сил зла". Высказывает также идеи собственной греховности, что потерял веру в Бога, тот отверг его из-за множества материальных ценностей вместо духовных, сообщает, что сильно страдает из-за «плотских помыслов» в отношении жены. Обвиняет себя в неспособности продуктивно работать, содержать семью. Ночной сон с частыми пробуждениями. Суицидальные мысли не высказывает.

Психическое состояние в динамике: В отделении на фоне проводившейся терапии быстро произошло улучшение состояния, стал чувствовать себя спокойнее, выровнялось настроение. В течение недели перестал высказывать идеи собственной греховности, однако оставался обстоятельным, навязчивым с расспросами относительно своего состояния. С другими больными практически не общался, держался обособленно. Был выписан в связи с улучшением состояния и необходимостью возобновления трудовой деятельности.

Лечение, проводимое в стационаре: Quetiapini 400 мг, Fluvoxamini 200 мг, Trihexyphenidyl 4 мг, Clonazepam 4 мг.

Рекомендована поддерживающая терапия Quetiapini 400 мг ; Trihexyphenidyl 4 мг; Fluvoxamini 200 мг .

Катамнез от 14.12.2020г: После выписки в 2011 году вернулся к прежнему образу жизни, занимался воспитанием ребенка, помогал жене по домашнему хозяйству. Сохранялось нерезко сниженное настроение, часто чувствовал себя беспомощным, переживал, что не сможет достойно обеспечивать жену и сына. Рассказывал о том, что по утрам был апатичен, сложно было встать с кровати. Работал на прежнем месте работы, с трудовыми обязанностями справлялся в полном объеме. Аккуратно принимал поддерживающую психофармакотерапию, регулярно посещал амбулаторные консультации в НЦПЗ. Постепенно, в течение месяца выровнялось настроение, нивелировалась апатия. Посещал храм, часто исповедовался и причащался, строго соблюдал посты. В 2012 году работал с увеличенной нагрузкой в связи с нехваткой персонала. Вновь нерезко снизилось настроение, постоянно испытывал тревогу за то, как справляется со своими должностными обязанностями, стало казаться, что может в бытовых разговорах сказать что-то лишнее по поводу своей работы, из-за чего будет уволен или понесет судебную ответственность. Данное состояние длилось около двух недель, редуцировалось самостоятельно. В 2013 году, после ссоры с тестем на бытовой почве вновь появились «псевдовоспоминания», постоянно мысленно «прокручивал» диалоги, которые были во время ссоры. Самостоятельно увеличил дозировку Quetiapini до 800 мг/сут., постепенно состояние выровнялось. В 2014 году на фоне государственного переворота на территории Украины и боевых действий на Донбассе, нерезко снизилось настроение, появилась тревога и мысли о том, что в ближайшее время может начаться вооруженный военный конфликт между Российской Федерацией и Соединенными Штатами Америки, однако мыслей о приближающемся конце света не возникало. Также в этот период вновь появилась тревога о том, что не справляется с должностными обязанностями, опасался, что новый разработанный им прибор не будет правильно работать, считал, что подвел коллектив и начальство. Данное состояние было кратковременным, настроение выровнялось самостоятельно, нивелировалась тревога. В этот период работоспособность не снижалась, продолжал работать в должности научного сотрудника в сфере программирования, помогал жене в

бытовых вопросах, проводил время с ребенком. В 2015 году без видимой причины появилась тревога за то, что перестал справляться с работой. Нерезко снизилось настроение, стал подавленным, апатичным, жаловался на то, что по утрам не может заставить себя встать с кровати. Стали возникать навязчивые мысли о том, что придуманные им приборы не будут работать, что в разговоре с родными и врачом может сказать «лишнюю информацию», за это понесет уголовную ответственность. Данное состояние длилось около двух месяцев. В 2017 году настроение снизилось, считал, что от него «ушла благодать», не сможет придумать новых изобретений на работе, ощущал «беспроспективность» своей трудовой деятельности. Вновь стали появляться мысли о том, что он покинул филадельфийскую церковь, потерял «правильную» веру, ощущал чувство вины перед Богом. Возникла тревога, что он плохой сотрудник, появились мысли о своей несостоятельности, внешней непривлекательности, считал, что коллеги «насмеваются над ним». После коррекции схемы лечения в течение полутора месяцев состояние постепенно выравнивалось, нивелировались идеи вины перед Богом, собственной несостоятельности. Настроение колебалось от нормального до нерезко сниженного, периодически появлялась слабость по утрам. В декабре 2017 года принял решение, что нужно завести второго ребенка, по совету священнослужителя несколько раз в день читал специальную молитву о даровании ему второго ребенка. Вскоре отказался от этой идеи, так как понял, что не сможет достойно материально содержать семью. В середине 2018 года перенес оперативное вмешательство в связи с варикозным расширением вен нижних конечностей. В пред и постоперационный периоды настроение оставалось ровным, тревога не возникала. На фоне пандемии Covid-19 настроение оставалось ровным, не возникало идей о том, что может скоро наступить конец света.

Психический статус на момент осмотра от 14.05.2021: Ориентирован всесторонне верно. Входит в кабинет уверенной походкой, охотно соглашается на беседу. Одет опрятно, непритязательно. Мимика в норме, голос средней громкости, интонационно окрашен. Изредка отмечают явления логоневроза. В процессе беседы периодически меняет позу, изредка жестикулирует. Активных жалоб не

предъявляет. Подробно рассказывает о причинах предыдущих госпитализаций и нынешнем состоянии. Сообщил о том, что в 2003, а также в 2011 году у него возникали мысли о том, что начался конец света, что он является воплощением антихриста на земле, также рассказывает о том, что из-за конфликта на работе с начальством часто возникали идеи вины, считал, что все вокруг его осуждают, следят за ним через прослушивающие устройства, а также сообщил, что слышал внутри головы "голос" начальника, который обвинял его в совершенной ошибке. Настроение в данный период характеризует как ровное. Работает научным сотрудником в сфере программирования, с рабочими обязанностями справляется в полной мере. Сообщает о том, что с момента последней госпитализации в 2011 году редуцировались мысли о том, что является антихристом, приближается конец света. Также рассказывает о том, что периодически, особенно при выполнении важных рабочих заданий, резко снижается настроение, возникает тревога и опасение, что не справится с данными ему заданием. Регулярно принимает поддерживающую терапию Quetiapini 800 мг; Trihexyphenidyl 4 мг; Fluvoxamini 200 мг. Суицидальные мысли отрицает.

Анализ наблюдения: Настоящее состояние можно определить как ремиссию высокого качества после перенесенных психотических приступов с БКСРС 1 (апокалиптического) типа 1.1 подтипа (с преобладанием острого чувственного бреда).

Первый приступ манифестировал на фоне психогенной провокации (ссора с начальством из-за совершенной ошибки) и сопровождался аффективными расстройствами депрессивного полюса, постепенным формированием этапа бредового настроения с возникающими отдельными идеями отношения (замечал осуждающие взгляды коллег и руководства, пришел к выводу, что он является антихристом, и из-за него начнется конец света), стремительно присоединившимися к ним вербальными псевдогаллюцинациями преимущественно осуждающего характера (слышал внутри головы голос начальника, ругающего его). Постепенно вербальные псевдогаллюцинации приобрели множественный характер (звучали голоса коллег и начальника),

присоединился апокалиптический бред (по поведению и взгляду случайных прохожих внезапно понял, что конец света уже наступил), а также идеи воздействия (ощущал внутри себя демоническую сущность сущность). Постепенно формировался этап бреда символического значения с бредовыми идеями отношения и преследования (считал, что на нем установлены прослушивающие устройства и начальник за ним следит). Также у больного возник кратковременный этап бреда инсценировки, в котором ему казалось, что не все люди реальные, а при сборе анализов, вместо его крови нашли кровь мертвеца. Длительность данного приступа составила 8 месяцев. Повторный приступ развился спустя 5 лет, также после психогенной провокации (жена больного родила ребенка на месяц раньше срока) и характеризовался аффективными расстройствами депрессивного полюса, выраженной тревогой за здоровье жены и сына, а также апокалиптическим бредом конца света (считал себя антихристом, находил подтверждения в окружающей обстановке). Достаточно быстро, в течение нескольких месяцев к состоянию присоединились бредовые идеи вины (считал, что слишком много рассказал о себе таможенному служащему и "сдал" семью), вновь возник бред символического значения (замечал в окружающей обстановке знаки того, что грядет конец света). Последующее ухудшение возникло через 3 месяца в связи с прекращением приема поддерживающей терапии, также сопровождалось аффективными расстройствами, бредовыми идеями вины, однако идей о конце света не возникало.

В настоящее время состояние является медикаментозной ремиссией высокого качества с слабо выраженными негативными расстройствами, высокой степенью социально-трудовой адаптации. Исход данного заболевания можно расценивать как "относительно благоприятный". В состоянии периодически отмечаются нерезкие аффективные колебания предположительно депрессивного полюса, а также резидуальные идеи вины.

Доманифестный этап заболевания начался в 20 лет, когда впервые появились аутохтонные аффективные расстройства депрессивного полюса, идеями вины

(считал, что Бог наказывает его за просмотр фильмов жанра хоррор), а также синдромом метафизической интоксикации, выражавшемся в повышенном интересе к религиозной тематике, тематике конца света, а также поиску смысла жизни.

Личность больного можно охарактеризовать как сенситивный шизоидный тип, который проявлялся в страхе темноты в раннем детском возрасте, впечатлительности при просмотре фильмов, общительности только с небольшим кругом людей, выраженной старательности в учебе.

Диагноз: шизофрения параноидная с преобладанием бреда конца света религиозного содержания 1 типа. F20.00

Наблюдение №2. 1.2 подтип с преобладанием наглядно-образного бреда воображения.

Д-ва Е. В., 1980 г.р. (история болезни № 1411), дата поступления: 17.09.2005., домохозяйка.

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

Наследственность:

Психопатологически не отягощена.

Линия матери:

Сведений о бабушке и дедушке не предоставлено.

Мать, 1957 г.р. (63 года) - по характеру мягкая, отзывчивая, неконфликтная, заботливая. Получила среднее специальное образование, работала продавщицей в продуктовом магазине, в данный момент на пенсии.

Линия отца

Сведений о бабушке и дедушке не предоставлено.

Отец, 1955 г.р. (65 лет)- по характеру спокойный, доброжелательный. Получил среднее специальное образования автослесаря. Работал в мастерской, в настоящий момент на пенсии

Пробанд родилась от первой беременности матери, протекавших с токсикозом в первом триместре. Роды экстренные, на 8 месяце, путем кесарева сечения. На грудном вскармливании находилась до 7 месяцев, первые шаги к 11 месяцам, первые слова к году. Посещала ясли с 1 года, ходила туда охотно. С 4х лет посещала ДДУ, росла активной, подвижной, общительной, в коллективе адаптировалась быстро, нашла много новых друзей. Страх темноты, одиночества не обнаружено, энурезом не страдала. В семье к религии относились формально, изредка посещали церковные службы в православном Храме.

В школу пошла с 7 лет (1987г), быстро адаптировалась в коллективе, дружила со всеми детьми в классе, была активной, подвижной, целеустремленной, училась хорошо. В этом же возрасте родители пациентки развелись, развод перенесла спокойно. Через несколько лет мать повторно вышла замуж, отношения с отчимом сложились неконфликтные, спокойные. Увлекалась музыкой и пением, посещала хоровую студию. Позднее коллекционировала марки, значки и монеты. В 1991 году (12 лет) в связи со сменой места жительства, перешла в другую школу. Адаптировалась легко, однако друзей не приобрела. Менструации с 13 лет (1992 г), регулярные.

В подростковом возрасте стала считать себя некрасивой, стеснялась своей улыбки, так как считала, что у нее зубы некрасивой формы, а также находила форму своего носа непривлекательной. В школе получила прозвище «Несмеяна», подвергалась унижениям со стороны одноклассников, обижалась, переживала. Настроение в данный период было сниженным, могла подолгу рассматривать себя в зеркале, строила планы на дальнейшее улучшение своей внешности, хотела сделать операцию ринопластики. Однако переживаниями ни с кем не делилась. Настроение выравнивалось только по окончании школы (1997 год).

После окончания школы в 17 лет (1997 год) не могла определиться, какой ВУЗ выбрать, поступила в МАДИ на экономический факультет, по совету отчима, который считал данную специальность престижной. В университете адаптировалась быстро, нашла много новых друзей, перестала уделять пристальное внимание своей внешности. Училась хорошо, с интересом. В 18 лет (1998 г) узнала о смерти друга. Снизилось настроение, не хотелось жить. Появилось чувство вины за его смерть. Постепенно, в течение двух месяцев настроение выровнялось самостоятельно.

В конце 1999 года (19 лет) влюбилась в молодого человека из соседней группы ее факультета. Тогда впервые появилось ощущение эмоционального подъема, казалось, что она может «может все», стала планировать большое количество дел, казалось, что запланированные дела будут получаться. Вместе с тем, из-за невозможности сосредоточиться и сконцентрироваться, ничего не удавалось сделать. Не получалось сдавать предметы в институте, в результате чего сильно расстраивалась, переживала, это «стало морально давить». Кроме того, примерно в это же время возникла неудача в личной жизни: молодой человек, в которого была влюблена больная, сказал ей, что он нетрадиционной ориентации, была потрясена этим известием, после чего не спала всю ночь. Настроение резко снизилось, чувствовала тоску, безысходность, не могла сосредоточиться на занятиях, казалось, что потеряла смысл жизни. Вследствие данных обстоятельств, в попытке справиться с душевной болью стала читать религиозные книги (в том числе и о конце света), начала молиться и посещать храм. После молитв чувствовала, что становилось "легче", настроение несколько улучшалось. В течение последующих трех месяцев стала часто посещать церковные службы, общалась со священнослужителями. Настроение оставалось сниженным, однако перестала считать, что жизнь не имеет смысла. Стала детально изучать различные религиозные тексты, стала молиться дома утром и вечером. После рассказа священнослужителя о том, что гомосексуализм является грехом, стала считать себя грешницей, так как была влюблена в молодого человека нетрадиционной ориентации. Вновь снизилось настроение, пропало желание заниматься учебой.

Пыталась восстановить отношения с отцом, с которым не общалась около десяти лет, пыталась просить у него прощения, что не привело ни к каким результатам. Возникло ощущение, что никому не нужна. Больной стало казаться, что конец 1999г, рубеж нового года является важным рубежом жизни, рубеж конца света, что больше не будет жизни и что настанет апокалипсис. Возникло желание уйти из жизни, в молитве больная стала просить, чтобы Бог забрал ее душу, стала разбирать личные вещи для того, чтобы оставить важные вещи для «того света», одела на себя два нательных креста. Стало казаться, что мать больной- это «сатана», что дьявол говорит с больной через мать, потому что мать не ходит в церковь, не молится. Стала заставляя мать вместе с ней ходить в церковь, утверждала, что семья «неправильно живет». В храме жертвовала одежду, потому что была убеждена, что в ней нет необходимости. Не отвечала на телефонные звонки, что ее прослушивают, за ней следят, что дьявол за ней охотится. Постоянно испытывала тревогу и чувство страха за свою жизнь и жизнь матери. В подъезде дома рисунки на стенах воспринимала как «знаки», предназначенные специально для нее, читала по ним сообщения, о чем рассказала об этом матери. Чувствовала, что мать ее не понимает, считала, что та попала в какую-то секту. В то время, лежа в кровати, увидела на потолке огромное войско, стала перекрещивать их и благословлять на битву, никому не говорила об этом, потому что считала, что мать ее не поймет, будет переубеждать. Мать увидев ее состояние, в течение нескольких дней заставляла принимать успокоительные препараты обманом, утверждая, что это таблетки от головной боли, а затем вызвала бригаду СМП. Больной казалось, что трое врачей скорой помощи вовсе не врачи, а посланники дьявола. Они приехали за ней, чтобы увезти ее душу на «тот свет». Больная была госпитализирована в ПКБ№4. В институте был оформлен академический отпуск. После инъекции, сделанной бригадой СМП, больная уснула и проснувшись в больнице, считала, что попала на тот свет. Не верила рассказам женщины из другой палаты, что находится в больнице. Думала, что она на том свете, где также, как и в обычном мире. Боялась сдавать анализы, потому что не понимала, зачем это нужно. Не понимала, зачем нужно есть, если

она уже умерла. Питалась под наблюдением медицинского персонала. Позже стала делать «как все, как было принято, так как надо в этом месте», повторяла действия других, потому что не знала, как себя вести. Не понимала, чего она ждет, если уже умерла, думала, что находится в «промежуточном мире, в зале ожидания», где все ждут дальнейшего решения свыше, «как скажут свыше, так и будет». Считала, что «что-то свыше» за ней следит, наблюдает. Была убеждена, что «свыше» ей посылали особых людей для помощи: так, общаясь с соседкой по палате на религиозные темы, была убеждена, что эта девушка была послана, чтобы спасти больную. Питалась найти своих родных, уже умерших, «все время искала глаза бабушки». В отделении почти ни с кем не общалась, просила, чтобы ее оставили в покое, за исключением тех больных, кто говорил с ней о религии. Родственники передавали пациентке ее домашние вещи, что очень удивляло больную, но рационального объяснения этому она не находила, не понимала, зачем на «том свете» вещи. После того как через 2 недели к больной стала приходить мать, стала понимать, где она находится. В отделении читала книги, однако интереса к чтению она не испытывала, а читала, так как надо было чем-то себя занять. Проходила стационарное лечение в течение 6 месяцев. Была выписана 8 марта 2000 г (20 лет) с поддерживающей терапией Olanzapini 5 мг/сут. В течение 6 месяцев после выписки из больницы преобладало депрессивное настроение, чувствовала апатию, не было желания что-либо делать, и она ничем не занималась, почти все время проводила в постели, спала или просто смотрела в потолок, не поднимала трубку телефона, когда звонили подруги и знакомые. Аппетита не было, ела только потому, что «надо было» и заставляли родители. Ощущала внутреннюю пустоту. Считала, что будущего у нее нет, не хотела учиться, не понимала, для чего это нужно. В течение последующих 6 месяцев состояние постепенно нормализовалось без дополнительной терапии. Появился интерес к жизни, стала посещать вместе с матерью бассейн, аэробику. В сентябре 2000 года восстановилась в институте, учеба вновь заинтересовала, занималась с удовольствием. В июне 2003 года (23 года) по собственной инициативе прекратила прием назначенной терапии, потому что считала, что выздоровела,

что препараты угнетают ее истинное «Я». Кроме того, больную беспокоила прибавка в весе (набрала 25 кг с 60 до 85). В течение следующих двух лет (с 2003 по 2005 г) состояние было стабильное. После успешного окончания экономического факультета МАДИ в 2003 году, работала по профессии в течение двух лет в министерстве транспорта.

С февраля 2005 года из-за большой нагрузки на работе и небольшой заработной платы, больная стала задумываться об увольнении.

С 15 июля 2005 года (25 лет) в день своего рождения больная, направляясь с работы на встречу с матерью, услышала звон церковных колоколов, после чего пошла на службу, в течение длительного времени молилась, благодарила Бога, что прожила 25 лет. При этом о назначенной встрече с матерью не вспомнила. Мать, длительное время ожидала дочь в метро, от знакомой узнала, что дочь находится в церкви, где и нашла ее. После этого больная стала особенно часто посещать богослужения. Возникло ощущение, что стало тяжело жить, из-за того, что редко ходит в церковь (считала, что надо посещать храм минимум один раз в день), что необходимо чаще молиться.

В один из дней не пошла на работу, а отправилась в церковь. В конце июля уволилась с работы по собственной инициативе, из-за того, что перестала справляться с работой. Стала упорно молиться дома. Внезапно возникло ощущение, что «что-то должно случиться», несколько часов пребывала в состоянии необъяснимой тревоги, «паники». Стало казаться, что толпа людей «идет не в ту сторону», что все люди находятся не в том настроении. Увидев в окне свет от уличного фонаря, снова возникло ощущение неизбежно надвигающегося конца света. Появилось ощущение, что все вокруг заминировано, что везде заложены бомбы. Поехала к бабушке, продукты и вещи, предназначенные для бабушки, оставила как пожертвование в церкви, отдала также свой нательный крест и бабушкины старинные серебряные монеты. Появилось ощущение, что вещи и деньги ей больше не нужны, что это все лишнее, ничего материального не надо, когда будет суд Божий. Случайным

прохожим отдала свой сотовый телефон, фотоаппарат, со словами «мне это не нужно, заберите». У бабушки больная отказывалась от мясной пищи, считала, что ее искушает дьявол. Хотела навестить подругу, но забыла, где она живет. Стало казаться, что все люди идут «не в том» направлении, стала наблюдать за птицами, считала, что они помогут ей найти дорогу. Стала ходить за голубями, ходила по помойкам, подкармливала их- крошила им хлеб. Вскоре нашла дорогу к дому подруги, была убеждена, что это голуби ее вывели. У подруги приняла холодный душ с головой, читала молитвы. Ощущала тревогу, чувство страха, панику, боялась, что скоро что-то случится, постоянно думала о том, что все люди двигаются не в том направлении, боялась оставаться одна, попросила подругу проводить ее до церкви. Больной согласился помочь брат подруги, взяв деньги на маршрутное такси, больной же стало казаться, что брат взял слишком много денег, что деньги- это зло, что они не нужны. Стала приравнивать себя к птицам: «птицы, как и я, дети Божьи, зачем Божьим детям деньги? Бог все даст, что необходимо». Отказалась от помощи брата подруги. Добралась до дома без денег, говорила, что у нее их нет, предлагала водителям взамен свои личные вещи (одежду). Больную напугало, что в районе, где она находится, нет ни одной церкви, стало казаться, что район скоро взорвется, что нужно как можно скорее покинуть это место, добраться до дома. Пошла в сторону водохранилища, стало казаться, что при приближающемся конце света в воде легче умереть. В тот момент, когда больная переплывала прямо в одежде водохранилище с целью добраться до дома, утопила в воде все свои вещи, ключи от дома, икону, книгу. В районе своего дома стала чувствовать себя более спокойно, когда вокруг все родное, ощущение паники и тревоги прошло, стала чувствовать усталость, хотела спать. Все это время больная не ела, не ощущала голода, не было потребности в пище. Поскольку ключей от дома у больной не было, она долго сидела у подъезда, около 4-5 часов, ждала родителей. Рассказала матери о том, что раздавала все вещи, деньги, выкинула ключи в водохранилище. Утверждала, что ей ничего не нужно, так как она Божье дитя. Родители ругали за это, не понимали, почему и зачем она все это делала. В течение следующих 3 недель родители не выпускали

больную из дома. Пациентка много молилась, читала молитвы по 150 раз. Больная сильно похудела, связывала это с тем, что усердно соблюдала пост. Общалась со знакомыми по Интернету, в том числе там же познакомилась с молодым человеком из Санкт-Петербурга. Испытала влюбленность к своему новому знакомому, однако существенного подъема настроения не испытывала. Молодой человек в это время приехал по работе в Москву, привез пациентке картину с видом из окна его дома. У больной возникло желание увидеть пейзаж с картины в реальности, в результате чего решила уехать в Питер вместе с молодым человеком, который до последнего момента о ее решении не знал. По этому поводу возник конфликт с родителями, которые были против поездки. На вокзале смогла приобрести билет без денег и документов, по ее словам, знала данные своего паспорта наизусть, а за билет заплатил посторонний мужчина, с которым она говорила о «любви с первого взгляда» и попросила помочь с билетом. Во время поездки в поезде, стало казаться, что в этом вагоне «что-то не так», что что-то должно случиться, что все погибнут, кроме первого вагона, потому что в вагонах много курили и употребляли спиртные напитки. Уговорила своего молодого человека переместиться в первый вагон. Всю ночь разговаривала с ним, не смотря на его просьбы лечь спать. Не чувствовала усталости, утверждала, что «просто не могла спать», была возбуждена. Говорила, что все это время не чувствовала голода, не ела до следующего дня.

Каждый день пребывания в Санкт-Петербурге, проживая в квартире своего молодого человека, больная принимала холодный душ, обязательно с головой, читая при этом молитвы, считая, что это очищение от плохого, похожее на крещение, после чего становилась спокойней, проходила тревога. В момент ссоры с молодым человеком хотела выброситься из окна, объясняя это потребностью в большем внимании, чем он ей уделял для того, чтобы проверить, дорога она ему или нет. Собираясь в Москву, к родителям на выходные очень сильно расстраивалась, что уезжает. Плакала, не могла сконцентрироваться, собрать вещи в дорогу. Поругалась с молодым человеком, потому что он не приехал с работы ей помочь. Возникло ощущение, что все что происходит- это съемки

фильма. Все, что вокруг-это игра, будто она играет какую-то роль, все это не настоящая жизнь, а кинофильм. Стало казаться, что тот человек, с которым она живет, является котом из произведения Булгакова «Мастер и Маргарита». Казалось, что та квартира, в которой она все это время жила в Питере- это квартира на самом деле находится в Москве, как в произведении Булгакова. Стал одолевать страх, что она живет у сатаны в квартире. Было чувство, что попала в западню. Возникло нестерпимое желание поехать домой к родителям. Собрав вещи и деньги в доме, больная собиралась ехать на вокзал за билетами. Выйдя на улицу, попросила посмотреть соседку за вещами, чтобы подняться в квартиру за забытым паспортом. Соседка сказала, что такой квартиры в этом доме нет, после чего больная стала думать, что все, что происходило-это ее выдуманная реальность, плод ее фантазии. Соседка предложила больной отдать ненужные вещи бездомным, пациентка поехала в церковь, стала раздавать свои вещи. Решила уйти в монастырь, но не успевая на службу вновь вернулась к молодому человеку в квартиру. Больной казалось, что названия улиц «стали опасными». Встретив молодого человека, больная стала разговаривать о дальнейшем совместном будущем, попросила его пойти в ЗАГС. Больную сильно беспокоило, что он не верующий. Считала, что все друзья молодого человека «сатанинская шайка». Поэтому стала просить его сделать выбор: или он с ней, а значит и с верой в Бога или он остается неверующим и остается без нее. Для этого предложила ему поехать на святое озеро в г. Выборг, где он должен будет принять решение. На станции прошла без денег турникеты, не могла объяснить, каким образом это получилось. В ожидании поезда (около 2 часов) на вокзале, сообщила, что несмотря на то, что чувствовала усталость, уснуть не удавалось. Больная все время разговаривала, что-то рассказывала, пела. Перестало казаться, что молодой человек является котом из литературного произведения. До Выборга молодые люди не доехали- вышли раньше, на станции «Озерки», по просьбе молодого человека. У пациентки возникла идея броситься под поезд, так как молодой человек не хотел с ней дальше ехать и настаивал на возвращении домой. Больная, увидев озеро, почувствовала сильную необходимость в нем искупаться.

После того, как окунулась в озеро с головой, несмотря на запреты и протест молодого человека и темное время суток, у больной за неимением финансовых средств, возникла идея добраться до Москвы автостопом. Зайдя в ближайшее кафе, больная уснула на стуле, а молодой человек, недовольный всей сложившейся ситуацией, ушел, оставив больную одну. После этого пациентка, в течение длительного времени гуляла одна. Сообщила, что вновь стала наблюдать за птицами. Поднимала и ела хлеб, который они выронили, считала, что птицы ее кормят. Стала разговаривать с чайками, казалось, что, когда она умрет, то станет чайкой. Считала, что они должны вывести ее к дому. Двигалась по направлению полета птиц. Думала, что именно они вывели ее к станции метро в Санкт-Петербурге. Боялась ехать в метро, потому что чувствовала, что метро должно взорваться из-за приближающегося апокалипсиса. Поэтому считала, что должна добраться до дома молодого человека пешком и не поехала на метро. В течение следующего дня продолжала бродить по городу в одиночестве. Мысленно говорила с молодым человеком, ждала его, считала, что он должен вернуться к ней. Стало казаться, что слишком много людей на улице, стала переводить людей через проезжую часть, останавливая машины ладонью (знаком стоп). Казалось, что так она спасет людей от надвигающегося конца света. Стала ходить в ближайшие церкви, просила у прихожан святую воду, взяла нательные кресты от умерших людей для себя и молодого человека. Считала, что в этом поступке ее постоянно испытывал сатана. Возникло ощущение, что все происходящее является фильмом, и казалось, что она не права в своих поступках и действиях, чтобы больная исправилась и «больше так не делала».

Ввязалась в диалог с незнакомым мужчиной, в течение около 2 часов (примерно до 5 утра), который предлагал ей поехать к нему домой, от чего больная отказалась, объяснив это тем, что ждет своего молодого человека. Неожиданно больная почувствовала страх и тревогу за родителей. Стала переживать и думать, что они умерли. Стала просить прощения у окружающих за то, что она сделала в жизни не так, что виновата в чем-то, сама не понимая в чем именно. Просила прохожих ее перекрестить, считала, что это ее защитит. Поняла,

что у нее нет ничего святого, ни святой воды, ни креста. Стала молиться, раздеваться, сняла дубленку, ощущала огромную усталость и сонливость. Просила у прохожих деньги на проезд, села в метро и поехала домой к молодому человеку, но не доехав до нужной станции вышла и стала бродить по Невскому проспекту. Заходила в церковь, которая встретилась на ее пути. Несмотря на то, что была без верхней одежды, старалась не замечать холода. Зашла в католическую церковь, стала наводить порядок на престоле, служители церкви стали выгонять больную. На выходе, обратив внимание на план эвакуации при пожаре, больной стало казаться, что это план-схема ковчега и план спасения людей при апокалипсисе. Выйдя на улицу, старалась идти по этому плану. Во время прогулки появилось ощущение, что она «видит все по-другому», как будто попала в другую реальность: все не так, как должно быть. Казалось, что не все люди реальны, возникло ощущение, что начинается конец света и необходимо спасти всех людей. Казалось, что людей как крыс загоняли в метро, что кто движется в правильном направлении, обязательно спасется. Снова стала наблюдать за птицами и двигаться в направлении их полета. Бродила в течение всего следующего дня (до 9 часов вечера). Выйдя на Московский вокзал, захотела поехать домой без билета, села в поезд: проскочила в вагон, когда проводник отвернулся и спряталась. Знакомилась с пассажирами вагона. После того, как поезд тронулся и проводник понял, что у больной не было билета, было принято решение высадить больную на ближайшей станции. Пассажиры вагона стали заступаться и защищать больную, заплатили за нее половину билета и оставили у вожатого в купе. В поезде возникло ощущение, что поезд «неправильный», увидела провод в вагоне и поняла, что поезд заминирован, что вскоре взорвется. Несмотря на усталость и отсутствие сна в течение двух дней, не спала, и все время по дороге в Москву молилась. Прибыв на Ленинградский вокзал, больная села в первую попавшуюся машину, водитель подумал, что пассажирка немая, согласился довезти до метро. По дороге купил ей продукты и воду, больная всю дорогу что-то говорила, пела водителю песни, отмечала, что было соответствующее настроение для пения. В районе одной из станций метро

больная вышла из машины, стала ходить за птицами и молиться. Не помнила, как в метро пропустили без денег, добралась до дома, родители в течение 6 суток не могли найти больную, подали заявление в полицию. Первый раз за трое суток больная поела, после чего родители обратились за консультацией в НЦПЗ. Приехав на консультацию в НЦПЗ (октябрь 2005 года), больной стало казаться, что она находится во сне на телешоу, как будто в какой-то игре, типа передачи «Розыгрыш», что все подстроено, медицинские сестры в регистратуре-это переодетые актеры, что все, что происходило в последние дни- это страшный сон, что сейчас все кончится, все вещи ей вернут, подарят цветы как участнице игры. Просила у Бога вернуть время назад, чтобы проснуться от страшного сна, чтобы все происходящее кончилось, что все это была «игра дьявола».

Психическое состояние при поступлении от 17.09.2005:

Дезориентирована в месте и времени, не может назвать точной даты и место, где в данный момент находится. Считает, что все происходящее вокруг является сном, в котором она принимает участие, что все вокруг нереальное, "игра дьявола". Беседует охотно, речь быстрая, голос громкий, шутит, улыбается. При этом речь в виде монолога, трудноперебиваема. Мышление расплывчатое, склонна к соскальзываниям, нередко отвечает на вопросы не по существу, не возвращается к теме беседы даже после многократных повторений вопросов. В отношении переживаний практически недоступна, охотно говорит лишь на отвлеченные темы. Соглашается, что настроение несколько повышено, что дома вела себя странно, но объяснить это не может. Рассказывает о том, что не помнит, где находилась и что делала последние несколько дней. Сообщает, что в мире происходит конец света, однако подробно об этом ничего не сообщает, начинает читать молитву. Свое состояние считает комфортным. Критика к состоянию полностью отсутствует.

Проводимое лечение: Olanzapini 20 мг/сут, Diazepam 20 мг/сут (в течение 1 недели), Lithii Carbonatis 900 мг.

Катамнез:

После выписки из клиники НЦПЗ в декабре 2005 года чувствовала себя удовлетворительно. Принимала все рекомендованные препараты (Lithii Carbonatis 900 мг, Olanzapini 10 мг). Регулярно посещала консультации врача-психиатра. Проживала с матерью, с домашними обязанностями справлялась. Трудоустройством не занималась. В свободное время ходила на прогулки с молодым человеком, читала художественную литературу. Вскоре сообщила матери, что выходит замуж. После оформления брака уехала с мужем в Санкт-Петербург. Семейные отношения были равными. В 2009 году (29 лет) забеременела. Продолжительное время скрывала от гинеколога, что принимает психофармакотерапию. Роды в срок, путем кесарева сечения в связи с приемом психотропной терапии. Отказывалась от грудного вскармливания, в связи с приемом психофармакотерапии. С уходом за ребенком справлялась. Была тревожной, заботливой матерью. Послеродовой период сопровождался подавленным настроением, жаловалась на апатию, нежелание чем-либо заниматься. Стала с трудом справляться с уходом за ребенком, по совету матери вернулась вместе с мужем и ребенком в Москву, проживала вместе с матерью. Часто конфликтовала с родителями мужа по незначительным поводам. Несмотря на то, что не занималась уходом за дочерью, категорически отказывалась отдавать ее в детский сад, так как считала, что это «не будет полезно для ребенка». По настоянию близких посещала консультации психиатра, принимала рекомендованную терапию, состояние вскоре улучшилось, выровнялся фон настроения, стала строить реалистичные планы на будущее. С уходом за ребенком справлялась. Начала вести домашнее хозяйство, выезжать с дочерью за город, часто ходила с ней гулять, читала книги. Отдала свою четырехлетнюю дочь в танцевальную студию, до этого тщательно выбирала, какие именно виды танцев подойдут ребенку. В 2013 году повторно забеременела. Беременность и роды протекали с токсикозом на протяжении всей беременности. Роды в срок, путем кесарева сечения, в связи с приемом психофармакотерапии. В послеродовом периоде стала жаловаться на сниженное настроение, выглядела подавленной, гневливой, раздражительной, кричала на старшего ребенка за

малейшую провинность. Перестала заниматься домашним хозяйством, воспитанием детей, не справлялась с простейшими бытовыми обязанностями. Собираясь поехать вместе с мужем и детьми на отдых в Турцию, внезапно стала считать, что супруг - не ее муж, а какой-то незнакомый мужчина, которым мужа «подменили». В связи с ухудшением состояния вновь обратилась к психиатру. Принимала Aripiprazoli 30 мг/сут, Olanzapini 10 мг/сут, Oxcarbazepini 600 мг/сут с положительным эффектом. Состояние постепенно нормализовалось. Вернулась к привычным делам, с обязанностями справлялась.

Повторное ухудшение состояния в январе 2020 года, когда на фоне ОРВИ с повышением температуры до 40°C поддерживающую терапию принимала нерегулярно. С конца января 2020 года самостоятельно отменила прием поддерживающей терапии, объясняя это тем, что не видит необходимости в приеме лекарств и хочет похудеть. В течение последующей недели настроение резко снизилось, стала испытывать чувство вины за то, что перестала принимать препараты, подвела врачей, семью, стала считать себя плохой матерью. По настоянию родственников возобновила прием лекарственных препаратов. В связи с отсутствием эффекта, для дальнейшего лечения обратилась в клинику НЦПЗ.

Первичный осмотр при поступлении:

Ориентирована всесторонне верно. Выглядит соответственно возрасту. Повышенного питания, выглядит ухоженной. Одеты аккуратно, непритязательно, в спортивную одежду. Выглядит встревоженной. На беседу согласилась неохотно, в разговоре раздражительна, плаксива. Постоянно меняет положение тела, часто вскакивает с кресла, активно жестикулирует. Мимика обеднена. Темп речи ускорен. Речь разорванная, невнятная, часто перескакивает с темы на тему, не договаривая начатое предложение, не возвращается к теме разговора даже после повтора вопроса. Ответы дает не всегда в плане заданного. Считает, что причиной ее нахождения в стационаре стали проблемы со сном, так как последние две ночи не спала. Аппетит сниженный. Не довольна режимом

отделения. На вопросы о текущем состоянии раздражается, становится агрессивной, от продолжения беседы отказывается. Продуктивному контакту недоступна. Критика к своему состоянию отсутствует.

Психическое состояние в динамике:

Первое время в отделении держалась несколько обособленно, формально поддерживала контакт с соседками по палате. Оставалась плаксива, винила себя в том, что оставила детей и мужа одних, подвела мать. Неохотно отвечает на вопросы о прошлом состоянии, раздражается при более детальном расспросе. Отвечает не на все заданные вопросы, не всегда в плане заданного. Постепенно, на фоне проводимой терапии, нормализовался сон, аппетит. Настроение характеризует как нормальное. Сохраняется раздражительность при беседе с врачом, старается уклончиво отвечать на вопросы о причине госпитализации, предыдущих госпитализациях в ПКБ 4 и НЦПЗ. Создается впечатление неполной доступности пациентки. Сохраняется чувство вины за то, что перестала принимать препараты и сейчас находится в больнице, а не дома с детьми. Критика к состоянию отсутствует.

Анализ наблюдения:

Состояние на момент осмотра определяется депрессивным аффектом с выраженными идеями вины, а также нарушениями сна. Длительность настоящего состояния около трех месяцев.

Длительность заболевания около 20 лет (с 19 лет).

Заболевание манифестировало в 19 лет (1999г), острым психотическим приступом с формированием острого чувственного бреда, с явлениями бреда инсценировки, бредовыми идеями греховности, бредовыми идеями преследования (считала, что ее телефон прослушивают), идеями значения (рисунки на стене в подъезде воспринимала как предназначенные ей знаки) с присоединением в дальнейшем острых бредовых идей конца света (после 1999 года настанет апокалипсис, люди двигаются не в том направлении, а потому не

спасутся, готовилась к наступлению конца света, бригада СМП-посланники, которые забирают ее душу на тот свет). Состояние сопровождалось нарушением ориентировки в пространстве, онейрического характера (казалось, что она не в больнице, а в промежуточном мире, считала, что она уже умерла). Симптоматика редуцировалась после 6 месяцев стационарного лечения на фоне проводимой ПФТ. После перенесенного состояния сформировалась синдромальная ремиссия астенического типа с нерезким снижением социально-трудовой адаптации.

Повторное ухудшение состояния наблюдалось в 2005 году (25 лет). Началось остро, с этапа бредового настроения, с выступающими на первый план бредовыми идеями конца света (возникало ощущение, что что-то должно случиться, увидела в окне свет фонаря и поняла, что скоро наступит конец света), быстро присоединившимся к нему этапом бреда значения (следила за поведением птиц, считала, что направление, в котором идут люди является знаком наступления конца света, отсутствие церкви в районе расценила как знак того, что район скоро взорвется, курение в вагоне считала признаком того, что в нем все погибнут), трансформацией с этап бреда инсценировки и антагонистического бреда (медицинский персонал-это актеры программы «Розыгрыш», за ее душу борется сатана и силы добра), также состоянием измененного сознания онейрического характера (она находится в квартире Воланда, а ее молодой человек-кот Бегемот, считала, что находится не в стационаре а во сне, в "игре дьявола"). Состояние сопровождалось специфическим бредовым поведением (отдавала свои вещи и деньги, спрятала паспорт, переплывала водохранилище, многократно читала молитвы). В настоящее время состояние является синдромальной ремиссией астенического типа с нерезко выраженными негативными расстройствами, средней степенью социально-трудовой адаптации. Исход данного заболевания можно расценивать как "относительно благоприятный". В состоянии периодически отмечаются нерезкие аффективные колебания депрессивного полюса, идеи вины.

На доманифестном этапе заболевания, в возрасте 13 лет, обращают на себя внимание сверхценные дисморфофобические идеи (стеснялась своей улыбки, скрывала ее, считая некрасивой, не устраивала форма носа и хотела сделать ринопластику), а также биполярные аффективные расстройства, преимущественно депрессивного полюса, начавшиеся с 18 лет.

Личность больной относится к шизоидному кругу с выраженным сенситивным компонентом.

Диагноз: Шизофрения приступообразно-прогредиентная, с преобладанием бреда конца света 1 типа. F20.01

Наблюдение №3. 2 (эсхатологический) тип

Т-в С.В, 1967 г.р. (история болезни №1415), наблюдался амбулаторно; в настоящий момент не работает.

Анамнез (со слов больного, родственников и сопроводительной документации)

Наследственность:

Психопатологически отягощена сенильной деменцией матери, алкоголизмом отца, психическим заболеванием сестры.

Сестра – 57 лет, с 2005 года инвалид 2-ой группы, состоит на учете в психоневрологическом диспансере, страдает приступообразно – прогредиентной шизофренией (данных о получаемой терапии нет).

Линия матери:

Бабка – умерла в 1992 году, в возрасте 80 лет от соматической патологии. Получила среднее образование. До пенсии работала на заводе. По характеру была замкнутой, молчаливой, в то же время всегда ласково обходилась с детьми и внуками.

Дед – умер в 1992 году, в возрасте 75 лет от соматической патологии. Всю жизнь работал в правоохранительных органах, участковым полицейским. По характеру был веселым, мягким, добродушным.

Мать – 80 лет. Получила среднее образование. До пенсии работала старшим кассиром в магазине. По характеру общительная, энергичная, инициативная, лидер в семье. В 21 год вышла замуж, имеет двоих детей. В настоящее время на протяжении 3 лет страдает от сенильной деменции, не удерживает в памяти события, происходившие недавно, а также страдает нарушениями сна по типу трудностей засыпания и частых ночных пробуждений. С трудом себя обслуживает. Принимает Chlorgrothixene 25 мг/сут. Проживает с сыном.

Линия отца:

Данных о бабке нет. Известно, что дед погиб во время Великой Отечественной Войны.

Отец – умер в 1992 году, в 56 лет от внутричерепной гематомы, полученной при падении в состоянии алкогольного опьянения. По специальности водитель. Страдал запойным алкоголизмом. Находясь в состоянии алкогольного опьянения, становился раздражительным, разговаривал с членами семьи на повышенных тонах. По характеру малообщительный, пассивный, подчиняемый, во всем советовался с женой.

Пробанд – родился в 1967 году, от 2-ой беременности, роды срочные без патологии. Раннее развитие без особенностей, своевременное. По характеру был общительным, послушным, добрым, жизнерадостным. До 6 лет воспитывался дома бабушкой, так как родители не считали целесообразным посещение детского сада в раннем возрасте. В свободное время предпочитал играть с другими детьми в подвижные игры. Нравилось придумывать сюжеты для игр. Тем не менее, периодически гулял во дворе, имел круг общения, состоящий преимущественно из девочек. Эпизодов снохождения, сноговорения не отмечалось. Детских страхов не было.

По инициативе воспитывавшей его с раннего детского бабушки посещал

храм, иногда исповедовался и причащался. Бабка больного часто рассказывала о том, что в 2000 году в мире наступит конец света, периодически испытывал тревожное ощущение по данному поводу. В течение года до школы посещал детский сад, в коллективе адаптировался хорошо, общался преимущественно девочками. В школу пошел в 7 лет, адаптировался без труда, общался со всеми одноклассниками. Отдавал предпочтение гуманитарным наукам. До 7-го класса учился преимущественно на хорошо и удовлетворительно. К учебе относился прилежно. Увлекался вышиванием, вязанием крючком, много времени проводил за этим занятием, также любил готовить. У учителей был любимчиком за хорошее поведение.

В 14 лет (7 класс) изменился по характеру: стал небрежно относиться к учебе, прогуливать занятия, курить табак. Иногда употреблял алкогольные напитки вместе с одноклассниками, утратил к чему-либо интерес, инициативы ни в чем не проявлял, а пассивно следовал за другими. Также в данный период времени нерезко снизилось настроение, которое впоследствии выровнялось самостоятельно в течение месяца. После окончания 8-го класса (15 лет) принял решение поступать в поварской техникум. К учебе относился с интересом, учился преимущественно на отлично.

Кончил техникум в 18 лет с отличием. За несколько месяцев до призыва на армейскую службу работал помощником повара в одном из центральных московских ресторанов. В 1985 году (18 лет), был призван на срочную службу в армию. Был определен в войска ПВО, в часть, находившуюся в г. Харькове. Работал то поваром на кухне, то кладовщиком на продовольственном складе. С нагрузками справлялся хорошо, казенной атмосферой не тяготился. С окружающими поддерживал ровные бесконфликтные отношения, легко находил общий язык с командованием. В 1987 году, 20 лет, после демобилизации, устроился работать кладовщиком в магазин инструментов, однако быстро сменил место работы, устроившись заместителем директора продовольственного магазина, мотивируя свое решение более высокой заработной платой. С работой справлялся успешно, часто спекулировал продовольственными товарами,

перепродавая их, или обменивая на одежду. Имел широкий круг друзей и знакомых. Работая администратором, стал общаться с часто бывавшие в магазине монахами из рядом расположенного монастыря, с интересом слушал их, особенно, когда те рассказывали о возможном скором наступлении конца света. С женщинами отношения выстроить не удавалось, мешала свойственная с детства неуверенность в себе.

С 1992 года (24 года), познакомился с распространителем православной церковной литературы. С того же года начал воцерковляться. Стал постепенно постигать православные традиции. Часто посещал церковные службы, стал с увлечением читать религиозную литературу. В этот же период, часто смотрел дома телепередачи Анатолия Кашпировского, которые стал расценивать как возможный признак приближающегося апокалипсиса. Неожиданно испытал сильный страх смерти и близкого конца света, понял, что должен не допустить того, чтобы это произошло. Также осознал, что может противостоять злу, испытал на фоне этого подъем настроения. Постепенно, на протяжении нескольких месяцев, начал приходить к выводу, что мир существует в предапокалиптическое время. Активно, многократно, обсуждал данную тематику со своими знакомыми из монастыря, подробнейшим образом расспрашивал их по поводу конца света, находил еще больше подтверждений тому, что в скором времени настанет конец мира.

В январе 1992 года, вместе с сотрудниками отмечал в загородном пансионате свое 25-летие. Отмечая день рождения, употреблял крепкие алкогольные напитки. Помнит, что внезапно потерял сознание. Очнувшись, обнаружил, что лежит запелёнатый в мокрые простыни на кровати, напротив него сидит хозяин пансионата, осознал, что тот является «экстрасенсом», «колдуном». Ощущал, словно находится под его «колдовским воздействием», «на духовном уровне вел брань с соперником», испытывал желание взять нож и убить его. Чувствовал тревогу, страх, внезапно понял, что евреи хотят его убить с тем, чтобы принести в жертву, как Авраама. Решил, что если смерть неизбежна, нужно умереть «ради русского народа». Дал Богу обет, что если выживет, то уйдет в монастырь. Также

видел две стрелы, исходящие из глаз соперника, хозяина пансионата – «ненависти и злобы». Внезапно увидел, что потолок исчез и перед взором предстало сияние «необыкновенной красоты с солнцем и луной», похожее на лучи от феерверка, которое надвигалось на него, поглотило тело полностью, не мог определить, в каком месте он находится. Со слов больного, в таком состоянии находился около 3-х дней, на протяжении которых не всегда мог определить, где находится, назвать точную дату и время суток, не запоминал разговоры со своими друзьями. Был тревожным, напряженным, испытывал чувство приближающейся опасности. Постепенно восстановилась ориентация в пространстве и времени, стал спокойнее, несколько снизилась тревога. Покинув пансионат, продолжал испытывать тревогу, а также недоумение по поводу происшедшего.

Вернувшись домой, на следующий же день, уволился с работы, и, чтобы исполнить данное Богу обещание, отправился в один монастырь, со служителями которого был знаком до этого. Сразу был принят в монастырь, т.к. пришел туда по обету, и определен келарем (хозяйственно-административная должность в монастыре). После приема в монастырь тревога исчезла. Не сообщил о своем решении и уходе родителям, которые в течение месяца не знали о его местонахождении. Звонил иногда матери, говорил, что с ним все хорошо, и клал трубку. В обязанности больного как келаря входило: закупка продуктов и руководство работой трапезной. На кухне стал считать себя начальником, постоянно критиковал работниц, высказывал свое недовольство. Считая, что они готовят плохо, много делал лично. Считал, что «келарь – второе лицо в монастыре после наместника», стремился завоевать уважение настоятеля, всячески проявлял инициативность в плане обеспечения монастыря все необходимым. Ощущал подъем настроения с увеличением активности. Сон и аппетит не менялись. В течение дня в основном был поглощен работой на кухне, нравилось проведение праздников, увлеченно готовился к организации праздничных трапез. Религиозную литературу почти не читал, молился мало, так как, не хватало времени. В течение лета 1992 года умерли бабка и дед по линии матери и отец больного. Лично занимался организацией похорон. Несмотря на то, что на

протяжении лета трижды пришлось хоронить близких родственников, настроение в тот период оставалось ровным. Сон и аппетит не менялись. Осенью того же года, вновь стал задумываться о возможном приближении конца света, обсуждение которого было весьма популярно в монастырской среде. Читая откровения Иоанна Богослова, внезапно пришел к выводу, что конец света неизбежен, что он может наступить в любой момент. Стал находить в книгах религиозной литературы, телепередачах, газетах и журналах подтверждение того, что грядет конец мира. Так, например, ссылаясь на предсказание Серафима Саровского о наступлении апокалипсиса в 1992 году, которое прочел в одном из журналов религиозной направленности. Считал, что Россия – единственная страна, которая еще не окончательно подверглась влиянию богоборцев, которые должны будут поддерживать сатану. В тоже время, стал считать, что противники церкви уже проникли в ее пределы. По этому поводу возобновились тревога, внутреннее напряжение. Настроение в этот период было сниженным, однако с рабочими обязанностями справлялся в полном объеме. Однако считал, что сможет в будущем противостоять злу, как во время просмотра телепередач Кашпиоровского, включающих в себя сеансы гипноза, мог сопротивляться гипнотическому влиянию. Вспомнил, что во время службы в армии единственный не поддался гипнотическому воздействию практикующего в госпитале психотерапевта. На фоне этого сниженное настроение сменилось нерезко повышенным, стал более деятельным, активным.

В декабре 1992 года, на фоне сохраняющегося повышенного настроения, с целью угодить наместнику, с которым сблизился, принял решение отдать свою квартиру монастырю, о чем стало известно матери больного. Поменял в квартире замок, отдал ключи наместнику. В ответ на возражения матери настаивал на своем решении, говоря, что «я ушел из той жизни и возвращаться не собираюсь». После устроенного матерью скандала в монастыре, было принято решение оставить квартиру в собственности больного. В дальнейшем продолжал работать келарем на кухне. Периодически испытывал колебания настроения от слегка повышенного

с усилением активности до ровного, продолжительностью до недели. Сон и аппетит не менялись.

В августе 1994 года (27 лет), за две недели до пострига, стал испытывать неприятное трудноописуемое ощущение по всему телу, сравнимое с жаром, горением. Вышеописанное ощущение сопровождалось нарастающей тревогой, предчувствием, словно должно произойти что-то ужасное. Нарушился сон, стал страдать бессонницей на протяжении всей ночи, продолжительностью до 3-5 суток. После монашеского пострига настроение постепенно, в течение недели выровнялось.

В начале сентября того же года был направлен в паломническую поездку в Иерусалим. Продолжал испытывать неприятное трудноописуемое ощущение, словно все тело горит, а также тревогу, которая стала нарастать после прилета в Израиль. По-прежнему страдал от нарушений сна в виде периодически возникающей бессонницы на протяжении всей ночи, продолжительностью до 5 суток. Настроение в период поездки резко колебалось в течение дня от сниженного с преобладанием тревоги и плаксивости, до повышенного с преобладанием благодушия. Тогда, по его словам, ощущал «Божью Благодать» в виде приятного запаха, якобы исходящего от его рясы. Внезапно в течение дня периодически стал видеть в лицах приехавших с ним монахов, проступающие «звериные черты», что вызвало страх, недоумение. Свободное время проводил за чтением православной религиозной литературы. Особенное внимание уделял описанию Апокалипсиса и пришествию антихриста. Размышляя над своим состоянием, через несколько дней внезапно пришел к выводу, что может являться пророком Илией. Кроме священнослужителя ни с кем не делился переживаниями. Стали нарастать тревога и внутренняя напряженность. Был убежден в том, что в скором времени ему, как описано в Библии, предстоит сражение с антихристом. Во время перелета в Москву стало казаться, что они летят на остров к антихристу, испытывал сильный страх, ожидал, что что-то должно случиться. Когда оказался в аэропорту Москвы, испытал облегчение, которое сопровождалось значительным снижением интенсивности тревоги и внутреннего напряжения, а также прочих

вышеописанных переживаний. В тоже время, не покидало осознание того, что является пророком Илией, а также чувство приближения конца света.

По возвращении в монастырь отмечались колебания настроения от сниженного с преобладанием немотивированной тревоги до повышенного, во время которого чувствовал беспричинную радость и благодушие. Сон был нарушен, мог не уснуть на протяжении всей ночи в течение нескольких суток. Считал, что данное состояние является испытанием после пострига. Думал о своем предназначении, о конце света, считал, что должен не допустить его, что может противостоять злу. В этот период по рекомендации настоятеля монастыря, обратился к психиатру в НЦПЗ, но на консультации рассказал только о бессоннице. Принимал психотропную терапию на протяжении 3 месяцев с положительным эффектом в виде нормализации ночного сна, снижения интенсивности вышеописанных переживаний, после чего самостоятельно отменил прием препаратов. В дальнейшем, продолжал работать на кухне, критиковать своих помощниц. На фоне нарушений сна в течение дня испытывал усталость, вялость. Также стали беспокоить периодически возникающие головные боли. Не оставляло убеждение, что ему предстоит как-то участвовать в развитии событий конца света. Читая Библию, Откровения Иоáнна Богослóва, старался понять, каким образом конец света должен наступить, что будет ему предшествовать, какие будут признаки приближения конца света в церковной и светской жизни. Однако своими переживаниями ни с кем не делился.

Весной 1996 года (29 лет) прекратились головные боли, нормализовался сон. Воспринял это как чудо. Тем не менее, продолжал размышлять о приближении конца света. Как и многие из его окружения, был убежден в том, что апокалипсис настанет к 2000 году. Раздумывая о конце света в тот период, считал, что антихрист должен править на земле перед Страшным Судом в течение трех лет. Основываясь на этом предположении, понял, что в тот момент антихрист уже начал действовать. Присматриваясь к окружающим, сал замечать, что наместник монастыря «ведет не ту политику, говорит противоречиво». Возникла идея, что наместник «сделал меня рабом не Богу, а себе». Вскоре возникло озарение, что

«наместник – зверь, второй лжехристос, который погубит Россию». В конце сентября 1996 года (29 лет) был неожиданно отстранен от должности келаря. Ждал объяснений, от наместника, был обижен, звонил, требовал объяснений в фамильярной форме.

В ноябре 1996 года (29 лет) покинул монастырь, стал проживать в квартире с матерью. Продолжал искать встречи с наместником, в связи с чем, не раз выводился охраной из монастыря. В декабре 1996 года внезапно принял решение посетить родственников в городе Рязань. Отправился в поездку, не собрав вещи, не взяв с собой денег на обратный путь, не закрыв за собой входную дверь. По приезду к родственникам, остался в их доме на ночь, после чего по договоренности должен был вернуться к матери. Ночью, перед сном, увидел фотографии, на которых был изображен наместник монастыря в молодые годы, увидел, что вокруг его лица полыхало пламя похоже на льва или барса. После этого случая не мог уснуть на протяжении всей ночи, так как думал об увиденном. На утро, во время поездки на автобусе мог думать лишь о необходимости поговорить с наместником монастыря. Добившись личной встречи, буквально ворвавшись в кабинет к наместнику монастыря стал при других священнослужителях неоднократно задавать вопрос «веруете ли вы во Христа?». В лицах других священнослужителей видел свечение и проступающие звериные черты. Со словами «волки вы хищные в овечьих шкурах» стремительно покинул монастырь. Вернувшись домой, испытывал тревогу, внутреннее напряжение. Подозревал, что его подслушивают, следят, так как «телефон странно трещал», в связи с чем сломал телефон. Ощущал, словно наместник монастыря читает его мысли, слышал его голос внутри головы. Ощущал присутствие дьявола в квартире, казалось, что он стоит в коридоре. Был возбужден, метался по квартире, громко читал молитвы. Казалось, что дом исполнен резкими запахами, «какой-то резкий, запах химии». Понял, что «Бог сотворил солнце, дьявол научил человека электричеству», сорвал электрические провода в квартире, осветительные приборы. Выбросил всех кошек из квартиры со второго этажа в снег. Собрал и сжег в мусорном баке на улице все вещи,

связанные с монастырем, фотографии, письма. Дома поджег все иконы. На шум, раздающийся из квартиры, отреагировали соседи, мать больного была вызвана скорая помощь. В машине психиатрической скорой помощи в голосах мед.работников слышал голоса знакомых.

Госпитализирован в ПБ №13 25 декабря 1996 года (29 лет).

Психический статус

В кабинет проходит в сопровождении санитаров. При поступлении возбужден, взбудоражен, не может сидеть на месте. Активно жестикулирует. Взгляд тревожный. Мимика напряженная. Часто смеется не адекватно теме беседы. Голос громкий. Речь по типу монолога, практически не дает себя перебивать. Громко цитирует отрывки из Апокалипсиса. На вопросы не отвечает, тему беседы не удерживает, часто переходит с одной темы на другую, не заканчивая при этом предложения. Рассказывает, что является пророком Илией, утверждает, что является наместником Бога на земле и должен спасти мир от гибели, что вскоре начнется конец света. Считает, что его преследуют богоборцы, что наместник монастыря, в котором проживал ранее является антихристом и хочет его смерти. Требуется немедленно отправить его в Иерусалим, доставить до Гроба Господня. На вопрос, зачем сжег иконы отвечает, что иконы были «неправильно написаны, они грешные». Критика к своему состоянию отсутствует.

При поступлении был назначен Clozapini 75 мг/сут, Haloperidoli 10 мг/сут, Viperideni 8 мг/сут, Chlorprothixeni 25 мг/сут.

На фоне лечения в течение первой недели поведение стало упорядоченным. Был послушен на замечания мед.персонала. Нормализовался ночной сон, редуцировались идеи преследования, воздействия, нивелировалась тревога и выровнялось настроение, однако продолжал считать, что в скором времени может наступить конец света и что он может являться пророком Илией. По настоянию матери был выписан через 2 недели, 10 января 1997 года (29 лет) при условии приема поддерживающей терапии Clozapini 50 мг/сут, Haloperidoli 10 мг/сут, Viperideni 8 мг/сут, Chlorprothixeni 25 мг/сут..

После выписки из стационара отказался от приема поддерживающей терапии, вопреки протестам матери. На протяжении 9 дней состояние ухудшалось. Возобновились беспричинная тревога и внутреннее напряжение, настроение резко снизилось. Ощущал слезку, словно монахи из монастыря во главе с наместником собираются его убить. Внезапно понял, что является «богочеловеком», «Иисусом Христом», «пророком». Чувствовал приближение конца света, который, по его мнению, должен был начаться 19 января, то есть, на 10 день после выписки. Находясь дома, видел, как обои стали странно сверкать, «гореть желтым огнем», что трактовал как предвестник скорого конца света, вследствие чего сорвал их почти со всех комнат. Также слышал шипение из телефонного провода. Сделал вывод о том, что провода несут в себе дьявольскую энергию. Оторвал телефонный провод, из которого смастерил самодельный крест, которым стал освящать квартиру. Понял, что вода в водопроводном кране – святая. Стал освящать ей квартиру, окропляя стены. Неоднократно выходил на улицу, крестил незнакомых людей, отпускал им грехи, громко читал молитвы, предвещал конец света. Периодически в течение дня застывал в однообразных вычурных позах, при этом, не отвечая на вопросы.

На 10 день после выписки, 19 января 1997 года, по направлению врача-психиатра психоневрологического диспансера, был вновь госпитализирован в ПБ№13.

Психический статус

В кабинет проходит медленной походкой. Движения скованные, угловатые. Сидит в однообразной позе, не жестикулирует. Мимика застывшая. Взгляд напряженный. Во время беседы смотрит в одну точку на стене, практически не отводя взгляда. Сведений о себе не дает, на задаваемые вопросы не отвечает.

При поступлении было назначено: Clozapini 50 мг/сут, Viperideni 8 мг/сут, Thioridazini 150 мг/сут; Amitriptylini 100 мг/сут, Carbamazepini 200 мг/сут.

На следующий день стал активнее. Отвечал на вопросы, давал анамнестические сведения. Рассказывал об ощущении слезки за собой с стороны наместника и монахов, которые планируют его убить. Считал, что происходящее вокруг него

«искусственное, ненатуральное, дьявольское». Называл себя миссией, Иисусом Христом, объяснял это тем, что у него «обрезана крайняя плоть», он «родился в рубашке», он «никогда не жил с мальчиками и девочками». Ожидал конца света, так как антихриста «Зверя-Наместника» он уже видел, как и другого антихриста, лжехриста, «крещеного еврея». Настойчиво требовал отправить его в Иерусалим, так как убежден в том, что ему необходимо быть в центре событий. В течение недели стал спокойнее, упорядочилось поведение, был послушен на замечания врачей и среднего мед.персонала.

За время лечения, по данным медицинской документации, частично редуцировалась психотическая симптоматика. Перестал считать себя Иисусом Христом, однако сохранялась убежденность в неотвратимости наступления конца света, и что он должен что-то делать, в котором он должен выступить в роли пророка Илии. Также, отмечались колебания настроения продолжительностью до нескольких дней от слегка повышенного с усилением активности и благодушия до слегка сниженного с преобладанием тревоги и мыслей о собственной ничтожности. Часто посещал домашние отпуска. В последний месяц перед выпиской был переведен на дневной стационар.

Выписался 17 июня 1997 года (30 лет), через 6 месяцев от начала госпитализации под наблюдение врача- психиатра психоневрологического диспансера с рекомендациями приема поддерживающей терапии Clozapini 50 мг/сут, Viperideni 8 мг/сут.; Amitriptylini 100 мг/сут.. Лекарства принимал неохотно, нерегулярно, часто пропуская приемы. Сохранялись не резко выраженные колебания настроения. После выписки помирился с наместником, несколько раз побывал в монастыре, общался с другими монахами, однако возвращаться в монастырь не планировал.

Через 3 недели после выписки, состояние изменилось. Находясь в гостях у своей родственницы, услышал время по телефонному автоответчику. Сравнив его с временем на своих часах, понял, что названное время было ошибочным. Внезапно понял, что это является знаком того, что за ним продолжают слежку, пытаются

контролировать. Ощущал тревогу, внутреннее напряжение. Вновь ощутил себя Иисусом Христом. При этом, по словам больного, «логически понимал, что не является Христом, а лишь ощущал себя им». В течение дня настроение колебалось от сниженного с преобладанием тревоги и внутреннего напряжения до повышенного с чувством благодушия и радости. На следующий день выбросил паспорт. Гулял по улице, прославлял Бога и людей, крестил прохожих и отпускал им грехи. Называя себя мессией, несколько раз бесплатно ездил на такси. Добивался встречи с Патриархом. Неоднократно пытался попасть на прием к Патриарху. Через неделю после изменения психического состояния, 14 июля 1997 года (30 лет), по инициативе матери был в третий раз госпитализирован в ПБ №13.

Психический статус

На прием проходит самостоятельно, в ускоренном темпе. Движения ускоренные. Сидит, часто меняя позу, активно жестикулирует. Часто встает, пытается целовать врачей. Взгляд напряженный. Мимика обеднена. На вопросы отвечает охотно. С радостью рассказывает о своих переживаниях, дает анамнестические сведения. Голос громкий, маломодулированный. Речь ускорена. Называет себя «Богочеловеком Иисусом Христом». Рассказывает, что его распяли, но он воскрес, «умер за русский народ». Считает, что спасет народ от страшного суда, спасет людей всех конфессий, кроме священнослужителей других конфессий – так как они еретики. Обещает всем вечную жизнь на земле, и «будет Храм Христа, в его честь».

При поступлении назначено Haloperidoli 15 мг/сут; Thioridazini 150 мг/сут; Viperideni 8 мг/сут, Flufenazine Decanoatis, данных о дозировке нет.

Выписан через 2 месяца после госпитализации, 11 сентября 1997 года (30 лет) с рекомендациями приема поддерживающей терапии в виде Clozapini 100 мг/сут.

К моменту выписки убежденность в том, что является Иисусом Христом редуцировалась, поведение стало упорядоченным. Сформировалась неполная критика к своему состоянию. По-прежнему продолжал быть уверенным в том, что

конец света неизбежен, что он сам является пророком. Тем не менее, опираясь на прочитанное в Библии, стал считать, что точная дата конца света неизвестна, «Оказывается святыми все уже объяснено: Иисус Христос, Сын Божий, не знает, когда будет конец света, потому что Бог-Отец, Он все-таки Отец, постарше, это время еще не назначил. Понимаете, вот ждали же в 2000 году – не получилось.»

В дальнейшем время от времени приезжал к лечащему врачу в больницу за рецептом на Clozapin, считая, что принимает его лишь для сна. С 1998 года непрерывно принимает 100 мг Clozapin в сутки.

На протяжении 2-х лет после выписки – 1998-1999 год (31-32 года) настроение было несколько сниженным с преобладанием апатии. В течение дня залеживался в постели, почти не справлялся с домашними обязанностями. Время проводил дома, общался только с матерью, читал религиозную литературу, храм посещал редко.

В 1999 году (32 года) подарил свой нательный крест соседу, так как, по словам больного, у него не было креста. Ночью того же дня внезапно, возобновились идеи о своем особом предназначении, отрезал электричество и, сделав в кладовке затвор, уединялся там. Говорил матери, что является Иисусом Христом, когда выходил из дома отпуская грехи знакомым и сотрудникам матери. К врачам не обращался, на фоне приема поддерживающей терапии, через месяц, состояние самостоятельно нормализовалось. В том же году, (32 г) во время посещения монастыря, вокруг лица знакомого монаха увидел яркое золотое свечение. Сделал вывод, что именно этот монах является пророком Енохом, который должен вместе с пророком Илией умереть от руки антихриста, чтобы через 3.5 дня вознестись на небеса. Однако принял решение не рассказывать кому-либо об этом, «скажут, он же сумасшедший». В последующие годы жил с матерью, помогал вести домашнее хозяйство. Финансовые вопросы семьи были решены путем сдачи в аренду другой квартиры. Постепенно возобновил посещение храма, иногда приходил в монастырь, где служил, но чаще посещал храм ближе к дому. Регулярно исповедовался и причащался, достаточно благодушно общался с

прихожанами. Постоянно размышлял о конце света, религиозную литературу читал мало, часто слушал программу «Радонеж», ища ответы на беспокоящие вопросы в выступлениях отдельных священнослужителей. Свои религиозные взгляды обсуждал в основном с матерью. В общении был доброжелательным, мягким. Встречался с друзьями, часто бывал у них в гостях, иногда подолгу жил на даче у друзей. Курил табак, иногда употреблял алкоголь, «чтобы отвлечься от беспокоящих размышлений, в голове была каша из размышлений». Несмотря на мнимое благополучие, продолжал размышлять о приходе конца света, обращая внимание на любые мелочи. Со временем понял, что т.к. антихрист должен стать царем, его должен кто-то короновать, а так как короновать может только патриарх, считал это еще одним подтверждением, что антихрист должен появиться в России, а не, например, в Америке. Был убежден, что конец света неизбежен, «но Бог – Отец это время еще не назначил». Также отмечались колебания настроения от повышенного с усилением активности, многоречивостью и благодушием до сниженного с преобладанием тревоги и идей самообвинения, которые не сопровождались изменениями аппетита. Стал фиксированным на своем соматическом состоянии. Неоднократно обследовался у кардиологов по поводу болей в сердце, якобы, в связи с которыми бросил табакокурение.

В 2009 году (42 года) обратился в НЦПЗ. Интересовался влиянием Clozapin на сердце и возможной связью приема лекарственного препарата с кардиалгическими болями. В дальнейшем нерегулярно посещал врача-психиатра отделения по изучению особых форм психической патологии, часто пропускал приемы. Тем не менее, регулярно принимал поддерживающую терапию.

Психический статус:

На приеме один. Одет аккуратно, в светскую одежду. Носит длинную неухоженную бороду. Сидит, практически не меняя позы, умеренно жестикулирует. Взгляд спокойный. Во время беседы смотрит на врача. Мимика несколько обеднена. Голос громкий, с напором, манерными интонациями. Речь

правильная, в обычном темпе, часто использует церковную терминологию. На вопросы отвечает охотно, однако не всегда последовательно. Часто противоречит своим же высказываниям. С удовольствием дает анамнестические сведения. Настроение характеризует как ровное. С убежденностью рассказывает о том, что конец света неизбежен, просто «антихристы еще не показали себя». По-прежнему считает, что в России, как в стране, где исповедуют православие, сосредоточены основные силы богоборцев, целью которых является подрыв веры. Представители всех остальных конфессий называет еретиками. После долгих расспросов удается выяснить, что по-прежнему считает себя избранным, называет себя пророком Илией, который в должный момент должен умереть от руки антихриста, чтобы через 3.5 дня вознестись на небо, свои взгляды объясняет накопившемся опытом. Сон достаточный глубокий. Аппетит в норме. В настоящий момент принимает Clozapine 100 мг/сут.

СТАТУС В ДИНАМИКЕ

Больной наблюдался в НЦПЗ с 2009 года (42 года)

В отделение особых форм психической патологии НЦПЗ обратился в связи с жалобами на боли в сердце. Настроение было повышенным, отмечалась многоречивость. Говорил с напором, речь была по типу монолога. В процессе беседы подробно рассказывал о своих переживаниях, относительно конца света, своей роли в нем, к которым относился без критики. Госпитализации в психиатрический стационар объяснял «состоянием прелести», в которое дьявол вводил его искушением. После первого приема были назначены Clozapine 50 мг/сут; Chlorprothixene 50 мг/сут. В дальнейшем в течение месяца сохранялся подъем настроения, который был купирован после назначения Carbamazepine 200 мг/сут в дополнение к основной схеме лечения. После назначения настроение несколько выровнялось, стал спокойнее. В дальнейшем охотно приходил на повторные приемы, рассказывал врачу о своих переживаниях, охотно давал анамнестические сведения. Практически Каждый раз приходя на прием сообщал о появлении новых пониманий в деталях событий конца света. Совершенно

спокойно воспринял смерть наместника. Сообщил, что вероятнее всего будет другой антихрист, которого ещё «надо распознать». На следующем приеме сообщил, что понял каким образом богоборцы могут уничтожить святость православной церкви. «они изменяют богослужение». Постоянные размышления о приходе конца света вызывали многочисленные догадки, которые больной хотел обсудить с предполагаемым Енохом. Для этого он приходил на службы в монастырь, и даже собирался вернуться в обитель, чтобы быть рядом с этим монахом. Больному было отказано в возвращение в монастырь. На последнем приеме сообщил, что понял, что у Иисуса Христа было два отца – Бог-отец и Отец, из которого исходит Святой Дух, приводя в качестве доказательств фрагменты из Откровения Иоанна Богослова и Символа веры. основанием для умозаключения послужило, использование местоимения «он». Неоднократно обследовался терапевтом в связи с жалобами на кардиалгические боли, была назначена соматическая терапия. В период с 2010 года (43 года) до 2014 года (47 лет) не посещал врача, так как не считал это целесообразным. В дальнейшем обращался нерегулярно, в связи с жалобами на сниженное настроение с преобладанием нежелания чем-либо заниматься, бессилием в течение дня, тревогой за свое будущее, в связи с чем был назначен Paroxetine 40 мг/сут с положительным эффектом в виде выравнивания настроения и редукции вышеописанных переживаний. По-прежнему был уверен в том, что является пророком Илией, что Апокалипсис неизбежен и начнется он с России, однако с окружающими этим не делился, так как, с его слов, «снова положат в больницу, скажут, Феодосий же сумасшедший». С 2015 года (48 лет) обращался к терапевту в связи с жалобами на идиопатическое повышение температуры тела в течение дня. По этому поводу был трижды госпитализирован в инфекционные больницы, проводились курсы лечение противовоспалительными и антибактериальными лекарственными средствами. В свободное время читает Евангелие, заучивает отрывки наизусть. Часто находит подтверждение приближающемуся концу света. К своему состоянию относится без критики.

Осмотр от 27.09.2021г:

Психический статус:

Ориентирован всесторонне верно. Входит в кабинет уверенной быстрой походкой. Одет несколько небрежно, в непроглаженную одежду, волосы не причесаны. Мимика несколько обеднена. Голос громкий, речь манерная. Речь правильная, в обычном темпе. В процессе беседы часто меняет позу, активно жестикулирует. На вопросы отвечает с интересом, часто теряет нить беседы, трудноперебиваем, возвращается к теме разговора после многочисленных вопросов врача. Настроение характеризует как спокойное. Рассказывает о том, что в ближайшее время неизбежно наступит конец света, рассказывает о своих многочисленных теориях наступления апокалипсиса, сообщает о признаках, найденных в важных общественно-политических событиях. Не хочет сообщать о том, считает ли он себя пророком Илией, однако после длительных расспросов все же признается, что в настоящий момент считает себя пророком, а также, что считает еще одним пророком одного из монахов монастыре, на дальнейшие вопросы по данной теме отвечать категорически отказывается, утверждая, что ему не поверят. Также в процессе беседы часто читает отрывки от книги Откровений Иоанна Богослова в качестве доказательств своей теории. Сон не нарушен, аппетит достаточный. Суицидальных мыслей не высказывает.

Анализ наблюдения:

Настоящее состояние определяется хронической формой интерпретативного бреда конца света доходящий до уровня систематизированной формы парафренного бредового синдрома, на фоне многолетней неполной терапевтической ремиссии. В структуре состояния выделяются также бредовые идеи религиозного содержания, такие как идеи мессианства (считает себя пророком Илией), образные манихейские идеи (убежден в том, что сыграет одну из ключевых ролей в битве между добром и злом).

Длительность заболевания около 26 лет.

Заболевание манифестировало остро в возрасте 25 лет и характеризовалось развитием острого транзиторного, экзогенно спровоцированного психоза с

помрачением сознания онейроидного круга фантастически-иллюзорного спектра со стертыми последовательно возникающими стадиями развития: вегетативные нарушения (на непродолжительное время потерял сознание), бредовое настроение (тревога, ощущение внутреннего напряжения, чувство приближающейся опасности), бредовые идеи персекуторного характера (убежденность в том, что евреи хотят его убить, что он должен умереть за русский народ), со зрительными иллюзиями (видел две стрелы, исходящие из глаз соперника), и наконец, развитие фантастически-иллюзорного онейроида (внезапно увидел, что потолок исчез и перед взором предстало «необыкновенной красоты сияние с солнцем и луной»), который сопровождался расстройствами памяти на текущие события, дезориентацией во времени и пространстве. Состояние продолжалось на протяжении около трех дней, в течение которых отмечалась самостоятельная постепенная редукция психопатологических симптомов.

Особенностью вышеописанного манифестного приступа является кардинальная перемена уклада жизни больного: отказался от светской жизни, стал проживать в монастыре в качестве ответственного за монашескую трапезу, готовился к постригу в монахи. Отмечались нестойкие сверхценные образования, выражающиеся, например, намерением подарить квартиру монастырю.

В течение следующих 2 лет, до начала повторного приступа, в картине заболевания постепенно стала развиваться картина интерпретативного бреда, который следует квалифицировать как эсхатологический – убежденность в приближении конца света, в том, что сам больной является одной из ключевых фигур сценария Апокалипсиса – пророком Илией. Следует отметить, что начало развития данной бредовой концепции имеет индуцированную почву, выражающуюся в популяризации темы Апокалипсиса в религиозных и мирских общественных кругах на рубеже 20 и 21 веков.

Дальнейшее течение заболевания носило с одной стороны приступообразный, а другой стороны непрерывный характер. Повторные приступы характеризовались большим размахом, достигающим до уровня парафренного бреда с кататоническими

проявлениями и выраженными аффективными расстройствами. В тоже время, отражением непрерывного типа течения является многолетняя подробная разработка интерпретативного эсхоталогического бреда в межприступные периоды, отличительной особенностью которого является феномен недоступности больного, при котором больной не раскрывался в своих переживаниях окружающим, включая священнослужителей. Другой отличительной особенностью данного течения является полное отсутствие критики к фабуле эсхоталогического бреда и формирование критического отношения к психотическим эпизодам во время повторных приступов.

Повторный приступ, развившийся через 2 года после окончания манифестного приступа, (больному 27 лет) характеризовался полиморфностью психопатологической симптоматики. В начале состояния отмечалось развитие бредового настроения (немотивированная тревога, внутреннее напряжение), алгических сенестопатий (ощущение, словно тело горит). Также, следует отметить возникшую в период приступа, во время поездки в Иерусалим, аутохтонную аффективную лабильность, которая носила биполярный характер и проявлялась колебаниями настроения от субдепрессивного до гипоманиакального, которые сопровождалась витальными симптомами в виде нарушений сна, продолжительностью до нескольких дней. Дальнейшее состояние характеризовалось развитием зрительных иллюзий (видел звериный облик в лицах братьев-монахов), бредовых идей мессианства (считал себя пророком Илией. Был убежден в том, что в скором времени ему предстоит сражение с антихристом), с последующим объединением психопатологических структур в так называемый Иерусалимский синдром первого типа.

Особенностью данного приступа является тенденция к полиморфизму психопатологической картины заболевания через 2 года после начала приступа с расширением бредовой фабулы (внезапно стал считать наместника монастыря антихристом), соответствующим фабуле бредовым поведением (ушел из монастыря), развитием зрительных иллюзий (увидел на фотографиях наместника со звериными чертами лица), а также синдрома Кандинского-Клерамбо,

включающего в себя бредовые идеи воздействия со стороны наместника монастыря, бредовые идеи отношения.

Кроме того, в структуре состояния отмечались такие психопатологические образования как феномен олицетворенного осознания (ощущал присутствие дьявола в квартире), а также истинные обонятельные галлюцинации (казалось, что дом исполнен резкими запахами), стертый вариант синдрома Фреголи (убежденность в том, что медицинские работники скорой психиатрической помощи говорят голосами знакомых ему людей). Состояние сопровождалось выраженным психомоторным возбуждением,

В качестве очередной особенности данного приступа является его резистентность к психофармакотерапии, проводимой в психиатрических стационарах, с сохранением структуры вышеописанных психопатологических комплексов и приведшая к трем госпитализациям на протяжении одного года. Следует также отметить наличие кататонической симптоматики, включающей кататонический ступор и негативизм, накануне второй госпитализации.

Вышеописанный приступ продолжался на протяжении 3 лет и завершился терапевтической ремиссией с редукцией психопатологической симптоматики с неполным формированием критики к своему состоянию.

В дальнейшем, на фоне регулярного приема психофармакотерапии состояние отличалось относительной стабильностью. В течении заболевания отмечалось возникновение очередного приступа в возрасте 32 лет, через 2 года после разрешения вышеописанного состояния, который в первую очередь характеризовался развитием бредовых идей мессианства (ощутил себя Иисусом Христом) и бредовым поведением (уединялся в кладовке, выходил из дома отпуская грехи знакомым и сотрудникам матери), который обошелся в течение месяца на фоне приема поддерживающей психофармакотерапии.

В последующем, течение заболевания характеризовалось непрерывным малопрогрессирующим течением с дальнейшим расширением и систематизацией паранойяльного по структуре бреда эсхатологического содержания, с

привлечением все новых доказательств своих представлений, игнорированием противоречащих построению доказательств (смерть наместника, которого считал антихристом); бред интерпретативный по механизму бредообразования, хронический по течению.

Необходимо отметить, что критика к своему состоянию отсутствует: считает приступы следствием искушения дьявола, симптоматика интерпретативного бреда остается без критики. Имеет место амальгамирование бредовых переживаний с личностью больного. Бредовые расстройства в картине болезни остаются политематическим, (эсхатологические бредовые идеи, идеи мессианства).

В состоянии также отмечались ипохондрические идеи сверхценного круга, которые можно отнести к проявлениям негативной симптоматики психопатоподобного круга.

В настоящее время состояние является неполной медикаментозной ремиссией низкого качества с ярко выраженными негативными расстройствами, низкой степенью социально-трудовой адаптации. Исход данного заболевания можно расценивать как "неблагоприятный".

Преморбидно личность относится к шизоидному кругу с сензитивными чертами.

Следует отметить, что вероятнее всего, больной имел возможность индуцировать окружающих людей, что могло быть расценено как социально опасное поведение.

Диагноз: шизофрения параноидная, непрерывный тип течения. Неполная терапевтическая ремиссия. F 20.004