

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ НАУЧНОЕ  
УЧРЕЖДЕНИЕ  
«РОССИЙСКИЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ»  
МИНИСТЕРСТВА НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ  
ФЕДЕРАЦИИ

*На правах рукописи*

**Смирнова Евгения Вадимовна**

**ДЕПРЕССИВНО-БРЕДОВЫЕ СОСТОЯНИЯ С РЕЛИГИОЗНЫМ  
КОНТЕНТОМ**

3.1.17. Психиатрия и наркология (медицинские науки)

Диссертация  
на соискание учёной степени  
кандидата медицинских наук

**Научный руководитель:**  
доктор медицинских наук  
Чайка Юлия Александровна

Москва — 2026

## ОГЛАВЛЕНИЕ

|                                                                                                                                                     |           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>ВВЕДЕНИЕ.....</b>                                                                                                                                | <b>5</b>  |
| <b>ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ .....</b>                                                                                                              | <b>15</b> |
| 1.1. Исторический аспект депрессивных состояний с бредом религиозного содержания .....                                                              | 15        |
| 1.2. Влияние фабулы бреда на течение и исход заболеваний, протекающих с РДБС .....                                                                  | 20        |
| 1.3. Терапевтические подходы .....                                                                                                                  | 24        |
| 1.4. Особенности оказания психотерапевтической помощи пациентам с религиозными переживаниями.....                                                   | 26        |
| 1.5. Оценка динамики религиозности больных .....                                                                                                    | 27        |
| <b>ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....</b>                                                                                                 | <b>31</b> |
| 2.1. Критерии отбора материала.....                                                                                                                 | 31        |
| 2.2. Общая характеристика материала.....                                                                                                            | 31        |
| 2.3. Методы исследования.....                                                                                                                       | 36        |
| <b>ГЛАВА 3. ПСИХОПАТОЛОГИЯ И КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗНОВИДНОСТИ ДЕПРЕССИВНО-БРЕДОВЫХ СОСТОЯНИЙ С ИДЕЯМИ РЕЛИГИОЗНОГО СОДЕРЖАНИЯ .....</b>                    | <b>40</b> |
| 3.1. Общая психопатологическая характеристика депрессивно-бредовых состояний с религиозным содержанием.....                                         | 40        |
| <b>ГЛАВА 4. ЗАКОНОМЕРНОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЭНДОГЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ПРОТЕКАЮЩИХ С КАРТИНОЙ ДЕПРЕССИВНО-БРЕДОВЫХ СОСТОЯНИЙ С РЕЛИГИОЗНЫМ СОДЕРЖАНИЕМ.....</b> | <b>56</b> |
| 4.1. Особенности течения и исходов заболеваний с религиозно-депрессивно-бредовым синдромом.....                                                     | 57        |
| 4.1.1. Общая характеристика течения и исходов заболеваний с РДБС .....                                                                              | 59        |
| 4.2. Особенности течения и исхода заболеваний, протекающий с различными типами религиозно-депрессивно-бредового синдрома.....                       | 71        |
| 4.2.1. Общая характеристика течения заболеваний, в структуре которых развивался РДБС I типа.....                                                    | 71        |

|                                                                                                                                    |            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 4.2.2. Общая характеристика течения заболеваний, в структуре которых развивался РДБС II типа .....                                 | 75         |
| 4.2.3. Общая характеристика течения заболеваний, в структуре которых развивался РДБС III типа .....                                | 77         |
| <b>ГЛАВА 5. УСЛОВИЯ ФОРМИРОВАНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ПРОТЕКАЮЩИХ С РЕЛИГИОЗНО-ДЕПРЕССИВНО-БРЕДОВЫМ СИНДРОМОМ.....</b>                     | <b>81</b>  |
| 5.1. Общая характеристика доманифестного этапа заболеваний с РДБС .....                                                            | 82         |
| 5.1.1. Общая характеристика доманифестного этапа заболеваний, в структуре которых развивался РДБС I типа .....                     | 82         |
| 5.1.2. Общая характеристика доманифестного этапа заболеваний, в структуре которых развивался РДБС II типа .....                    | 85         |
| 5.1.3. Общая характеристика доманифестного этапа заболеваний, в структуре которых развивался РДБС III типа.....                    | 87         |
| 5.2. Особенности религиозности у больных с РДБС на доманифестном этапе заболевания.....                                            | 90         |
| 5.3. Динамика религиозности у больных с приступами РДБС .....                                                                      | 95         |
| <b>ГЛАВА 6. ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПИИ И СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С РЕЛИГИОЗНО-ДЕПРЕССИВНО-БРЕДОВЫМ СИМПТОМОКОМПЛЕКСОМ .....</b> | <b>105</b> |
| <b>ЗАКЛЮЧЕНИЕ .....</b>                                                                                                            | <b>121</b> |
| <b>ВЫВОДЫ .....</b>                                                                                                                | <b>140</b> |
| <b>ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ .....</b>                                                                                             | <b>145</b> |
| <b>СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ.....</b>                                                                               | <b>147</b> |
| <b>СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ .....</b>                                                                                                     | <b>148</b> |
| <b>ПРИЛОЖЕНИЯ. КЛИНИЧЕСКИЕ ИЛЛЮСТРАЦИИ .....</b>                                                                                   | <b>171</b> |
| Приложение А. Наблюдение №1 – I тип РДБС с преобладанием конгруэнтного аффекту бреда.....                                          | 171        |
| Приложение Б. Наблюдение №2 – II тип РДБС с острым чувственным бредом .....                                                        | 192        |

|                                                                                                                             |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Приложение В. Наблюдение №3 – III тип депрессивно-параноидные состояния с преобладанием синдрома Кандинского-Клерамбо ..... | 206 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|

## **ВВЕДЕНИЕ**

### **Актуальность темы**

Важность изучения эндогенных депрессивных состояний с бредовыми идеями религиозного содержания определяется их высокой распространённостью (McConnell K.M. et al., 2006; Maselko J. et al., 2008; Miller L. et al., 2012), а также трудностями выявления этих расстройств и дифференциальной диагностики на ранних этапах заболевания. До настоящего времени многие вопросы, связанные с систематикой и нозологической оценкой эндогенных депрессивно-бредовых состояний с религиозной фабулой, закономерностями течения и исходами эндогенных психических заболеваний с данной клинической картиной (Пашковский В.Э., 2010; Каледа В.Г. и др., 2017; Noort A. et al., 2024; Tarrada A. et al., 2025) остаются нерешёнными. Кроме того, выявление патологических форм религиозности на различных этапах заболевания имеет важное значение для определения терапевтической тактики и построения социально-реабилитационных мероприятий (Копейко Г.И. и др., 2016; Pietkiewicz I. et al., 2021; Cook C.C.H. and Cullinan R.J., 2022; Haddad C. et al., 2023).

Депрессивные состояния с бредовыми идеями религиозного содержания отличаются большим своеобразием в отношении клинико-психопатологических особенностей, а также динамики течения заболевания. (Пашковский В.Э., 2011; Логутиненко Р.М., 2014; Каледа В.Г., 2018). Рассматривая депрессии с бредом религиозного контента, многие авторы (Тиганов А.С., 1999; Пашковский В.Э., 2017; Копейко Г.И. и др., 2021) указывали на то, что у таких больных часто возникали идеи греховности, на высоте состояния больные испытывали чувство отверженности, отчаяния, ощущение безысходности (Rosmarin D.H. et al., 2013), подобные состояния сопровождалось не только высоким суицидальным риском (Stöber G. et al., 1993; Gournellis R. et al., 2019), но и особым бредовым поведением: исследователями были описаны случаи самокастрации - Klingsor syndrome

(Schweitzer I., 1990; John P. et al., 2012; Menakuru S. et al., 2018), самостоятельного наложения на себя строгой аскезы, ухода в затвор, бредового отказа от еды (Wilson W., 1998; Mohr S., 2010). В то же время, авторами описывались эндогенные депрессии, при которых бредовые идеи религиозного содержания были неконгруэнтны аффекту, в частности бредовые идеи овладения, бредовые идеи антагонистического характера (Каледа В.Г. и др., 2017; Schneider K., 1999; Noort A. et al., 2018). Кроме того, исследователи отмечали, что депрессии с бредовыми идеями, имеющими религиозный «фасад», нередко остаются нераспознанными в силу специфического религиозного содержания переживаний пациентов и их позднего обращения к специалистам, что приводило к тяжелым, а подчас необратимым последствиям в виде завершённых суицидов. В связи с чем данные состояния нуждаются в своевременной ранней диагностике и специфических подходах к лечению (Копейко Г.И. и др., 2020; Moss Q. et al., 2016).

Таким образом эндогенные депрессии с бредовыми идеями религиозной тематики требуют тщательного психопатологического анализа и клинической дифференциации, совершенствования диагностики и уточнения их нозологической принадлежности и прогноза, решения проблемы оптимального подбора комплексной терапии.

### **Степень разработанности темы исследования**

На сегодняшний день существует ряд исследований, посвященных депрессивно-бредовым состояниям с религиозным контентом, однако большая часть научных трудов посвящена описаниям клинических случаев особенностей бредовой картины РДБС, не затрагивая вопросы их феноменологической дифференциации (Каледа В.Г. и др., 2017; Копейко Г.И. и др., 2021; Dein S., 2000).

Отмечается, что РДБС развивается при различных эндогенных заболеваниях, вместе с тем, практически не встречаются исследования по изучению клинко-психопатологических особенностей РДБС в рамках различных нозологических форм (Пашковский В.Э., 2006; Самсонов И.С., 2021). В частности, не до конца решенным остаётся проблема разграничения патологических религиозных бредовых идей и культурально приемлемых верований (Mohr S. et al., 2010).

Кроме того, значительная часть работ посвящена роли религиозного фактора в качестве адаптивного инструмента при депрессиях с религиозным контентом. Указывается, что сформированная внутренняя религиозная идентичность и адаптивные религиозные копинг-стратегии способны стать ресурсом для преодоления болезни. Глубокая вера нередко помогает пациентам обрести смысл происходящего, снизить уровень дистресса и надежду на выздоровление, что ассоциируется с лучшей социально-трудовой адаптацией и более низкими показателями депрессии (Ениколопов С.Н. и др., 2019; Копейко Г.И. и др., 2020; Nefti R., Büssing A., 2018). Лишь некоторые авторы (Пашковский В.Э., 2010; Борисова О.А., Копейко Г.И., 2019; Getz G.E. и др., 2001; Siddle R. и др., 2002; Mohr S. и др., 2010; Gearing R.E. и др., 2011) описывают случаи негативного влияния религиозности на прогноз и течение заболеваний.

Остаются недостаточно изучеными феноменологические и психопатологические особенности религиозного депрессивного бреда при эндогенных депрессиях. Кроме того, отсутствуют направленные исследования роли религиозной фабулы в структуре заболеваний с РДБС, не сформулированы критерии их прогностической оценки и принципы подбора терапии.

### **Цель исследования**

Выявление психопатологических особенностей РДБС, разработка типологии депрессивных состояний с религиозным бредом, их нозологическая и динамическая оценка, а также выявление параметров, определяющих прогноз течения заболевания.

Были поставлены следующие **задачи**:

1. Исследование психопатологических особенностей бреда религиозного содержания в структуре эндогенных депрессий.
2. Разработка клинической типологии эндогенных депрессий с бредом религиозного содержания.
3. Определение закономерностей течения, вариантов исходов, а также прогностически значимых параметров эндогенных депрессий с бредовыми

идеями религиозного содержания, с выделением критериев их нозологической дифференциации.

4. Разработка модели влияния религиозного фактора на клинические и психопатологические проявления эндогенных депрессивных состояний с религиозным контентом бредовых расстройств.
5. Разработка персонифицированной терапевтической тактики ведения депрессивно-бредовых состояний (психофармакотерапии, тактики психотерапевтического, психокоррекционного ведения больных, социо-реабилитационных мероприятий) в зависимости от структуры и нозологической принадлежности.

### **Объект исследования**

Больные мужского и женского пола в возрасте от 18 до 50 лет, наблюдавшиеся в клинике РНЦПЗ по поводу эндогенных заболеваний с различными формами течения с депрессивным бредом религиозного содержания.

### **Предмет исследования**

Феноменологические особенности депрессивного религиозного бреда, влияние религиозного фактора на течение и исходы эндогенных заболеваний.

### **Общая гипотеза**

Религиозный фактор оказывает патопластическое и патогенетическое влияние на проявление и течение эндогенных депрессий находящее свое отражение в особенностях психопатологии, феноменологии и клиники бредовых депрессивных состояний с религиозным контентом.

### **Научная новизна исследования**

В диссертационном исследовании на основе комплексного клинико-психопатологического анализа впервые выделен и описан религиозно-депрессивно-бредовой симптомокомплекс (РДБС), раскрывающий особенности клинической картины эндогенных депрессий с религиозным содержанием переживаний.

Установлены ключевые феноменологические и психопатологические параметры РДБС, разработана оригинальная типология состояний с учетом

механизмов бредообразования и взаимосвязи бредовой фабулы с аффектом. До настоящего исследования проводились работы по изучению клинико-психопатологических особенностей отдельных религиозных феноменов [Пашковский В.Э., 2005; Копейко Г.И. и соавт., 2019; Самсонов И.С., 2021; Алексеева А.Г. и соавт., 2023], однако отсутствовал длительный катамнестический анализ течения заболеваний. В данной работе впервые выявлены специфические закономерности динамики эндогенных заболеваний, протекающих с картиной РДБС, определены их дифференциально-диагностические и прогностические критерии.

Описаны особенности становления ремиссий, а также характер социально-трудовой адаптации пациентов с данным симптомокомплексом. В отличие от данных литературы, освещавших преимущественно изолированные аспекты влияния религиозности [Mohr S. и соавт., 2010; Борисова О.А., Копейко Г.И., 2019; Попович У.О. и соавт., 2020], в работе впервые проведена комплексная оценка религиозности и раскрыта ее роль как фактора, оказывающего разнонаправленное влияние на клинические проявления психотического приступа, динамику и исход болезни. Сформулированы принципы дифференцированной медикаментозной терапии и социально-реабилитационной помощи, применимые как в стационарных условиях, так и в амбулаторной практике.

### **Теоретическая и практическая значимость работы**

Результаты, полученные в ходе исследования, являются ключевыми для решения вопросов своевременной диагностики и индивидуального прогноза данного контингента больных. Выявленные закономерности клинических проявлений и течения заболевания способствуют улучшению дифференциально-диагностических подходов, а также позволят уточнить прогнозирование течения заболевания и облегчат выбор оптимальной терапевтической тактики. Кроме того, результаты исследования будут использоваться для разработки эффективных социально-реабилитационных программ. Материалы исследования также применимы в образовательной практике и педагогической деятельности кафедр психиатрии медицинских ВУЗов и системе послевузовского образования.

Результаты проведённого исследования можно рассматривать как определённый вклад в практическое здравоохранение, поскольку в нём была решена актуальная для психиатрии задача по определению предикторов возможного характера течения болезненного процесса в целом и его исхода на основании клинико-психопатологических характеристик религиозно-депрессивно-бредового синдрома. При оценке прогностической роли РДБС к неблагоприятным факторам правомерно отнести выраженную личностную патологию на преморбидном этапе, неконгруэнтность бредовой фабулы депрессивному аффекту, а также присоединение острого чувственного бреда и синдрома Кандинского-Клерамбо. Данные статистического анализа подтверждают сопряженность полиморфизма психопатологической структуры приступа с нарастанием негативных изменений, определяющих неблагоприятный социально-трудовой прогноз. Практическую значимость представляют выделенные клинико-типологические разновидности РДБС, позволяющие своевременно проводить дифференциальную диагностику депрессии, определять адекватную фармакотерапию, научно обоснованно прогнозировать течение болезни, а также выстраивать персонализированные программы психотерапевтической помощи и психосоциальной реабилитации с опорой на конструктивные религиозные копинг-стратегии.

### **Методология и методы исследования**

Теоретико-методологическую основу исследования составили положения о психопатологических особенностях бреда религиозного содержания и его связи с религиозностью пациента, сформулированные в отечественной и зарубежной научной литературе — от классических источников (Esquirol J., 1838; Krafft-Ebing M., 1878; Schneider K., 1928) до современных работ (Пашковский В.Э., 2011; Зислин И.М., 2017; Каледа В.Г. с соавт., 2018; Копейко Г.И. с соавт., 2018; Anderson-Schmidt et al., 2019, Lucchetti et al., 2021, Noort et al., 2024).

В исследование были включены 104 пациента (56 женщин, 48 мужчин) с депрессивно-бредовыми состояниями религиозного содержания. Нозологическая принадлежность психопатологической симптоматики обследованных больных,

оценивалась в соответствии с Международной классификацией болезней 10 пересмотра (МКБ-10) и соответствовала диагностическим критериям расстройств аффективного и шизофренического спектра (F31.5, F32.3, F33.3, F20.0, F25)

#### **Критериями включения являлись:**

Наличие депрессивного состояния с бредом религиозного содержания в структуре эндогенного заболевания (F31.5, F32.3, F33.3, F20.0, F25 по МКБ-10); возраст от 18 до 50 лет на момент манифестации РДБС; длительность катамнестического наблюдения от 10 до 15 лет; наличие подписанного добровольного информированного согласия.

#### **Критериями невключения были:**

Наличие сопутствующей психической, соматической или неврологической патологии, затрудняющей проведение исследования.

#### **Методы исследования**

1. Клинико-психопатологический;
2. Клинико-катамнестический;
3. Психометрический (PANSS\*, PSP, Шкала Гамильтона (HDRS), Колумбийская шкала серьёзности суицидальных намерений (C-SSRS), шкалы оценки религиозности S. Huber и K. Pargament, 2012);
4. Статистический.

\*Шкала позитивных и негативных синдромов (Positive and Negative Syndrome Scale, PANSS) является золотым стандартом оценки симптомов психотических и негативных расстройств (Kay et al., 1987). Учитывая схожесть симптомов, PANSS также используется для оценки симптоматики шизоаффективного и биполярного расстройства (Zeller et al., 2017; Mutlu et al., 2022; Rootes-Murdy et al., 2022; Danan et al., 2022; Gao et al., 2022).

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

1. Анализ психопатологических проявлений религиозно-депрессивно-бредового симптомокомплекса выявил гетерогенность его структуры и позволил описать 3 типологических разновидности, различающиеся по клиническим проявлениям и динамике течения эндогенного процесса.

2. Разработанная типология РДБС коррелирует с клинической и нозологической оценкой, а также со степенью прогрессивности эндогенного заболевания, в структуре которого они формируются. Это позволяет рассматривать типы РДБС в качестве основных параметров для диагностики и индивидуального прогноза.

3. Влияние фактора религиозности на психотическое состояние и последующая динамика религиозности после перенесённых приступов отличаются значительной неоднородностью. Их специфика определяется степенью выраженности аффективных и бредовых расстройств и напрямую зависит от типологической принадлежности РДБС.

### **Степень достоверности и апробация результатов исследования**

Представленная работа соответствует паспорту специальности 3.1.17. Психиатрия и наркология (медицинские науки), занимающейся изучением клинических, социально-психологических и биологических основ психических заболеваний, их клинических проявлений, патогенеза, лечения, профилактики и реабилитации психических больных.

Достоверность полученных научных выводов и положений обеспечивается за счет обширности представленного материала и применения комплексной методики обследования, включающую, клинико-психопатологический анализ, клинико-катамнестический подход, психометрические измерения (по шкалам PANSS, PSP, HDRS, C-SSRS, шкалам оценки религиозности S. Huber и K. Pargament), и статистическую обработку данных.

Основные положения диссертации были представлены на следующих конференциях: Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Общественно-ориентированная психиатрия: научно-практические аспекты и векторы развития» (Москва, 2022); Всероссийская конференция молодых ученых, посвященной памяти академика АМН СССР А.В. Снежневского (Москва, 2023 года); XVIII Съезде психиатров России «Психиатрия в условиях смешанной реальности: новые вызовы — новые возможности», г. Санкт-Петербург, 20–23 мая 2026 года;

### **Соответствие диссертации паспорту научной специальности**

Диссертационная работа соответствует паспорту научной специальности 3.1.17 — «Психиатрия и наркология» (медицинские науки).

### **Публикации**

По результатам диссертационного исследования автором опубликовано 14 печатных работ, в том числе: научных статей в журналах, включенных в Перечень ВАК при Минобрнауки России, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученой степени кандидата наук — 6, публикаций в сборниках материалов конференций — 8.

### **Личный вклад автора в работу**

Автором работы выполнен поиск и анализ релевантной научной литературы по теме работы, что позволило установить степень разработанности темы диссертационного исследования. На основе анализа полученных данных сформулированы концепция исследовательской работы, ее дизайн, сформулирована цель и задачи исследования.

Осуществлен сбор клинического материала, определены адекватные методы исследования, проведено комплексное клинико-психопатологическое обследование пациентов с формированием репрезентативной выборки. Автором лично выполнен анализ полученных результатов, на основании которого была разработана типология депрессивно-бредовых состояний с религиозным содержанием при эндогенных психозах, определены клинико-психопатологические и социально-демографические предикторы их формирования, проанализирована дальнейшая динамика и исходы заболевания в зависимости от выделенных типологических разновидностей. Изучено влияние религиозного фактора на структуру приступа, выделены разновидности религиозности и определена динамика религиозного мировоззрения на различных этапах болезни.

Проведенный автором анализ способствовал формулированию положений, выносимых на защиту, выводов и практических рекомендаций по дифференцированной терапии и социально-реабилитационной тактике. Автор

лично подготовил научные публикации и доклады по теме исследования. Полученные результаты были оформлены автором в виде диссертационной работы.

### **Объем и структура работы**

Диссертационная работа написана на 217 страницах машинописным текстом и состоит из введения, глав с обзором литературы, материалом и методами исследования, четырех глав, в которых описаны основные результаты диссертационного исследования, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы и приложений. Список литературы содержит 208 источников (75 отечественных и 133 иностранных). Работа иллюстрирована 1 рисунком и 22 таблицами, 3 клиническими примерами.

## ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

### 1.1. Исторический аспект депрессивных состояний с бредом религиозного содержания

Депрессии с бредом религиозного содержания описывались в научной и философско-богословской литературе на протяжении нескольких столетий. Термин *melancholia* в обыденной речи долгое время означал «безумие», «не в своём уме» и не акцентировал никакого внимания на состоянии «мрачности или унынии». Психиатр XIX века J. Esquirol описывал «религиозную меланхолию» с переживаниями «глубочайшего отчаяния, страха проклятия, самоуничтожения», обусловленной проявлениями искажённых религиозных представлений. В клинических наблюдениях автор выделял основные симптомы, такие как «печаль и тревогу, ощущение осуждённости, чувства отчаяния, бредовую идею одержимости дьяволом, отказ от пищи и стремление к смерти». Кроме того, согласно описаниям J. Esquirol, такие состояния зачастую сопровождались «истерической симптоматикой» (судорогами, контрактурами и параличом). Пациенты были убеждены, что «одержимы злыми духами и навсегда отвергнуты Богом». Он также отмечал, что существовали варианты данного состояния, когда человек ощущал себя полностью оставленным Богом, «под гневом Божиим и за пределами спасения». В ту эпоху подобные идеи рассматривались как редкая форма безумия, становящаяся всё менее распространённой благодаря просвещению и воспитанию.

Наиболее раннее упоминание депрессивных состояний встречается в религиозной литературе, уже в «Житиях святых» (XI–XIV вв.) можно обнаружить описание случаев «неутешной скорби», «помрачения ума» и «отчаяния», где подчёркивалась их разрушительная духовная природа. Эти состояния описывались, как болезненное «окамененное нечувствие сердца» и утрата надежды на милость Божию, что некоторые богословы приравнивали к тяжёлому духовному падению.

При этом в XIX веке Игнатий Брянчанинов подчёркивал их болезненно-патологический характер и необходимость особой пастырской поддержки.

Английский ученый и священник R. Burton в своем труде «The Anatomy of Melancholy» (1621) выделял Religious Melancholy как особый подтип меланхолии. R. Burton описывал её как духовное отчаяние, ставшее болезненным состоянием, и называл «разновидностью любовной меланхолии, в которой объектом безответной любви является Бог». Он же писал, что крайняя меланхолия «привлекает дьявола» и предрасполагает к «дьявольским искушениям».

С развитием психиатрии в XIX веке понятие религиозной меланхолии закрепилось в клинической литературе. J. Prichard (1835) отмечал, что характер меланхолии зависит от психического состояния человека, его социально-трудового статуса и наличия или отсутствия религиозного мировоззрения. Автор подчёркивал, что патологические переживания религиозного человека тесно связаны с его мировоззренческими установками; описывая состояния «религиозного безумия», он отмечал возникновение ощущения «осуждения и покинутости, когда все источники надежды иссякли».

Одним из первых исследователей, подробно описавшим состояние религиозного бреда при депрессии, был K.W. Ideler (1847), который также описывал состояние «кроткой меланхолии» (sanfte Melancholie). Он считал его одной из наиболее частых форм меланхолии, подчеркивая, что ключевым механизмом выступает патологически усиленное чувство вины, способное приобретать религиозное содержание даже у лиц без выраженной исходной религиозности. H. Maudsley (1867) разработал концепцию «болезненной совести» подчеркивая, что «чрезмерная религиозность, создает почву для патологической рефлексии, провоцируя появление чувства греховности даже в самых обыденных проявлениях жизни».

W. Griesinger (1871) писал, что бред вины и проклятия встречается чрезвычайно часто при меланхолии, особенно у людей с религиозным воспитанием. Чувство богооставленности при этом нередко принимало

соматизированный характер с переживаниями «физической пустоты или холода» и служило почвой для формирования суицидальных тенденций.

R. von Krafft-Ebing (1874) первый ввел термин *Melancholia religiosa* в психиатрическую нозологию и описал его как отдельный вариант меланхолии со специфическим религиозным содержанием. Он выделял особую картину религиозной меланхолии у набожных пациентов с потерей способности испытывать утешение в молитве и ощущением богооставленности, что приводило пациента в отчаяние, так как он чувствовал, словно «оставлен Богом и утратил вечное блаженство».

В конце XIX века предпринимались активные попытки систематизации религиозного бреда. С.С. Корсаков (1893) подчеркивал характерную связь феномена «бреда греховности» с состоянием меланхолии, говоря, что происхождение бреда в большей степени зависит от аффективного состояния и тоски; бредовые построения отличаются содержательной односторонностью и нередко представляют собой «неправильное толкование действительности». Французский исследователь А. Marie (1899), опираясь на концепцию V. Magnan (1891) о хроническом бреде, разграничил систематизированный религиозный бред с внутренне логичной структурой и преобладанием депрессивно-тревожного компонента, в котором доминируют аффективно окрашенные переживания богооставленности и «ожидаемой кары».

Е. Kraepelin (1899) в рамках своей классификации аффективных расстройств выделял «религиозную меланхолию» как подтип депрессии, связанный с фиксированными идеями греховности и неизбежного наказания. Он подчёркивал, что у таких пациентов развивается «навязчивое муссирование моральных промахов», причём эти «грехи» часто оказываются либо незначительными, либо полностью воображаемыми.

Позднее К. Jaspers (1913) отмечал, что определяющим для бреда является механизм его формирования, в то время как фабула лишь структурирует возникшие патологические идеи; в частности, применительно к религиозному бреду он указывал, что тот встречается как при шизофрении, так и при тяжёлых

аффективных расстройствах, а его содержание определяется культурно-религиозным контекстом.

Последующий интерес к проблеме изучения религиозного бреда и, в частности, депрессий с религиозным содержанием существенно снизился, ограничиваясь единичными публикациями. Отчасти это было связано со снижением общественной значимости религии с конца XIX — XX вв., что сопровождалось уменьшением числа психозов с мистической фабулой (Кондратьев Ф.В., Лацинина Ю.А., 2000).

В дальнейшем более детальные и целенаправленные исследования этой темы стали появляться уже в середине XX века благодаря работам немецких психиатров (Scheid W., 1934; Elsässer G., 1952; Schulte W., 1954; von Orelli A., 1954; Schneider K., 1955; Janzarik W., 1957). В их исследованиях были описаны специфические религиозные феномены, которые рассматривались преимущественно в контексте депрессивных состояний. Тем не менее, в большинстве опубликованных исследований практически отсутствовал анализ патопластического и патогенетического влияния религиозной фабулы бреда на специфику клинической картины, особенности течения и прогноз эндогенных заболеваний. В XX веке в фундаментальных трудах психиатров имела место противоречивая точка зрения. К. Jaspers категорически отрицал возможность влияния тематики бреда на закономерности течения болезни. Отечественные исследователи (Снежневский А.В., 1960; Смулевич А.Б., 1965) утверждали, что содержание бреда определяется самим патологическим процессом и потому не может считаться случайным или второстепенным явлением. В то же время некоторыми исследователями (Гиляровский В.А., 1954; Janet P., 1928) отмечалось негативное влияние религиозной тематики на течение эндогенного процесса.

U.H. Peters (1970) при описании депрессии с бредом, указывал что по мере усложнения клинической картины, наблюдается расширение параноидных проявлений: наряду с бредом нечистой совести и самообвинения присоединяются идеи отношения и осуждения с нарастанием тревоги и страха. Е. Н. Каменева (1940, 1957) описала бред одержимости как специфическую, «архаическую»

разновидность бреда, указывая, что формирование религиозно-архаического бреда сопровождается регрессивным мышлением и приобретает черты тяжелой ипохондрии, что в конечном итоге маскирует истинную структуру синдрома и осложняет дифференциальную диагностику.

На современном этапе особый вклад в изучение религиозного бреда внесли В.Э. Пашковский (2007, 2012, 2017) и Р.М. Логутенко (2011). Они рассматривали депрессивно-бредовые состояния с религиозным контентом в контексте «религиозно-архаического бредового комплекса», описали отдельные религиозные феномены при психотических эпизодах, включая бред греховности и вины, наказания, бред одержимости и конца света. Кроме того, авторы отмечали особую патопластическую роль религиозного фактора, обсуждая его особое влияние на аффективно-бредовую симптоматику; при этом вопрос о прямой связи фабулы с прогнозом и течением заболевания оставался предметом дальнейшего исследования.

В последних исследованиях, касающихся религиозного бреда, были выделены и описаны типологические особенности синдрома одержимости религиозного содержания при шизофрении (Копейко Г.И. и др., 2018; Каледа В.Г. и др., 2020; Самсонов И.С., 2020). 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. П.В. Орехова (2023) выделила и описала варианты развития «бреда конца света», различающиеся по длительности и доминированию бредовой симптоматики. Однако в указанных работах религиозный бред рассматривался лишь как один из феноменов и не анализировался в контексте депрессивного аффекта. Отдельного внимания заслуживает работа А.Г. Алексеевой в соавт. (2024), в которой были впервые подробно описаны особенности феномена богооставленности у религиозных пациентов в размах различных нозологических форм.

Несмотря на существующие с середины XIX века отдельные упоминания депрессий с религиозным бредом в исследованиях, к настоящему времени

отсутствует четкое описание психопатологии и клиники РДБС, недостаточно разработаны феноменология и типология этих состояний. Требуется дополнительного изучения нозологическая специфика, закономерности течения, исходы и дифференциально-диагностические критерии РДБС. Сохраняющиеся значительные расхождения в оценке и интерпретации проявлений данной патологии среди медицинского сообщества и представителей духовенства требуют дополнительного анализа для разработки терапевтических стратегий, прогноза заболеваний и оценке влияния религиозного фактора на динамику патологического процесса.

В связи с этим, исследование РДБС приобретает особую значимость. Изучение данной проблемы предполагает анализ клинико-психопатологических проявлений синдрома, выявление особенностей влияния религиозной фабулы на течение и исход эндогенного заболевания, а также оценку эпидемиологических характеристик и нозологической принадлежности. Отдельного внимания требует изучение динамики религиозности у пациентов в различные периоды заболевания и ее значимость при формировании ремиссий и оценке приверженности к лечению.

## **1.2. Влияние фабулы бреда на течение и исход заболеваний, протекающих с РДБС**

Исторически мнение авторов в вопросе влияния религиозной фабулы бреда на закономерности течения и исход эндогенных заболеваний было различным. Ряд психиатров описывало религиозную тематику в бредовых идеях при психотических расстройствах, подчёркивая культурно-личностную обусловленность содержания бреда. Исследователи XIX века (Prichard J. C., 1835; Maudsley H., 1867) указывали, что религиозность сама по себе не является причиной развития психоза, однако может создавать условия для углубления уже имеющегося болезненного процесса. Н. Maudsley считал, что «патологическая религиозная экзальтация и «лихорадочное рвение» в ряде случаев представляют собой фазу трансформации личности, способную перейти в настоящее психическое расстройство».

Некоторые авторы (Осипов В.П., 1931; Jaspers K., 1913; Bürgy M., 2016) утверждали, что содержание бредовых идей отражает явления внутреннего и

внешнего мира человека, при этом «фабула» бреда сама по себе не определяет нозологическую принадлежность и не влияет на течение и исход болезни, обретая значение лишь в контексте структуры психического расстройства. А. Норре (1919) указывал, что религиозные бредовые идеи встречаются при острых и хронических психических расстройствах, подчеркивая, что диагностически решающим является не фабула и не религиозная окраска, а психопатологическая структура переживаний. Кроме того, он отмечал трудность диагностики религиозного бреда в связи с отсутствием основного критерия распознавания бредовых расстройств — сопоставления с фактической реальностью.

В середине XX в. стали появляться исследования (Гиляровский В.А., 1954; Снежневский А.В., 1960; Мелехов Д.Е., 1967; Бовин Р.Я., 1989; Janet P., 1928; Jaspers K., 1959), подчеркивающие негативное влияние чрезмерной религиозности на психику. Авторы рассматривали религиозные переживания как фактор, нередко усугубляющий течение болезни, провоцирующий развитие сложных психопатологических синдромов и других болезненных состояний. К. Schneider (1955) отмечал, что религиозные бредовые идеи, сопряжённые с депрессивным аффектом, могут определять характер и динамику психопатологического процесса на протяжении всего заболевания, формируя стойкую фиксацию на идеях собственной вины и осуждении, что обуславливает выраженную резистентность к любым формам как пастырской, так и медицинской поддержки. В своих трудах он указывал, что «религиозная тематика пронизывает все мысли и поступки больного; каждое высказывание врача интерпретируется через призму этих бредовых представлений. В отдельных случаях это приводит к полной изоляции пациента от окружающих, так как он видит в них лишь подтверждение своего наказания, либо как «носителей бесовского влияния». Подобные состояния могут сохраняться месяцами и годами, даже при общей позитивной динамике депрессивной симптоматики». F. Miller и A.L. Chabrier (1987) отмечали ключевую роль фабулы бреда как прогностического маркера суицидального риска, превосходящего по значимости синдромальную структуру психоза; в частности, бредовые идеи вины,

греховности и «заслуженного наказания» были ассоциированы с более высокой частотой суицидальных попыток по сравнению с бредом нерелигиозной тематики.

Ряд современных исследований (Appel J., 2000; Ouwehand A.W., 2001; Bonelli R.M., 2011) также указывают, что религиозные бредовые идеи существенно влияют на течение заболевания, определяя не только содержание переживаний, но и динамику болезни, осложняя терапевтическое взаимодействие и нередко приводя к отказу от лечения. Авторами (Mohr S., 2010; Pietkiewicz I.J., 2021; Sofou N., 2021) отмечалось, что религиозная фабула бреда не ассоциировалась с большей выраженностью продуктивной симптоматики по сравнению с «нерелигиозным» бредом, однако чаще была сопряжена со снижением приверженности к терапии и недостатком поддержки со стороны общины.

Другие авторы (Siddle R. et al., 2002; Lucchetti G. et al., 2021) отмечают, что наличие религиозного бреда связано с более выраженными симптомами, продолжительными сроками госпитализации и худшим ответом на антипсихотическую терапию по сравнению с пациентами без депрессивных расстройств с религиозной фабулой. В отдельных наблюдениях (Huguelet P., Koenig H.G., 2009) описано, что даже после редукции аффективных проявлений религиозные идеи сохраняются, демонстрируя относительную автономность и ухудшая социально-профессиональное функционирование. Полярность в точках зрения может объясняться методологической гетерогенностью исследований: различиями выборок (нозология, тяжесть, конфессиональная принадлежность), неоднородностью измерительного инструментария и неконтролируемыми показателями (комплаенс, культурный контекст), что не позволяло интерпретировать ассоциации как прямые причинные зависимости. В работах S. Dein (2010), R.E. Gearing (2011), S. Grover (2014) подчеркивается, что депрессивные религиозные идеи сохранялись даже после редукции аффективных проявлений, демонстрируя относительную автономность и ухудшая социально-профессиональное функционирование, авторы связывали это с особой интерпретацией патологических переживаний в религиозном ключе и поиском

помощи внутри религиозной общины, что задерживает начало лечения и утяжеляет прогноз.

Одной из отличительных черт религиозного депрессивного бреда являются специфические формы бредового поведения, связанные с искаженной трактовкой священных писаний или наличием религиозно-мистических переживаний. По данным литературы описаны множественные случаи травматических повреждений органов (Clark R.A., 1981; Waugh A., 1986; Culliford L., 1987; Schweitzer I., 1990; Schwerkoske J.P. et al., 2012; Menakuru S. et al., 2018), среди которых, одним из наиболее распространенных синдромов, является «синдром Клингзора», впервые предложенный и описанный D. Ames (1987) для случаев самокастрации при религиозном бреде; позднее I. Schweitzer (1990) предложил расширить его на любые психотически обусловленные случаи генитального самоповреждения. Авторами (Rogers K., Pullen A., 1987; Gămulescu A. et al., 2001; Martiniuc A.V. et al., 2007) также описаны случаи нанесения проникающих ранений глаз, самостоятельного наложения на себя строгой аскезы, ухода в затвор, бредового отказа от еды и другого аутодеструктивного и суицидального поведения у пациентов с депрессивным религиозным бредом (Rogers T., Pullen I., 1987; Field H.L., Waldfogel S., 1995; Silva J.A. et al., 1997; Wilson W., 1998; Kraya N.A., Patrick, C., 1997; Reeves et al., 2006; Mohr S. et al., 2010).

Кроме того, стоит уделить внимание оценке суицидального риска при религиозном депрессивном бреде. И.И. Лукомский (1968) считал, что депрессивные бредовые идеи увеличивают вероятность суицидальных попыток, сходные выводы представлены в работах А. Simko (1983), А.Б. Смулевича (2003), Н.В. Верещагина (2003) и современных обзорах по психотическим депрессиям (Gournellis R. et al., 2018; Rothschild A.J., 2018). В то же время данные по оценке суицидального риска у религиозных пациентов показывают, что в среднем религиозность связана со снижением суицидальной активности (особенно в контексте традиционных религий) (Копейко Г.И. и др., 2020; Lawrence R.E. et al., 2016). Однако, в ряде случаев, выявлялось негативное, «стимулирующее» влияние

религии на суицидальное поведение (например, надежда на «лучшее после смерти») (Huguelet P. et al., 2007; Kao L.E. et al., 2019).

Рассматривая межконфессиональные различия депрессивного бреда, авторы (Moss Q., Fleck D.E., Strakowski S.M., 2006) указывают, что принадлежность к протестантской конфессии была связана с более поздним первым обращением за психиатрической помощью и увеличением длительности нелечёного психоза; они связывали это с особой религиозной интерпретацией симптомов как духовной, а не медицинской проблемы. С. Cook (2012) В исследовании С. Cook (2012) показана тесная корреляция между «личной религиозностью» и фабулой религиозного бреда. Автор установил, что глубина вовлечения в религиозную практику напрямую отражается на степени выраженности бредовой симптоматики, отметив при этом, что среди протестантского сообщества религиозный бред встречался чаще, чем среди остальных конфессий. Конфессиональные различия касаются и суицидального риска, выявлено, что у протестантов он выше, чем у католиков, что, вероятно, ассоциируется с ролью религиозной общины в жизни пациентов (Gearing R.E. et al., 2011).

Несмотря на выраженность и клиническую значимость депрессивных состояний, сопровождающихся религиозным бредом, а также их потенциальную ассоциацию с тяжелыми психотическими эпизодами, до настоящего момента определенной закономерности влияния религиозной фабулы на течение эндогенных расстройств выявить не удавалось.

### **1.3. Терапевтические подходы**

Особого внимания заслуживает вопрос лечения и психотерапевтической поддержки состояний с РДБС. Стандартом медикаментозной терапии депрессивно-бредовых состояний (в том числе с религиозным бредом) является сочетание антидепрессанта с антипсихотическим препаратом (Meyers B.S., 2006; Wijkstra J. et al., 2010; Kruizinga J. et al., 2021; Oliva V. et al., 2024; Клинические рекомендации МЗ от 2025 г.). Современные рекомендации предполагают начало лечения с комбинированной фармакотерапии (Tang M., Osser D.N., 2020). При выраженной психотической симптоматике электросудорожная терапия (ЭСТ) рассматривается

как наиболее эффективный метод, позволяющий при своевременном начале сократить длительность острого эпизода.

Наличие религиозной фабулы бреда не определяет выбор фармакотерапии: назначение препаратов осуществляется по критериям доказанной эффективности и переносимости, а не по тематике бредовых переживаний. Выбор терапевтической тактики определяется тяжестью состояния и нозологической принадлежностью психотического расстройства. На постпсихотическом этапе определяющим фактором при подборе поддерживающей терапии является скорость формирования ремиссии и вероятность рецидива.

В то же время клиническая практика сталкивается с особыми трудностями при лечении пациентов, чьи бредовые переживания окрашены религиозной тематикой. С.Н. Мосолов (2012, 2020) подчеркивает, что религиозный бред виновности характеризуется выраженной терапевтической резистентностью, что указывает на глубокую интеграцию соответствующих психопатологических конструкций в аффективную сферу и поддерживается устойчивыми мировоззренческими установками пациента, вследствие чего редукция симптоматики существенно затруднена даже при адекватной фармакотерапии.

Iyassu R. et al. (2014) отметили, что у пациентов с религиозным бредом отмечается тенденция к сниженной приверженности лечению. Религиозная тематика бреда при психотических расстройствах зачастую ассоциируется с более низким комплаенсом и недостаточной поддержкой со стороны религиозной общины; у части пациентов отмечаются отказы от фармакотерапии по причине надежды на «божественное вмешательство» или же трактовкой медицинской помощи как духовного испытания (Mohr S., 2010; Gearing et al., 2011; Pietkiewicz I. J., 2021; Sofou N., 2021).

Вместе с тем ряд данных свидетельствует о более затяжном течении депрессивных эпизодов при религиозной тематике бреда. В исследовании (Noort A. et al., 2024) показано, что редукция депрессивной симптоматики у пациентов с религиозным бредом протекает медленнее, чем у больных без таковой тематики, что обосновывает целесообразность более длительной поддерживающей терапии.

Согласно данным В.А. Gaudiano et al. (2005) пациенты с психотической депрессией демонстрируют меньшую эффективность психотерапии по сравнению с больными с непсихотической депрессией. Кроме того, на этапе реабилитации следует учитывать религиозную тематику психотического состояния и, после купирования острого психоза, при согласии пациента, привлекать духовного наставника для формирования адаптивных механизмов и повышения приверженности, что потенциально может снизить риск рецидива.

#### **1.4. Особенности оказания психотерапевтической помощи пациентам с религиозными переживаниями**

В последние годы стала подчёркиваться необходимость разработки и внедрения психосоциальных стратегий реабилитации больных с религиозной тематикой бреда (Башмаков О.В., Семенихин Д.Г., 2017; Полищук Ю.И., 2017., Минаков А.А., 2017). В трудах Б.А. Воскресенского и Л.С. Виноградовой (2007) отмечалось, что религиозная вера может оказывать смягчающее влияние на течение психического расстройства и использоваться как клинко-реабилитационный ресурс. В дальнейшем были разработаны конфессионально-ориентированные формы психотерапевтической работы, включающие анализ религиозного мировоззрения как часть реабилитационного плана (Копейко Г.И. и др., 2016; Попович У.О., 2020; Плужников И.В., Попович У.О. 2024; Yangarber-Hicks N., 2004; Zhang et al., 2023, 2024).

Для эффективной психотерапевтической поддержки пациентов важен не количественный «уровень» религиозности, а тип религиозного реагирования: в ряде работ показано, что позитивный религиозный копинг (поиск духовной поддержки, «сотрудничество с Богом», благожелательная переоценка, практика прощения и поддержка общины) связан со снижением депрессивных проявлений и более высокой оценкой благополучия, тогда как негативный религиозный копинг (переживание богооставленности/«божьего наказания», трактовка происходящего как влияние демонических сил, сомнения в божественной помощи) ассоциирован с выраженными проявлениями депрессии и суицидальными тенденциями (Rosmarin D.H. et al., 2013; Carano A. et al., 2020; Morgan A. et al., 2023; Currier J.M. et al., 2025).

Интересно, что некоторые работы (Ouwehand E., 2020) даже отмечают положительное влияние общей религиозности на течение аффективных расстройств — в частности, при биполярном расстройстве более высокий уровень духовности и религиозности коррелирует с лучшими показателями исхода болезни.

В современной доказательной психотерапии описаны ключевые принципы оказания помощи: формирование терапевтического альянса с уточнением религиозно-духовных установок; работа с когнитивными искажениями, лежащими в основе бредовой убеждённости (метакогнитивный тренинг — МСТ); семейная психообразовательная работа, направленная на улучшение уровня социального функционирования (восстановление повседневной активности, социальных связей, опора на ресурс общины при условии, что религиозные практики не усиливают бредовую трактовку); сотрудничество с представителями духовенства и священнослужителями, компетентными в разграничении религиозного опыта и психопатологических проявлений, чья роль сводится к богословскому разъяснению (акцент на милосердии и прощении, указание на то, что психическая болезнь не равна «одержимости» и не является «наказанием») как дополнению, а не замене медицинского лечения (Pharoah F., 2010; Koenig H., 2012; Mohr S. et al., 2012; Moritz S., 2014; Harvey C., 2018; Meinhart A., 2025; Jeffrey C. et al., 2025)

### **1.5. Оценка динамики религиозности больных**

Оценка религиозности на разных этапах течения заболевания имеет ключевое значение для клинико-динамического анализа, уточнения структуры психопатологических расстройств, мониторинга становления ремиссии и выбора адекватных стратегий совладания. Однако до настоящего времени в профессиональном сообществе отсутствуют единые критерии как для оценки степени выраженности религиозности, так и для надёжного выделения её патологических проявлений. Существующие опросники и шкалы используются как вспомогательный инструмент оценки, но не отражают полноту религиозного опыта и его роль в динамике болезни. В обзорной литературе (Sandeep G., 2014; Christopher C. H., 2015) подчёркивается отсутствие согласованных определений религиозности и духовности, а также межкультурная неоднородность оцениваемых

аспектов. Все это затрудняет сопоставимость данных и требует предварительной культурной адаптации и валидации инструментов.

В справочнике P.C. Hill, R.W. Hood (1999) выделено 11 тематических разделов о способах оценки религиозного мировоззрения. Имеются шкалы для анализа верования/религиозной практики, установок, религиозной ориентации, развитие веры, приверженности и участия, религиозного опыта, ценности/личностных характеристик, оценке религиозного копинга, а также духовности, мистицизма и представлений о Боге.

В настоящее время для клинических задач применяются Centrality of Religiosity Scale и шкала религиозной приверженности (RCI-10). CRS оценивает особенности религиозности в пяти параметрах — интеллектуальном, идеологическом, переживательном, приватном и публичном, и представлена в межконфессионально сопоставимых модификациях (Huber S.; Huber O.W., 2012; Prutskova E., 2021; Dvoinin A.M., 2023). Наряду с этим используется семибалльная шкала «теистической вероятности» как для ориентировочной самоидентификации отношения к вере. Однако инструмент не обладает психометрическими свойствами, достаточными для клинко-диагностического применения, и должен рассматриваться лишь как описательный маркер (Dawkins R., 2006).

В современных источниках исследователями (Копейко Г.И. и др., 2019; Попович У.О. и др., 2020; Arterburn S., 2001) было описано понятие гармоничной (конвенциональной) религиозности, где «фокус на Боге сочетался с уважением к собственной и чужой личности, с тёплыми межличностными отношениями и готовностью опираться на веру как на ресурс адаптации в трудных ситуациях»; Такая религиозность была ассоциирована с более благоприятным социальным функционированием (Самсонов И.С., 2021).

В противоположность этому, патологическая религиозность вырастала из психопатологической симптоматики и проявлялась искажением привычного религиозного уклада: трансформацией религиозного поведения, особыми бредовыми трактовками религиозных догматов; отдельно выделяется вариант «токсической веры», при котором происходит искажение «нормальной

религиозности», а религиозные практики используются как средство избегания и самообвинения, усиливая изоляцию и снижая адаптацию пациентов (Борисова О.А. и др., 2017).

Выполненный историко-аналитический обзор отечественных и зарубежных публикаций свидетельствует о высокой научно-практической актуальности проблемы и обосновывает необходимость целенаправленного комплексного междисциплинарного исследования депрессивно-бредовых состояний с религиозным содержанием, включающего клинический, клинико-катамнестический и клинико-патогенетический разделы. Такого рода исследование позволит приблизиться к пониманию роли религиозности в структуре и динамике эндогенных заболеваний и сформировать терапевтические и реабилитационные подходы для данной категории пациентов.

Наряду с этим, имеющиеся в литературе сведения, указывающие на сопряженность религиозной фабулы с низким уровнем приверженности терапии (комплаентности), торпидностью обратного развития психопатологической симптоматики, а также с возрастанием риска аутоагрессивного поведения, позволяют предполагать наличие вторичного патогенетического влияния: религиозная интерпретация переживаний может оказывать опосредованное воздействие на динамику патологического процесса за счет модификации поведенческих паттернов (включая социальную изоляцию и уклонение от лечения) и специфических стратегий совладания (копинг-механизмов). В данном контексте наибольшей диагностической и прогностической ценностью обладает не тема переживания как таковая, а характер религиозного реагирования (адаптивный/гармоничный против дезадаптивного/«токсического»), степень сохранности критики и вектор последующей перестройки ценностно-смысловой сферы. Выделенные параметры формируют методологическую основу для проведения эмпирического этапа настоящего исследования. Подобный подход дает возможность нивелировать существующие в научных публикациях противоречия путем дифференциации рассматриваемых феноменов по различным регистрам:

содержательному, отражающему патопластический эффект, и динамическому, определяющему патогенетическое воздействие.

## **ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

### **2.1. Критерии отбора материала**

Настоящая работа выполнена в отделе транскультуральной психиатрии (руководитель — к.м.н. Копейко Г.И.) Федерального государственного бюджетного научного учреждения «Российский научный центр психического здоровья» (директор — д.м.н. Ю.А. Чайка) в период с 2021 по 2025 гг.

#### **Критерии включения в исследование:**

1. Депрессивно-бредовое состояние структуре заболеваний аффективного или шизофренического спектра (в рамках F31.5, F32.3, F33.3, F20.0, F25 по МКБ-10);
2. Бред религиозного содержания в структуре депрессивно-бредового состояния
3. Возраст от 18 до 50 лет на момент манифестации депрессивно-бредового состояния;
4. Длительность наблюдения для больных катamnестической группы от 10 лет до 15 лет;
5. Подписанное информированное добровольное согласие больных на участие в исследовании.

#### **Критерии невключения в исследование:**

1. Манифестация заболевания до 18 лет и старше 50 лет;
2. Начало заболевания до 15 лет;
3. Наличие сопутствующей психической, соматической или неврологической патологии, затрудняющей проведение исследования.

### **2.2. Общая характеристика материала**

Было изучено 104 больных (56 женщин и 48 мужчин), которые перенесли депрессивно-бредовое состояние с религиозным контентом, формирующееся в рамках заболеваний аффективного (n=22, 21,2%) или шизофренического спектра

( $n=82$ , 78,8%). Все указанные больные составили две группы — клиническую и катamnестическую.

Больные *клинической группы* (58 чел.) были обследованы в клинике ФГБНУ НЦПЗ в период с 2021 по 2025 гг. с целью выявления психопатологических особенностей религиозно-депрессивно-бредового синдрома и разработки его типологии.

Для *катamnестического исследования* на основании медицинской документации было отобрано 73 пациента, которые наблюдались в клинике ФГБНУ НЦПЗ в период с 2011–2015 гг. с депрессивно-бредовыми состояниями с религиозным контентом. Из них 18 человек оказались недоступны в связи со сменой места жительства и контактными данными, 9 пациентов отказались от обследования. Оставшиеся 46 человек были включены в катamnестическую группу и обследованы катamnестически с целью выявления закономерностей течения и исхода эндогенных заболеваний с картиной РДБС в структуре состояния. Длительность катamnестического наблюдения составила от 10 лет до 15 лет (в среднем  $12,24 \pm 2,7$  лет).

Сравнительный анализ клинической и катamnестической групп показал отсутствие статистически значимых различий по возрастным и социально-демографическим параметрам на момент начала заболевания и манифестации приступа с РДБС (Таблица 2.1), что позволило экстраполировать результаты катamnестического анализа на всю когорту включённых в исследование больных ( $p>0,05$ ).

Из данных таблицы 2.1 следует, что возраст больных к моменту начала заболевания, в основном, находился в возрастном интервале 21–26 лет (50,9%). Средний возраст начала заболевания —  $24,5 \pm 4,5$  лет. Возраст манифестации заболевания в 64,4% приходился на интервал от 18–25 лет, а в 28,9% — от 26 до 33 лет. Средний возраст манифестации заболевания —  $24,9 \pm 4,9$  лет. Первый манифестный приступ с религиозно-депрессивно бредовым синдром в 41,3% был в промежутке от 26 до 33 лет, в 40,4% — от 18 до 25 лет, что, в ряде случаев,

указывало на изменение мировоззрения пациентов и присоединение религиозной фабуле к имеющимся бредовым расстройствам.

Таблица 2.1 — Сопоставление клинической и катamnестической групп больных по возрасту и социо-демографическим характеристикам

| Показатель                                                                                                                                                                                                                                                        | Клиническая группа |      | Катamnестическая группа |      | Всего |      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|------|-------------------------|------|-------|------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                   | n                  | %    | n                       | %    | n     | %    |
| Всего больных                                                                                                                                                                                                                                                     | 58                 | 55,8 | 46                      | 44,2 | 104   | 100  |
| <b>Возраст к началу заболевания, годы*</b>                                                                                                                                                                                                                        |                    |      |                         |      |       |      |
| 16–21                                                                                                                                                                                                                                                             | 12                 | 11,5 | 9                       | 8,7  | 21    | 20,2 |
| 21–26                                                                                                                                                                                                                                                             | 29                 | 27,9 | 24                      | 23,0 | 53    | 50,9 |
| 27–32                                                                                                                                                                                                                                                             | 13                 | 12,5 | 11                      | 10,6 | 24    | 23,1 |
| 32–38                                                                                                                                                                                                                                                             | 4                  | 3,9  | 2                       | 1,9  | 6     | 5,8  |
| <b>Возраст к моменту манифестации заболевания, годы**</b>                                                                                                                                                                                                         |                    |      |                         |      |       |      |
| 18–25                                                                                                                                                                                                                                                             | 37                 | 35,5 | 30                      | 28,8 | 67    | 64,4 |
| 26–33                                                                                                                                                                                                                                                             | 18                 | 17,4 | 12                      | 11,5 | 30    | 28,9 |
| 34–40                                                                                                                                                                                                                                                             | 3                  | 2,8  | 4                       | 3,9  | 7     | 6,7  |
| <b>Возраст к моменту возникновения приступа с РДБС, годы***</b>                                                                                                                                                                                                   |                    |      |                         |      |       |      |
| 18–25                                                                                                                                                                                                                                                             | 23                 | 22,1 | 19                      | 18,3 | 42    | 40,4 |
| 26–33                                                                                                                                                                                                                                                             | 24                 | 23,1 | 19                      | 18,3 | 43    | 41,3 |
| 34–40                                                                                                                                                                                                                                                             | 8                  | 7,7  | 7                       | 6,7  | 15    | 14,4 |
| 41–50                                                                                                                                                                                                                                                             | 3                  | 2,8  | 1                       | 1    | 4     | 3,8  |
| <b>Уровень образования на момент первой госпитализации****</b>                                                                                                                                                                                                    |                    |      |                         |      |       |      |
| среднее                                                                                                                                                                                                                                                           | 9                  | 8,7  | 6                       | 5,8  | 15    | 14,4 |
| среднее специальное                                                                                                                                                                                                                                               | 10                 | 9,6  | 8                       | 7,7  | 18    | 17,3 |
| неоконченное высшее                                                                                                                                                                                                                                               | 8                  | 7,7  | 9                       | 8,6  | 17    | 16,3 |
| высшее                                                                                                                                                                                                                                                            | 31                 | 29,8 | 23                      | 22,1 | 54    | 52   |
| <b>Уровень трудового статуса на момент первой госпитализации*****</b>                                                                                                                                                                                             |                    |      |                         |      |       |      |
| студент                                                                                                                                                                                                                                                           | 6                  | 5,8  | 7                       | 6,7  | 13    | 12,5 |
| работа по специальности                                                                                                                                                                                                                                           | 19                 | 18,3 | 16                      | 15,4 | 35    | 33,7 |
| неквалифицированный труд                                                                                                                                                                                                                                          | 15                 | 14,4 | 10                      | 9,6  | 25    | 24,0 |
| не работает                                                                                                                                                                                                                                                       | 18                 | 17,3 | 13                      | 12,5 | 31    | 29,8 |
| имеет инвалидность                                                                                                                                                                                                                                                | 2                  | 1,9  | -                       | -    | 2     | 1,9  |
| * $\chi^2 = 0,354$ ; $p(\chi^2 > 7,815) > 0,05$ ; ** $\chi^2 = 0,699$ ; $p(\chi^2 > 5,991) > 0,05$ *** $\chi^2 = 0,64$ ; $p(\chi^2 > 7,815) > 0,05$<br>**** $\chi^2 = 0,691$ ; $p(\chi^2 > 7,815) > 0,05$ ; ***** $\chi^2 = 2,332$ ; $p(\chi^2 > 9,488) > 0,05$ . |                    |      |                         |      |       |      |

Проведенный анализ характеристик социально-трудового статуса больных на момент первичного обращения представлен в таблице 2.1. Видно, что наибольший удельный вес занимали пациенты с высшим (52,0%) и средним специальным образованием (17,3%). 29,8% исследуемых больных являлись неработающими на момент первого приступа.

При квалификации исследуемых состояний использовались как клинко-психопатологические критерии, изложенные в фундаментальных отечественных

руководствах по психиатрии (Снежневский А.В., 1983; Тиганов А.С., 2009, 2012), так и формальные критерии международной классификации болезней МКБ-10 (МКБ-10. Классификация психических и поведенческих расстройств. Исследовательские диагностические критерии ВОЗ, 1994, 1998).

В ходе нозологического анализа особый акцент был сделан на катamnестической подгруппе пациентов, поскольку длительное наблюдение в динамике позволило не только зафиксировать клинико-психопатологические проявления расстройства, но и выявить общие закономерности его течения.

При нозологической квалификации больных на момент стационарирования по МКБ-10, адаптированной для использования в РФ, диагнозы больных соответствовали рубрикам: F31.5 (Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод депрессии с психотическими симптомами) 15 больных — 14,4%; F33.3 (рекуррентное депрессивное расстройство, тяжёлый эпизод с психотическими симптомами) 5 больных — 4,8%; F25.0 (Шизоаффективный психоз, депрессивный тип) 26 больных — 25,0%; F20.01 (Шизофрения приступообразно-прогредиентная) 33 больных — 31,7%; F20.0 (Шизофрения непрерывнотекущая) 25 больных — 24,0%.

Таблица 2.2 — Распределение изученных больных по нозологической принадлежности

| Группы обследованных    | БАР, РДР |      | ШАП |      | Шизофрения |      | Итого |     |
|-------------------------|----------|------|-----|------|------------|------|-------|-----|
|                         | п        | %    | п   | %    | п          | %    | п     | %   |
| Клиническая группа      | 10       | 17,2 | 13  | 22,4 | 35         | 60,4 | 58    | 100 |
| Катамнестическая группа | 10       | 21,7 | 13  | 28,3 | 23         | 50   | 46    | 100 |
| Всего                   | 20       | 19,2 | 26  | 25,0 | 58         | 55,8 | 104   | 100 |

Преморбидные личностные особенности исследовались с точки зрения выраженности характерологических аномалий (Смулевич А.Б., 2009; Сергеева О.Е., 2012) и преморбидного личностного склада (Максимова М.Ю., 2002; Каледа В.Г., Сергеева О.Е., 2012) (подробные данные указаны в таблице 5.1).

Как следует из представленных данных, наибольшая доля пациентов всех групп выявлялся преморбид с преобладанием шизоидных черт личности (81,7%), куда входили сенситивные, мозаичные, дефицитарные шизоиды и истерошизоиды. Для этой категории были характерны замкнутость, склонность к погружению во внутренний мир, избирательность в контактах, а также недостаточная синтонность в межличностных отношениях.

Гипертимный тип встречался у 12,5% пациентов, проявляясь лёгкостью установления социальных связей, энергичностью, тягой к разнообразной деятельности. Эти больные нередко обладали лидерскими качествами, демонстрировали высокую работоспособность, но сопротивлялись формализованным требованиям и внешнему контролю.

Истерический тип преморбиды был выявлен у 5,8% обследованных и отличался выраженной потребностью в признании и внимании, эмоциональной лабильностью, эгоцентризмом, повышенной внушаемостью и склонностью к демонстративному поведению.

Анализ выраженности личностных аномалий показал, что у большинства пациентов I и II типов РДБС преобладали акцентуации характера (41,3% от всей выборки), тогда как при III типе чаще наблюдался психопатический склад (78,3%), иногда в форме псевдопсихопатий (21,7%).

Статистический анализ подтвердил наличие значимых различий между группами как по типу преморбидных особенностей ( $\chi^2 = 44,30$ ;  $p < 0,01$ ), так и по выраженности аномалий личности ( $\chi^2 = 61,11$ ;  $p < 0,01$ ).

Выполненное исследование имело мультиконфессиональный характер и включало христиан, исповедующих православие (данные больные имели среди прочих конфессий и вероисповеданий наибольший удельный вес — 64,4%), католиков и мусульман (Таблица 2.3).

Следует отметить, что данный синдром развивается не только у приверженцев какой-либо религии. Ретроспективный анализ катамнестической группы, также, как и анализ клинической, показал, что на момент манифестации приступа с РДБС 28 больных (26,9%) являлись атеистами.

Таблица 2.3 — Сопоставление клинической и катamnестической групп больных по приверженности различным вероисповеданиям на момент манифестации приступа с РДБС

| Показатель                                                            | Клиническая группа |      | Катamnестическая группа |      | Всего |      |
|-----------------------------------------------------------------------|--------------------|------|-------------------------|------|-------|------|
|                                                                       | n                  | %    | n                       | %    | n     | %    |
| Всего больных                                                         | 58                 | 55,8 | 46                      | 44,2 | 104   | 100  |
| <b>Вероисповедание больных на момент манифестации приступа с РДБС</b> |                    |      |                         |      |       |      |
| Православие                                                           | 37                 | 35,6 | 30                      | 28,8 | 67    | 64,4 |
| Католицизм                                                            | 3                  | 2,9  | 1                       | 0,9  | 4     | 3,8  |
| Ислам (шиитского толка)                                               | 3                  | 2,9  | 2                       | 1,7  | 5     | 4,8  |
| Атеизм                                                                | 15                 | 14,4 | 13                      | 12,5 | 28    | 26,9 |
| $\chi^2 = 0,70; p(\chi^2 > 7,815) > 0,05$                             |                    |      |                         |      |       |      |

### 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 Гамильтона (HDRS), Колумбийская шкала серьёзности суицидальных намерений (C-SSRS), шкалы оценки религиозности S.Huber и K. Pargament, 2012);
4. Статистический.

\*Шкала позитивных и негативных синдромов (Positive and Negative Syndrome Scale, PANSS) является золотым стандартом оценки симптомов психотических и негативных расстройств (Kay S.R. et al., 1987). Учитывая схожесть симптомов, PANSS также используется для оценки симптоматики шизоаффективного и биполярного расстройства (Zeller S. et al., 2017; Mutlu E. et al., 2022; Rootes-Murdy K. et al., 2022).

Клинико-психопатологический, клинико-катamnестический методы в рамках данного исследования являлись основными. Исследование соответствовало положениям Хельсинской декларации по вопросам медицинской этики (2013 г.) и проводилось с соблюдением прав, интересов и личного достоинства участников. План исследования одобрен локальным этическим комитетом ФГБНУ «Научный

центр психического здоровья» (протокол No 845 от 23.12.2021). Все обследуемые дали письменное информированное согласие на участие в исследовании.

Клинико-психопатологический метод позволил выявить психопатологические особенности, характерные для религиозно-депрессивно-бредового синдрома и представить типологию данного синдрома.

Клинико-катамнестический метод применялся для определения закономерностей течения и исхода РДБС, выделенных в исследовании типологических разновидностей, что является особенно значимым для дальнейшего прогноза заболеваний. Длительность катамнестического наблюдения составляла от 10 до 15 лет, что позволило наблюдать не только за динамикой дальнейшего развития психопатологических явлений, но и за изменениями в социально-трудовом статусе больных.

Оценка особенностей течения и исхода заболевания на момент катамнестического обследования проводилась на основе классификации, разработанной и используемой в РНЦПЗ (Каледа В.Г., 2010, 2015; Самсонов И.С., 2021; Голубев С.А., 2022; Орехова П.В., 2023). Согласно которой выделяют пять вариантов динамики эндогенных психозов: одноприступное, регрессиентное, типа «клише», прогрессиентное, с переходом в непрерывное. Характер ремиссии определялся по классификации, основанной на клинических критериях и дихотомическом делении в зависимости от присутствия в ее структуре позитивных или негативных расстройств (Смулевич А.Б., 2007, 2008). В соответствии с этим выделялись синдромальные и симптоматические ремиссии.

Помимо детального клинико-психопатологического обследования пациентов использовался психометрический подход, включавший применение шкал PANSS, HDRS, PSP и CRS. Для оценки уровня позитивных и негативных изменений личности, а также для динамического определения когнитивных нарушений была использована шкала PANSS (Kay S.R., Opler L.A., Fishbain A., 1987; Glick H.A., Li P., Harvey P.D., 2015). Также по данным некоторых исследователей, ряд параметров шкалы PANSS могут быть использованы для оценки степени изменения мышления (Green, M.F. et.al., 2000; Foussias G., Remington G., 2010).

Для исследования религиозности у больных с депрессивно-бредовыми состояниями была применена последняя версия «Шкала центральности религиозности» (Centrality of Religiosity Scale — CRS) S. Huber и K. Pargament (2012) в русскоязычной адаптации М. Акерта, Е.В. Пруцковой и И.В. Забаева (2021). Шкала включала оценку по пяти субшкалам, относящимся к религиозной стороне жизни человека, названных «измерениями»: интеллектуальное измерение (интерес к религиозным вопросам, верования, убеждения); идеологическое (убеждения о трансцендентном - вера в Бога или некую божественную силу); публичная практика (участие в религиозных службах); личная практика (молитва); религиозный опыт (мистический опыт - ощущение вмешательства Бога или божественной силы в жизнь человека). Шкала CRS подсчитывала суммарный балл как общий индекс, при этом итоговый диапазон по шкале CRS составляет от 1,0 до 5,0 баллов: значение от 1,0 до 2,0 — отсутствие религиозности, от 2,1 до 3,9 — подтверждает наличие религиозности, от 4,0 до 5,0 — говорит о наличии высокой религиозности, которая может соответствовать критериям как нормальной религиозности, так и являться отражением патологической религиозности. Средне-популяционные показатели по Российской Федерации соответствовали 2,45 баллам (Пруцкова Е.В. и др., 2021).

Для изучения фактора религиозности, его взаимосвязи с патологическим процессом, а также выявления типоспецифических характеристик и корреляционных связей с отдельными психопатологическими проявлениями в структуре анализируемого синдрома была использована методика оценки направленности религиозной ориентации личности, разработанная Г. Олпортом (1966). Для более точного разграничения таких понятий, как гармоничная/нормальная и патологическая религиозность использовались подходы и критерии, описанные в современной литературе (Борисова О. А. и др., 2017; Попович У. О. и др., 2020; Самсонов И.С., 2021; Arterburn S., 2001).

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

неблагоприятный», «неблагоприятный». Также для более детальной оценки использовалась шкала личного и социального функционирования PSP (Personal and Performance scale, Morosini P.L., Magliano L., Brambilla L., 2000), что позволило оценить на момент катанеза такие параметры как социально полезная деятельность, межличностные отношения, самообслуживание, агрессивное поведение больных. Использованное разделение применялось ранее рядом исследователей в проводимых катанестических исследованиях (Попович У.О., 2015; Румянцев А.О. и др., 2018; Самсонов И.С., 2021; Голубев С.А., 2022).

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

### **ГЛАВА 3. ПСИХОПАТОЛОГИЯ И КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗНОВИДНОСТИ ДЕПРЕССИВНО-БРЕДОВЫХ СОСТОЯНИЙ С ИДЕЯМИ РЕЛИГИОЗНОГО СОДЕРЖАНИЯ**

Проведённое клинико-психопатологическое изучение депрессивно-бредовых состояний религиозного содержания выявило их неоднородность и гетерогенность структуры психотических приступов. Это позволило разработать типологическую дифференцировку состояний и выделить специфические религиозно-бредовые феномены.

#### **3.1. Общая психопатологическая характеристика депрессивно-бредовых состояний с религиозным содержанием**

При изучении депрессивно-бредовых состояний с религиозным контентом были выявлены общие психопатологические особенности. Речь шла о формировании особого, характерного для всей группы больных, независимо от их нозологической принадлежности, религиозно-депрессивно-бредового симптомокомплекса (РДБС), включающего расстройства аффективного спектра, сверхценные и бредовые идеи религиозного содержания с доминированием бредовых идей греховности, самообвинения, с явлениями синдрома Кандинского–Клерамбо. Средний показатель по шкале PANSS составил  $86,6 \pm 6,2$  баллов.

Исследование клинической группы больных (58 человек) позволило выделить следующие общие особенности РДБС при эндогенных заболеваниях:

1. Тяжелая степень выраженности депрессивных проявлений, соответствующая  $31,7 \pm 4,6$  балла по шкале HDRS, со средним и высоким риском суицида по шкале C-SSRS и, в ряде случаев, сопровождавшаяся как ауто-, так и гетероагрессивными проявлениями.
2. Полиморфная клиническая картина РДБС с сочетаниями разных форм депрессивного бреда религиозного содержания с различными механизмами бредообразования;

3. Преобладание аутохтонных механизмов возникновения приступов над психогенными;
4. Обязательное наличие особых феноменов религиозного содержания в структуре религиозно-депрессивно-бредового синдрома.
5. Доминирование бредовых идей греховности.
6. Диссоциация между выраженностью психопатологических проявлений и бредовым поведением больных — многие пациенты демонстрировали внешне сохранное социальное функционирование, часто под прикрытием религиозного фасада бреда, сохраняя при этом высокую работоспособность и социальную адаптацию.
7. Различное влияние фактора религиозности на клиническую картину и динамику болезни (как протективное, так и деструктивное).

### 3.2. Клинико-типологическая дифференциация религиозно-депрессивно-бредового симптомокомплекса

На основании психопатологического анализа полученных результатов, особенностей динамики клинической картины и гетерогенности депрессивно-бредовых проявлений с религиозным контентом было выделено три типологические разновидности: 1 тип — с преобладанием конгруэнтного аффекту депрессивного бреда (11 человек); 2 тип — с острым чувственным бредом (20 человек); 3 тип — депрессивно-параноидные состояния с преобладанием синдрома Кандинского–Клерамбо (27 человек) (Рисунок 3.1).



Рисунок 3.1 — Типологические разновидности депрессивно-бредовых проявлений с религиозным контентом

**1 тип — депрессивно-бредовые состояния с преобладанием конгруэнтного аффекту депрессивного бреда** (11 больных, 19,0%; 5 женщин, 6 мужчин; средний возраст  $28 \pm 4,5$  лет), характеризовался наличием депрессивного аффекта, сопряженного с конгруэнтными бредовыми идеями самоуничтожения, самообвинения, греховности, моральной и духовной неполноценности и несостоятельности, духовного обнищания с выраженными соматовегетативными проявлениями, с нарушением сна и аппетита. Ведущим для данного типа являлось формирование бреда в тесной связи с депрессивным состоянием, при относительной сохранности зависимости бредовых переживаний от аффективного фона.

В 72,7% ( $n=8$ ) случаев состояние развивалось аутохтонно, в 27,3% ( $n=3$ ) случаев после психогенной провокации, связь с которой в дальнейшем утрачивалась. Религиозность в 63,6% ( $n=7$ ) была сформирована на преморбидном периоде болезни. Процесс становления религиозности был длительным, гармоничным с участием значимого окружения, семьи, священников.

Развитию депрессивно-бредовых состояний предшествовал продромальный этап длительностью от 2-х недель до нескольких месяцев (в среднем  $1,5 \pm 0,7$  месяцев). Депрессивный бред развивался по механизму аффективного бреда, который возникал в связи с депрессивным состоянием.

Психометрическая оценка больных данной разновидности РДБС соответствовала тяжелой степени выраженности депрессивных расстройств по шкале HDRS ( $33 \pm 5,6$  баллов), по шкале C-SSRS пациенты в 81,8% ( $n=9$ ) имели средний риск суицида, в 18,2% ( $n=2$ ) — высокий, оценка по шкале PANSS соответствовала  $71 \pm 5,3$  баллам, при этом  $15,8 \pm 3,7$  балла по субшкале позитивных расстройств.

По структуре психопатологической картины состояний было выделено три подтипа: с преобладанием бредовых идей греховности (1.1 подтип); с доминированием бредовых идей богооставленности (1.2 подтип); с преобладанием

бредовых идей неполноты, неправильности, неистинности своей веры (1.3 подтип)<sup>1</sup>.

*В первом подтипе* (5,2%, n=3 случаев от общего количества) преобладали больные с бредовыми идеями греховности, которые встречались преимущественно в картине меланхолической депрессии. В состоянии доминировал тоскливый аффект, идеи самоуничтожения, самообвинения. В данном подтипе ведущим являлся интерпретативный механизм оформления аффективного бреда, реальные события прошлого и настоящего подвергались депрессивной переоценке и включались в систему самообвинения. Больные винили себя во всевозможных негативных бытовых событиях: болезнях родственников, чувствовали свою виновность по отношению к родным и близким, считали себя «плохими христианами», виноватыми в недостатках воспитания детей, говорили о том, что не могут обеспечить им должного содержания и образования<sup>2</sup>. Депрессивный аффект сопровождался тягостным ощущением, депрессивные переживания вытекали из ранее существовавших религиозных идей и мировоззрения больных, соответствовали их культурному уровню. Бытовое содержание греховных переживаний, идеи самоуничтожения, самообвинения, несостоятельности трансформировалось в тотальное ощущение своей вины, заслуженного «наказания адскими муками» и перерастало в стойкое бредовое убеждение собственной греховности, что «своими грехами погубили семью и детей», служат причиной «всех бед близких», формировался феномен «бредовой меланхолии», являющийся центральным феноменом депрессивно-бредовых состояний.

Психометрическая оценка соответствовала тяжёлой степени выраженности депрессии (HDRS  $29,0 \pm 5,5$  балла) со средним риском суицида. Оценка по PANSS соответствовала  $70,7 \pm 4,3$  баллам; позитивная субшкала  $15,4 \pm 3,8$  балла.

<sup>1</sup> Цит. по статье: Смирнова, Е. В. Психопатологические особенности депрессивно-бредовых состояний с религиозным содержанием / Е. В. Смирнова, А. Г. Алексеева, Г. И. Копейко [и др.] // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2023. – Т. 123, № 11–2. – С. 101–107. – DOI 10.17116/jnevro2023123112101

<sup>2</sup> Цит. по статье: Копейко, Г. И. Эндогенные депрессивные состояния с религиозными переживаниями / Г. И. Копейко, Е. В. Гедевани, О. А. Борисова, Ф. М. Шаньков, Б. В. Смирнова, В. Г. Каледа // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2021. – Т. 121, № 5–2. – С. 55–60. DOI 10.17116/jnevro202112105255

*Второй подтип* (8,6%, n=5 случаев) характеризовался доминированием феномена богооставленности, формировавшегося в структуре тревожно-анестетической депрессии<sup>3</sup>. Ведущим механизмом бредообразования являлся механизм аффективного чувственного бреда. Его основой становилось непосредственное болезненное переживание утраты связи с Богом, исчезновения «живой» веры, отсутствия благодати и внутреннего отклика на молитву, сопровождавшееся убеждением в том, что Бог «отвернулся, оставил».

Центральное место в переживаниях больных занимали жалобы анестетического характера. Затрагивая религиозные переживания, «бесчувствие» распространялось на духовную сферу их жизни. Больные утверждали, что не ощущают благодати от молитвы, не чувствуют отклика в душе от участия в религиозных обрядах, сравнивали свое состояние с «окамененным нечувствием», говорили об отсутствии чувства «живой веры». Во всех случаях идеи богооставленности и греховности сверхценного характера в рамках религиозного мировоззрения трансформировались в бредовые. Больные отмечали, что «не чувствуют присутствие Бога в жизни, не ощущают божественной благодати». Появлялось убеждение, что Бог их «не слышит, отвернулся, оставил», описывали ощущение «полной духовной изоляции от окружающего мира, в особенности от Бога, сравнивая свое состояние с «нахождением в вакууме»; утверждали, что потеряли самое главное в жизни — смысл существования, веру в Бога и надежду на спасение. Такие идеи сопровождались размышлениями, что «теперь в их жизни ничего не держит», «их место в аду».

Психометрическая оценка соответствовала тяжёлой степени выраженности депрессии (HDRS  $35,3 \pm 5,5$  балла). В 66,7% отмечался средний риск суицида, в 33,3% — высокий. По шкале PANSS общий балл соответствовал  $72,3 \pm 4,8$  балла; по позитивной субшкала —  $15,8 \pm 3,5$  балла.

*Третий подтип* (5,2%, n=3 случаев) характеризовался доминированием бредовых идей неполноты, неправильности, неистинности своей веры, которые

---

<sup>3</sup> Цит. по статье: Копейко, Г. И. Эндогенные депрессивные состояния с религиозными переживаниями / Г. И. Копейко, Е. В. Гедевани, О. А. Борисова, Ф. М. Шаньков, Б. В. Смирнова, В. Г. Каледа // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2021. – Т. 121, № 5–2. – С. 55–60. DOI 10.17116/jnevro202112105255

формировались в структуре тревожно-апатической депрессии<sup>4</sup>. В данном подтипе имел место смешанный механизм бредообразования с интерпретативной переработкой религиозных сомнений в истинности своей веры в сочетании с элементами острого чувственного бреда восприятия.

Больные винили себя в том, что их поведение не соответствует требованиям религиозных правил и предписаний. «Душевные метания» не ограничивались одними размышлениями. Больные по бредовым мотивам неоднократно совершали паломнические поездки по многочисленным монастырям с целью беседы с различными старцами, поисками «настоящего» духовника<sup>5</sup>. Однако, нигде не могли найти «себе место, духовного покоя». В переживаниях больных доминировало бредовое чувство неполноты, неправильности, искаженности собственной веры.

Психометрическая оценка соответствовала тяжёлой степени выраженности депрессии (HDRS  $35,3 \pm 5,5$  балла, в 66,7% риск суицида был средний, в 33,3% — высокий. По шкале PANSS общий балл  $76,4 \pm 4,1$  балла; по позитивной субшкале  $18,2 \pm 3,4$  балла.

При нозологической оценке данного типа выявлено, что 54,5% (n=6) больных имели диагноз биполярное аффективное расстройство; 27,3% (n=3) — рекуррентное депрессивное расстройство; 18,2% (n=3) — шизоаффективный психоз.

Формирование ремиссий у больных с РДБС I типа происходило постепенно, с поэтапной редукцией психотической симптоматики. На фоне проводимой терапии постепенно снижалась выраженность аффективных проявлений, после чего отмечалось уменьшение интенсивности бредовых расстройств.

Полная редукция бредовой симптоматики отмечалась в среднем к 4–5 неделе от начала лечения. Восстановление сна и аппетита наблюдалось к концу второй недели, нормализация эмоционального фона — к 3–4 неделе. Снижение бредовой убежденности происходило параллельно с усилением критики к перенесённому

---

<sup>4</sup> Цит. по статье: Копейко, Г. И. Эндогенные депрессивные состояния с религиозными переживаниями / Г. И. Копейко, Е. В. Гедевани, О. А. Борисова, Ф. М. Шаньков, Б. В. Смирнова, В. Г. Каледа // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2021. – Т. 121, № 5–2. – С. 55–60. DOI 10.17116/jnevro202112105255

<sup>5</sup> Там же.

состоянию. У части пациентов (45,5%, n=5) после редукции продуктивной симптоматики отмечалось развитие постпсихотической депрессии средней степени тяжести, длительностью в среднем 6–8 недель. Состояние характеризовалось наличием сниженного настроения, тревогой и астенодинамическими проявлениями. У 18,2% больных (n=2) имела место эмоциональная лабильность с чередованием эпизодов тревоги, подавленности и кратковременного подъёма настроения.

Достигнутая ремиссия не сопровождалась грубыми изменениями личностного склада, все пациенты сохраняли прежний уровень социально-трудового статуса. После перенесенного депрессивно-бредового состояния не отмечалось патологической трансформации религиозного мировоззрения, религиозность пациентов соответствовала культурному контексту, не выходила за рамки гармоничной/нормальной религиозности, пациенты продолжали совершать церковные обряды, участвовали в жизни религиозной общины. Данный фактор, по-видимому, оказывал компенсаторное влияние, способствуя более успешной адаптации и уменьшению выраженности постпсихотических депрессивных проявлений. В этом случае речь шла о протективном влиянии религиозного фактора.

**2 тип — депрессивно-бредовые состояния с острым чувственным бредом** (20 больных, 34,5%; 11 женщин, 9 мужчин; средний возраст на момент манифестации приступа  $25,0 \pm 9$  лет), характеризовался наличием в структуре состояния как конгруэнтных, так и неконгруэнтных аффекту бредовых идей. Обращало на себя внимание единовременное развитие бредовых идей религиозного содержания, соответствующих ранее названным феноменам (бредовые идеи греховности, богооставленности, неистинности веры), и неконгруэнтных бредовых идей. Отмечалось присоединение острого чувственного бреда в виде бреда инсценировки, особого значения, отношения, отдельных неразвернутых персекуторных идей.

В структуре состояния бредовые расстройства занимали доминирующее положение по отношению к депрессивным. Психометрическая оценка по шкале

HDRS  $29,6 \pm 4,4$  баллов, по шкале C-SSRS в 60,0% (n=12) отмечался средний риск суицида, в 40,0% (n=8) — высокий. По шкале PANSS оценка соответствовала  $87 \pm 6,2$  баллам, по субшкале позитивных расстройств —  $23,5 \pm 4,2$  баллам.

Манифестация психотического состояния в 80% (n=16) случаев происходила аутохтонно. Доманифестный этап психоза характеризовался наличием типичных признаков эндогенной депрессии, которую можно было отнести к тоскливо-тревожной с неравномерной выраженностью компонентов депрессивной триады. На этом этапе религиозность пациентов была различна: 40,0% (n=8) не имели религиозного мировоззрения или же имели формально представление о религиозных традициях, в 60,0% (n=12) имела место гиперрелигиозность.

Данная разновидность РДБС была разделена на два подтипа в соответствии с особенностями бредовых расстройств и их психопатологическими проявлениями: 2.1 подтип — с сочетанием острого чувственного бреда с религиозной фабулой и неразвернутыми персекуторными идеями; 2.2 подтип — с доминированием острого чувственного бреда, элементами онейроидного помрачения сознания и кататоническими включениями.

*Первый подтип* (15,5% случаев, (n=9) характеризовался сочетанием острого чувственного бреда восприятия религиозного содержания с идеями отношения, обвинения, осуждения и неразвернутыми персекуторными идеями. К депрессивным идеям виновности сверхценного уровня присоединялись идеи отношения, которые перерастали в бредовую фабулу обвинения и осуждения со стороны окружающих. Формировался острый чувственный бред особого значения: происходящее вокруг воспринималось как направленное на больного и подтверждало его виновность. К депрессивным идеям виновности сверхценного уровня присоединялись идеи отношения, которые перерастали в идеи обвинения и осуждения со стороны окружающих, отмечалось формирование острого чувственного бреда, содержание которого «подтверждало виновность» больных. Пациенты замечали в поведении окружающих негативное отношение к себе, отмечали во внешней обстановке знаки, подтверждающие их никчемность, несостоятельность. Идеи виновности и греховности достигали бредового уровня.

Имеющееся ранее религиозное мировоззрение в этих случаях становилось основой для формирования соответствующей бредовой фабулы. Бредовые идеи греховности, проявлялись в убежденности больных, что они «заслуживают наказания Божьего». Пациенты искали способы искупления грехов: непрерывно посещали церковные службы, многократно исповедовались в одних и тех же грехах, фанатично соблюдали религиозные традиции, истязали себя различными изнурительными постами, не соответствующими церковным традициям, вопреки советам духовников, наносили различные самоповреждения.

Отличительной особенностью депрессивно-бредовых состояний этого подтипа было развитие идей неправильности выбора конфессии. Сомнения в правильности выбора вероисповедания начинали приобретать доминирующее значение в жизни больных, имели сверхценный характер, в дальнейшем переходили на уровень сверхценного бреда и начинали определять их поведение. При этом основным внутренним переживанием пациентов являлось чувство вины за ошибку в выборе веры. Больные испытывали мучительные сомнения о зря потраченном времени на следование «неправильной вере», их беспокоил страх, что из-за «неистинности» своей веры, они «не смогут спастись». Пациенты не могли находиться в обществе других верующих, считали, что окружающие «видят» их грехи, осуждают их. Некоторые больные меняли конфессии, считая, что так могут заслужить прощение Бога.

Психометрическая оценка соответствовала тяжёлой степени выраженности депрессии (HDRS  $28,5 \pm 4,2$  балла, в 77,8% риск суицида был средний, в 22,2% — высокий. По шкале PANSS общий балл  $84,5 \pm 5,5$  балла; по позитивной субшкале  $22,0 \pm 3,9$  балла.

*Второй подтип* данной разновидности РДБС (19,0%, n=11) характеризовался доминированием острого чувственного бреда восприятия с элементами бреда воображения, онейроидного помрачения сознания, кататоническими включениями и развитием в ряде случаев депрессивной парафрении. На фоне эндогенной депрессии с преобладанием тревоги и растерянности возникали явления острого чувственного бреда восприятия, прежде всего инсценировки и особого значения,

фабула которого отражала депрессивные религиозные переживания. К имеющимся расстройствам могли присоединяться явления депрессивно-бредовой деперсонализации, представленной идеями о необратимых изменениях или значительном поражении личности, что прежде всего затрагивало всю духовную сферу. Пациенты описывали такие переживания как «гниение» или «потеря души». Говорили, что их сердце «мертво для веры», что они «духовно повреждены», что они «умерли заживо», «живьем попали в ад», чувствовали, что «разлагаются душевно», были убеждены, что это следствие их греховности. Таким образом, речь шла о формировании религиозного нигилистического бреда, достигающего до степени бреда Котара. Некоторые пациенты считали себя виновниками наступающего апокалипсиса, что связывали с собственной греховностью, были убеждены, что за свои грехи будут страдать вечно (бред Агасфера). Данные переживания становились ведущими в состоянии больных. При данном подтипе депрессивная переоценка событий распространялась на события настоящего, прошлого и будущего времени. Пациенты не только высказывали идеи самообвинения, но чувствовали осуждение как со стороны окружающих, так и со стороны Бога, который становился «карающим», «наказывающим». Развитие особой бредовой трактовки окружающей обстановки сквозь призму религиозного мировоззрения определяло поведение больных. Больные высказывали отрывочные идеи воздействия «бесовских» сил или Бога. Наличие идей о приближающемся конце света, появление «предвестников» апокалипсиса, ощущение борьбы между силами добра и зла, скором пришествии антихриста говорили об усложнении картины депрессивно-бредового состояния, формировании антагонистического бреда, присоединении фантастического бреда конца света и развитии острой депрессивной парафрении. На высоте такого состояния отмечалось развитие кататонических расстройств (мутизма, симптомов восковой гибкости, субступорозного состояния) и кратковременных эпизодов онейроидного помрачения сознания.

Психометрическая оценка соответствовала тяжёлой степени выраженности депрессии (HDRS  $30,5 \pm 4,6$  балла, в 45,5% риск суицида был средний, в 54,5% —

высокий. По шкале PANSS общий балл  $89,0 \pm 6,3$  балла; по позитивной субшкале  $24,7 \pm 4,2$  балла.

Данная разновидность РДБС в 50,0% (n=10) соответствовала шизоффективному психозу, в 30,0% (n=6) — приступообразной шизофрении, в 20,0% (n=4) — развивалась в рамках аффективного заболевания.

Обратное развитие психотической симптоматики, как правило, занимало около 2–3 недель. По мере уменьшения остроты состояния первыми ослабевали и исчезали персекуторные бредовые идеи, явления острого чувственного бреда, кататонические расстройства. Пациенты начинали сомневаться в достоверности собственных переживаний, допускали возможность наличия нераспознанного соматического заболевания или «нервного истощения». В дальнейшем происходила обратная трансформация аффекта, тревожное напряжение сменялось угнетённым настроением с преобладанием апатоадинамических проявлений. При этом пациенты, как правило, были склонны психологизировать свое состояние и недооценивать его тяжесть, объясняя персекуторные идеи своими собственными ошибками и поступками, осуждаемые религиозной общиной. Постепенно депрессивные симптомы утрачивали выраженность, одновременно нивелировались идеи вины. В этот период критика пациентов к своему состоянию становилась более полной, они активно интересовались своим диагнозом и дальнейшим прогнозом заболевания, были настроены на длительный прием поддерживающей терапии.

Достигнутая ремиссия, как правило, была достаточно полной — по выходе из психоза не выявлялось выраженных негативных изменений личности пациентов или заметного снижения профессиональной адаптации. У 80,0% (n=16) уровень социально-трудовых показателей сохранялся на прежнем уровне, лишь у 3 человек (15,0%) наблюдалось их некоторое снижение. У ряда пациентов в ремиссии сохранялись явления аффективной лабильности, сопровождавшиеся нарушением ночного сна в виде затруднённого засыпания и частых пробуждений. Динамика религиозности в постпсихотический период имела различный характер: у 30,0% (n=6) пациентов отмечался постепенный отказ от религиозных практик (сначала от

регулярного посещения храма, затем от частной молитвы), что в конечном итоге приводило к снижению религиозной вовлечённости с переходом к светскому образу жизни, такие пациенты начинали избегать религиозную среду, считая ее потенциальным триггером возможного повторения состояния. Другая группа (40,0%, n=8) демонстрировала усиление религиозного интереса с активным использованием духовных практик в качестве адаптационного ресурса, пациенты использовали религиозные практики как поддерживающий ресурс. Религиозное мировоззрение способствовало особой интерпретации болезни как испытания, что, как и у пациентов с РДБС I типа, являлось проявлением адаптивной копинг-стратегии. У 25,0% (n=5) уровень религиозности оставался неизменным.

**3 тип — депрессивно-параноидные состояния с преобладанием синдрома Кандинского–Клерамбо** (27 случаев, 46,6%; 15 женщин, 12 мужчин; средний возраст манифестации приступа  $23,4 \pm 2,5$  лет), характеризовался преимущественно интерпретативным механизмом бредообразования и относительно высокой степенью систематизации бредовых расстройств. Речь шла о формировании религиозно-депрессивно-бредового комплекса в рамках синдрома Кандинского–Клерамбо за счет присоединения бреда преследования, воздействия, псевдогаллюцинаторных расстройств, который сочетался с отдельными элементами острого чувственного бреда и кататоническими включениями.

Психометрическая оценка по шкале составила HDRS  $32,7 \pm 3,7$  баллов. По шкале C-SSRS в 66,7% (n=18) риск суицида был средний, в 33,3% (n=9) — высокий. Общий балл по шкале PANSS  $102 \pm 7,3$  балла, была характерна наибольшая степень выраженности продуктивной психопатологической симптоматики (субшкала позитивных расстройств —  $32,5 \pm 4,5$  балла).

Общей характеристикой данной разновидности было аутохтонное развитие, которое отмечалось в 81,5% (n=22) случаев. Развитию психотического состояния предшествовал длительный инициальный этап с преобладанием депрессивного аффекта с тревожным и тревожно-ажитированным компонентом и развитием стойких расстройств сна, развивавшихся еще до начала аффективных проявлений. На доманифестном этапе заболевания не отмечалось заметных проявлений

религиозности, которая возникала на этапе формирования развернутого депрессивно-галлюцинаторно-параноидного психоза с религиозно-мистическими переживаниями.

На основании психопатологической картины данную разновидность можно разделить на два подтипа: с преобладанием бредовых расстройств (3.1 подтип), с преобладанием галлюцинаторных расстройств (3.2 подтип).

*Первый подтип* (27,6% случаев, n=16) характеризовался преобладанием систематизированных бредовых расстройств. Элементы острого чувственного бреда восприятия могли присутствовать, однако не доминировали и не определяли клиническую картину состояния. Ведущим являлись интерпретативный бред с высокой степенью систематизации, бред воздействия и влияния, идеи отношения, которые быстро трансформировались в идеи преследования, колдовства, отравления, воздействия со стороны спецслужб, сект, «темных сил» или демонических существ. Религиозность у таких пациентов возникала в период острого психотического состояния и становилась основным источником продуктивной симптоматики. При ретроспективной переоценке своих поступков, больные связывали ощущение воздействия бесовских существ с тем, что «поддались искушению темной силы, дьяволу», говорили, что «не заслуживают прощения Бога», находили этому подтверждение в словах священника. Дальнейшее развитие состояния отличалось усложнением психопатологической картины с развитием религиозной систематизированной депрессивной парафрении, аутоагрессивным и суицидальным поведением. Больные говорили, что являются «антихристом во плоти», «дьяволом», находили подтверждения своим мыслям в окружающих событиях, поступках священнослужителей, понимали, что «им не спастись», отказывались от еды, пытаясь таким способом «изгнать беса», предпринимали суицидальные попытки, чтобы избавить себя от страданий (наносили себе порезы, колотые раны). Имела место депрессивная переоценка событий настоящего и прошлого времени. Галлюцинаторные расстройства (вербальные, обонятельные, общего чувства) носили отрывочный характер и вписывались в структуру систематизированного бреда.

Психометрическая оценка соответствовала тяжёлой степени выраженности депрессии (HDRS  $33,0 \pm 3,9$  балла, в 62,5% риск суицида был средний, в 37,5% — высокий. По шкале PANSS общий балл  $103,0 \pm 7,6$  балла; по позитивной субшкале  $33,0 \pm 4,6$  балла.

*Второй подтип* (19,0%, n=11) характеризовался преобладанием галлюцинаторных и псевдогаллюцинаторных расстройств, явлений психического автоматизма, бреда воздействия и бреда овладения религиозного содержания. На фоне тревожно-ажитированного аффекта с бредовыми идеями преследования, колдовства происходило расширение бредовой фабулы, преобразование светского содержания бреда преследования в религиозный. Больные утверждали, что причиной преследования являлись их поступки в прошлом, говорили, что таким образом «Бог наказывает их за грехи», высказывали бредовые идеи собственной греховности, говорили, что «не смогут спасти свою душу». Галлюцинаторные, псевдогаллюцинаторные расстройства и психические автоматизмы занимали центральное место в структуре психоза. Присоединение галлюцинаций общего чувства, псевдогаллюцинаторных расстройств, явлений психического автоматизма, массивных проявлений бреда воздействия позволяло говорить о формировании галлюцинаторно-параноидного синдрома, отличительной особенностью которого являлось религиозное содержание переживаний. Бред овладения религиозного содержания или бред одержимости проявлялся убежденностью больного, что им завладел «бес», «сатана» или «дьявол». Эти переживания охватывали всю духовную сферу и личность больного. В ряде наблюдений картина приближалась к псевдогаллюцинаторной парафрении, при которой религиозная фабула становилась не только объяснением происходящего, но и формой переживания чуждого управления, духовного порабощения и утраты контроля над собственной психической деятельностью. Данный вариант был близок к описываемым в литературе формам синдрома овладения религиозного содержания, однако в настоящем материале он развивался в структуре депрессивно-галлюцинаторно-параноидного состояния с выраженным аффектом тревоги, собственной виновности и греховности.

Психометрическая оценка соответствовала тяжёлой степени выраженности депрессии (HDRS  $32,3 \pm 3,5$  балла, в 72,7% риск суицида был средний, в 27,3% — высокий. По школе PANSS общий балл  $100,6 \pm 7,0$  балла; по позитивной субшкале  $31,7 \pm 4,4$  балла.

Нозологически данная разновидность РДБС квалифицировалась в рамках ШАП ( $n=5$ , 18,5%), приступообразно-прогредиентной ( $n=13$ , 48,2%) и непрерывной шизофрении ( $n=9$ , 33,3%) (F 25.0, 20.00, F20.01 по МКБ-10).

Обратное развитие психоза как правило длилось в среднем 6–8 недель и характеризовалось неоднородной редукцией психотической симптоматики. Редукция приступа сопровождалась дезактуализацией болезненных переживаний и распадом бредовой структуры с переходом симптоматики во фрагментарные проявления. Неполнота становления критики, обусловленная персистированием остаточных психотических феноменов и нарастанием негативных личностных изменений затрудняли адекватную оценку больными своего состояния и вызывало амбивалентное отношение к необходимости лечения. Это закономерно приводило к ухудшению показателей социально-трудового функционирования. В отдаленном периоде у 70,3% обследованных ( $n=19$ ) развивалось постпсихотическое депрессивное состояние с выраженными астено-дисфорическими проявлениями, аффективной лабильностью и явлениями «моральной ипохондрии», сохранявшаяся в среднем на протяжении 7–9 недель.

Достигнутая ремиссия имела ряд особенностей. В 40,8% ( $n=11$ ) случаев сохранялись остаточные психотические проявления, представленными в основном резидуальными бредовыми идеями религиозного характера. В этих случаях религиозность пациента трансформировалась в особую псевдорелигиозную систему взглядов с сочетанием элементов различных религиозных конфессий, близкую по своей структуре к феномену «лоскутной псевдорелигиозности». В 59,2% ( $n=16$ ) ремиссии характеризовались развитием циклотимоподобных проявлений, заострением личностных черт, усилением проявлений аутизации, сужением круга знакомств и интересов. В 18,5% ( $n=5$ ) наблюдений пациенты утрачивали религиозный интерес, переставали строго следовать религиозным

традициям и постепенно отказывались от соблюдения религиозных практик. В 22,2% (n=6) отмечалось ухудшение социально-трудовых навыков, а также развитием негативных расстройств, что еще больше затрудняли дальнейшую адаптацию пациентов.

Как показало проведенное исследование, при изучении депрессивно-бредовых состояний с религиозным контентом имели место ряд особенностей, связанных с влиянием фактора религиозности на проявления и содержание психических расстройств. Отмечалось формирование особых религиозных феноменов, влияющих на клиническую и психопатологическую картину депрессивно-бредовых состояний, в ряде случаев существенно утяжеляя картину психоза. Были установлены различия в выраженности психопатологической симптоматики в выделенных типологических разновидностях. Так, наиболее выраженная и прогностически неблагоприятная симптоматика отмечалась при III типе РДБС, тогда как при I типе психопатологические проявления были минимальными, а течение заболевания наиболее благоприятным.

#### **ГЛАВА 4. ЗАКОНОМЕРНОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЭНДОГЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ПРОТЕКАЮЩИХ С КАРТИНОЙ ДЕПРЕССИВНО-БРЕДОВЫХ СОСТОЯНИЙ С РЕЛИГИОЗНЫМ СОДЕРЖАНИЕМ**

Эндогенные заболевания, протекающие с картиной депрессивно-бредовых состояний с религиозным содержанием, их нозологическая принадлежность, особенности течения и исхода остаются малоизученными. Исследования влияния фактора религиозности на клиническую картину болезни практически не встречаются в научной литературе (Пашковский В.Э., 2006; Логутенко Р.М., 2014; Самсонов И.С., 2021; Орехова Р.В., 2023). В данной главе представлены результаты проведенного исследования особенностей течения и исходов психических заболеваний, в структуре которых развиваются депрессивно-бредовые состояния с религиозным содержанием.

Анализ клинических особенностей заболеваний основывался на разработанной типологии, представленной в главе 3 настоящего исследования. Изучение особенностей течения и исходов заболеваний включало анализ структуры аффективных фаз, оценивалась их частота, длительность, а также наличие в приступе бредовых расстройств, религиозной фабулы бреда, динамика приступов и их исход. Клиническая характеристика ремиссий проводилась с оценкой их длительности, качества, а также наличия или отсутствия изменений в личностной структуре и социально-трудовом статусе больных. Отдельно анализировалась динамика религиозности пациентов на всех этапах течения болезни. Полученные данные позволили оценить клиническое и прогностическое значение отдельных типологических разновидностей описанных РДБС для выявления влияния религиозного фактора на особенности течения заболеваний.

В соответствии с данными, представленными в предыдущей главе, РДБС встречался при различных нозологических формах, среди которых были выделены аффективные заболевания (биполярное аффективное расстройство, рекуррентное

депрессивное расстройство — F31.5, F32.3, F33.3), и заболевания шизофренического спектра (шизоаффективный психоз, приступообразная шизофрения, шизофрения с приступообразно-прогредиентным и непрерывным типом течения — F25, F20.0, F20.3).

#### 4.1. Особенности течения и исходов заболеваний с религиозно-депрессивно-бредовым синдромом

Распределение пациентов катamnестической выборки с религиозно-депрессивно-бредовым синдромом по выделенным типологическим разновидностям оказалось сопоставимым с клинической группой (Таблица 4.1).

Таблица 4.1 — Распределение больных с РДБС

| Параметры                            | Тип приступа |      |        |      |         |      |       |      |
|--------------------------------------|--------------|------|--------|------|---------|------|-------|------|
|                                      | I тип        |      | II тип |      | III тип |      | Итого |      |
|                                      | n            | %    | n      | %    | n       | %    | n     | %    |
| Всего больных                        | 22           | 21,2 | 36     | 34,6 | 46      | 44,2 | 104   | 100  |
| Клиническая группа                   | 11           | 10,6 | 20     | 19,2 | 27      | 26,0 | 58    | 55,8 |
| Катamnестическая группа              | 11           | 10,6 | 16     | 15,4 | 19      | 18,2 | 46    | 44,2 |
| $\chi^2=0,88; p(\chi^2>12,592)>0,05$ |              |      |        |      |         |      |       |      |

Статистически значимых различий между ними выявлено не было ( $p>0,05$ ), что позволяет экстраполировать данные катamnеза на всех обследованных больных. Основные параметры, такие, как возраст первых продромальных проявлений, особенности преморбида, характеристика манифестного психотического приступа, а также социально-трудовой статус пациентов на момент дебюта заболевания демонстрировали близкие показатели в обеих группах. На основании этих данных были выделены ключевые отличия приступов с религиозно-депрессивно-бредовой симптоматикой, определены особенности течения болезненного процесса, описаны варианты исходов для заболеваний, протекающих с депрессивным религиозным бредом в целом, так и для отдельных типологических разновидностей и их подтипов.

При оценке социально-демографических характеристик больных с религиозно-депрессивно-бредовыми состояниями (Таблица 4.2) установлено, что большинство пациентов имели высшее образование (50,0%,  $n=23$ ).

Таблица 4.2 — Сравнительные социально-демографические характеристики больных с депрессивно-бредовыми состояниями с религиозным контентом на момент манифестации

| Показатель                                                                                                                                                                                             | Типы РДБС |      |        |       |         |      |       |      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|------|--------|-------|---------|------|-------|------|
|                                                                                                                                                                                                        | I тип     |      | II тип |       | III тип |      | Всего |      |
|                                                                                                                                                                                                        | n         | %    | n      | %     | n       | %    | n     | %    |
| Всего больных                                                                                                                                                                                          | 11        | 23,9 | 16     | 34,8  | 19      | 41,3 | 46    | 100  |
| <b>Возраст к началу заболевания, годы*</b>                                                                                                                                                             |           |      |        |       |         |      |       |      |
| 16–21                                                                                                                                                                                                  | 2         | 4,3  | 2      | 4,3   | 5       | 10,9 | 9     | 19,5 |
| 21–26                                                                                                                                                                                                  | 3         | 6,5  | 9      | 19,6  | 12      | 26,1 | 24    | 52,2 |
| 27–32                                                                                                                                                                                                  | 4         | 8,7  | 5      | 10,9  | 2       | 4,3  | 11    | 23,9 |
| 32–38                                                                                                                                                                                                  | 2         | 4,3  | -      |       | -       |      | 2     | 4,3  |
| <b>Возраст к моменту манифестации, годы**</b>                                                                                                                                                          |           |      |        |       |         |      |       |      |
| 18–25                                                                                                                                                                                                  | 4         | 8,7  | 11     | 23,9  | 15      | 32,6 | 30    | 65,2 |
| 26–33                                                                                                                                                                                                  | 4         | 8,7  | 4      | 8,7   | 4       | 8,7  | 12    | 26,1 |
| 34–40                                                                                                                                                                                                  | 3         | 6,5  | 1      | 2,2   | -       | -    | 4     | 8,7  |
| <b>Уровень образования на момент первой госпитализации***</b>                                                                                                                                          |           |      |        |       |         |      |       |      |
| среднее                                                                                                                                                                                                | 1         | 2,2  | 3      | 6,5   | 2       | 4,3  | 6     | 13,0 |
| среднее специальное                                                                                                                                                                                    | 1         | 2,2  | 2      | 4,3   | 3       | 6,5  | 8     | 17,4 |
| неоконченное высшее                                                                                                                                                                                    | 3         | 6,5  | 1      | 2,2   | 5       | 10,9 | 9     | 19,6 |
| высшее                                                                                                                                                                                                 | 6         | 13,0 | 10     | 21,7  | 7       | 15,2 | 23    | 50,0 |
| <b>Уровень трудового статуса на момент первой госпитализации****</b>                                                                                                                                   |           |      |        |       |         |      |       |      |
| студент                                                                                                                                                                                                | 2         | 4,3  | 1      | 2,2   | 4       | 8,7  | 7     | 15,2 |
| работа по специальности                                                                                                                                                                                | 5         | 10,9 | 7      | 15,2  | 4       | 8,7  | 16    | 34,8 |
| неквалифицированный труд                                                                                                                                                                               | 3         | 6,5  | 4      | 8,7   | 3       | 6,5  | 10    | 21,7 |
| не работает                                                                                                                                                                                            | 1         | 2,2  | 3      | 6,5   | 9       | 19,6 | 13    | 28,3 |
| имеет инвалидность                                                                                                                                                                                     | -         | -    | -      | -     | 2       | 4,3  | 2     | 4,3  |
| * $\chi^2 = 11,52$ ; $p(\chi^2 > 12,59) > 0,05$ ** $\chi^2 = 9,34$ ; $p(\chi^2 > 12,59) > 0,05$ *** $\chi^2 = 4,13$ ; $p(\chi^2 > 12,59) > 0,05$<br>**** $\chi^2 = 10,26$ ; $p(\chi^2 > 15,51) > 0,05$ |           |      |        |       |         |      |       |      |
| <b>Уровень социального функционирования на момент первой госпитализации (PSP)</b>                                                                                                                      |           |      |        |       |         |      |       |      |
| 91–100 баллов                                                                                                                                                                                          | 3         | 27,3 | 1      | 6,3   | -       | -    | 4     | 8,7  |
| 81–90 баллов                                                                                                                                                                                           | 6         | 54,5 | 4      | 25,0  | 3       | 15,8 | 13    | 28,3 |
| 71–80 баллов                                                                                                                                                                                           | 1         | 9,1  | 4      | 25,0  | 5       | 26,3 | 10    | 21,7 |
| 61–70 баллов                                                                                                                                                                                           | 1         | 9,1  | 3      | 18,75 | 4       | 21,1 | 8     | 17,4 |
| 51–60 баллов                                                                                                                                                                                           | -         | -    | 2      | 12,5  | 3       | 15,8 | 5     | 10,8 |
| 41–50 баллов                                                                                                                                                                                           | -         | -    | 2      | 12,5  | 2       | 10,5 | 4     | 8,7  |
| 31–40 баллов                                                                                                                                                                                           | -         | -    | -      | -     | 2       | 10,5 | 2     | 4,4  |
| 21–30 баллов                                                                                                                                                                                           | -         | -    | -      | -     | -       | -    | -     | -    |

Наибольшая доля лиц с высшим образованием отмечалась при II типе (62,5%, n=10), тогда как при III типе она была заметно ниже (36,8%, n=7), что отражает тенденцию к снижению уровня образования среди пациентов данного типа. Статистически значимых различий по уровню образования между группами выявлено не было ( $p > 0,05$ ).

При анализе трудового статуса профессиональная занятость была наиболее характерна для I типа и II типа (90,9% и 75,0% соответственно). При III типе почти у половины пациентов имела место социально-трудовая дезадаптация — 47,4% не работали и 10,5% имели инвалидность. Различия по трудовому статусу между группами не достигали уровня статистической значимости ( $p>0,05$ ).

Оценка уровня социального функционирования по шкале PSP соответствовала социально-трудовым показателям. При I типе преобладали высокие показатели функционирования: у 81,8% балл PSP составлял 81–100. При II типе у большинства пациентов выявлялось умеренное снижение в диапазоне 61–80 баллов (43,8%). При III типе у 36,8% балл PSP не превышал 60, что свидетельствовало о выраженной социальной дезадаптации.

#### **4.1.1. Общая характеристика течения и исходов заболеваний с РДБС**

Для изучения особенностей течения и исхода религиозно-депрессивно-бредовых состояний был использован клинико-катамнестический метод. Было обследовано 46 пациентов (25 женщин и 21 мужчина) в возрасте от 28 до 43 лет, наблюдавшихся в клинике ФГБНУ НЦПЗ с 2010 по 2015 гг. Длительность катамнестического наблюдения составила не менее 10 лет, средняя продолжительность —  $12,7\pm 4,2$  года.

Изучение особенностей течения и исходов заболеваний, протекавших с картиной РДБС, позволило выявить ряд общих закономерностей: установлено, что период наибольшей интенсивности приступообразования приходился на первые 5 лет от момента манифестации заболевания. В этот интервал было зарегистрировано более половины всех повторных эпизодов, тогда как в последующие годы частота приступов постепенно снижалась вплоть до единичных обострений у отдельных пациентов. Манифестный приступ с РДБС развивался в 69,6% ( $n=32$ ) случаев; пациентов, перенесших один приступ с РДБС, было 15,2% ( $n=7$ ), два и более приступа — 84,8% ( $n=39$ ). Сравнительная характеристика количества и очередности приступов по типам РДБС представлена в таблице 4.3.

Таблица 4.3 — Клинические характеристики больных на момент катамнеза<sup>6</sup>

| Показатель                                  | РДБС<br>I типа |      | РДБС<br>II типа |      | РДБС<br>III типа |      | Всего |      |
|---------------------------------------------|----------------|------|-----------------|------|------------------|------|-------|------|
|                                             | п              | %    | п               | %    | п                | %    | п     | %    |
| Среднее число аффективных фаз               | 4,75           |      | 5,52            |      | 3,5              |      | 4,47  |      |
| Количество приступов с РДБС*                |                |      |                 |      |                  |      |       |      |
| 1 приступ с РДБС                            | 3              | 27,3 | 3               | 18,6 | 1                | 5,3  | 7     | 15,2 |
| 2 и более приступов с РДБС                  | 8              | 72,7 | 13              | 81,4 | 18               | 94,7 | 39    | 84,8 |
| Очередность приступов**                     |                |      |                 |      |                  |      |       |      |
| Манифестный психоз с РДБС                   | 7              | 63,6 | 10              | 62,5 | 15               | 78,9 | 32    | 69,6 |
| 2-й и последующий приступ с РДБС            | 4              | 36,4 | 6               | 37,5 | 4                | 21,1 | 14    | 30,4 |
| Диагноз на момент катамнеза                 |                |      |                 |      |                  |      |       |      |
| Аффективные расстройств                     | 9              | 81,8 | 1               | 6,3  | -                | -    | 10    | 21,7 |
| ШАР                                         | 2              | 18,2 | 11              | 68,8 | -                | -    | 13    | 28,3 |
| Шизофрения                                  | -              | -    | 4               | 25,0 | 19               | 100  | 23    | 50,0 |
| $\chi^2 = 56,21; p(\chi^2 > 18,47) < 0,001$ |                |      |                 |      |                  |      |       |      |

Примечание — \*количество перенесенных приступов с РДБС на момент катамнестического обследования; \*\*порядковый номер приступа со РДБС.

Анализ данных, характеризующих уровень трудовой адаптации и социального функционирования (Таблица 4.4), показал наличие выраженных межгрупповых различий. У больных I типа в катамнезе в большинстве случаев сохранялся прежний уровень трудоспособности или отмечался профессиональный рост (81,8%), тогда как среди пациентов II типа эти показатели выявлялись в 25,0% случаев, а при III типе — лишь у 10,5% ( $p < 0,001$ ). Наиболее неблагоприятная динамика трудового статуса отмечалась у больных III типа, у 73,6% наблюдалась частичная либо полная утрата трудоспособности.

По шкале PSP также установлены статистически значимые различия ( $p < 0,001$ ). Для I типа характерны высокие показатели социального функционирования (81–100 баллов — 63,6%), при II типе чаще наблюдались значения в пределах 61–80 баллов (37,5%), тогда как при III типе доминировали низкие показатели (41–60 и 21–40 баллов — 73,7%).

<sup>6</sup> Цит. по статье: Смирнова, Е. В. Эндогенные психические расстройства с депрессивно-бредовыми состояниями с религиозным контентом (психопатологические и прогностические аспекты) / Е. В. Смирнова, А. Г. Алексеева, У. О. Попович, В. Г. Каледа, Ю. А. Чайка // Психическое здоровье. — 2026. — Т. 21, № 3. — С. 21–32. DOI 10.25557/2074-014X.2026.03.21-32

Таблица 4.4 — Сравнительный уровень трудовой адаптации и социального функционирования по шкале PSP у больных с РДБС на момент катamnестического обследования

| Параметры                                                      | Тип приступа |      |        |      |         |      | Итого |      |
|----------------------------------------------------------------|--------------|------|--------|------|---------|------|-------|------|
|                                                                | I тип        |      | II тип |      | III тип |      |       |      |
|                                                                | n            | %    | n      | %    | n       | %    | n     | %    |
| Всего больных                                                  | 11           | 100  | 16     | 100  | 19      | 100  | 46    | 100  |
| Уровень трудовой адаптации                                     |              |      |        |      |         |      |       |      |
| Профессиональный рост / исходный уровень                       | 9            | 81,8 | 4      | 25,0 | 2       | 10,5 | 15    | 32,6 |
| Трудоспособность на сниженном уровне                           | 2            | 18,2 | 6      | 37,5 | 3       | 15,8 | 11    | 23,9 |
| Частичная утрата трудоспособности                              | 0            | 0    | 5      | 31,2 | 7       | 36,8 | 12    | 26,1 |
| Полная утрата трудоспособности                                 | 0            | 0    | 1      | 6,3  | 7       | 36,8 | 8     | 17,4 |
| $\chi^2 = 26,74; p(\chi^2 > 12,59) < 0,001$                    |              |      |        |      |         |      |       |      |
| Уровень социального функционирования на момент катамнеза (PSP) |              |      |        |      |         |      |       |      |
| 91–100 баллов                                                  | 2            | 18,2 | -      | -    | -       | -    | 2     | 4,3  |
| 81–90 баллов                                                   | 5            | 45,6 | 1      | 6,3  | -       | -    | 6     | 13,0 |
| 71–80 баллов                                                   | 3            | 27,3 | 3      | 18,8 | 1       | 5,3  | 7     | 15,2 |
| 61–70 баллов                                                   | 1            | 9,0  | 3      | 18,8 | 2       | 10,5 | 6     | 13,0 |
| 51–60 баллов                                                   | -            | -    | 3      | 18,8 | 3       | 15,8 | 6     | 13,0 |
| 41–50 баллов                                                   | -            | -    | 2      | 12,5 | 4       | 21,1 | 6     | 13,0 |
| 31–40 баллов                                                   | -            | -    | 2      | 12,5 | 3       | 15,8 | 5     | 10,9 |
| 21–30 баллов                                                   | -            | -    | 2      | 12,5 | 6       | 31,6 | 8     | 17,4 |
| $\chi^2 = 27,9; p(\chi^2 > 14,067) < 0,001$                    |              |      |        |      |         |      |       |      |

Таким образом, катamnестическое исследование показало, что при I типе РДБС наблюдается наибольшая сохранность профессиональной и социальной адаптации, при II типе — умеренное снижение, а при III типе — выраженное нарушение трудовой деятельности и социального функционирования.

В рамках катamnестического анализа течение заболевания у больных с РДБС оценивалось в соответствии с клиническими критериями, принятыми в отечественной психиатрии для характеристики динамики эндогенных психозов (Каледа В.Г., 1998, 2010, 2015; Голубев С.А., 2022). Выделялись следующие варианты течения: одноприступное, регрессиентное, приступообразное по типу «клише», прогрессиентное, а также течение с переходом в непрерывное. Катamnестическая оценка закономерностей течения заболевания выявила существенные различия между выделенными типами РДБС (Таблица 4.5).

Таблица 4.5 — Клинические характеристики течения заболевания пациентов на момент катамнестического обследования<sup>7</sup>

| Параметры             | I тип |      | II тип |      | III тип |      | Всего |      |
|-----------------------|-------|------|--------|------|---------|------|-------|------|
|                       | n     | %    | n      | %    | n       | %    | n     | %    |
| Всего больных         | 11    |      | 16     |      | 19      |      | 46    |      |
| Разновидность течения |       |      |        |      |         |      |       |      |
| Одноприступное        | 3     | 27,3 | 3      | 18,6 | -       | -    | 6     | 13,0 |
| Регрессиентное        | 2     | 18,2 | 3      | 18,6 | -       | -    | 5     | 10,9 |
| Типа «Клише»          | 6     | 54,5 | 6      | 37,5 | 3       | 15,8 | 15    | 32,6 |
| Прогрессиентное       | -     | -    | 4      | 25,0 | 9       | 47,4 | 13    | 28,3 |
| Непрерывное           | -     | -    | -      | -    | 7       | 36,8 | 7     | 15,2 |

«Так, для I типа было наиболее характерно приступообразное течение по типу «клише» (54,5%, n=6), при котором психопатологическая структура рецидивов воспроизводила картину манифестного приступа с последующей полной редукцией психопатологической симптоматики в межприступном периоде. Одноприступное течение без рецидивов встречалось лишь у 3 пациентов (27,3%) (n=3) этой разновидности»<sup>8</sup>.

«При II типе РДБС в 37,5% (n=6) случаев отмечалось течение по типу «клише», тогда как у 25,0% (n=4) пациентов приступообразное течение сопровождалось постепенным нарастанием негативных изменений»<sup>9</sup>.

«III тип РДБС характеризовался приступообразно-прогрессиентным течением (47,4%, n=9), при этом во всех наблюдениях отмечалось формирование стойких негативных изменений личности различной степени выраженности. У 36,8% (n=7) пациентов III типа приступообразное течение трансформировалось в непрерывное, что сопровождалось дальнейшим углублением негативных личностных изменений и выраженной социальной дезадаптацией»<sup>10</sup>.

<sup>7</sup> Цит. по статье: Смирнова, Е. В. Эндогенные психические расстройства с депрессивно-бредовыми состояниями с религиозным контентом (психопатологические и прогностические аспекты) / Е. В. Смирнова, А. Г. Алексеева, У. О. Попович, В. Г. Каледа, Ю. А. Чайка // Психическое здоровье. – 2026. – Т. 21, № 3. – С. 21–32. DOI 10.25557/2074-014X.2026.03.21-32

<sup>8</sup> Там же.

<sup>9</sup> Там же.

<sup>10</sup> Цит. по статье: Смирнова, Е. В. Эндогенные психические расстройства с депрессивно-бредовыми состояниями с религиозным контентом (психопатологические и прогностические аспекты) / Е. В. Смирнова, А. Г. Алексеева, У. О.

При оценке выраженности психопатологической симптоматики на момент катамнеза использовалась шкала PANSS. Для сравнительного анализа между типами РДБС были отобраны клинически наиболее информативные пункты каждой субшкалы. Из субшкалы позитивных расстройств анализировались пункты П-1 (бред), П-2 (расстройство суждений), П-3 (галлюцинации), П-6 (подозрительность). Из субшкалы негативных расстройств оценивались Н-1 (притупленный аффект), Н-3 (малоконтактность), Н-4 (социальная отрешённость), Н-7 (стереотипное мышление). Из общей психопатологической субшкалы рассматривались О-1 (соматическая озабоченность), О-2 (тревога), О-6 (депрессия), О-9 (необычное содержание мысли), О-12 (критика к своему состоянию). Сравнительная оценка средних значений по выделенным параметрам и суммарных баллов субшкал представлена в таблице 4.6. Выбор данных пунктов определялся их патогенетической связью с депрессивно-бредовой симптоматикой религиозного содержания, клинической значимостью для оценки исходов при различных типах РДБС и наибольшей вариабельностью показателей между типами РДБС.

Результаты сравнительного анализа по шкале PANSS на момент катамнеза обнаружили выраженные и статистически значимые различия между тремя типами РДБС по всем субшкалам. При I типе суммарный балл по шкале составил 37,2, что соответствовало минимальной выраженности продуктивной и негативной симптоматики и свидетельствовало о высоком качестве ремиссии. Показатели субшкалы позитивных расстройств приближались к минимальным значениям (суммарный балл 7,3), при этом по пунктам П-1 и П-2 у большинства пациентов данной группы регистрировались значения, соответствующие отсутствию симптоматики. Негативная симптоматика при I типе также была представлена в наименьшей степени (суммарный балл субшкалы 8,1), тогда как в структуре общей психопатологической субшкалы наиболее выраженными оставались тревога (О-2) и депрессия (О-6), что отражает тимопатический характер резидуальных

проявлений в данной группе. При II типе суммарный балл PANSS составил 54,4 и занимал промежуточное положение между I и III типами.

Таблица 4.6 — Сравнительная оценка по шкале PANSS больных с различными типами РДБС на момент катамнеза (М — средние значения баллов по параметрам шкалы PANSS;  $S_{\chi}$  — ошибка среднего арифметического)

| Параметры                                 | I тип<br>(n=11) |             | II тип<br>(n=16) |             | III тип<br>(n=19) |             | Всего       |             |
|-------------------------------------------|-----------------|-------------|------------------|-------------|-------------------|-------------|-------------|-------------|
|                                           | М               | $S_{\chi}$  | М                | $S_{\chi}$  | М                 | $S_{\chi}$  | М           | $S_{\chi}$  |
| <b>Субшкала позитивных расстройств</b>    |                 |             |                  |             |                   |             |             |             |
| П-1 — бред                                | 1,1             | 0,09        | 2,1              | 0,28        | 3,4               | 0,22        | 2,4         | 0,13        |
| П-2 — расстройство суждений               | 1,2             | 0,12        | 2,2              | 0,28        | 3,3               | 0,23        | 2,42        | 0,14        |
| П-3 — галлюцинации                        | 1,0             | 0           | 1,6              | 0,26        | 2,2               | 0,2         | 1,7         | 0,13        |
| П-6 — подозрительность                    | 1,0             | 0           | 1,7              | 0,18        | 2,3               | 0,22        | 1,8         | 0,11        |
| Суммарный балл субшкалы                   | 7,3             | 0,14        | 11,7             | 0,57        | 19,4              | 0,54        | 13,8        | 0,78        |
| <b>Субшкала негативных расстройств</b>    |                 |             |                  |             |                   |             |             |             |
| Н-1 — притупленный аффект                 | 1,0             | 0           | 1,9              | 0,18        | 3,1               | 0,22        | 2,2         | 0,17        |
| Н-3 — малоконтактность                    | 1,0             | 0           | 2,0              | 0,18        | 3,0               | 0,25        | 2,2         | 0,17        |
| Н-4 — соц. отрешенность                   | 1,2             | 0,12        | 1,9              | 0,2         | 3,2               | 0,28        | 2,3         | 0,18        |
| Н-7 — стереотипное мышление               | 1,1             | 0,09        | 2,1              | 0,22        | 3,4               | 0,22        | 2,4         | 0,18        |
| Суммарный балл субшкалы                   | 8,1             | 0,21        | 14,1             | 0,53        | 23,6              | 0,79        | 16,6        | 0,99        |
| <b>Общая психопатологическая субшкала</b> |                 |             |                  |             |                   |             |             |             |
| О-1 — соматическая озабоченность          | 1,5             | 0,16        | 1,7              | 0,15        | 2,8               | 0,16        | 2,1         | 0,13        |
| О-2 — тревога                             | 2,7             | 0,23        | 2,5              | 0,2         | 3,1               | 0,25        | 2,8         | 0,14        |
| О-6 — депрессия                           | 2,4             | 0,22        | 2,1              | 0,22        | 1,7               | 0,2         | 2,0         | 0,13        |
| О-9 — необычное содержание мысли          | 1,2             | 0,12        | 1,6              | 0,16        | 3,1               | 0,18        | 2,1         | 0,16        |
| О-12 — критика к своему состоянию         | 1,4             | 0,15        | 1,9              | 0,2         | 3,2               | 0,19        | 2,3         | 0,16        |
| Суммарный балл субшкалы                   | 21,8            | 0,84        | 28,6             | 0,97        | 33,4              | 0,58        | 29,0        | 0,8         |
| <b>Общий суммарный балл</b>               | <b>37,2</b>     | <b>0,81</b> | <b>54,4</b>      | <b>1,16</b> | <b>76,4</b>       | <b>1,14</b> | <b>59,4</b> | <b>2,38</b> |

Умеренное нарастание показателей по субшкалам позитивных (11,7) и негативных (14,1) расстройств указывало на сохранение резидуальной продуктивной симптоматики и начальных проявлений негативных изменений. Показатели пунктов Н-3 и Н-4 свидетельствовали об умеренном снижении социальной активности, при этом критика к состоянию оставалась частичной.

При III типе суммарный балл PANSS достигал наибольших значений (76,4), что соответствовало выраженной резидуально-бредовой симптоматике.

Показатели субшкалы негативных расстройств (23,6) указывали на значительные изменения эмоционально-волевой сферы, в первую очередь за счёт притупления аффекта (Н-1), малоконтактности (Н-3) и стереотипного мышления (Н-7). Высокие значения пункта О-9 (необычное содержание мысли) и О-12 (критика к своему состоянию) отражали сохранение патологических религиозных переживаний и демонстрировали измененное мировосприятие пациентов данной группы.

Таблица 4.7 — Сравнительная оценка выраженности негативных расстройств по субшкале негативных расстройств PANSS у пациентов различных типов с РДБС на этапе катамнеза<sup>11</sup>

| Параметры                                                                | I тип |      | II тип |      | III тип |      | Всего |      |
|--------------------------------------------------------------------------|-------|------|--------|------|---------|------|-------|------|
|                                                                          | n     | %    | n      | %    | n       | %    | n     | %    |
| Всего больных                                                            | 11    |      | 16     |      | 19      |      | 46    |      |
| Выраженность негативных расстройств (баллы по негативной субшкале PANSS) |       |      |        |      |         |      |       |      |
| Отсутствие (7 баллов)                                                    | 7     | 63,6 | 1      | 6,2  | -       | -    | 8     | 17,4 |
| Сомнительный (8–14 баллов)                                               | 3     | 27,3 | 4      | 25,0 | 1       | 5,3  | 8     | 17,4 |
| Слабо выраженный (15–21 балл)                                            | 1     | 9,1  | 7      | 43,8 | 4       | 21,1 | 12    | 26,1 |
| Умеренно выраженный (22–28 баллов)                                       | -     | -    | 4      | 25,0 | 8       | 42,1 | 12    | 26,1 |
| Сильно выраженный (29–35 баллов)                                         | -     | -    | -      | -    | 6       | 31,6 | 6     | 13,0 |
| $\chi^2 = 37,32; p(\chi^2 > 15,51) < 0,05$                               |       |      |        |      |         |      |       |      |

При анализе динамики течения заболевания оценивались показатели ремиссий, следующих за различными типами аффективно-бредовых состояний, и включали в себя как клинические, так и социально-трудовые характеристики. Оценка индивидуальных параметров ремиссий служит дополнительным диагностическим и прогностическим инструментом для определения степени прогрессивности заболевания.

<sup>11</sup> Цит. по статье: Смирнова, Е. В. Эндогенные психические расстройства с депрессивно-бредовыми состояниями с религиозным контентом (психопатологические и прогностические аспекты) / Е. В. Смирнова, А. Г. Алексеева, У. О. Попович, В. Г. Каледа, Ю. А. Чайка // Психическое здоровье. – 2026. – Т. 21, № 3. – С. 21–32. DOI 10.25557/2074-014X.2026.03.21-32

Психопатологические особенности ремиссий позволяют судить о степени тяжести болезни и прогнозе при различных вариантах РДБС. Наиболее информативными параметрами оказались показатели качества ремиссий после перенесенных психотических эпизодов, такие как наличие изменений личностной структуры и их динамика, а также уровень социальной и трудовой адаптации. Эти характеристики отражают не только различия в нозологической принадлежности заболевания и особенностях его течения, но и степень благоприятности прогноза.

Для качественной оценки ремиссий был осуществлен комплексный анализ социально-трудового статуса пациентов в период до и после манифестации аффективно-бредовых состояний (приступов/фаз) среди пациентов с различными типом РДБС. При регистрации повторных психотических эпизодов, сопровождающихся развитием депрессивно-бредовых состояний, применялся метод агрегации данных с последующим статистическим расчетом показателей. (Таблица 4.8.1)

Таблица 4.8.1 — Динамика показателей трудового статуса в ремиссии на момент катamnестического исследования для заболеваний, протекающих с РДБС I типа

| Формирование приступов с РДБС в динамике заболевания  |       | Показатели трудового статуса |                                                           |              |              | Всего больных | Из них имеют инвалидность |
|-------------------------------------------------------|-------|------------------------------|-----------------------------------------------------------|--------------|--------------|---------------|---------------------------|
|                                                       |       | Квалифицированный труд       | Неквалифицированный труд (в том числе домашнее хозяйство) | Учащиеся     | Не работают  |               |                           |
| 1. Впервые при манифестации заболевания               | до    | 5<br>(45,5%)                 | 3<br>(27,3%)                                              | 2<br>(18,2%) | 1<br>(9,1%)  | 11<br>(100%)  | -                         |
|                                                       | после | 4<br>(36,4%)                 | 3<br>(27,3%)                                              | 2<br>(18,2%) | 2<br>(18,2%) | 11<br>(100)   | -                         |
| 2. В картине повторных психотических приступов с РДБС | до    | 3<br>(37,5%)                 | 3<br>(37,5%)                                              | 1<br>(12,5%) | 1<br>(12,5%) | 8<br>(100%)   | -                         |
|                                                       | после | 2<br>(25%)                   | 4<br>(50%)                                                | -            | 2<br>(25%)   | 8<br>(100%)   | -                         |

Как уже было сказано выше, ремиссии у пациентов с РДБС I типа характеризовались высоким качеством и длительностью (в среднем — 3,1 года),

однако их особенности различались в зависимости от полярности аффекта при манифестации психоза и нозологической принадлежности.

При манифестации заболевания с депрессивного полюса аффекта ремиссии протекали без значимых изменений личностной структуры, нарастания негативной симптоматики и снижения социально-трудового статуса (Таблица 4.8.1), что свидетельствовало об отсутствии признаков прогрессивности заболевания. В случаях маниакального манифестного эпизода в межприступном периоде отмечались субклинические аффективные колебания циклотимного типа: невыраженными колебаниями настроения, нестойкими нарушениями сна и эпизодическими нарушениями сна, и ситуационно обусловленными тревожными реакциями. Важно отметить, что данные проявления не достигали степени клинически значимой дезадаптации благодаря социальному укладу жизни данных пациентов (монашеский постриг).

Таким образом, несмотря на различия в клинической картине, ремиссии в обеих группах отличались устойчивостью и сохранением прежнего уровня социального функционирования больных.

При анализе клинических особенностей пациентов II типологической разновидности (Таблица 4.8.2) в состоянии ремиссии было установлено, что большинства обследованных не наблюдалось существенных изменений личностных характеристик и признаков нарастания негативной симптоматики, что свидетельствует о благоприятном типе течения заболевания.

В то же время у 31,3% больных (n=5) были выявлено умеренно выраженные характероподобные изменения, проявляющиеся повышенной сенситивностью, снижением психической толерантности, элементами эгоцентрической направленности и избирательностью социального взаимодействия.

Особый клинический интерес представляют случаи с пролонгированным течением психотических эпизодов кататонической и кататоно-онейроидной структуры (12,5%, n=2), где отмечалась тенденция к формированию аутистических черт личности. В 21,4 % (n=3) случаев после многократных повторных психотических эпизодах отмечалась инвалидизация больных.

Таблица 4.8.2 — Динамика показателей трудового статуса в ремиссии на момент катamnестического исследования для заболеваний, протекающих с РДБС II типа

| Формирование приступов с РДБС в динамике заболевания      |       | Показатели трудового статуса |                                                           |             |                | Всего больных | Из них имеют инвалидность |
|-----------------------------------------------------------|-------|------------------------------|-----------------------------------------------------------|-------------|----------------|---------------|---------------------------|
|                                                           |       | Квалифицированный труд       | Неквалифицированный труд (в том числе домашнее хозяйство) | Учащиеся    | Не работают    |               |                           |
| 1. Впервые при манифестации заболевания                   | до    | 7<br>(43,8%)                 | 4<br>(25,0%)                                              | 1<br>(6,3%) | 4<br>(25,0%)   | 16<br>(100%)  | -                         |
|                                                           | после | 5<br>(31,3%)                 | 4<br>(25,0%)                                              | 1<br>(6,3%) | 6<br>(37,5%)   | 16<br>(100)   | 1<br>(6,3%)               |
| 2. В картине повторных психотических приступов с/без РДБС | до    | 4<br>(30,8%)                 | 3<br>(23,1%)                                              | 1<br>(7,7%) | 5<br>(38,5,9%) | 13<br>(100%)  | 1<br>(7,7%)               |
|                                                           | после | 3<br>(23,1%)                 | 3<br>(23,1%)                                              | 1<br>(7,7%) | 6<br>(46,2%)   | 13<br>(100%)  | 3<br>(23,1%)              |

Ремиссии у пациентов III типологической разновидности (Таблица 4.8.3) отличались низким качеством: у 36,8% (n=7) наблюдались остаточные галлюцинаторно-бредовые симптомы, указывающие на непрерывный характер течения заболевания. В 63,2% случаев (n=12) ремиссии имели характер циклотимноподобных состояний. Трудоспособность была снижена у 72,2% больных (n=13), в то время как лишь у 27,8% (n=5) пациентов уровень социальной и профессиональной адаптации сохранялся на прежнем уровне. В целом качество ремиссий в данной группе отражало выраженное снижение социально-трудового функционирования, характеризовалось существенным ухудшением социальных и профессиональных навыков, а также большей тяжестью негативной симптоматики. Нарушения социально-профессионального статуса часто возникали ещё до клинической манифестации заболевания и проявлялись утратой трудоспособности и полной социальной дезадаптацией.

Таблица 4.8.3 — Динамика показателей трудового статуса в ремиссии на момент катamnестического исследования для заболеваний, протекающих с РДБС III типа

| Формирование приступов с РДБС в динамике заболевания  |       | Показатели трудового статуса |                                                           |              |               | Всего больных | Из них имеют инвалидность |
|-------------------------------------------------------|-------|------------------------------|-----------------------------------------------------------|--------------|---------------|---------------|---------------------------|
|                                                       |       | Квалифицированный труд       | Неквалифицированный труд (в том числе домашнее хозяйство) | Учащиеся     | Не работают   |               |                           |
| 1. Впервые при манифестации заболевания               | до    | 5<br>(26,3%)                 | 4<br>(21,1%)                                              | 3<br>(15,8%) | 7<br>(36,8%)  | 19<br>(100%)  | 1<br>(5,3%)               |
|                                                       | после | 4<br>(21,1%)                 | 5<br>(26,3%)                                              | 2<br>(10,5%) | 8<br>(42,1%)  | 19<br>(100)   | 2<br>(10,5%)              |
| 2. В картине повторных психотических приступов с РДБС | до    | 3<br>(16,7%)                 | 3<br>(16,7%)                                              | 1<br>(5,6%)  | 11<br>(61,1%) | 18<br>(100%)  | 3<br>(16,7%)              |
|                                                       | после | 2<br>(11,1%)                 | 3<br>(16,7%)                                              | -            | 13<br>(72,2%) | 18<br>(100%)  | 6<br>(33,3%)              |

Для всестороннего анализа клинических исходов на этапе катamnестического наблюдения использовалась интегральная шкала оценки, предложенная В.Г. Каледой (2008). Согласно данной методике (Таблица 4.9), дифференциация исходов осуществлялась по четырём уровням: «благоприятный», «относительно благоприятный», «относительно неблагоприятный» и «неблагоприятный».

*Благоприятный исход*, соотносимый с понятием recovery по L. Davidson et al. (2008) (71–100 баллов по шкале PSP), был зафиксирован у 34,8% больных (n = 16), наибольшая доля таких случаев отмечена при I типе РДБС, где данный исход установлен у 90,9% пациентов (n=10). Подобное течение заболевания характеризовалось стойкой ремиссией продолжительностью более двух лет, минимальной выраженностью негативной симптоматики и высоким уровнем социальной и трудовой адаптации, что свидетельствует о наиболее благоприятном клинико-социальном прогнозе данной группы.

Таблица 4.9 — Клинические характеристики исходов заболевания пациентов на момент катамнестического обследования<sup>12</sup>

| Параметры                                                        | I тип |      | II тип |      | III тип |      | Всего |      |
|------------------------------------------------------------------|-------|------|--------|------|---------|------|-------|------|
|                                                                  | n     | %    | n      | %    | n       | %    | n     | %    |
| Всего больных                                                    | 11    |      | 16     |      | 19      |      | 46    |      |
| Соотношение типов РДБС и интегративной оценки исхода заболевания |       |      |        |      |         |      |       |      |
| Благоприятный                                                    | 10    | 90,9 | 5      | 31,3 | 1       | 5,3  | 16    | 34,8 |
| Относительно благоприятный                                       | 1     | 9,1  | 6      | 37,5 | 4       | 21,1 | 11    | 23,9 |
| Относительно неблагоприятный                                     | 0     | 0    | 4      | 25,0 | 7       | 36,8 | 11    | 23,9 |
| Неблагоприятный                                                  | 0     | 0    | 1      | 6,3  | 7       | 36,8 | 8     | 17,4 |
| $\chi^2 = 28,25; p(\chi^2 > 22,46) < 0,001$                      |       |      |        |      |         |      |       |      |

*Относительно благоприятный исход*, соответствующий концепции partial recovery (Harrison et al., 2008; Del-Monte et al., 2013) и диапазону 51–70 баллов по PSP, отмечен у 23,9% пациентов (n = 11). Наибольшая частота зафиксирована при II типе РДБС — у 37,5% больных, а также у пациентов с III типом (приступообразная и непрерывная шизофрения) — 21,1%. Для данной группы характерны ремиссии высокой степени с умеренной выраженностью негативной симптоматики и ограниченными нарушениями социально-трудовой адаптации.

*Относительно неблагоприятный исход* (31–50 баллов по шкале PSP) диагностирован у 23,9% больных (n = 11), преимущественно среди пациентов с III типом РДБС — у 36,8% (n = 7 из 19). В данной категории наблюдалось выраженное снижение уровня социальной адаптации, в ряде случаев с развитием стойкой утраты трудоспособности.

*Неблагоприятный исход*, оцениваемый в диапазоне 1–30 баллов по шкале PSP, выявлен у 17,4% пациентов (n = 8). Ведущее положение занимает III тип РДБС — 36,8% случаев (n = 7), что отражает тяжёлое течение заболевания с

<sup>12</sup> Цит. по статье: Смирнова, Е. В. Эндогенные психические расстройства с депрессивно-бредовыми состояниями с религиозным контентом (психопатологические и прогностические аспекты) / Е. В. Смирнова, А. Г. Алексеева, У. О. Попович, В. Г. Каледа, Ю. А. Чайка // Психическое здоровье. – 2026. – Т. 21, № 3. – С. 21–32. DOI 10.25557/2074-014X.2026.03.21-32

прогрессирующим утяжелением клинической картины, выраженной негативной симптоматикой и глубокой социальной дезадаптацией.

Результаты катamnестического анализа демонстрируют статистически значимую зависимость между типом религиозно-депрессивно-бредового синдрома (РДБС) и интегративной оценкой исхода заболеваний ( $p < 0,001$ ).

Далее приводится характеристика отдельных типов религиозно-депрессивно-бредового синдрома с учётом параметров, имеющих значение для клинического течения и исходов заболевания.

#### **4.2. Особенности течения и исхода заболеваний, протекающих с различными типами религиозно-депрессивно-бредового синдрома**

В данном разделе подробно рассматриваются особенности течения заболеваний с наличием различных типов религиозно-депрессивно-бредового синдрома, описываются характерные особенности и клинические признаки каждого типа и подтипа.

##### **4.2.1. Общая характеристика течения заболеваний, в структуре которых развивался РДБС I типа**

Типологическая разновидность включала в себя 22 пациента (21,2% от общей выборки), из которых 11 наблюдений (10,6%) относились к клинической группе и 11 наблюдений (10,6%) — к катamnестической. Средний возраст манифестации заболевания составил  $32,2 \pm 6,4$  года. Длительность катamnестического наблюдения варьировала от 10 до 15 лет и в среднем составила  $11,3 \pm 1,4$  года.

Как было выявлено при психопатологической оценке манифестного приступа, бредообразование при данной разновидности протекало преимущественно по механизму аффективного бреда с аутохтонным развитием состояния в большинстве наблюдений. Было установлено, что течение заболевания у пациентов I типа носило преимущественно приступообразный характер по типу «клише», статистически значимых различий между выделенными подтипами выявлено не было ( $p > 0,05$ ). Большинство пациентов данной разновидности наблюдались в рамках аффективных расстройств (F31.5, F32.3, F33.3 — 81,8%,

n=9); в 18,2% (n=2) случаев заболевание протекало в рамках шизоаффективного расстройства (F25).

За время *катамнестического* наблюдения больные перенесли от 1 до 12 аффективных фаз (в среднем 4,75) в динамике болезни, как депрессивного, так и маниакального полюса. Фабула депрессивно-бредовых состояний была различной. В 63,6 % (n=7) религиозная фабула оказывала модифицирующее влияние на структуру бредовых переживаний и оценку собственного состояния, такие пациенты зачастую придерживались религиозно-мистических объяснений своего состояния, расценивали его как форму «духовного испытания», требующего исключительно духовной поддержки, или отказывались от медикаментозного лечения в надежде на «божественное вмешательство», что приводило к усугублению патологического процесса и требовало обращения за стационарной психиатрической помощью, в то время как аналогичные состояния без религиозного содержания обходились амбулаторным наблюдением специалистов. Среди пациентов, перенесших только одну фазу с депрессивно-бредовой симптоматикой с религиозным контентом было 3 больных (27,3%), по 2 и больше бредовых депрессий I типа в течение всего периода наблюдений было у 8 больных (72,7%), при этом по 2 фазы с картиной РДБС I типа перенесли 5 больных (45,5%), по 3 таких фазы — 3 больных (27,3%), по 4 и больше — у 2 больных (18,2%). РДБС наблюдался в картине разных по порядковому номеру аффективных фаз: в картине первой манифестной фазы она имела место у 7 больных (63,6%), во второй по счету аффективной фазе — у 2 больных (18,2%), в картине 3 фазы — у 1 больного (9,1%), в картине 4-й и больше по порядковому номеру аффективной фазе — у 1 больного (9,1%). Данные представлены в таблице 4.3.

Депрессивно-бредовые приступы в 54,5 % (n=6) характеризовались эпизодическим течением с сохранением синдромальной структуры первого приступа с РДБС (по типу «клише») и полной редукцией психотической симптоматики в период ремиссии, в 45,5% (n=5) протекали с упрощением структуры фаз или переходом заболевания на циклотимический уровень. Ремиссии характеризовались высоким качеством длительностью от 1 года до 13 лет, в среднем

период ремиссий составлял  $3,1 \text{ год} \pm 2,5 \text{ лет}$ . В период интермиссий в 72,7% ( $n=8$ ) не выявлялось никаких проявлений, в остальных 27,3% ( $n=5$ ) отмечались стертые аффективные расстройства аналогичные доманифестному периоду болезни. При оценке личностной структуры какие-либо значимые изменения не обнаруживались, нарастания негативной симптоматики не наблюдалось, пациенты сохраняли прежний социально-трудовой статус, что позволяло говорить об отсутствии признаков прогрессивности болезни.

У 18,2% пациентов ( $n=2$ ) аффективный психоз характеризовался монополярным депрессивным течением и определялся аналогичными (описанными выше) закономерностями развития и течения. Клиническая картина бредовой депрессии определялась в 50 % ( $n=2$ ) случаев меланхолической, в 50% ( $n=2$ ) — тревожно-анестетической депрессией. В 25% случаев ( $n=1$ ) при развитии манифестного депрессивно-бредового состояния требовалась госпитализация, возраст пациентов от 33 до 50 лет (средний возраст  $38,76 \pm 7,6$  лет). В 25 % ( $n=1$ ) случаях фабула бреда манифестного приступа определялась религиозной тематикой. Во всех остальных случаях (75%,  $n=3$ ) религиозная фабула встречалась во 2 и последующих приступах. Ремиссии отличались хорошим качеством, пациенты сохраняли прежний уровень трудоспособности.

В 18,2% ( $n=2$ ) наблюдений манифестный приступ определялся картиной маниакального психоза с конгруэнтными аффекту бредовыми идеями величия и религиозного реформаторства, находящими выражение в идеях особого предназначения, а также в активной деятельности по восстановлению монастырей и православной катехизации, средний возраст манифестации составил  $28,2 \pm 3,2$  года. РДБС в рамках депрессии в обоих случаях развивался во второй аффективной фазе в среднем в течение 2 лет после перенесенного маниакально-бредового состояния. Депрессивно-бредовой психоз длился от 4 до 8 месяцев с последующей тенденцией к развитию континуального течения с повторяющимися аффективными и аффективно-бредовыми приступами как маниакального, так и депрессивного полюса, без существенного усложнения психопатологической картины. Ремиссии характеризовались аффективными расстройствами циклотимоподобного характера

в виде сохранения невыраженных колебаний настроения, нестойких расстройств сна, возникновения эндореактивных тревожных реакций, которые не приводили к значимой социально-трудовой дезадаптации. Несмотря на особый социальный статус части пациентов (монашеский постриг, проживание в условиях монастыря), значимого снижения социально-трудовой адаптации не наблюдалось.

При детальном анализе показателей трудовой адаптации, социального функционирования и течения заболевания в рамках I типа РДБС статистически значимых различий между выделенными подтипами выявлено не было ( $p>0,05$ ). Данное обстоятельство свидетельствует об однородности прогностических характеристик внутри данной типологической группы, несмотря на психопатологические особенности, разграничивающие подтипы на уровне структуры манифестного приступа.

При оценке выраженности негативных расстройств по негативной субшкале PANSS у пациентов I типа в большинстве наблюдений регистрировалось отсутствие (63,6%,  $n=7$ ) либо сомнительный уровень (27,3%,  $n=3$ ) негативной симптоматики; различий между подтипами по данному показателю также выявлено не было ( $p>0,05$ ). Уровень социального функционирования у 90,9% ( $n=7$ ) оставался высоким и соответствовал 81–100 баллам, что достоверно превышало соответствующие значения при II и III типах РДБС ( $p<0,001$ ).

Анализ интегративных исходов заболевания показал преобладание благоприятных исходов у пациентов I типа РДБС (90,9%,  $n=10$ ). Ни в одном из подтипов не было зарегистрировано неблагоприятного исхода с выраженной социальной дезадаптацией, что в совокупности с высокими показателями PSP и минимальной выраженностью негативных расстройств подтверждает однородно благоприятный прогноз в рамках данной типологической разновидности.

Оценка религиозности, влияния религиозного фактора у пациентов с манифестным маниакальным психозом не представлялась возможной в связи с маленькой выборкой больных и не входила в задачи исследования.

#### **4.2.2. Общая характеристика течения заболеваний, в структуре которых развивался РДБС II типа**

Данная типологическая разновидность включала в себя 36 пациентов (34,6% обследованных больных), из которых 20 наблюдений (19,2%) относились к клинической группе и 16 наблюдений (15,4%) — к катamnестической. Средний возраст манифестации заболевания составил  $33,3 \pm 9,7$  года. Длительность катamnестического наблюдения в среднем составила 12,8 лет.

Для пациентов этой разновидности было характерно развитие неконгруэнтных бредовых идей персекуторного характера и чувственного бреда, усложнявших психопатологическую картину болезни. Четкой временной связи между сформированным религиозным мировоззрением и фабулой депрессивно-бредового психоза не выявлялось. Большинство пациентов данной разновидности наблюдались в рамках шизоаффективного расстройства (68,8%,  $n=11$ ), реже заболевание протекало в рамках биполярного аффективного расстройства (25,0%,  $n=4$ ) или шизофрении (6,3%,  $n=1$ ).

В катamnестическом периоде структура перенесённого психотического приступа оказывала заметное влияние на динамику религиозности пациентов. У больных, в структуре приступа которых преобладали персекуторные идеи, в дальнейшем отмечалась тенденция к отдалению от веры с формализацией отношения к религиозным традициям. Напротив, в случаях с развёрнутой картиной острого чувственного бреда в катamnезе наблюдалось некоторое усиление религиозности. Анализ катamnестических данных выявил неоднородность вариантов течения у пациентов II типа РДБС. У части больных (37,5%,  $n=6$ ) сохранялось приступообразное течение по типу «клише» с качественными ремиссиями, тогда как у другой части (25%,  $n=4$ ) отмечалась отчётливая прогрессивность с нарастанием психопатологической симптоматики и утяжелением структуры повторных эпизодов. Одноприступное течение установлено в 18,6% ( $n=3$ ) наблюдений, регрессивное в 18,6% ( $n=3$ ). Статистически значимых различий по типу течения между подтипами II типа РДБС выявлено не было ( $p>0,05$ ).

Согласно данным *катамнеза* за время наблюдения пациенты перенесли в среднем суммарно 5,52 аффективные фазы (как маниакального, так и депрессивного полюса). Было также выявлено, что религиозная тематика бредовых расстройств являласьотягощающим фактором и в отличие от первой группы пациентов, в 68,8% (n=11) приводила не просто к обращению за амбулаторной психиатрической помощью, но и требовала госпитализации в стационар. Суицидальные переживания (по данным шкалы C-SSRS) выявлялись у 60,0% (n=9) пациентов в виде пассивных суицидальных идей, активные суицидальные тенденции отмечались у 40,0% (n=6). Больных, перенесших всего одну депрессивно-бредовую фазу, было 3 (18,8%), больше 2 фаз — 13 пациентов (81,4%). Среди них только 4 человека (25,0%) перенесли 2 приступа с картиной РДБС II типа, по 3 фазы — 3 пациентов (18,3%), 4 и больше фаз — 2 пациента (12,5%). Религиозная фабула психоза в картине манифестного приступа отмечалась в 62,5% (n=10) случаев, во второй аффективно-бредовой фазе в 25,0% (n=4), в третьей и последующих фазах — в 12,5% (n=2) (Таблица 4.3).

В 75% (n=12) картина первого приступа определялась депрессивным аффектом, в 18,6% (n=3) — смешанным аффектом, в остальных случаях — маниакальным. Повторные аффективно-бредовые фазы в 37,5% (n=6) случаев протекали по типу «клише» без выраженного усложнения психопатологической картины, также у сопоставимой части больных (37,5%, n=6) наблюдалась отчётливая прогрессивность течения. Религиозная фабула психоза у 68,8% (n=11) пациентов сохранялась в последующих приступах.

В ремиссии в 56,3% случаев (n=9) не выявлялось значимых изменений личностной структуры, отсутствовали признаки нарастания негативной симптоматики, что свидетельствовало о приступообразном характере течения болезни. Вместе с тем у 5 больных (31,3%) были отмечены характерологические изменения в виде появления ранимости, психической слабости, эгоцентричности, некоторой избирательности в межличностных контактах. По данным негативной субшкалы PANSS умеренная негативная симптоматика (15–21 балл) выявлялась у 43,8% (n=7) пациентов, выраженная (22–28 баллов) у 25,0% (n=4). В случае

многоприступного течения болезни психотические проявления характеризовались снижением глубины аффективных расстройств и упрощением бредовых конструкций. Уровень социального функционирования у пациентов II типа был умеренно снижен: у 37,5% (n=6) пациентов PSP соответствовал 61–80 баллам, у 50,0% (n=8) — 41–60 баллам, что отражало частичное снижение социально-трудовой адаптации.

Особое место у данного типа больных занимала динамика религиозности. У 37,5% (n=6) отмечалось уменьшение степени приверженности к религиозным ценностям, значительное снижение религиозного интереса, переход к более светскому образу жизни, воспринимая религиозную среду как фактор, провоцирующий возможное обострение психического заболевания. Такое поведение нами расценивалось как избегающее. В 44,8% (n=7) случаев усиление религиозного интереса приобретало характер положительной копинг-стратегии как формы преодоления жизненных тягот за счет приобретенного опыта. В 18,6 % (n=3) степень приверженности к религиозному мировоззрению не менялась.

#### **4.2.3. Общая характеристика течения заболеваний, в структуре которых развивался РДБС III типа**

Типологическая разновидность включала в себя 46 пациентов (44,2% обследованных больных), из которых 27 наблюдений (26,0%) относились к клинической группе и 19 наблюдений (18,2%) к катamnестической. Средний возраст манифестации заболевания составил  $23,4 \pm 2,5$  года. Длительность катamnестического наблюдения в среднем составила 13,1 лет.

Психопатологическая структура приступов определялась развитием религиозно-депрессивно-бредового комплекса в рамках синдрома Кандинского–Клерамбо, присоединением бредовых идей преследования и воздействия, псевдогаллюцинаторных и кататонических расстройств. Данная типологическая разновидность была нозологически однородна, все пациенты наблюдались с диагнозом шизофрения (F20.0, F20.3). В большинстве 73,7% (n=14) случаев формирование религиозности происходило на этапе развития острого психического состояния, приводило к значительной деформации традиционных

религиозных трактовок и говорило о формировании патологического религиозного мировоззрения. При этом негативное влияние подобных бредовых идей на общее течение заболевания в данной группе оказывалось существенно менее выраженным по сравнению с остальной частью выборки и проявлялось специфической религиозной окраской психотических переживаний и поведенческими нарушениями без выраженных деструктивных тенденций при сохранении элементов формальной социальной адаптации. В 26,3% (n=5) наблюдений религиозная фабула бреда выступала фактором, усиливающим тяжесть эндогенного психотического процесса с развитием ауто-гетероагрессивного поведения, снижением уровня терапевтической приверженности, избеганием обращения в профильные психиатрические службы в виду особой бредовой трактовки своих переживаний.

За время *катамнестического* наблюдения больные перенесли в среднем 3,5 аффективно-бредовых приступов различного полюса аффекта. Среди обследуемых пациентов 5,3% (n=1) перенесло один депрессивно-бредовой приступ, 26,3% (n=5) — 2 и больше приступа с депрессивным бредом, у остальных 68,4% (n=13) — после перенесенного приступа сохранялись расстройства, отражающие непрерывный характер течения болезни. У 36,8% (n=7) больных содержание резидуальных бредовых проявлений носило религиозный характер.

Повторные психотические эпизоды, как правило, характеризовались усложнением психопатологической картины на ранних этапах болезни и последующим уплощением по мере нарастания негативной симптоматики. По данным негативной субшкалы PANSS выраженная негативная симптоматика (22–28 баллов) выявлялась у 42,1% (n=8) пациентов, у 31,6% (n=6) — 29–35 баллов. На отдаленных этапах болезни отмечалось сокращение интервалов ремиссий, ослабление эмоциональной окраски аффективных расстройств и нарастающая стереотипность содержания религиозного бреда, который в ряде случаев приобретал характер резидуального бреда.

Ремиссии отличались низким качеством, у 36,8% (n=7) выявлялись остаточные галлюцинаторно-бредовые расстройства, свидетельствующие о

непрерывном течении заболевания. в 63,2% (n=12) — характеризовались циклотимоподобным вариантом. У 72,2% больных (n=13) выявлено снижение трудоспособности, и лишь у 27,8% (n=5) пациентов уровень социальной-трудовой адаптации не менялся.

Проведенное исследование позволило установить взаимосвязь между нозологическими разновидностями психических заболеваний и типологическими разновидностями депрессивно-бредовых психозов, что свидетельствует о высоком прогностическом значении разработанной типологической модели.

Как следует из ранее описанных особенностей течения заболеваний с наличием бредовых расстройств религиозного содержания, степень выраженности аффективных расстройств в структуре психоза имела прогностическое значение и являлась определяющей для установления степени прогрессивности заболевания и его нозологической оценки. В случае преобладания аффективных идей над бредовыми имело место более благоприятное течение заболевания в рамках аффективного или шизоаффективного расстройства. При преобладании в клинической картине бредовых расстройств прогноз заболевания оценивался как неблагоприятный и рассматривался в рамках приступообразно-прогрессивной и непрерывной форм шизофрении.

Сравнительный анализ нозологической принадлежности на этапах манифестации и катмнеза выявил значимые различия между выделенными типами. Пациенты I типа демонстрировали стабильную принадлежность к аффективному спектру с ростом доли данных расстройств в катмнезе с 72,7% (n=8) до 81,8% (n=9). У больных II типа отмечалась выраженная трансформация оценки с увеличением частоты шизоаффективного расстройства с 50% (n=8) до 68,8% (n=11) и закономерным снижением доли шизофрении с 37,5% (n=6) до 25% (n=4) на фоне формирования качественных ремиссий и пересмотра нозологической принадлежности. Для III типа была характерна абсолютная диагностическая стабильность с верификацией шизофрении в 100% (n=19) случаев. Полученные данные подтверждают нозологическую неоднородность изученных состояний и строгую связь структуры психоза со степенью прогрессивности заболевания от

аффективной патологии при I типе к шизоаффективной при II типе, вплоть до шизофрении при III типе.

Полученные данные подтверждают дифференцированный характер клинических и социальных прогнозов при различных вариантах течения РДБС. Наиболее благоприятные исходы регистрировались в случаях, где доминировал аффективный компонент над бредовыми расстройствами, что одновременно свидетельствовало о менее тяжёлой нозологической форме заболевания (БАР, РДР, ШАП). Напротив, выраженное преобладание бредового компонента было характерно для приступообразно-прогредиентных и непрерывных форм течения болезни, что сопровождалось более тяжёлым клинико-социальным прогнозом.

Следует подчеркнуть, что степень выраженности аффективных проявлений в структуре бредовых приступов определяет не только особенности формирования бредовых идей и их нозологическую специфику, но также выступает значимым прогностическим фактором, отражающим степень прогредиентности заболевания.

## **ГЛАВА 5. УСЛОВИЯ ФОРМИРОВАНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ПРОТЕКАЮЩИХ С РЕЛИГИОЗНО-ДЕПРЕССИВНО-БРЕДОВЫМ СИНДРОМОМ**

Условия формирования депрессивно-бредовых состояний с религиозным содержанием неразрывно связаны с совокупностью преморбидных личностных характеристик, особенностями доманифестного этапа болезни, а также комплексом психосоциальных факторов, оказывающих патопластическое влияние на образование РДБС (Копейко Г.И. и др., 2021).

Как показало проведенное исследование у пациентов катamnестической группы при анализе преморбидных особенностей личности были выявлены значимые различия ( $p < 0,05$ ) по структуре и степени выраженности личностной патологии в зависимости от типологической принадлежности РДБС. Установлено, что характер преморбидных изменений закономерно соотносился с тяжестью последующего патологического процесса: в части наблюдений личностные особенности не выходили за рамки акцентуации характера и не нарушали социально-трудового функционирования, тогда как в других случаях они достигали уровня расстройства личности и сопровождались выраженной дезадаптацией уже на доманифестном этапе. Также были выявлены закономерности развития доманифестного этапа для каждого типа РДБС, включая особенности возрастных кризов, невротоподобных, аффективных и психопатоподобных расстройств, а также дизонтогенетических нарушений развития. Выраженность и структура данных проявлений существенно различалась во всех трех типах.

Особое место в настоящем исследовании заняло изучение динамики религиозности. В исследовании были выделены такие показатели, как условия и факторы формирования религиозной идентичности и выраженности религиозности до момента манифестации заболевания. Выявленное своеобразие религиозного мировоззрения в каждой из трёх типологических разновидностей РДБС позволило

установить его патопластическую роль в формировании религиозной фабулы бреда и обосновать дополнительные дифференциально-диагностические критерии выделенных типов РДБС

Не менее значимым аспектом явилось исследование изменения религиозности на этапах становления ремиссии и в ходе катamnестического наблюдения. Комплексная оценка изменений религиозности по шкале S. Huber (CRS) и религиозного совладания по шкале K. Pargament на катamnестическом этапе ( $12,2 \pm 4,7$  лет) позволила установить специфические типологические закономерности её трансформации. Полученные данные выявили корреляцию типологических вариантов РДБС с религиозностью, выполняющей роль не только патопластического фактора, но и прогностического маркера (Sofou et al., 2021; Noort et al., 2024).

### **5.1. Общая характеристика доманифестного этапа заболеваний с РДБС**

Психопатологические расстройства, имеющие место в доманифестном периоде, различались как по степени выраженности, так и по своему влиянию на социально-трудовую адаптацию больных. Анализ доманифестного этапа показал, что уже на ранних этапах заболевания формировались клинические различия между типологическими вариантами РДБС, отражавшие особенности дальнейшего течения и структуры расстройства. В соответствии с этим, представляется необходимым последовательно рассмотреть характеристику доманифестного этапа заболевания при каждой из выделенных типологических разновидностей.

#### **5.1.1. Общая характеристика доманифестного этапа заболеваний, в структуре которых развивался РДБС I типа**

Данная типологическая разновидность включала в себя 22 пациента (21,2% обследованных больных). У данной разновидности пациентов степень выраженности *преморбидных* особенностей личности не выходила за рамки акцентуации характера в 72,7% ( $n=16$ ), в 27,3% ( $n=6$ ) степень выраженности личностных особенностей достигала уровня психопатии.

В 40,1% случаев (9 больных) личностный склад относился к группе сенситивных шизоидов с психастеническим радикалом. Такие больные отличались

некоторой замкнутостью, ранимостью, заниженной самооценкой, избирательностью в контактах, склонностью к формированию идей отношения.

В 31,8% наблюдений (7 больных) преобладал гипертимный тип личности, характеризующийся стабильно приподнятым настроением, экспансивностью, повышенной самооценкой, самоуверенностью, стремлением к лидерству, а также неустойчивостью интересов и склонностью к авантюрам.

В 27,1% наблюдений (6 больных) встречались личности истерического склада характера, которые отличались стремлением быть в центре внимания, крайней демонстративностью, эгоцентризмом, капризностью, реакциями эмоциональной нестабильности. Особенности преморбидного склада представлены в таблице 5.1.

*Доманифестный период* имел ряд особенностей. Выявленные психопатологические проявления у данной разновидности больных носили кратковременный характер, редуцировались самостоятельно и не оказывали существенного влияния на уровень социально-трудовой адаптации больных.

В *детском* возрасте отчетливых проявлений возрастных кризов не выявлялось. В 45,5% (n=10) случаев встречалась стертая неврозоподобная симптоматика в виде кратковременных эпизодов тревоги в ночное время, при разлуке с родителями. Для 50% (n=11) было характерно развитие в *пубертатном периоде* неврозоподобных расстройств, нередко сочетавшихся друг с другом, в виде транзиторных тревожных реакций 27,3% (n=6), обсессивно-компульсивной симптоматики 31,8% (n=7) и дисморфофобических проявлений 18,8% (n=4). У 18,8% больных (n=4) отмечались сверхценные увлечения эзотерическими и духовными практиками, не приводящие к социальной дезадаптации и не достигающие уровня «метафизической интоксикации». У 40,1% (n=9) имели место проявления аффективной лабильности в виде кратковременных гипотимических периодов. Аффективные колебания были связаны как с психогенной провокацией, так и развивались аутохтонно и, в ряде случаев, к моменту манифестации болезни приобретали отчетливый фазовый характер. Средняя продолжительность периодов аффективной лабильности варьировалась от нескольких недель до года,

субдепрессивные состояния сопровождались нестойкими размышлениями о собственной несостоятельности, которые в картине манифестной фазы приобретали сверхценный характер. Проявления аффективной лабильности отмечались в рамках утрированного протекания возрастных кризов.

У большинства пациентов на данном этапе происходило формирование религиозного мировоззрения, носящего характер сверхценных интересов и увлечений. В 54,5% (n=12) начало воцерковления пациентов было связано с семейным окружением и социальным положением (религиозная семья, друзья из религиозной общины, наличие в близком кругу духовного авторитета) и имело характер гармоничного воцерковления, в остальных 45,5% (n=10) воцерковление происходило после субъективно значимых психотравмирующих событий (потери родных, манифестации онкологических заболеваний у близких).

Таблица 5.1 — Характеристика доманифестного этапа пациентов по возрасту, социо-демографическим показателям и преморбидным особенностям

| Показатель                                                    | Типы РДБС |      |        |      |         |      |       |      |
|---------------------------------------------------------------|-----------|------|--------|------|---------|------|-------|------|
|                                                               | I тип     |      | II тип |      | III тип |      | Всего |      |
|                                                               | n         | %    | n      | %    | n       | %    | n     | %    |
| Всего больных                                                 | 22        | 21,2 | 36     | 34,6 | 46      | 44,2 | 104   | 100  |
| <b>Возраст к началу заболевания, годы*</b>                    |           |      |        |      |         |      |       |      |
| 16–21                                                         | 4         | 18,2 | 4      | 11,1 | 12      | 26,1 | 20    | 19,2 |
| 21–26                                                         | 6         | 27,3 | 20     | 55,6 | 29      | 63,0 | 55    | 52,9 |
| 27–32                                                         | 8         | 36,4 | 12     | 33,3 | 5       | 10,9 | 25    | 24,0 |
| 32–38                                                         | 4         | 18,2 | -      | -    | -       | -    | 4     | 3,8  |
| <b>Возраст к моменту манифестации, годы**</b>                 |           |      |        |      |         |      |       |      |
| 18–25                                                         | 8         | 36,4 | 24     | 66,7 | 36      | 78,3 | 68    | 65,4 |
| 26–33                                                         | 8         | 36,4 | 9      | 25,0 | 10      | 21,7 | 27    | 26,0 |
| 34–40                                                         | 6         | 27,3 | 3      | 8,3  | -       | -    | 9     | 8,7  |
| <b>Уровень образования на момент первой госпитализации***</b> |           |      |        |      |         |      |       |      |
| среднее                                                       | 2         | 9,1  | 7      | 19,4 | 5       | 10,8 | 14    | 13,5 |
| среднее специальное                                           | 2         | 9,1  | 4      | 11,1 | 12      | 26,1 | 18    | 17,3 |
| неоконченное высшее                                           | 6         | 27,3 | 2      | 5,6  | 12      | 26,1 | 20    | 19,2 |
| высшее                                                        | 12        | 54,5 | 23     | 63,9 | 17      | 37,0 | 52    | 50,0 |

Продолжение таблицы 5.1

| Показатель                                                                                                                                                                                          |               | Типы РДБС |      |        |      |         |      |       |      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-----------|------|--------|------|---------|------|-------|------|
|                                                                                                                                                                                                     |               | I тип     |      | II тип |      | III тип |      | Всего |      |
|                                                                                                                                                                                                     |               | n         | %    | n      | %    | n       | %    | n     | %    |
| Всего больных                                                                                                                                                                                       |               | 22        | 21,2 | 36     | 34,6 | 46      | 44,2 | 104   | 100  |
| Уровень трудового статуса на момент первой госпитализации****                                                                                                                                       |               |           |      |        |      |         |      |       |      |
| студент                                                                                                                                                                                             |               | 4         | 18,2 | 3      | 6,5  | 8       | 17,4 | 15    | 14,4 |
| работа по специальности                                                                                                                                                                             |               | 10        | 45,5 | 16     | 44,4 | 10      | 21,7 | 36    | 34,6 |
| неквалифицированный труд                                                                                                                                                                            |               | 6         | 27,3 | 9      | 25,0 | 8       | 17,4 | 23    | 22,1 |
| не работает                                                                                                                                                                                         |               | 2         | 9,1  | 8      | 22,2 | 20      | 43,5 | 30    | 28,8 |
| имеет инвалидность                                                                                                                                                                                  |               | -         | -    | -      | -    | 5       | 10,9 | 5     | 4,8  |
| * $\chi^2 = 11,52$ ; $p(\chi^2 > 12,59) > 0,05$ ** $\chi^2 = 9,34$ ; $p(\chi^2 > 12,59) > 0,05$ *** $\chi^2 = 4,13$ ; $p(\chi^2 > 12,59) > 0,05$ **** $\chi^2 = 10,26$ ; $p(\chi^2 > 15,51) > 0,05$ |               |           |      |        |      |         |      |       |      |
| Уровень социального функционирования на момент первой госпитализации (PSP)                                                                                                                          |               |           |      |        |      |         |      |       |      |
| 91–100 баллов                                                                                                                                                                                       |               | 6         | 27,3 | 3      | 8,3  | -       | -    | 9     | 8,7  |
| 81–90 баллов                                                                                                                                                                                        |               | 12        | 54,5 | 9      | 25,0 | 8       | 17,4 | 29    | 27,9 |
| 71–80 баллов                                                                                                                                                                                        |               | 2         | 9,1  | 9      | 25,0 | 12      | 26,1 | 23    | 22,1 |
| 61–70 баллов                                                                                                                                                                                        |               | 2         | 9,1  | 7      | 19,4 | 9       | 19,6 | 18    | 17,3 |
| 51–60 баллов                                                                                                                                                                                        |               | -         | -    | 4      | 11,1 | 7       | 15,2 | 11    | 10,6 |
| 41–50 баллов                                                                                                                                                                                        |               | -         | -    | 4      | 11,1 | 5       | 10,9 | 9     | 8,7  |
| 31–40 баллов                                                                                                                                                                                        |               | -         | -    | -      | -    | 5       | 10,9 | 5     | 4,8  |
| 21–30 баллов                                                                                                                                                                                        |               | -         | -    | -      | -    | -       | -    | -     | -    |
| Тип преморбидного склада личности                                                                                                                                                                   |               |           |      |        |      |         |      |       |      |
| Гипертимные                                                                                                                                                                                         |               | 7         | 31,8 | 6      | 16,6 | -       | -    | 13    | 12,5 |
| Шизоидный склад                                                                                                                                                                                     | Сенситивные   | 9         | 40,1 | 19     | 52,7 | 16      | 34,7 | 44    | 42,3 |
|                                                                                                                                                                                                     | Истерошизоиды | -         | -    | 11     | 30,5 | -       | -    | 11    | 10,6 |
|                                                                                                                                                                                                     | Мозаичные     | -         | -    | -      | -    | 19      | 41,4 | 19    | 18,3 |
|                                                                                                                                                                                                     | Дефицитарные  | -         | -    | -      | -    | 11      | 23,9 | 11    | 10,6 |
|                                                                                                                                                                                                     | Всего шизоиды | 9         | 40,1 | 30     | 82,9 | 46      | 100  | 85    | 81,7 |
| Истерические                                                                                                                                                                                        |               | 6         | 27,3 | -      | -    | -       | -    | 6     | 5,8  |
| $\chi^2 = 44,30$ ; $p(\chi^2 > 13,28) < 0,01$                                                                                                                                                       |               |           |      |        |      |         |      |       |      |

### 5.1.2. Общая характеристика доманифестного этапа заболеваний, в структуре которых развивался РДБС II типа

Данная типологическая разновидность включала в себя 36 пациентов (34,6% обследованных больных). Преморбидно личность больных относилась к группе сенситивных шизоидов, истерошизоидов или личностям с гипертимными чертами. При оценке преморбидной структуры личности в 75% (n=27) степень выраженности личностных особенностей соответствовала степени акцентуации характера, в 25% (n=9) можно было говорить о проявлениях, характерных для личностного расстройства, приводящих к нарушениям в социально-трудовом статусе.

В 52,7 % случаев (n=19) личностный склад был расценен как сенситивный шизоиды с повышенной чувствительностью, ранимостью, трудностью в установлении социальных контактов и тенденцией к аутизации.

В 30,5% наблюдений (n=11) пациенты имели черты истерошизоидного склада характера, отличающиеся сглаженностью эмоциональных реакций, холодностью по отношению к близким, замкнутостью, малообщительностью, склонностью к фантазированию и проявлениями аффективной лабильности, вместе с тем, такие пациенты стремились привлечь к себе внимание, старались выделиться своими способностями, ставили себя "выше остальных".

В 16,6 % (n=6) преморбид определялся преобладанием гипертимных черт личности, характеризующихся повышенной активностью, общительностью, стремлению к лидерству, отсутствием стойких интересов и, зачастую, высокими интеллектуальными способностями.

При анализе *доманифестного* периода выявлялись некоторые особенности. *Детские* возрастные кризы отличались сглаженностью проявлений, проходили незаметно для родителей и не сопровождались заметными трудностями в адаптации. В ряде случаев выявлялись проявления сомато-вегетативной лабильности в виде желудочно-кишечных расстройств, гипертермии, головных болей (n=8, 22,2%) и неврозоподобных реакций (страх темноты, страх потери родителей). В 2 случаях (5,5%) на фоне гипертермии отмечались эпилептиформные реакции (судорожные припадки с потерей сознания, не сопровождавшиеся типичной для проявлений эпилепсии аурой и картиной ЭЭГ) и в 2 случаях (5,5%) — нарушения моторики в виде стереотипных двигательных расстройств.

В *подростковом* возрасте кризы носили утрированный характер. В 61,1% (n=22) наблюдений выявлялись отчетливые проявления аутохтонной аффективной лабильности, которые постепенно приобретали характер субдепрессивных и гипоманикальных состояний, длительностью от 2 месяцев до полугода, развивались в большинстве случаев аутохтонно и по мере взросления приобретали все более очерченный фазовый характер. Наряду с этим в 36,1% (n=13) сохранялись неврозоподобные расстройства, преимущественно в виде дисморфофобических

проявлений, не выходящих за рамки сверхценных образований. В 27,7% (n=10) случаев у пациентов выявлялись психопатоподобные реакции в виде расстройств влечения (употребления алкоголя и ПАВ, гиперсексуальности) и протестного поведения. Данные особенности в поведении становились причиной нарушения социальной адаптации пациентов (ухудшения успеваемости — перевод на домашнее обучение, отказа в продолжении обучения в 10–11 классе, вынужденные академические отпуска), в ряде случаев — вмешательства со стороны правоохранительных органов, наказания в виде административных или уголовных процессов. Кроме того, в 33,3% (n=12) пациенты испытывали особый интерес к философскими, духовными и религиозными учениями, в дальнейшем трансформирующиеся в синдром сверхценных увлечений по типу юношеской «метафизической интоксикации». Особые увлечения и интересы принимали стойкий, фиксированный характер, овладевая всеми помыслами пациентов, резко доминируя в их сознании и деятельности. Свойственные пубертатной психике юношеская "переоценка ценностей" принимала однобокий, гротескный характер моноидеизма. Охваченность узким кругом вопросов с явной аффективной насыщенностью приводила к резкому одностороннему смещению интересов, к концентрации внимания и энергии на каком-либо одном предмете с непрерывной жадой деятельности в избранной области, обычно в ущерб повседневным занятиям и обязанностям. На этом этапе только у части больных (47,2%, n=17) происходило формирование религиозного мировоззрения, в остальных же случаях, даже несмотря на наличие особой социально-культурной среды (внутрисемейного религиозного мировоззрения), имело место формальное представление о религиозных традициях.

### **5.1.3. Общая характеристика доманифестного этапа заболеваний, в структуре которых развивался РДБС III типа**

Типологическая разновидность включала в себя 46 пациентов (44,2% обследованных больных).

В *преморбиде* личностная структура больных относилась преимущественно к шизоидному кругу, среди которых можно было выделить сенситивных шизоидов,

мозаичных и дефицитарных шизоидов. В данной разновидности в преобладающем большинстве пациентов в 78,3% (n=36) речь шла о степени выраженности на уровне психопатии, а в 21,7% (n=10) — имели место психопатоподобные нарушения, сопровождающиеся социально-трудовой дезадаптацией.

В 41,4 % (n=19) наблюдений можно было говорить о мозаичной структуре личности пациентов с доминированием шизоидного радикала, для которого было характерно сочетание аутизации, эмоциональной диссоциации с истерическими, возбудимыми или психастеническими проявлениями. Наряду с ранимостью и избирательностью в контактах у пациентов выявлялись капризность, холодность, эгоцентризм.

В 34,7% случаев (n=16) личность пациентов характеризовалась шизоидным складом характера с преобладанием сенситивных черт. Пациенты отличались замкнутостью, чувствительностью к критике, повышенной ранимостью, старались ограничивать свое общение с окружающими, стремясь к одиночеству.

В 23,9% (n=11) преморбидная структура личности относилась к группе дефицитарных шизоидов, характеризующихся более глубоким, шизоидным психопатическим складом личности с симптомами эмоциональной ограниченности, психической ригидности и пассивности.

Особенности *доманифестного* периода. Проведенное исследование выявило связь между отягощенным ранним детским анамнезом: беременность матери, протекавшей с тяжелым токсикозом в 1 и 2 триместрах, развитием перинатальной и внутриутробной патологии, формированием нарушений развития внутренних органов и систем. В дальнейшем выявлялись такие патологические проявления, как пороки сердца, дискинезии желчных путей, энцефалопатии, варикоцеле, врожденный вывих тазобедренных суставов. В раннем детском возрасте в 39,1% (n=18) случаев отмечались нарушения психофизического развития в виде дисгармоничного дизонтогенеза, а именно в опережении психического развития (раннего начала речи, быстрого усвоения письма, чтения) и отставании в физическом развитии (дипластичности, неуклюжести, нелепости моторных проявлений). Детские возрастные кризы имели также ряд особенностей, в 32,6%

(n=15) случаев выявлялись неврозоподобные проявления (страх темноты, одиночества), а также атипичные поведенческие реакции в виде особого пищевого, протестного поведения в детском возрасте, с ранним нарушением социальной адаптации и выраженной агрессией.

*Инициальный* этап болезни характеризовался невыраженными явлениями аутохтонной аффективной лабильности, проявляющимися в виде чередования стертых кратковременных спадов и подъемов настроения, длительностью менее недели, не позволяющих расценить данные состояния как фазы (36,9%, n=17). В 28,2% (n=13) данные состояния достигали уровня депрессивных фаз с соматовегетативными проявлениями и нарушением сна (в виде трудностей засыпания, частых ночных пробуждений). Неврозоподобные расстройства проявлялись в виде страхов с элементами бредаподобного фантазирования (представления чудовищ, страхом сверхъестественных явлений и НЛО). В 21,7% (n=10) случаев выявлялись расстройства влечений в виде стойких проявлений мастурбации, приобретавших компульсивный характер, явлений онихофагии, онихотилломании и трихотилломании. Кроме того, на протяжении всего инициального этапа у большинства пациентов данной разновидности (23,9%, n=11) описанные психопатологические расстройства приводили к социальной дезадаптации в коллективе, необходимости перевода на специальные формы обучения. Формирование религиозного мировоззрения в 17,4 % (n=8) случаев происходило на инициальном этапе болезни, в остальных 82,6% (n=38) религиозность формировалась на позднем продромальном этапе, либо на этапе острых психотических проявлений.

Анализ доманифестного этапа показал, что уже на ранних этапах заболевания у пациентов с различными типами РДБС формировались отчетливые различия как в структуре психопатологических и личностных расстройств, так и в характере становления религиозного мировоззрения. По мере нарастания тяжести патологических проявлений от I к III типу отмечалось не только углубление явлений социальной дезадаптации и личностной дисгармонии, но и изменение характера воцерковления от гармоничного приобщения к религии до

формирования патологических сверхценных религиозно-философских увлечений и явлений метафизической интоксикации. При этом односторонне усиленное влечение к познавательной деятельности придавало состоянию больных характер своеобразной "одержимости". Усиление "духовных влечений" выражалось в стойкой фиксации интересов больных на одной области знаний с характером непреодолимости. Больные безудержно предавались одному виду деятельности. Режим дня, контакты, выбор информации, собственные оценки находились в прямой зависимости от избранного рода занятий, пациенты полностью игнорировали соображения "здорового смысла" (например, тратили массу времени и старания на изобретение "вечного двигателя"). Сверхценная активность проявлялась в желании добиться результатов "любой ценой". Выявленные межтипологические закономерности обуславливают необходимость дальнейшего детального изучения особенностей формирования религиозности и её влияния на психопатологическую структуру заболевания.

## **5.2. Особенности религиозности у больных с РДБС на доманифестном этапе заболевания**

Оценка характера религиозности на доманифестном этапе представляла значительную методологическую сложность в связи с ретроспективным характером получаемых анамнестических сведений. Применение стандартизированных психометрических инструментов в данный период было затруднено, в связи с чем, использовался клинико-анамнестический метод с опорой на концепцию религиозной ориентации Г. Олпорта (Олпорт Г., 1966; Francis L.J., 2007). Использование данного подхода позволило провести сравнительный анализ трёх типов РДБС и выявить их типоспецифические особенности. Кроме того, адекватность применения его по отношению к представителям различных конфессий подтверждается рядом авторов (Sheldon K.M., 2006; Rip B., 2012; Cohen A.B. et al., 2017; Saroglou V., 2020). Анализ проводился с учётом семейного религиозного окружения, возраста и обстоятельств воцерковления, характера и регулярности религиозной практики, а также роли религиозности в ценностно-смысловой структуре личности.

Согласно теоретической модели Г. Олпорта религиозная ориентация дифференцируется на внутреннюю и внешнюю формы, наряду с которыми рассматривается вариант отсутствия религиозных убеждений. Формирование внешней религиозности основывается на устоявшихся традициях, социальных предписаниях и привычках, нередко сопровождаясь стремлением к извлечению определенной прагматической пользы от принадлежности к конфессии. Внутренняя или истинная духовная религиозность отличается глубокой осознанностью духовных исканий и непубличным стремлением согласовывать свой жизненный уклад с религиозными заповедями. Для более детального анализа компонентов внутренней религиозности применялась многомерная модель С.У. Glock (1962). Указанная система позволяет анализировать рассматриваемый феномен в пяти различных аспектах: идеологическом (система верований), интеллектуальном (религиозные знания, стремление к познанию законов веры, чтение религиозной литературы), ритуалистическом (участие в религиозных практиках, ритуалах), опытном (собственный религиозный опыт), оценка последствий (результат влияния предыдущих проявления на сформировавшиеся ценности и поведение вне мировоззрения). Использование данной модели в клинической практике подтвердило свою высокую эффективность, поскольку многомерный подход позволяет дифференцированно оценивать влияние каждого из компонентов религии на психопатологическую симптоматику (Pearce M.J. et al., 2017; Huber S. et al., 2012). Валидность выделения данных пяти измерений для оценки особенностей религиозного мировоззрения и мистического опыта у пациентов с психическими расстройствами (включая расстройства шизофренического спектра и аффективную патологию) подтверждается рядом современных зарубежных и отечественных исследований (Борисова О.А. и др., 2021; Mohr S. et al., 2010; Ouwehand E. et al., 2020; Saffari M. et al., 2024).

На основании описанных методологических подходов была проведена оценка структуры религиозной ориентации у обследованных пациентов на доманифестном этапе заболевания (Таблица 5.2). Как свидетельствуют полученные результаты, в общей выборке преобладали лица без каких-либо религиозных убеждений (39,7%,

n=24). Пациенты с внешним типом религиозности составили 34,5% (n=20) наблюдений, внутренняя религиозность выявлялась лишь 25,8% (n=15) больных.

Таблица 5.2 — Сравнительный уровень типов религиозной ориентации больных с РДБС клинической группы на доманифестном этапе

| Параметры                                   | Типы РДБС |      |        |     |         |      |       |      |
|---------------------------------------------|-----------|------|--------|-----|---------|------|-------|------|
|                                             | I тип     |      | II тип |     | III тип |      | Всего |      |
|                                             | n         | %    | n      | %   | n       | %    | n     | %    |
| Всего больных                               | 11        | 100  | 20     | 100 | 27      | 100  | 58    | 100  |
| Внутренняя религиозность                    | 7         | 63,6 | 5      | 25  | 3       | 11,1 | 15    | 25,8 |
| Внешняя религиозность                       | 3         | 27,3 | 9      | 45  | 8       | 29,6 | 20    | 34,5 |
| Отсутствие религиозности                    | 1         | 9,1  | 6      | 30  | 16      | 59,3 | 23    | 39,7 |
| $\chi^2 = 12,546; p(\chi^2 > 9,488) < 0,05$ |           |      |        |     |         |      |       |      |

Межгрупповой анализ продемонстрировал наличие статистически значимых различий ( $p < 0,05$ ) в зависимости от типологической принадлежности РДБС. В частности, для больных I типа была наиболее характерна внутренняя религиозная ориентация (63,6%, n=7). Внешний тип религиозности в этой разновидности определялся у 27,3% (n=3) обследованных, и только у 9,1% (n=1) пациентов религиозность отсутствовала. У пациентов II типологической разновидности РДБС почти у половины больных (45,0%, n=9) выявлялась внешняя религиозная направленность, отсутствие веры фиксировалось в 30,0% (n=6) случаев, а внутренняя религиозность отмечалась лишь у 25,0% (n=5) человек. Иное распределение показателей отмечалось у пациентов с III типом РДБС. Подавляющая часть данной разновидности пациентов (59,3%, n=16) на доманифестном этапе не имела религиозного мировоззрения. Формальная принадлежность к конфессии регистрировалась у 29,6% (n=8) больных, и лишь в 11,1% (n=3) наблюдений отмечалось формирование внутренних религиозных убеждений.

Детальный анализ клинико-анамнестических сведений позволил выявить ряд закономерностей в формировании религиозности на доманифестном этапе. У больных I типа в большинстве наблюдений (54,5%) она формировалась в рамках семейных религиозных традиций, что также коррелировало с показателями

религиозности по типологической ориентации Г. Олпорта. С детского возраста пациенты посещали богослужения, регулярно исповедовались и причащались, воспринимая религиозные традиции как естественную и неотъемлемую часть повседневной жизни. Религиозность носила интегративный характер, занимала значимое место в системе личностных ценностей и способствовала постепенной социальной адаптации. В части наблюдений (36,4%) воцерковление происходило в постпубертатном периоде как ответная реакция на психотравмирующие события (потери близкого человека, тяжелой болезни) и выполняло функцию адаптивного копинг-механизма, позволяющего совладать с травмирующей ситуацией (Копейко Г.И., Борисова О.А., Казьмина О.Ю., 2016). При этом, вне зависимости от обстоятельств воцерковления, религиозность у пациентов данной разновидности органично встраивалась в общую систему личностных ценностей и отличалась конфессиональной устойчивостью. На доманифестном этапе религиозные убеждения пациентов оставались в рамках канонических традиций и не сопровождалась формированием патологических сверхценных идей или девиантными формами религиозного поведения.

У пациентов II типа динамика и характер религиозности отличались определенным своеобразием. На доманифестном этапе болезни только у 60,0% (n=12) больных происходило формирование собственного религиозного мировоззрения. Однако, в отличие от пациентов I типа, у части пациентов (35,0%, n=7) процесс воцерковления имел патологический характер с образованием сверхценного религиозного мировоззрения и явлениями «метафизической интоксикации» (Дубницкий Л.Б., 1983; Крылова Е.С., 2011). Их деятельность была целиком посвящена религиозным и метафизическим вопросам, проблемам мироздания, основам морали, философским рассуждениям о вечных вопросах о происхождении души, но протекала без критического осмысления и практической ценности. Размышления носили хаотический, бессистемный характер, их рассуждения отличались абсурдностью, инфантильностью и не всегда соответствовали официальным догматическим принципам. В остальных же случаях (40,0%, n=8), даже несмотря на наличие особой социально-культурной

среды (например, внутрисемейного религиозного воспитания), религиозность носила формальный характер, имело место обрядовое соблюдение религиозных предписаний без глубокого внутреннего понимания религиозных традиций и не сопровождалось изменением нравственности и уклада жизни. Указанные проявления религиозности претерпевали патологическую трансформацию в религиозный бред при развитии острых психотических состояний. В соответствии с концепцией Г. Олпорта, религиозная ориентация определялась как внешняя, либо вовсе отсутствовала.

У пациентов III типа РДБС на доманифестном этапе религиозность в 66,7% (n=18) наблюдений отсутствовала либо носила формальный характер, тем не менее на этапе развития психотического приступа отрывочные религиозные идеи выступали фундаментом для развития бредовых психопатологических проявлений. В остальных случаях (33,3%, n=9) религиозные идеи отличались высокой степенью систематизации, аффективной напряженностью, полностью овладевали сознанием и жизнью больных, находились в противоречии с объективно существующими в культуре религиозными традициями. Односторонняя сверхценная активность в юношеском возрасте, сочеталась с проявлениями психической ригидности, узости интересов при общей замкнутости, ограниченности контактов и нивелированности тонких индивидуальных личностных черт. При этом внешние формы поведения носили утрированный псевдорелигиозный характер, обнаруживали высокую степень не критичности и приводили к конфликтам как со светским окружением, так и с религиозной общиной. В дальнейшем религиозные построения трансформировались в бредовые расстройства в структуре психотического состояния (Попович У.О., Романенко Н.В., Каледа В.Г., 2020; Arterburn S., 2001). По типологической ориентации Г. Олпорта у 59,3% пациентов религиозность отсутствовала. В тех наблюдениях, где религиозные убеждения все же формировались (40,7%), она не оказывала адаптирующего влияния на личность больного. Напротив, в дальнейшем религиозное мировоззрение выступало патопластическим фактором для развития психопатологических расстройств.

Таким образом, анализ становления религиозности на доманифестном этапе болезни выявил тесную взаимосвязь между условиями формирования религиозного мировоззрения с последующим развитием различных типологических разновидностей РДБС. Установленные типоспецифические закономерности доказывают, что религиозность выступает не случайной фабулой психопатологических проявлений, а значимым фактором патогенеза. Полученные результаты согласуются с исследованиями ряда авторов о необходимости обязательной клинико-психопатологической квалификации религиозного мировоззрения для понимания механизмов бредообразования при эндогенных психозах (Peters E. et al., 1999; Arterburn S., Felton J., 2001; Siddle R., 2002; Bhavsar V., Bhugra D., 2008; Robles-García R. et al., 2014).

### 5.3. Динамика религиозности у больных с приступами РДБС

Исследование религиозности, проводилось на этапе формирования ремиссии заболевания в период значительного снижения выраженности психотической симптоматики, а также на этапе отдалённого катамнестического наблюдения. Были обследованы больные как из клинической группы (n=44, 75,9% от числа наблюдений), так и катамнестической группы, включавшей 41 больных (89,1% от числа наблюдений) в состоянии медикаментозной ремиссии.

На этапе катamnестического обследования было проведено детальное изучение особенностей религиозной ориентации у тематических больных с различными типологическими разновидностями РДБС (Таблица 5.3).

Таблица 5.3 — Сравнительный уровень типов религиозной ориентации больных с РДБС катанестической группы на момент катамнеза

[illegible]

Согласно полученным результатам, наибольший удельный вес в общей выборке занимали пациенты с внутренней религиозностью (39,0%) причем абсолютное большинство из них относились к первому типу (80,0%). Лица с внешней религиозностью составили в целом 36,6% и преобладали среди больных третьего типа (58,8%). Полное отсутствие религиозных убеждений на момент катамнеза было зафиксировано у 24,4% обследованных. Сравнительный статистический анализ подтвердил наличие достоверных различий в распределении параметров мировоззрения между тремя клиническими группами ( $p < 0,01$ ). Было установлено, что для больных с РДБС I типа была наиболее характерна выраженная внутренняя религиозность, тогда как у пациентов с РДБС III типа преимущественно преобладала внешняя религиозная ориентация.

Дополнительно был осуществлен сравнительный динамический анализ изменения вектора религиозности (духовной направленности) от доманифестного этапа к катамнестическому периоду. Полученные данные свидетельствуют о заметном увеличении доли лиц с глубокой внутренней религиозностью (с 24,1% в преморбиде до 39,0% на момент катамнеза). Одновременно зафиксировано существенное снижение числа пациентов полностью отрицающих религиозные взгляды (с 39,7% до 24,4%) при сохранении стабильных показателей внешней религиозности (36,2% и 36,6% соответственно). Подобная динамика свидетельствует о тесной взаимосвязи перенесенного эндогенного заболевания и трансформации религиозного мировоззрения в постпсихотическом периоде и в ходе дальнейшего катамнестического наблюдения.

Проведенный анализ выявил специфические особенности видоизменения религиозности, которые закономерно соотносились с выделенными типологическими разновидностями РДБС. У больных с депрессивно-бредовым состоянием I типа религиозность, после перенесенного психоза, в постприступном периоде имела следующие особенности: пациенты сохраняли высокую степень приверженности традиционным религиозным канонам, соответствующим их культуральной среде; в значительной степени ориентировались на соборное церковное мнение; сохраняли тесный контакт с религиозной общиной и своим

духовником. Их религиозность носила живой динамический характер, оказывала протективное влияние на адаптацию больных к различным стрессовым ситуациям. Религиозные убеждения выступали в качестве системы духовного совладания, которая способствовала преодолению постпсихотических психотравмирующих переживаний, посредством духовных практик, обеспечивала снижение уровня внутренней тревоги, нивелировала проявления депрессивного аффекта и способствовала гармонизации эмоционального фона. В данных случаях имела место гармоничная религиозность, способствующая дальнейшей социальной адаптации. По данным шкалы S. Huber CRS — значение соответствовало 4,1 баллам и отвечало значениям гиперрелигиозности. При этом отмечалось сбалансированное распределение показателей по всем пяти параметрам методики, включающим интеллектуальный и идеологический компоненты, религиозно-мистический опыт, а также частную и публичную религиозную практику, что подтверждало нормальный характер религиозности.

На этапе длительного катамнестического наблюдения религиозность пациентов первого типа не претерпевала значительных изменений. Религиозное мировоззрение способствовало формированию глубокого и осмысленного отношения к имеющемуся заболеванию. Пациенты демонстрировали высокую степень критики к перенесенным психотическим состояниям, расценивая их как болезненные проявления, что способствовало установлению прочного терапевтического альянса с лечащим врачом и строгому соблюдению режима приема поддерживающей терапии, что в совокупности с позитивными стратегиями совладания обеспечивало надежную профилактику повторных психотических эпизодов, тем самым улучшая общий прогноз заболевания.

У больных с РДБС II типа религиозность в постприступном периоде имела неоднородную структуру, полярную по своим характеристикам. В 37,5% случаев (n=6) отмечалось существенное уменьшение степени приверженности к традиционным ценностям со значительным снижением религиозного интереса и переходом к преимущественно светскому образу жизни. Пациенты начинали воспринимать религиозную среду как фактор, способный спровоцировать обострение

психического заболевания. Подобная трансформация религиозности расценивалась нами как формирование избегающей копинг-стратегии. Напротив, в 44,8% наблюдений ( $n=7$ ) усиление религиозного интереса приобретало характер положительной копинг-стратегии, выступая формой преодоления жизненных тягот за счет переосмысления полученного опыта. И лишь в 18,6% случаев ( $n=3$ ) степень приверженности религиозному мировоззрению не менялась.

Детальный анализ показал, что полярность характеристик религиозности коррелировала с выделенными подтипами данной типологической разновидности. У пациентов первого подтипа после перенесенного острого психоза и редукции психопатологической симптоматики резко уменьшалась значимость духовной сферы в повседневной жизни. Больные начинали формально соблюдать церковные традиции, теряли живой контакт с религиозной общиной и священнослужителями, постепенно отходя от церкви и практически отказываясь от прежних глубоких убеждений. В данных наблюдениях наряду с купированием депрессивно-бредовой симптоматики происходила отчетливая редукция самой религиозности пациентов. При психометрической оценке по шкале S. Huber CRS этот факт подтверждался наименьшей степенью выраженности религиозности среди обследованных пациентов — 3,4 балла.

Для пациентов второго подтипа на этапе ремиссии было характерно дальнейшее интенсивное усиление религиозности. Больные продолжали строго придерживаться религиозных правил и предписаний, избирательно ограничивая свои социальные контакты исключительно кругом единоверцев из религиозной общины. У таких пациентов религиозность занимала доминирующее положение в структуре личности, тотально определяя их повседневное поведение, интересы и круг общения. Подобная динамика позволяла квалифицировать данное состояние как гиперрелигиозность сверхценного характера, которая хотя и не приводила к грубому нарушению социальной адаптации, однако носила дисгармоничный характер. Объективным подтверждением формирования дисгармоничной религиозной системы служили результаты по шкале S. Huber CRS, где средний показатель достигал 4,1 балла, при этом наиболее высокие баллы были по

субшкалам, оценивающим значимость публичных практик и наличие религиозно-мистического опыта.

На этапе катамнестического наблюдения религиозность у данной типологической разновидности больных претерпевала некоторые изменения. В 33,3% (n=2) случаев пациенты первого подтипа, ранее отошедшие от религиозных верований, после перенесенного психоза, постепенно возобновляли духовную практику и восстанавливали доприступный уровень религиозности.

Пациенты второго подтипа, напротив, стойко сохраняли сверхценный дисгармоничный характер религиозного мировоззрения на протяжении всего периода катамнеза. У 28,6% (n=2) обследованных данной подгруппы происходило формирование патологической гиперрелигиозности, препятствующей полноценной социально-трудовой адаптации.

Пациенты с РДБС III типа на доманифестном этапе заболевания практически не отличались религиозностью. Религиозность у таких больных возникала на этапах позднего доманифестного периода или же острого депрессивно-галлюцинаторно-параноидного психоза с религиозно-мистическими переживаниями, которые были тесно спаяны с продуктивной психопатологической симптоматикой и являлись почвой для формирования патологических религиозных установок и усугубления бредовой интерпретации религиозных догматов, приводя к атипичной для данной системы ценностей ауто/гетероагрессивному и суицидальному поведению.

На этапе редукции остроты психотической симптоматики отмечалось формирование ремиссий низкого качества с резидуальным религиозным бредом и явлениями вербального галлюциноза. В данных клинических случаях наблюдалось амальгамирование психопатологических образований в структуру постпсихотической личности с формированием особой патологической религиозности. Последняя представляла собой причудливое смешение концепций различных конфессий по типу так называемой фрагментированной, «лоскутной» религиозности («patchwork religiosity», R. Wuthnow).

Эта форма псевдорелигиозных убеждений характеризовалась неразрывной связью с персистирующими продуктивными расстройствами и приводила к формированию нового патологического уклада жизни с тотальным упрощением и обеднением личности, стойкой потерей трудоспособности и критическим снижением социальных контактов. При этом религиозность была в значительной мере обусловлена бредовым контекстом эндогенного процесса.

Психометрическая оценка по шкале S. Huber CRS демонстрировала высокие показатели (4,48 балла), что формально соответствовало уровню гиперрелигиозности, при этом максимальные значения отмечались по субшкалам религиозно-мистического опыта и идеологического убеждения, что свидетельствует о наличии искаженного патологического религиозного мировоззрения, отражающего проявления патологического болезненного процесса.

На отдаленном периоде катamnестического наблюдения в подавляющем большинстве случаев пациенты III типологической разновидности РДБС имели место стойкие проявления гиперрелигиозности. Пациенты демонстрировали патологическую охваченность религиозной деятельностью, стремились радикально изменить существующий уклад жизни с уходом в монастырскую среду, игнорируя как имеющиеся социальные и семейные обязательства, так и предписания лечащего врача и даже духовника. Традиционные духовные практики приобретали у таких больных вычурный и гротескный характер вследствие грубого болезненного искажения религиозных догматов. Обращало на себя внимание отказ от соблюдения элементарных гигиенических норм и безрассудное исполнение религиозных предписаний и постов. Наблюдалась бредовая трактовка рекомендаций священника, а также церковной литературы и религиозных традиций, что приводило к формированию самоповреждающего деструктивного поведения (авторы), которое закономерно способствовало выраженному физическому истощению и развитию тяжелых сопутствующих соматических заболеваний. У 26,3% обследованных (n=5) наблюдалась принципиально иная динамика религиозности. Такие пациенты полностью отказывались от соблюдения

религиозных предписаний, соблюдение церковных обрядов, прекращали посещать храмы. Свое дистанцирование от церкви больные объясняли стойкой убежденностью в том, что именно чрезмерное погружение в религиозную среду явилось основным провоцирующим фактором психоза и привело к утрате психического благополучия. Одновременно с этим у пациентов сохранялась бредовая убежденность в истинном мистическом характере возникшего заболевания. Пережитые психопатологические расстройства больные продолжали расценивать не как медицинскую проблему, а как результат непосредственного пагубного воздействия сверхъестественных сил или же как проявление бесоодержимости.

Сопоставление распределения исходов заболевания между выделенными типами РДБС (Таблицы 5.4.1, 5.4.2) выявило статистически значимые различия  $\chi^2=28,25$ ;  $p(\chi^2>22,46) < 0,001$ . Значение V Крамера составило 0,6 что свидетельствует о выраженной связи между типологическим вариантом РДБС и исходом заболевания. По мере перехода от I к III типу отмечалось последовательное увеличение доли относительно неблагоприятных и неблагоприятных исходов, что подтверждает прогностическую значимость предложенной типологии.

Для оценки связи между типом РДБС и динамикой религиозности в катamnестическом периоде была проведена категоризация религиозности на три варианта: нормальную/гармоничную, различную/полярную и патологическую/«лоскутную».

Межгрупповой анализ выявил статистически значимую связь между типом РДБС и характером динамики религиозности в катamnестическом периоде  $\chi^2 = 38,38$ ;  $p(\chi^2 > 18,47) < 0,001$ . Значение V Крамера составило 0,655 что свидетельствует о взаимосвязи между типологической разновидностью РДБС и характером религиозности в катamnестическом периоде.

Таблица 5.4.1 — Анализ соотношения динамики религиозности с исходом заболеваний при различных типах РДБС

| Тип РДБС        | Исход заболевания                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Динамика религиозности                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>I тип:</b>   | Преимущественно <b>благоприятный исход</b> . Ремиссии характеризовались высоким качеством, отсутствием грубых негативных изменений личности, сохранение социально-трудового статуса и высоким уровнем критики к перенесенному состоянию.                                                                     | Религиозность носила <b>гармоничный</b> характер и соответствовала <b>нормальному</b> религиозному мировоззрению, выполняя протективную и адаптивную функцию.                                                                                                                                                                                                             |
| <b>II тип:</b>  | Преимущественно <b>благоприятный / относительно благоприятный исход</b> . Ремиссии в большинстве случаев были достаточно полными, однако у части больных отмечались характерологические изменения, снижение трудоспособности, неполная критика к перенесенному состоянию и признаки прогрессивности болезни. | Динамика религиозности была <b>различной, полярной</b> по своему направлению. У части пациентов наблюдалось снижение религиозной вовлеченности и <b>отход от религиозных практик</b> ; у других, напротив, происходило усиление религиозного интереса с формированием <b>сверхценной, патологической гиперрелигиозности</b> .                                             |
| <b>III тип:</b> | Преимущественно <b>относительно неблагоприятный / неблагоприятный исход</b> . Характерны прогрессивное или непрерывное течение болезни, низкое качество ремиссий, резидуальная психотическая симптоматика, выраженные негативные изменения личности и снижение социального-трудового функционирования.       | Религиозность приобретала <b>патологический, фрагментированный, псевдорелигиозный характер</b> по типу <b>«лоскутной религиозности»</b> . В ремиссии сохранялись резидуальные бредовые идеи религиозного содержания и мистическая трактовка болезни; у части больных отмечался <b>отказ</b> от религии при сохранении патологической интерпретации перенесенного психоза. |

Таблица 5.4.2 — Анализ соотношения динамики религиозности с исходом заболеваний при различных типах РДБС

| Параметры                                                        | I тип |    | II тип |      | III тип |      | Всего |      |
|------------------------------------------------------------------|-------|----|--------|------|---------|------|-------|------|
|                                                                  | n     | %  | n      | %    | n       | %    | n     | %    |
| Всего больных                                                    | 10    |    | 14     |      | 17      |      | 41    |      |
| Соотношение типов РДБС и интегративной оценки исхода заболевания |       |    |        |      |         |      |       |      |
| Благоприятный                                                    | 9     | 90 | 5      | 35,7 | 1       | 5,9  | 15    | 36,6 |
| Относительно благоприятный                                       | 1     | 10 | 5      | 35,7 | 4       | 23,5 | 10    | 24,4 |
| Относительно неблагоприятный                                     | 0     | 0  | 3      | 21,4 | 6       | 35,3 | 9     | 22,0 |
| Неблагоприятный                                                  | 0     | 0  | 1      | 7,1  | 6       | 35,3 | 7     | 17,1 |
| $\chi^2 = 28,25; p(\chi^2 > 22,46) < 0,001$                      |       |    |        |      |         |      |       |      |
| Уровень религиозности пациентов                                  |       |    |        |      |         |      |       |      |
| Нормальная/гармоничная                                           | 8     | 80 | 3      | 21,4 | 0       | 0    | 11    | 26,8 |
| Патологическая сверхценная гиперрелигиозность                    | 1     | 10 | 6      | 42,9 | 0       | 0    | 7     | 17,1 |
| Патологическая/«Лоскутная»                                       | 0     | 0  | 2      | 14,3 | 12      | 70,6 | 14    | 34,1 |
| Снижение религиозности, отход от веры                            | 1     | 10 | 3      | 21,4 | 5       | 29,4 | 9     | 22,0 |
| $\chi^2 = 38,38; p(\chi^2 > 18,47) < 0,001$                      |       |    |        |      |         |      |       |      |

Сопоставление распределения этих вариантов между тремя типами РДБС позволило оценить типоспецифические закономерности трансформации религиозного мировоззрения и установить связь с исходами заболевания в каждой типологической разновидности.

Таким образом, проведенное исследование позволяет рассматривать религиозность не только как патопластический фактор, определяющий содержание психопатологических переживаний, но и как параметр, тесно связанный с общим прогнозом заболевания. Характер динамики религиозности в ремиссии отражает степень психопатологической трансформации духовного опыта и напрямую зависит от типологической принадлежности больных. При I типе формируется стабильная гармоничная гиперрелигиозность, выполняющая протективную и поддерживающую функцию, способствующую адаптации и терапевтическому альянсу. При II типе наблюдается полярная трансформация: от редукции религиозной приверженности до сверхценной дисгармоничной

гиперрелигиозности, коррелирующей с выделенными подтипами. III тип отличается патологической «лоскутной» религиозностью, неразрывно спаянной с резидуальной продуктивной симптоматикой, что ведёт к искажению духовных практик, социальной дезадаптации и сопряженному соматическому ущербу.

Полученные результаты подтверждают прогностическое значение религиозности и обосновывают необходимость дифференцированной психотерапевтической тактики.

## **ГЛАВА 6. ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПИИ И СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С РЕЛИГИОЗНО-ДЕПРЕССИВНО- БРЕДОВЫМ СИМПТОМОКОМПЛЕКСОМ**

До настоящего времени подходы к лечению состояний с религиозно-депрессивно-бредовой симптоматикой (РДБС) в рамках эндогенных заболеваний остаются недостаточно систематизированными. Немногочисленные исследования, посвящённые данной проблематике, как правило, ограничиваются описанием отдельных клинических случаев либо анализом неселективных выборок, в которых религиозная тематика психоза не выделялась в качестве самостоятельного объекта терапевтического изучения (Lucchetti G. et al., 2021; Sofou N. et al., 2021; Cook C. C. H., Cullinan R. G., 2022).

Одной из характерных особенностей больных с РДБС является значительная отсроченность первичного обращения за психиатрической помощью. Религиозно окрашенная симптоматика нередко воспринималась ближайшим окружением пациентов как свидетельство усиления духовной жизни, набожности или особой религиозной вовлечённости, что существенно затрудняло своевременную диагностику состояния (Pietkiewicz et al., 2021). Следствием этого становилось прогрессирующее нарастание болезненных расстройств без какого-либо специфического вмешательства: пациент месяцами, а нередко и годами оставался вне поля зрения психиатрической службы. Удлинение длительности нелеченого психоза (DUP) (Zoghbi et al., 2022; Salazar de Pablo et al., 2023) закономерно ассоциировалось с более выраженными нарушениями социальной адаптации, снижением уровня функционирования и ухудшением долгосрочного прогноза заболевания.

Проблема своевременности начала терапии при эндогенных расстройствах с психотической симптоматикой привлекает всё более пристальное внимание исследователей. Ряд работ последних лет демонстрирует (Salazar de Pablo et al.,

2024; Catalán et al., 2024), что интервал между манифестацией психотической симптоматики и началом адекватного психофармакологического лечения выступает значимым фактором клинического прогноза при широком спектре эндогенных расстройств, как в рамках шизофрении и шизоаффективного расстройства, так и при аффективных заболеваниях. Пролонгирование данного периода, вне зависимости от нозологической принадлежности, закономерно ассоциируется с недостаточной редукцией продуктивной симптоматики, стойким снижением уровня функционирования и увеличением времени до достижения ремиссии.

Сведения о распределении пациентов с различными типами РДБС по показателю длительности нелеченого психоза (ДНП) представлены в таблице 6.1.

Таблица 6.1 — Соотношение типов РДБС и параметра длительности нелеченого психоза (ДНП) у больных катамнестической группы

| Параметры                        | Типы РДБС |     |          |     |          |     |
|----------------------------------|-----------|-----|----------|-----|----------|-----|
|                                  | I тип     |     | II тип   |     | III тип  |     |
|                                  | n         | %   | n        | %   | n        | %   |
| Всего больных                    | 11        | 100 | 16       | 100 | 19       | 100 |
| Среднее значение ДНП (нед)       | 73,4±7,5  |     | 25,9±2,6 |     | 43,2±4,4 |     |
| Общее среднее значение ДНП (нед) | 44,4±18,7 |     |          |     |          |     |

Представленные данные в таблице 6.1 обнаруживают значимые межтиповые различия в длительности нелеченого психоза. Наименьший показатель зафиксирован у больных со второй типологической разновидностью заболевания и составил 25,9±2,6 недели. Острое развитие психотического эпизода с массивной продуктивной симптоматикой и выраженными нарушениями поведения закономерно приводило к быстрой социальной дезадаптации что способствовало раннему обращению родственников за специализированной психиатрической помощью.

Средняя продолжительность периода до начала терапии по изученной выборке составила 44,4±18,7 недели. При этом наибольшее значение данного показателя (73,4±7,5 недели) было зарегистрировано при первом типе РДБС. Столь позднее начало обращения за психиатрической помощью вероятнее всего было

обусловлено преобладанием аффективных нарушений и способностью больных длительное время скрывать психотические переживания под видом «обращения к духовным ценностям» «активизации духовной жизни». Окружение пациентов зачастую расценивало развивающееся патологическое состояние не как проявление болезни, а как вариант глубокого духовного поиска что существенно отсрочивало момент первичного обращения.

Пациенты третьей типологической разновидности демонстрировали промежуточные значения со средним показателем  $43,2 \pm 4,4$  недели. Присущий данному типу полиморфизм клинической картины и формирование патологического религиозного мировоззрения приводили к нарастающей аутизации и уходу больных в закрытые религиозные общины или околмонастырскую среду. Указанный паттерн поведения выступал основным фактором, затрудняющим своевременную диагностику прогрессивного эндогенного процесса вплоть до момента нарастания тяжелой продуктивной симптоматики. Экзацербация галлюцинаторно-параноидных расстройств неизбежно сопровождалась высоким риском суицидального аутоагрессивного или гетероагрессивного поведения, что в конечном итоге и обуславливало необходимость ургентного психиатрического вмешательства.

При сопоставлении ДНП с уровнем социального функционирования у пациентов с различными типами РДБС, оцениваемым по шкале PSP, было выявлено, что чем дольше длится психотическое состояние без специализированной медикаментозной терапии, тем более выражено снижение показателей социальной адаптации. Наиболее выраженная обратная корреляция выявлена у больных с первым типом расстройств ( $r = -0,53$  при  $p < 0,01$ ). При втором типе взаимосвязь несколько ослабевала, но сохранялась на статистически значимом уровне ( $r = -0,39$  при  $p < 0,05$ ). Для третьего типа отмечалась лишь слабая тенденция, не достигающая порога достоверности. Данные результаты согласуются с представлениями о влиянии длительно текущего эндогенного процесса на социальное функционирование (Попович У.О., 2020; Голубев С.А., 2020; Омельченко, 2021) и подтверждают, что увеличение длительности нелеченого

состояния сопровождается снижением уровня социальной адаптации и ухудшением интегративной оценки исхода (Kua J. et al., 2003; Krause M. et al., 2018).

В рамках проведённого клинико-психопатологического анализа РДБС были выявлены типоспецифические особенности выбора терапевтической тактики, обусловленные структурой ведущего синдрома и нозологической принадлежностью расстройства. При планировании лечения учитывались ведущие компоненты клинической картины болезни: выраженность аффективных расстройств, депрессивно-бредовой симптоматики, либо наличие более сложной полиморфной клинической картины болезни. Определённое значение имела динамика приступа и определение стадии психотического процесса, наличие развернутого психотического эпизода, тенденции к хронификации или формированию затяжного течения определяли различные терапевтические задачи психофармакотерапии. Существенное влияние на выбор оптимальной стратегии оказывали особенности течения заболевания в целом, а также возраст пациента, индивидуальный профиль лекарственной чувствительности и характер переносимости, включая риск побочных эффектов и необходимость их профилактики.

Все 104 пациентов с РДБС (I тип — 22, 21,2%; II тип — 36, 34,6%; III тип — 46, 44,2%) наблюдались в клинике НЦПЗ с применением дифференцированных схем психофармакотерапии, адаптированных к нозологической структуре выборки (F31.5, F33.3, F25.0, F20.01, F20.0) и типологическим особенностям РДБС. 44,2% (n=46) получали амбулаторное лечение, 55,8% (n=58) — стационарное. Статистически значимые различия по субшкалам PANSS между тремя типами РДБС и их подтипами ( $p < 0,05$ ) отражали неоднородность выраженности продуктивной и негативной симптоматики в зависимости от нозологической принадлежности и клинического варианта РДБС, что обосновывало необходимость индивидуализированного подхода к выбору терапевтической тактики.

На протяжении всего периода стационарного лечения осуществлялся систематический контроль соматоневрологического статуса пациентов и клинико-лабораторных показателей, обусловленный как спектром прогнозируемых

нежелательных эффектов применяемых психофармакологических средств, так и индивидуальными анамнестическими данными: наличием аллергических реакций, инфекционной или хронической соматической патологии. Необходимость дифференцированного подхода к мониторингу безопасности терапии определялась нозологической неоднородностью изученной выборки, включавшей пациентов с аффективными расстройствами, шизоаффективным расстройством и шизофренией, а также вариабельностью применявшихся психофармакологических комбинаций, объединявших антипсихотические, нормотимические и антидепрессивные препараты. Средняя продолжительность стационарного лечения в группе пациентов с РДБС составила 56,4 койко-дней; среднее количество терапевтических курсов за период одной госпитализации — 1,8.

Терапевтическая стратегия у пациентов с РДБС выстраивалась поэтапно в соответствии с закономерностями течения эндогенного психоза и динамикой психопатологической симптоматики. Выделялись три последовательных терапевтических этапа: купирующий, продолжительностью до 2 месяцев; стабилизирующий, длительностью до 6 месяцев и профилактический (поддерживающий), при благоприятном течении без повторных приступов составлявший до 5 лет. Содержание и принципы каждого из перечисленных этапов подробно рассматриваются в последующих разделах настоящей главы.

Целью купирующего этапа терапии являлась редукция острой психотической, аффективно-бредовой и поведенческой симптоматики у пациентов с РДБС. Стационарное лечение на данном этапе получали 55,8% пациентов (n=58), что определялось выраженностью продуктивных расстройств и наличием в ряде случаев ауто- и гетероагрессивных тенденций, требовавших круглосуточного клинического наблюдения. В 44,2% (n=46) случаях пациенты получали психофармакотерапию в амбулаторных условиях. Терапевтическая тактика строилась на принципах купирования острых эндогенных психотических состояний с учётом нозологической принадлежности и типологического варианта синдрома. Ведущим классом применявшихся психофармакологических средств во всех случаях являлись антипсихотические препараты.

Препаратами выбора на купирующем этапе являлись антипсихотические средства, однако их роль существенно различалась в зависимости от типологического варианта РДБС и нозологической принадлежности расстройства. При I типе РДБС, формирующемся в рамках аффективных расстройств, антипсихотики назначались преимущественно в комбинации с нормотимиками и антидепрессантами, тогда как при II и III типах, ассоциированных с шизоаффективным расстройством и шизофренией соответственно, антипсихотическая терапия занимала ведущее место. В рамках психофармакотерапии применяли препараты первого поколения (галоперидол, зуклопентиксол, хлорпромазин) и представители атипичного ряда (арипипразол, рисперидон, клозапин, оланзапин). При развитии терапевтической резистентности, наиболее характерной для пациентов III группы, использовались комбинированные схемы с одновременным назначением средств обоих классов. Подбор и титрация доз проводились в индивидуальном порядке, исходя из клинико-типологических особенностей состояния и скорости редукции симптоматики (параметры суточного дозирования приведены в табл. 6.2).

При анализе терапии больных с различными типами РДБС были выявлены отчётливые типоспецифические особенности в выборе и дозировании антипсихотических препаратов. Так, для пациентов с I типом РДБС антипсихотические средства выполняли вспомогательную роль при основной антидепрессивной терапии, применяясь в минимально эффективных дозах. Среди атипичных антипсихотиков наиболее часто использовались клозапин (средняя дозировка 62,5–87,5 мг/сут), кветиапин (средняя дозировка 112,5–137,5 мг/сут), оланзапин (средняя дозировка 7,5 мг/сут) и арипипразол (средняя дозировка 7,5–10 мг/сут). Из типичных нейролептиков ограниченно применялись хлорпромазин и трифлуоперазин, галоперидол назначался в невысоких дозах — в среднем 2,75–5,25 мг/сут.

При II типе РДБС диапазон и дозировки применяемых препаратов закономерно возрастали ввиду большей выраженности и стойкости психотических расстройств. В группе типичных нейролептиков чаще использовался хлорпромазин

(со средней дозой 150–200 мг/сут) и зуклопентиксол (8,5–15 мг/сут), а дозы галоперидола не превышали 13,25 мг/сут. Из средств атипичного ряда пациенты преимущественно получали кветиапин (в среднем 175 мг/сут), клозапин (112,5–125 мг/сут) и рисперидон (4–5 мг/сут).

Таблица 6.2 — Суточные дозы нейрорептиков (мг), назначавшиеся больным с различными типами РДБС

| Препараты      |                      | Типы РДБС   |           |             |           |             |           |             |           |             |           |             |           |             |           |             |           |
|----------------|----------------------|-------------|-----------|-------------|-----------|-------------|-----------|-------------|-----------|-------------|-----------|-------------|-----------|-------------|-----------|-------------|-----------|
|                |                      | I тип       |           |             |           |             |           | II тип      |           |             |           | III тип     |           |             |           | Итого       |           |
|                |                      | 1 подтип    |           | 2 подтип    |           | 3 подтип    |           | 1 подтип    |           | 2 подтип    |           | 1 подтип    |           | 2 подтип    |           |             |           |
|                |                      | Min/<br>max | Mid       | Min/<br>max | Mid       | Min/<br>max | Mid       | Min/<br>max | Mid       | Min/<br>max | Mid       | Min/<br>max | Mid       | Min/<br>max | Mid       | Min/<br>max | Mid       |
| Tricyclics     | Clozapinum           | 25/<br>100  | 62,5      | 25/<br>150  | 87,5      | 25/<br>150  | 87,5      | 25/<br>200  | 11<br>2,5 | 50/<br>200  | 12<br>5   | 50/<br>300  | 17<br>5   | 25/<br>300  | 16<br>2,5 | 25/<br>300  | 16<br>2,5 |
|                | Olanzapinu<br>m      | 5/10        | 7,5       | 5/1<br>0    | 7,5       | 5/10        | 7,5       | 5/20        | 12,5      | 10/<br>20   | 15        | 10/<br>20   | 15        | 10/<br>20   | 15        | 5/20        | 12,5      |
|                | Quetiapi<br>m        | 25/<br>200  | 12<br>2,5 | 25/<br>200  | 11<br>2,5 | 25/<br>250  | 13<br>7,5 | 50/<br>300  | 175       | 50/<br>300  | 17<br>5   | 100/<br>600 | 350       | 50/<br>800  | 425       | 25/<br>800  | 41<br>2,5 |
| Benzisoxazole  | Risperidonum         | 2/4         | 3         | 2/4         | 3         | 2/4         | 3         | 2/6         | 4         | 2/8         | 5         | 2/8         | 5         | 2/8         | 5         | 2/8         | 5         |
| Phenothiazines | Trifluoperaz<br>inum | 5/10        | 7,5       | 5/<br>10    | 7,5       | 5/10        | 7,5       | 5/20        | 12,5      | 10/<br>20   | 15        | 5/20        | 12,5      | 10/<br>30   | 17,5      | 5/30        | 17,5      |
|                | Chlorproma<br>zinum  | 50/1<br>50  | 100       | 50/<br>150  | 100       | 100/<br>200 | 175       | 100/<br>300 | 200       | 100/<br>400 | 150       | 50/6<br>00  | 325       | 50/8<br>00  | 425       | 50/8<br>00  | 425       |
| Thioxanthenes  | Zuclopenth<br>ixolum | 2/10        | 6         | 2/<br>10    | 6         | 2/10        | 6         | 2/15        | 8,5       | 10/<br>20   | 15        | 2/30        | 16        | 10/<br>40   | 25        | 2/40        | 21        |
| Butyrophenones | Haloperidolu<br>m    | 0,5/<br>5   | 2,75      | 0,5/<br>10  | 5,25      | 0,5/<br>10  | 5,25      | 1,5/<br>15  | 8,25      | 1,5/<br>25  | 13,<br>25 | 0,5/<br>20  | 10,<br>25 | 0,5/<br>35  | 17,<br>25 | 0,5/<br>35  | 17,<br>25 |
| Quinolines     | Aripiprazolu<br>m    | 5/15        | 10        | 5/<br>10    | 7,5       | 5/10        | 7,5       | 5/15        | 10        | 0/0         | 0         | 5/20        | 12,2      | 5/30        | 17,5      | 5/30        | 17,5      |

При III типе РДБС, отличавшимся меньшей выраженностью аффективного компонента на фоне нарастания галлюцинаторно-параноидных расстройств,

потребность в антипсихотической терапии была наиболее высокой. Среди атипичных антипсихотиков ведущее место занимал клозапин, средняя дозировка которого составляла 162,5 мг/сут, достигая у ряда больных 300 мг/сут; кветиапин применялся в существенно более высоких дозах, чем при предшествующих типах, в среднем 350–425 мг/сут. Из типичных нейролептиков наиболее широко использовались хлорпромазин (средняя дозировка 325–425 мг/сут), зуклопентиксол (до 40 мг/сут) и галоперидол (средняя дозировка 17,25 мг/сут, максимальная дозировка 35 мг/сут). Характерной особенностью терапии при данном типе являлась большая частота комбинированных схем назначения нейролептиков, а также необходимость перехода на пролонгированные лекарственные формы у пациентов с низкой комплаентностью и признаками терапевтической резистентности.

Особенности применения антидепрессивных и нормотимических препаратов у обследованных больных в зависимости от типологической принадлежности РДБС представлены в Таблице 6.3. Анализ показал, что выбор конкретных препаратов и их дозировок определялся прежде всего структурой ведущего психопатологического синдрома и нозологическим диагнозом, что нашло отражение в отчётливых типоспецифических различиях проводимой терапии.

При I типе РДБС, При РДБС I типа, в рамках которого аффективный компонент занимал доминирующее положение в синдромальной структуре, широко использовались антидепрессанты различных фармакологических групп: из группы СИОЗС назначались флувоксамин (средняя дозировка 125–150 мг/сут), сертралин (150 мг/сут), пароксетин (30–40 мг/сут); из группы СИОЗСН применялись венлафаксин (150 мг/сут) и дулоксетин (120 мг/сут); из трициклических препаратов использовались амитриптилин и кломипрамин в средних дозировках 87,5 и 100 мг/сут соответственно. Нормотимическая терапия включала вальпроевую кислоту (средняя дозировка 1050 мг/сут), ламотриджин (225 мг/сут), карбамазепин (700–800 мг/сут), карбонат лития (750 мг/сут).

По мере нарастания в клинической картине удельного веса галлюцинаторно-бредовых расстройств при II типе РДБС круг назначаемых антидепрессантов

закономерно сужался: венлафаксин и миртазапин при 2-м подтипе не использовались. Нормотимические препараты сохраняли своё терапевтическое значение.

Таблица 6.3 — Суточные дозы антидепрессивных и нормотимических препаратов (мг), назначавшиеся больным с различными типами РДБС

| Препараты       |                   | Типы РДБС   |      |             |      |             |      |             |      |             |       |             |      |             |       |             |      |
|-----------------|-------------------|-------------|------|-------------|------|-------------|------|-------------|------|-------------|-------|-------------|------|-------------|-------|-------------|------|
|                 |                   | I тип       |      |             |      |             |      | II тип      |      |             |       | III тип     |      |             |       | Итого       |      |
|                 |                   | 1 подтип    |      | 2 подтип    |      | 3 подтип    |      | 1 подтип    |      | 2 подтип    |       | 1 подтип    |      | 2 подтип    |       |             |      |
|                 |                   | Min/<br>max | Mid  | Min/<br>max | Mid  | Min/<br>max | Mid  | Min/<br>max | Mid  | Min/<br>max | Mid   | Min/<br>max | Mid  | Min/<br>max | Mid   | Min/<br>max | Mid  |
| Anticonvulsants | Ac. Valproicum    | 300/1800    | 1050 | 300/1800    | 1050 | 300/1800    | 1050 | 300/1800    | 1050 | 300/1800    | 1050  | 300/1800    | 1050 | 600/1800    | 1200  | 300/1800    | 1050 |
|                 | Lamotriginum      | 50/400      | 225  | 50/400      | 225  | 50/400      | 225  | 100/400     | 250  | 100/400     | 250   | 50/400      | 225  | 50/400      | 225   | 50/400      | 225  |
|                 | Oxcarbazepinum    | 600/1200    | 900  | 600/1200    | 900  | 600/1200    | 900  | 600/1200    | 900  | 600/1500    | 1050  | 300/1500    | 900  | 300/1500    | 900   | 300/1500    | 900  |
|                 | Carbamazepinum    | 200/1200    | 700  | 400/1200    | 800  | 200/1200    | 700  | 200/1200    | 700  | 400/1200    | 800   | 200/1000    | 600  | 400/1000    | 700   | 200/1200    | 700  |
|                 | Lithium carbonate | 300/1200    | 750  | 300/1200    | 750  | 300/1200    | 750  | 300/900     | 600  | 0/0         | 0     | 0/0         | 0    | 0/0         | 0     | 300/1200    | 750  |
| TCAs            | Amitriptylinum    | 25/150      | 87,5 | 25/150      | 87,5 | 25/150      | 87,5 | 25/150      | 87,5 | 50/150      | 100   | 25/100      | 62,5 | 25/100      | 62,5  | 25/150      | 87,5 |
|                 | Clomipraminum     | 25/175      | 100  | 25/175      | 100  | 25/175      | 100  | 25/175      | 100  | 50/175      | 212,5 | 25/75       | 50   | 25/100      | 62,5  | 25/175      | 100  |
| TeCAs           | Mirtazapinum      | 15/45       | 30   | 15/45       | 30   | 15/45       | 30   | 15/45       | 30   | 0/0         | 0     | 0/0         | 0    | 0/0         | 0     | 15/45       | 30   |
| SSRIs           | Fluvoxaminum      | 50/250      | 150  | 50/250      | 150  | 50/200      | 125  | 50/200      | 125  | 50/250      | 150   | 50/200      | 125  | 50/250      | 150   | 50/250      | 150  |
|                 | Paroxetineum      | 20/60       | 40   | 20/60       | 40   | 20/40       | 30   | 20/40       | 30   | 20/40       | 30    | 20/40       | 30   | 20/40       | 30    | 20/60       | 40   |
|                 | Sertralinum       | 50/250      | 150  | 50/250      | 150  | 50/250      | 150  | 50/200      | 125  | 50/250      | 150   | 50/100      | 75   | 50/150      | 100   | 50/250      | 150  |
| SNRIs           | Duloxetineum      | 60/180      | 120  | 60/180      | 120  | 0/0         | 0    | 0/0         | 0    | 60/180      | 120   | 60/60       | 60   | 60/60       | 60    | 60/180      | 120  |
|                 | Venlafaxinum      | 75/225      | 150  | 75/225      | 150  | 0/0         | 0    | 0/0         | 0    | 0/0         | 0     | 0/0         | 0    | 75/150      | 117,5 | 75/225      | 150  |

При III типе РДБС антидепрессивная терапия применялась в меньшем объёме и сниженных дозах, препараты групп СИОЗСН и тетрациклические антидепрессанты у большинства больных не назначались, нормотимическая терапия сохраняла широкое применение.

В схему лечения при необходимости включались транквилизаторы бензодиазепинового ряда (диазепам, феназепам), а также антихолинергические

корректоры для устранения экстрапирамидных нарушений (бипериден, тригексифенидил). У пациентов с выраженной резистентностью к проводимой психофармакотерапии в качестве дополнительного метода воздействия применялась электросудорожная терапия (ЭСТ) под внутривенным наркозом с миорелаксацией (17 больных, 37,0% клинической выборки); курс включал от 6 до 12 сеансов (в среднем 8) и определялся выраженностью и устойчивостью достигнутого терапевтического ответа, а также соматическим статусом пациента.

На этапе становления ремиссии терапевтические усилия были направлены на дальнейшее уменьшение выраженности продуктивных расстройств, коррекцию аффективных и негативных нарушений, а также постепенное восстановление социального и трудового функционирования пациентов. Наряду с психофармакотерапией на данном этапе широко применялись индивидуальные и групповые психотерапевтические и психокоррекционные методики (Маричева М.А., 2014). Их целью служило формирование у больных адекватного отношения к перенесённому заболеванию, повышение приверженности лечению и создание условий для полноценной социальной реинтеграции (Самсонов И.С., 2021).

На начальном этапе становления ремиссии психотерапевтическая работа была направлена прежде всего на установление устойчивого терапевтического контакта с пациентом. Учитывая характерную для обследованного контингента сниженную комплаентность, обусловленную религиозной фабулой переживаний, ключевой задачей данного этапа являлось постепенное формирование у больного мотивации к продолжению лечения и осознания необходимости длительной поддерживающей терапии. В качестве основных инструментов применялись техники когнитивно-поведенческой психотерапии, направленные на коррекцию дисфункциональных установок, а также элементы психодинамического подхода, позволявшие прояснить субъективное значение религиозных переживаний для пациента без прямой конфронтации с их содержанием.

Выбор конкретных методов определялся типологической принадлежностью РДБС и степенью редукции продуктивной симптоматики к моменту начала психотерапевтической работы. У значительной части пациентов с РДБС отмечалась

недостаточная критическая оценка собственного состояния, обусловленная прежде всего религиозным содержанием переживаний: сформировавшаяся система религиозно-бредовых построений нередко воспринималась больными не как проявление болезни, а как духовный опыт, не подлежащий пересмотру. Подобная особенность внутренней картины болезни существенно осложняла формирование терапевтического альянса и требовала специально выстроенной стратегии психообразовательного воздействия.

Дифференциация психотерапевтических задач у обследованных больных определялась прежде всего типологической принадлежностью РДБС. При I типе, в картине которого доминировали аффективные расстройства при относительной сохранности критических функций, психотерапевтическая работа концентрировалась на коррекции депрессивных когний, снижении выраженности самообвинительных тенденций и формировании адекватных стратегий совладания с религиозно окрашенными переживаниями. У ряда пациентов данной группы в структуре депрессии отмечались выраженное чувство греховности и религиозное самоуничужение, что при недостаточно дифференцированном подходе могло имитировать сохранную критику к болезни, тогда как в действительности отражало лишь своеобразную религиозную интерпретацию собственных болезненных переживаний, что обуславливало необходимость тщательного клинического обследования и выявления формирования подлинной критики к болезненному состоянию.

При II типе РДБС, характеризующемся более сложной синдромальной структурой с сочетанием аффективных расстройств и острого чувственного бреда религиозного содержания, психокоррекционная работа приобретала значительно более ограниченный характер в острой фазе и разворачивалась преимущественно на этапе редукции продуктивной симптоматики. Основным содержанием индивидуальных психообразовательных бесед служило формирование у пациентов представления о болезненной природе религиозно-психотических переживаний без прямой конфронтации с их содержанием (Гурович И.Я. и др., 2004). Групповые формы работы у больных данной группы применялись лишь при достаточной

степени редукции продуктивной симптоматики, поскольку преждевременное включение в группу создавало риск взаимного подкрепления религиозно-бредовых построений у пациентов со сходной фабулой переживаний.

При III типе РДБС, протекавшем с преобладанием галлюцинаторно-параноидных расстройств, психотерапевтическая работа с пациентами в период стационарного лечения не проводилась. Вместе с тем, особое значение приобретала психообразовательная работа с родственниками больных данной типологической принадлежности. Ближайшее окружение нередко разделяло религиозные убеждения больных или воспринимало их высказывания как выражение религиозного мировоззрения, что существенно снижало уровень комплаентности. В связи с этим семейное психообразование, направленное на разграничение нормальной религиозности и психопатологической симптоматики, включалось в комплекс реабилитационных мероприятий в качестве обязательного компонента.

На этапе амбулаторного наблюдения психосоциальная работа с пациентами всех трёх типологических групп выстраивалась в соответствии с принципами поэтапного вмешательства, обеспечивающего постепенное расширение мишеней воздействия по мере стабилизации состояния. Задачами данного этапа являлись закрепление достигнутых терапевтических результатов, профилактика рецидивов путём формирования у пациентов навыков распознавания ранних признаков обострения, восстановление профессионального и социального функционирования, а также работа с явлениями самостигматизации. Среди использовавшихся методов наиболее структурированным и клинически обоснованным являлся когнитивно-поведенческий подход, эффективность которого при бредовых депрессиях подтверждена рядом отечественных и зарубежных исследований (Волель Б.А., 2009; Холмогорова А.Б., 2022; Agbor C. et al., 2022).

После достижения редукции острой психотической и аффективной симптоматики основной задачей становилась оптимизация поддерживающей психофармакотерапии. Коррекция когнитивных нарушений (расстройств концентрации внимания, оперативной памяти и исполнительных функций)

проводилась в зависимости от их выраженности. У пациентов III типа РДБС негативные расстройства и дефицитарные проявления выявлялись значительно чаще. Выраженное положительное влияние на когнитивные функции отмечалось на фоне приема арипипразола и рисперидона. Базовую антипсихотическую терапию при необходимости усиливали нейрометаболическими препаратами, преимущественно ГАМК-ергического ряда (пантогам, аминофенилмасляная кислота), а также этиловым эфиром N-фенилацетил-L-пролилглицина.

Выбор антидепрессивной терапии определялся как структурой аффективного синдрома, так и типологическим вариантом РДБС. У пациентов I типа предпочтительным являлось назначение препаратов группы СИОЗС и СИОЗСиН ввиду их благоприятного профиля переносимости. У пациентов II типа к схеме терапии добавлялись либо корректировались дозировки антипсихотических и нормотимических препаратов. Пациентам III типа в случаях развития постпсихотической депрессии назначались трициклические антидепрессанты, в частности кломипрамин, в сочетании с пролонгированными формами антипсихотических препаратов.

На данном этапе у большинства пациентов происходило формирование критики перенесённого психотического состояния, нередко сопровождавшееся острой психологической декомпенсацией, требовавшее проведения расширенной психотерапии, ориентированной на конфессиональные и ценностные особенности обследуемых. Основным объемом психологической помощи реализовывался клиническим психологом и включал техники поведенческой активации, метакогнитивный тренинг и формирование навыков копинг-стратегий для преодоления стресса.

Существенное место в системе комплексной психосоциальной реабилитации обследованных больных отводилось применению религиозных копинг-стратегий. Их целенаправленное использование определялось специфическими психопатологическими характеристиками самого РДБС: религиозная фабула, пронизывавшая структуру бредового синдрома, при дифференцированном психотерапевтическом подходе допускала переориентацию из патогенного фактора

в реабилитационный ресурс, обеспечивающий психологическую стабилизацию и постепенную социальную реинтеграцию пациентов. Важность применения данного подхода находит подтверждение в ряде работ, свидетельствующих о положительном влиянии религиозных ресурсов совладания на течение депрессивных состояний, уровень комплаентности и качество межприступных ремиссий у психически больных (Копейко Г.И. и др., 2016; Богатырёва Н.Л., 2017).

Концептуальную основу применяемого подхода составляла модифицированная классификация религиозных копинг-стратегий К. Pargament (2013), разработанная на базе исходной модели К. Pargament, Н. Koenig, L. Perez (2000). В рамках настоящего исследования в работе с обследованными пациентами задействовались следующие стратегии: консервация базовых ценностей и смыслов жизни посредством поддержания традиционного религиозного уклада, использование ресурсов религиозной социальной поддержки через участие в жизни конфессиональной общины, религиозное переосмысление пережитого болезненного опыта, стратегия обретения эмоционального комфорта через религиозную веру, включая переживание утешения и примирения (Копейко Г.И., Борисова О.А., Казьмина О.Ю., 2016).

Обязательным условием терапевтической эффективности данных стратегий являлся дифференцированный подход к их применению в зависимости от типологической принадлежности РДБС. При I типе особую роль приобретала стратегия эмоционального комфорта, способствовавшая смягчению самообвинительного аффекта. Вместе с тем было отмечено, что на высоте депрессивного состояния с религиозным бредом эффективность копинг-стратегий снижалась, а сами депрессивные переживания с религиозной фабулой были сопряжены с высокой суицидальной опасностью (Гедевани Е.В., Копейко Г.И. и др., 2022), в связи с чем стратегии религиозного переосмысления применялись у данной группы больных лишь на этапе выраженной редукции депрессивной симптоматики. При II и III типах РДБС, отличавшихся большей выраженностью психотической симптоматики систематическое применение религиозных копинг-стратегий,

становилось возможным преимущественно по мере формирования критики к перенесённому психозу.

Применение указанных стратегий в комплексе психосоциальных мероприятий способствовало формированию более адекватного отношения к болезни, улучшению социально-трудовой ориентированности, что в свою очередь способствовало восстановлению семейных и социальных связей.

В период поддерживающего лечения основные усилия были направлены на сдерживание прогрессивного течения процесса, профилактику обострений, углубление ремиссионного состояния и оптимизацию социальной адаптации пациентов. Одновременно проводилась работа по стабилизации эффекта психотерапевтических интервенций и плавной редукции суточных доз психотропных средств до поддерживающего терапевтического минимума.

Продолжительность поддерживающего лечения после перенесённого психотического приступа при отсутствии повторных эпизодов определялась в соответствии с действующими международными рекомендациями и составляла не менее пяти лет (Wunderink L. et al., 2013; Tempier R. et al., 2013). Данный подход согласуется с результатами отечественных исследований, в которых обоснована необходимость длительной поддерживающей терапии у больных с эндогенными психозами юношеского возраста (Каледа В.Г., 2006, 2010; Kishimoto et al., 2021; Ceraso et al., 2022; Schneider-Thoma et al., 2022).

Таким образом на основании вышеизложенного разработаны основные подходы к терапии пациентов с РДБС:

1. Психофармакотерапия является ведущим методом лечения РДБС на всех этапах терапевтического процесса. Необходимость стационарного лечения определяется выраженностью продуктивных расстройств, наличием ауто- и гетероагрессивных тенденций и уровнем суицидального риска, наиболее высоких при II и III типах РДБС.
2. Выбор терапевтической стратегии при РДБС определяется типологическим вариантом синдрома, клиническими особенностями заболевания и его нозологической принадлежностью.

3. Ведение пациентов с РДБС требует мультидисциплинарного терапевтического подхода, объединяющего дифференцированную фармакотерапию, психосоциальную реабилитацию и психотерапию, направленные на реинтеграцию больных в профессиональную и общественную среду. При этом психотерапевтическую работу целесообразно выстраивать с опорой на конфессионально ориентированные ресурсы и религиозные копинг-стратегии.
4. Религиозное мировоззрение пациентов необходимо учитывать при выборе психотерапевтической тактики ввиду его связи с психопатологическим процессом и значительным влиянием на социальные и личностные аспекты.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проблема эндогенных депрессивно-бредовых состояний с религиозной фабулой сохраняет высокую научную и клиническую значимость в связи с трудностями их ранней диагностики (McConnell et al., 2006, Maselko J. et al., 2008; Miller L. et al., 2012), риском позднего обращения за специализированной помощью и высокой вероятностью формирования опасных форм бредового поведения (Копейко Г.И. и др., 2020; Rosmarin D.H. et al., 2013, Moss Q. et al., 2016). Религиозное содержание психотических переживаний нередко маскирует депрессивный аффект, затрудняет дифференциальную диагностику и влияет на комплаентность, терапевтический альянс и реабилитационный прогноз. В связи с этим особое значение приобретает изучение клинико-психопатологических особенностей РДБС, их типологическая дифференциация, нозологическая оценка и определение факторов, связанных с течением и исходом заболевания.

Несмотря на наличие исследований, посвященных влиянию религиозного фактора на течение психических заболеваний (Ениколопов С.Н. и др., 2019, Копейко Г.И. и др., 2020; Mohr S. et al., 2010; Nefti R. Büssing A. 2018), остаются недостаточно изученными феноменологическая структура, систематика, нозологическая принадлежность и прогностическое значение депрессивно-бредовых состояний религиозного содержания.

Целью настоящей работы являлось выявление психопатологических особенностей РДБС, разработка типологии депрессивных состояний с религиозным бредом, их нозологическая и динамическая оценка, а также выявление параметров, определяющих прогноз течения заболевания.

Исследование проводилось в 2021–2025 гг. в отделе транскультуральной психиатрии (рук. — к.м.н. Г.И. Копейко) ФГБНУ «Российский Научный центр психического здоровья»; (директор — д.м.н. Ю.А. Чайка).

Всего было изучено 104 пациента (56 женщин, 48 мужчин), с депрессивно-бредовыми состояниями религиозного содержания, нозологическая принадлежность психопатологической симптоматики обследованных больных соответствовала диагностическим критериям расстройств аффективного и шизофренического спектра (F31.5, F32.3, F33.3, F20.0, F25 по МКБ-10). В соответствии с дизайном работы обследованные больные были разделены на две группы: клиническую (58 пациентов, 55,8 %, обследованных на базе ФГБНУ НЦПЗ в 2021–2025 гг.) и катamnестическую (46 больных, 44,2 %, находившихся на стационарном лечении в клинике ФГБНУ НЦПЗ в период с 2011–2015 гг.). Длительность катamnестического наблюдения составила от 10 лет до 15 лет (в среднем  $12,24 \pm 2,7$  лет).

Сравнительный анализ клинической и катamnестической групп не выявил статистически значимых различий по основным социально-демографическим и возрастным показателям на момент начала заболевания и манифестации приступа с РДБС. Это позволило рассматривать данные катamnестического анализа как применимые к общей когорте обследованных больных ( $p > 0,05$ ).

Были использованы следующие методы обследования: клинко-психопатологический; клинко-катamnестический; психометрический (PANSS, PSP, HDRS, C-SSRS, шкалы оценки религиозности S. Huber и K. Pargament, 2012); статистический.

Проведенный клинко-психопатологический анализ позволил выделить религиозно-депрессивно-бредовый симптомокомплекс как гетерогенное психопатологическое образование, формирующееся при различных нозологических формах и обладающее рядом специфических клинических признаков. К числу наиболее значимых особенностей относились выраженная тяжесть депрессивных расстройств, диссоциация между тяжестью психопатологической симптоматики и внешне сохранным социальным функционированием, маскируемым религиозным фасадом, эпизоды ауто- и гетероагрессивного поведения, полиморфизм механизмов бредообразования, преобладание аутохтонного развития приступов и доминирование бредовых идей

греховности, позднее обращение за медицинской помощью, длительный период нелеченного психоза.

Клинико-психопатологический анализ позволил выделить три типологические разновидности РДБС, принципиально различающихся по механизмам бредообразования, нозологической принадлежности и прогнозу: I тип ( $n=22$ , 21,2%) с преобладанием конгруэнтного аффекту депрессивного бреда, II тип ( $n=36$ , 34,6%) с присоединением острого чувственного бреда и персекуторными идеями, III тип ( $n=46$ , 44,2%) с синдромом Кандинского–Клерамбо.

**I тип — депрессивно-бредовые состояния с преобладанием конгруэнтного аффекту депрессивного бреда** (22 наблюдения, 21,2%) Клиническая картина характеризовалась наличием депрессивного аффекта сопряженного с конгруэнтными бредовыми идеями самоуничтожения, самообвинения, греховности, моральной и духовной неполноценности и несостоятельности, а также духовного обнищания. Средний возраст пациентов достигал  $28 \pm 4,5$  года.

Развитию психоза предшествовал продромальный этап длительностью от 2 недель до нескольких месяцев, составляя в среднем  $1,5 \pm 0,7$  месяца. Бред формировался по аффективному механизму бредообразования, возникая в тесной связи с депрессивным состоянием.

В зависимости от структуры психопатологической картины было выделено три подтипа: с преобладанием бредовых идей греховности (1.1 подтип); с доминированием бредовых идей богооставленности (1.2 подтип); с преобладанием бредовых идей неполноты, неправильности, неистинности своей веры (1.3 подтип).

*Первый подтип* (5,8%,  $n=6$ ) характеризовался картиной меланхолической депрессии, в которой доминировал бред греховности. У больных преобладал тоскливый аффект с идеями самоуничтожения и самообвинения с депрессивной интерпретацией текущих и прошлых событий. Постепенно бытовое содержание переживаний виновности трансформировалось в тотальное убеждение собственной вины, заслуженного «наказания адскими муками» и перерастало в стойкое бредовое убеждение собственной греховности. Происходило

формирование центрального для данного подтипа феномена «бредовой меланхолии».

*Второй подтип* (9,6%, n=10 случаев) развивался в рамках тревожно-анестетической депрессии с доминированием феномена богооставленности. Ведущее место занимали жалобы анестетического характера, распространяющиеся на духовную сферу. Пациенты утверждали, что потеряли ощущения благодати от молитвы, прекращали участие в церковных обрядах, говорили об отсутствии чувства «живой веры», сравнивали свое состояние с «окамененным нечувствием». Идеи богооставленности и греховности в последующем приобретали бредовой характер, пациенты ощущали, что Бог «их не слышит, отвернулся, оставил», возникала «полная духовная изоляция», утрата смысла существования и надежды на спасение.

*Третий подтип* (5,8%, n=6) формировался в структуре тревожно-апатической депрессии и сопровождался развитием бредовых идей неполноты, неправильности, неистинности собственной веры. Больные винили себя в несоответствии религиозным правилам, совершали многократные паломничества для бесед со старцами в поисках «настоящего духовника», однако нигде не обрели душевного покоя; в переживаниях доминировало бредовое ощущение искажённости своей веры.

Нозологическая структура данного типа распределилась следующим образом: биполярное аффективное расстройство диагностировано в 59,1% (n=13), рекуррентное депрессивное расстройство — в 18,3% (n=4), шизоаффективный психоз — в 22,6% (n=5).

Динамика приступов у пациентов с данным типом РДБС характеризовалась постепенным формированием ремиссии с поэтапной редукцией психотической симптоматики. Первостепенно снижалась выраженность аффективных нарушений, затем наступала редукция бредовой симптоматики. Полное исчезновение бреда отмечалось в среднем к 4–5 неделе лечения. У 45,5% (n=10) после редукции продуктивной симптоматики развивалась постпсихотическая депрессия средней тяжести длительностью 6–8 недель; у 18,4% (n=4) наблюдались явления

эмоциональной лабильности с чередованием тревоги, подавленности и кратковременных подъёмов настроения.

Достигнутая ремиссия не сопровождалась грубыми изменениями личности: пациенты сохраняли прежний социально-трудовой статус. Мировоззрение пациентов соответствовало доприступному уровню, и соответствовало нормальной и гармоничной религиозности. Данный фактор оказывал протективное влияние, способствуя адаптации и уменьшению выраженности постпсихотических депрессивных проявлений.

**II тип — депрессивно-бредовые состояния с острым чувственным бредом** (36 больных, 34,6%) характеризовался наличием в структуре психоза как конгруэнтных, так и неконгруэнтных аффекту бредовых идей. Единоновременно развивались бредовые идеи религиозного содержания (греховности, богооставленности, неистинности веры) и неконгруэнтные бредовые расстройства в виде острого чувственного бреда (инсценировки, особого значения, отношения) с отдельными неразвернутыми персекуторными идеями. Средний возраст пациентов достигал  $25,0 \pm 9$  лет.

Развитие приступа в 80,6% случаев ( $n=29$ ) носило аутохтонный характер. Доманифестный этап характеризовался проявлениями тоскливо-тревожной депрессии с неравномерной выраженностью компонентов депрессивной триады.

В соответствии с особенностями бредовых расстройств и их психопатологическими проявлениями данная разновидность РДБС была разделена на два подтипа: 2.1 — с сочетанием острого чувственного бреда с религиозной фабулой и неразвёрнутыми персекуторными идеями; 2.2 — с доминированием острого чувственного бреда, элементами онейроидного помрачения сознания и кататоническими включениями.

*Первый подтип* (14,4%,  $n=15$ ) характеризовался сочетанием острого чувственного бреда с религиозной фабулой и неразвернутыми персекуторными идеями. К существующим депрессивным идеям виновности сверхценного уровня присоединялись идеи отношения, перераставшие в идеи обвинения и осуждения со стороны окружающих. По мере развития психотического состояния идеи

виновности трансформировались в идеи греховности и достигали бредового уровня с убеждённой в заслуженности «наказания Божьего». Пациенты искали способы искупления своих грехов, непрерывно посещая богослужения, многократно проходили исповедь, фанатично соблюдали религиозные посты, вплоть до развития аутодеструктивного поведения. Отличительной особенностью данного подтипа было развитие идей неправильности выбора конфессии: сомнения в истинности вероисповедания приобретали сверхценный, а затем и бредовой характер, определяя поведение пациентов. Больные испытывали чувство вины за ошибку в выборе веры, боялись, что из-за «неистинности» своей веры «не смогут спастись», некоторые меняли конфессии.

*Второй подтип* (20,2%, n=21) характеризовался доминированием острого чувственного бреда с элементами онейроидного помрачения сознания и кататоническими включениями, с развитием, в ряде случаев, депрессивной парафрении. На фоне тревожной депрессии с растерянностью возникали явления острого чувственного бреда (инсценировки, ложного узнавания, особого значения), фабула которого отражала депрессивные религиозные переживания. Присоединялась депрессивно-бредовая деперсонализация с идеями о «необратимых изменениях личности», затрагивавшими духовную сферу: пациенты описывали «гниение» или «потерю души», говорили, что «сердце мертво для веры», испытывали ощущение «наказания адскими муками» при жизни — отмечалось формирование религиозного нигилистического бреда вплоть до бреда Котара. Некоторые пациенты считали себя виновниками грядущего апокалипсиса, убеждёнными в вечных страданиях за грехи (бред Агасфера). В ряде случаев имело место развитие антагонистического бреда, фантастического бреда конца света вплоть до формирования острой депрессивной парафрении. На высоте состояния отмечались кататонические проявления в виде мутизма, восковой гибкости, субступора, а также кратковременные эпизоды онейроидного помрачения сознания.

Нозологическая структура распределилась следующим образом: шизоаффективный психоз — 45,0% (n=9), приступообразная шизофрения — 35,0% (n=7), аффективное заболевание — 20,0% (n=4).

Динамика обратного развития приступа в данном типе РДБС имела ряд особенностей. Редукция психотической симптоматики была постепенной и занимала около 2–3 недель. Первыми нивелировались персекуторные идеи, явления острого чувственного бреда и кататонические расстройства. Пациенты начинали сомневаться в достоверности пережитого, допуская возможность соматического заболевания или «нервного истощения», что отражало тенденцию к рационализации и недооценке психотической природы перенесённого приступа. Затем тревожное напряжение сменялось угнетённым настроением с апатоадинамическими расстройствами, при этом пациенты склонялись к психологизации состояния и недооценке его тяжести. Постепенно депрессивные симптомы и идеи вины нивелировались, критика перенесенного состояния становилась более полной, пациенты понимали необходимость приема поддерживающей терапии.

Достигнутая ремиссия была достаточно полной: у 80,0% (n=16) социально-трудовой статус сохранялся на прежнем уровне, лишь у 15,0% (n=3) наблюдалось некоторое снижение. Динамика религиозности в постпсихотический период была различной, у части пациентов отмечался постепенный отказ от религиозных практик вплоть до перехода к светскому образу жизни; у других — усиление религиозного интереса с использованием духовных практик (религиозное мировоззрение позволяло интерпретировать болезнь как испытание); в ряде случаев уровень религиозности оставался неизменным. Религиозное мировоззрение у больных данной типологической разновидности способствовало особой интерпретацией болезни как испытания, что являлось проявлением адаптивной копинг-стратегии.

**III тип — депрессивно-параноидные состояния с преобладанием синдрома Кандинского–Клерамбо** (46 случаев, 44,2%) характеризовался преимущественно интерпретативным механизмом бредообразования и относительно высокой степенью систематизации бредовых расстройств. Религиозно-депрессивно-бредовой комплекс формировался в рамках синдрома Кандинского–Клерамбо за счёт присоединения бреда преследования, воздействия,

псевдогаллюцинаторных расстройств, который сочетался с отдельными элементами острого чувственного бреда и кататоническими включениями. Средний возраст пациентов достигал  $23,4 \pm 2,5$  года.

В 80,4% (n=37) случаев развитие приступа происходило аутохтонно. Психотическому состоянию предшествовал длительный инициальный этап с преобладанием тревожного и тревожно-ажитированного депрессивного аффекта. Религиозность в большинстве случаев возникала на этапе формирования развёрнутого депрессивно-галлюцинаторно-параноидного психоза с религиозно-мистическими переживаниями.

На основании психопатологической картины в данной разновидности выделялось два подтипа: с преобладанием бредовых расстройств (3.1 подтип), с преобладанием галлюцинаторных расстройств (3.2 подтип).

*Первый подтип* (28,8%, n=30) — с преобладанием бредовых расстройств. У больных внезапно возникало тревожное напряжение, появлялись бредовые идеи отношения, быстро трансформировавшиеся в идеи преследования (спецслужбами, сектами), колдовства, отравления. Религиозность возникала в период острого психотического состояния и становилась основным источником продуктивной симптоматики. При ретроспективной переоценке больные связывали происходящее с воздействием «бесовских сил», утверждали, что «поддались искушению дьявола», не заслуживают прощения Бога. Дальнейшее развитие характеризовалось усложнением картины с формированием религиозной систематизированной депрессивной парафрении, аутоагрессивным и суицидальным поведением. Больные идентифицировали себя с «антихристом» или «дьяволом», находили подтверждения в окружающих событиях, отказывались от еды для «изгнания беса», предпринимали суицидальные попытки (порезы, колотые раны). Галлюцинаторные расстройства в данном подтипе РДБС (вербальные, обонятельные, общего чувства) носили отрывочный характер и вписывались в структуру систематизированного бреда.

*Второй подтип* (15,4%, n=16) — с преобладанием галлюцинаторных расстройств. На фоне тревожно-ажитированного аффекта с бредовыми идеями

преследования, колдовства происходило расширение бредовой фабулы и преобразование светского содержания преследования в религиозное. Больные утверждали, что причиной преследования являются их прошлые поступки, что таким образом «Бог наказывает за грехи», высказывали бредовые идеи собственной греховности, невозможности спасти свою душу. Присоединение галлюцинаций общего чувства, псевдогаллюцинаторных расстройств, явлений психического автоматизма, массивных проявлений бреда воздействия приводило к формированию галлюцинаторно-параноидного синдрома с религиозным содержанием переживаний. Бред овладения религиозного содержания (бред одержимости) проявлялся убеждённостью больного, что им завладел «бес», «сатана» или «дьявол», охватывая всю духовную сферу и личность больного.

Нозологическая структура данного типа РДБС распределилась следующим образом: приступообразно-прогредиентная шизофрения выявлялась в 54,3% (n=25), непрерывная шизофрения — 32,7% (n=15), шизоаффективный психоз — 13,0% (n=6).

Динамика обратного развития психоза составляла в среднем 6–8 недель и характеризовалась неоднородной редукцией симптоматики с постепенным распадом бредовой системы, депрессивно-бредовые проявления приобретали фрагментарный характер, снижалась актуальность переживаний. Формирование критики сочеталось с сохранявшейся фрагментарной психотической симптоматикой и нарастающими негативными изменениями личности, что затрудняло оценку своего состояния и вызывало амбивалентное отношение к лечению. У 76,1% (n=35) в отдалённом периоде развивалось постпсихотическое депрессивное состояние с астено-дисфорическими проявлениями, повышенной эмоциональной лабильностью и склонностью к «моральной ипохондрии» (длительностью 7–9 недель).

В ремиссии в 39,1% (n=18) сохранялись остаточные психотические проявления в виде резидуальных бредовых идей религиозного характера; религиозность трансформировалась в псевдорелигиозную систему взглядов с сочетанием элементов различных конфессий (феномен «лоскутной

псевдорелигиозности»). В 54,3% (n=25) ремиссии характеризовались циклотимоподобными проявлениями, заострением личностных черт, усилением аутизации, сужением круга интересов. В 19,6% (n=9) пациенты утрачивали религиозный интерес и постепенно отказывались от соблюдения религиозных практик. В 21,7% (n=10) отмечалось ухудшение социально-трудовых навыков и развитие негативных расстройств, затруднявших адаптацию.

Анализ продолжительности и структуры инициального этапа у больных с выделенными типами депрессивно-бредовых состояний выявил статистически значимые различия ( $p < 0,05$ ). При I типе доманифестный период отличался наименьшей продолжительностью. В клинической картине преобладали кратковременные расстройства аффективного и неврозоподобного спектра, которые протекали на фоне утрированных возрастных кризов. При II типе инициальный период носил более затяжной характер. В его структуре доминировали отчетливые аффективные фазы в сочетании с психопатоподобными расстройствами и явлениями юношеской «метафизической интоксикации». III тип с раннего детства проявлялся дисгармонией развития (опережение психической сферы на фоне отставания физической), неврозоподобной симптоматикой, нарушениями влечений и ранней социальной дезадаптацией. Клиническая картина определялась сочетанием стертых аффективных колебаний с выраженными неврозоподобными расстройствами, нарушениями влечений и ранней социальной дезадаптацией.

При анализе преморбидных особенностей наибольший удельный вес среди всех типов РДБС составлял шизоидный склад личности (84,5% от общего числа наблюдений), однако распределение его разновидностей статистически значимо различалось ( $\chi^2 = 52,41$ ;  $p < 0,05$ ). При I типе преобладали сензитивные шизоиды (45,5%) и гипертимные (27,3%) и истерические (27,3%) личности; степень выраженности личностных особенностей в 72,7% не выходила за рамки акцентуаций. При II типе доминировали сензитивные шизоиды (55%) и истерошизоиды (30%); в 75% случаев степень выраженности расстройств соответствовала акцентуации, в 25% — психопатии. При III типе все пациенты

относились к шизоидному кругу:, включая мозаичных (40,7%), сензитивных (33,4%) и дефицитарных шизоидов (25,9%) В 77,8% степень выраженности соответствовала уровню психопатии с выраженной социальной дезадаптацией уже на доманифестном этапе.

Клинико-катамнестический анализ закономерностей развития и исхода патологических состояний, манифестирующих РДБС, выявил выраженную гетерогенность динамических характеристик между сформированными типологическими группами.

В структуре вариантов течения превалировали приступы по типу «клише» (32,6%), тогда как на долю прогрredientных форм приходилось 28,3%. Хронификация процесса с формированием непрерывного типа течения была зафиксирована в 15,2% случаев, регрredientный характер динамики констатирован у 10,9% пациентов, а монополярное одноприступное течение встречалось реже всего — в 8,7% наблюдений.

При I типе РДБС течение заболевания было преимущественно приступообразным по типу «клише» (54,5%), одноприступное течение отмечено в 27,3%. Негативные расстройства в 63,6% случаев отсутствовали (7 баллов по негативной субшкале PANSS), в 27,3% оценивались как сомнительные (8–14 баллов). Ремиссии отличались высоким качеством: в 72,7% наблюдений симптоматика полностью отсутствовала, в 27,3% сохранялись стёртые аффективные колебания. Профессиональный рост или сохранение прежнего уровня трудоспособности на момент катамнеза зафиксированы у 81,8% больных; уровень социального функционирования по шкале PSP у 90,9% пациентов находился в диапазоне 71–100 баллов (высокий уровень). Среди исходов абсолютно преобладал благоприятный (90,9%), относительно благоприятный исход установлен в 9,1%.

При II типе РДБС приступообразное течение по типу «клише» выявлено в 37,5% случаев, прогрredientное течение — в 25,0%. Негативные расстройства были преимущественно слабо выраженными (43,8%, 15–21 балл по шкале PANSS) либо умеренно выраженными (25,0%, 22–28 баллов). Ремиссии в 56,3% случаев не

сопровождались личностными изменениями. Трудоспособность на прежнем уровне удалось сохранить лишь 25,0% пациентов; снижение трудоспособности зарегистрировано в 37,5%, частичная утрата — в 31,2%, полная утрата — в 6,3%. Показатели PSP у 37,5% больных соответствовали диапазону 61–80 баллов. При интегративной оценке исходов преобладали относительно благоприятный (37,5%) и благоприятный (31,3 %); относительно неблагоприятный исход отмечен в 25,0%, неблагоприятный в 6,3%.

Для III типа РДБС наиболее характерным являлся прогрессивный тип течения (47,4%), при этом у 36,8% обследованных зафиксировано формирование непрерывного процесса. Выраженность негативных изменений оказалась заметно выше: умеренные нарушения по PANSS (22–28 баллов) отмечались у 42,1% больных, выраженные (29–35 баллов) — у 31,6%. Качество ремиссий оставалось невысоким: циклотимоподобные колебания фиксировались у 63,2% обследованных, тогда как в 36,8% случаев персистировала остаточная галлюцинаторно-бредовая симптоматика. Профессиональный статус снизился у большинства пациентов — доли лиц с частичной и полной потерей трудоспособности оказались равны (по 36,8%), тогда как сохранить работу удалось лишь 10,5% больных. Уровень функционирования по шкале PSP у 84,3% пациентов не превысил 60 баллов, а у 31,6% опустился до критических 21–30 баллов. Уровень социального функционирования по PSP у 84,3% пациентов не превышал 60 баллов, в том числе у 31,6% находился в диапазоне 21–30 баллов. Исходы заболевания чаще всего расценивались как относительно неблагоприятные (36,8%) и неблагоприятные (36,8%).

Сравнительный анализ трех типов РДБС продемонстрировал статистически значимые различия ( $p < 0,001$ ) в характере течения процесса и его исходах. При I типе РДБС установлены наиболее благоприятные параметры течения и исхода заболевания, тогда как III тип отличался наименее благоприятными показателями. Это подтверждает прогностическую ценность соотношения аффективного и бредового компонентов в структуре данного синдрома.

Изучение динамики нозологической принадлежности от манифестного приступа к периоду катамнеза показало достоверную неоднородность распределения диагнозов среди выделенных типов депрессивно-бредовых состояний с религиозным содержанием. На основе полученных результатов была определена диагностическая устойчивость каждого типа и установлено их прогностическое значение.

I тип на протяжении всего периода наблюдения демонстрировал стабильную принадлежность к аффективному спектру. При манифестации психоза доля аффективных расстройств составляла 72,2%, к моменту катамнеза этот показатель возрос до 81,8%. При этом частота диагностики шизоаффективного расстройства снизилась с 27,3% до 18,2%, тогда как диагноз шизофрении не устанавливался ни в одном из наблюдений. Отсутствие диагностического сдвига в сторону процессуальных эндогенных заболеваний подтверждало факт того, что наличие религиозной фабулы при данном варианте течения не выступало признаком прогрессивности.

II тип характеризовался наиболее выраженной трансформацией нозологической оценки. На этапе манифестации доля шизоаффективного расстройства равнялась 50%, диагноз шизофрении устанавливался в 37,5% случаев, а на долю аффективных психозов составляла 12,5%. К периоду катамнестического обследования частота выявления шизоаффективного расстройства возросла до 68,8%, в то время как показатель диагностики шизофрении снизился до 25%, аффективных заболеваний упал до 6,3%. Указанная динамика свидетельствовала о том, что острота и атипичность чувственного бреда религиозного содержания на начальных этапах нередко приводили к гипердиагностике шизофрении. Однако последующее течение болезни, отличавшееся полнотой ремиссий и отсутствием выраженных изменений личности, закономерно позволяло переквалифицировать данные клинические случаи в расстройства шизоаффективного полюса, и лишь у четверти больных подтверждался непрерывный процессуальный характер заболевания.

III тип квалифицировался в рамках шизофрении. При манифестации заболевания шизофренический процесс диагностировался в 89,5% случаев при доле шизоаффективного расстройства равной 10,5%. На этапе катмнеза диагноз шизофрении был подтвержден абсолютно во всех клинических наблюдениях. Подобная стабильность доказывала, что несмотря на присутствие депрессивного аффекта, формирование развернутых психических автоматизмов, псевдогаллюцинаций и интерпретативного бреда религиозной фабулы выступало важным маркером шизофренического процесса.

Проведенный анализ подтвердил нозологическую неоднородность изучаемых депрессивно-бредовых состояний с РДБС. Выделенные типологические разновидности достоверно различались не только по своим психопатологическим проявлениям, но и по степени прогрессивности, а также диагностической стабильности, от аффективного полюса при I типе к шизоаффективному при II типе и достигая шизофренического расстройства при III типологической разновидности.

Проведенное исследование показало, что религиозный фактор является не просто случайной фабулой психопатологических расстройств, а выступает в качестве значимого патопластического, прогностического и дифференциально-диагностического компонента. Религиозность, согласно представленной типологии, детерминирует в формировании клинической картины заболевания, определяет содержание депрессивных, бредовых и галлюцинаторных переживаний, а также выступает маркером качества ремиссии, уровня социальной адаптации и прогноза заболевания.

Характер религиозности на доманифестном этапе, ее динамика в постпсихотический период и степень интеграции в структуру личности тесно связаны с клиническим вариантом РДБС.

В общей выборке на преморбидном этапе преобладали лица без религиозных убеждений (39,7%) или с внешним формальным типом религиозности (34,5%) (Олпорт Г., 1966). Межгрупповой анализ позволил выявить статистически достоверные типоспецифические закономерности формирования религиозного мировоззрения в зависимости от клинического варианта болезни.

Для больных I типологической разновидности была наиболее характерна внутренняя гармоничная религиозная ориентация, которая формировалась преимущественно в рамках семейных традиций или как адаптивный копинг-механизм в ответ на психотравмирующие события (Копейко Г.И., Борисова О.А., Казьмина О.Ю., 2016). На доманифестном этапе религиозные убеждения у больных данного типа органично встраивались в систему личностных ценностей без образования патологических сверхценных идей. В постприступном периоде и на этапе длительного катамнеза формировалась стабильная гармоничная гиперрелигиозность. Данное мировоззрение выполняло выраженную протективную функцию, способствовало преодолению постпсихотических переживаний, формированию критики к болезни и установлению прочного терапевтического альянса.

Пациенты II типологической разновидности в основном отличались преобладанием внешней религиозной ориентации. Процесс воцерковления у части из них носил патологический характер с явлениями «метафизической интоксикации» (Дубницкий Л.Б., 1983 Крылова Е.С., 2011) и формированием сверхценных идей. В остальных наблюдениях религиозность ограничивалась формальным характером. Динамика религиозности после перенесенного приступа при данном типе носила полярный характер. В одних случаях наблюдалось формирование избегающей копинг-стратегии с резким снижением приверженности духовным традициям и отходом от церкви. В других наблюдениях происходило стойкое усиление религиозного интереса со становлением сверхценной дисгармоничной гиперрелигиозности, определяющей поведение больного и ограничивающей его социальные контакты.

У пациентов III типологической разновидности на доманифестном этапе религиозность чаще всего отсутствовала (59,3%) или носила сугубо формальный характер. При возникновении религиозных интересов они отличались высокой аффективной напряженностью, ригидностью и приводили к конфликтам с социальным окружением. В дальнейшем такие отрывочные идеи становились фундаментом для бредаобразования (Попович У.О., Романенко Н.В., Каледа В.Г.,

2020). На этапе ремиссии и в отдаленном катамнезе у больных третьего типа наблюдалось амальгамирование психопатологических расстройств с личностными изменениями, что приводило к образованию патологической фрагментированной «лоскутной религиозности». Данное состояние сопровождалось бредовой трактовкой догматов, гротескными духовными практиками, тяжелой социальной дезадаптацией и аутоагрессивным поведением. Отдельная часть больных этой группы полностью отказывалась от религии из убеждения в ее провоцирующей роли в развитии психоза, при этом сохраняя мистическую трактовку своего заболевания.

По результатам проведенного исследования, выявлено особое значение не самого факта наличия религиозных представлений, а их структурной организации, степени интеграции в личность и характеру связи с психопатологическими симптомами. Гармоничная внутренняя религиозность являлась потенциально протективным ресурсом, способствующим снижению тревоги, сохранению комплаенса, формированию критики к болезни и поддержанию связи с религиозной общиной. Напротив, формальная, внешняя или патологическая сверхценная религиозность приобретала дисгармоничный характер и служила предпосылкой для трансформации религиозно-философских увлечений в бредовые построения. Наиболее неблагоприятный вариант был представлен «лоскутной» патологической гиперрелигиозностью, спаянной с бредом, галлюцинаторными переживаниями, искажением догматических представлений, аутоагрессивным и гетероагрессивным поведением и отказом от медицинской помощи.

Таким образом, религиозный фактор выполняет несколько взаимосвязанных функций: патогенетическую, поскольку включается в динамику формирования и течения депрессивно-бредового состояния; патопластическую, поскольку определяет содержание и форму психопатологической симптоматики; прогностическую, поскольку характер религиозности соотносится с качеством ремиссии и исходом заболевания; и клинко-дифференциальную, поскольку тип религиозности помогает разграничивать варианты течения РДБС и выбирать терапевтическую тактику.

Результаты работы позволили сформулировать принципы комплексной персонализированной терапии эндогенных депрессивно-бредовых состояний с религиозным содержанием. Выбор между стационарным и амбулаторным звеном определялся степенью дифференцированной клинической оценки состояния. В преобладающем числе случаев требовалась госпитализация в психиатрический стационар, что было обусловлено тяжестью психопатологических нарушений и выраженным бредовым поведением, которое при наличии ауто- и гетероагрессивных тенденций создавало непосредственную угрозу как для самих больных, так и для окружающих.

Основой терапевтического вмешательства на каждом из этапов оставался психофармакологический подход. Спектр медикаментозных назначений определялся нозологической структурой и принадлежностью к определенной типологической разновидности синдрома. У пациентов с I типом ведущую роль играли нормотимики и антидепрессанты при поддерживающем назначении минимальных доз антипсихотических средств. В случаях II и III типов ключевое значение приобретали нейролептики, интенсивность и дозировки которых увеличивались по мере нарастания тяжести и резистентности продуктивных психопатологических расстройств.

Терапевтическая стратегия в отношении обследованного контингента больных носила комплексный характер, объединяя методы психофармакотерапии и психотерапевтического воздействия для обеспечения последующей социально-трудовой реадaptации. В рамках психотерапии обязательным являлся учет религиозного мировоззрения пациентов, выступающего не только неотъемлемой частью психопатологического процесса, но и значимым фактором их личностного и социального функционирования. Для систематизации копинг-стратегий применялся модифицированный вариант типологии К. Pargament (2013), разработанный на основе оригинальной модели К. Pargament, Н. Koenig, L. Perez (2000).

В рамках исследования отдельно оценивалось клиническое влияние длительности нелеченого психоза (ДНП) на показатели шкалы социального

функционирования PSP на момент осмотра. В среднем по всей когорте временной интервал до инициации терапии равнялся 44,4 недели. Максимальная протяженность периода без лечения была отмечена при I типе расстройства (73,4 недели), тогда как при II типе данный показатель оказался минимальным (25,9 недели). Корреляционный анализ выявил достоверную отрицательную связь между увеличением ДНП и качеством социальной адаптации: для I типа коэффициент Пирсона составил минус 0,53 при  $p < 0,01$ ), для II типа - минус 0,39 при  $p < 0,05$ .

Установленные закономерности соответствуют современным научным данным о закономерностях развития эндогенного процесса (Попович У. О., 2020; Голубев С. А., 2020; Омельченко М. А., 2021). Данный факт подкрепляет клинические наблюдения о наличии прямой взаимосвязи между задержкой начала активного лечения, падением уровня социального функционирования и неблагоприятным отдаленным прогнозом заболевания (Kua J. et al., 2003; Krause M. et al., 2018).

Проведённое исследование показало, что РДБС не являются однородной клинической группой и требуют типологической дифференциации с учётом структуры депрессивного аффекта, механизмов бредообразования, характера религиозной фабулы, степени систематизации бреда и наличия галлюцинаторно-параноидных расстройств. Предложенная типология обладает не только описательным, но и прогностическим значением: I тип ассоциируется с более благоприятным течением и сохранностью социального функционирования, II тип занимает промежуточное положение, тогда как III тип связан с большей прогрессивностью, снижением качества ремиссий, нарастанием негативных изменений и худшим социально-трудовым прогнозом.

Полученные данные позволяют рекомендовать использование предложенной клинико-типологической модели в диагностике, прогностической оценке и выборе терапевтической тактики у больных с депрессивно-бредовыми состояниями религиозного содержания. Учет нозологической принадлежности, типа РДБС, динамики религиозности и качества ремиссии имеет практическое значение для

построения индивидуализированных программ психофармакотерапии, психотерапевтического сопровождения и социально-реабилитационной помощи.

## ВЫВОДЫ

1. Религиозно-депрессивно-бредовой симптомокомплекс (РДБС) является психопатологическим феноменом, формирование которого связано с патопластическим влиянием религиозного фактора, отличается выраженной гетерогенностью и полиморфизмом симптоматики, в структуре которого имеет место сочетание аффективных расстройств со сверхценно-бредовыми идеями религиозного содержания (греховности, виновности, самообвинения), в ряде случаев на высоте остроты состояния приобретающих характер бреда одержимости и овладения демонической силой.
2. При типологической дифференциации выделены три основные клинические разновидности РДБС: I тип — с преобладанием конгруэнтного аффекту депрессивного бреда; II тип — с преобладанием острого чувственного бреда религиозного содержания; III тип — депрессивно-параноидные состояния с синдромом Кандинского–Клерамбо;
  - 2.1. I тип характеризовался наличием депрессивного аффекта, сопряженного с конгруэнтными бредовыми идеями греховности, моральной и духовной неполноценности, духовного обнищания с выраженными соматовегетативными проявлениями. Средний возраст развития данных приступов —  $28 \pm 4,5$  лет. В структуре данного типа выделены подтипы с преобладанием бредовых идей греховности с формированием синдрома религиозной меланхолии (подтип 1.1), с доминированием феномена богооставленности в структуре (подтип 1.2), а также с преобладанием бредовых идей неполноты, неистинности своей веры (подтип 1.3).
  - 2.2. II тип отличался присоединением к депрессивному бреду религиозного содержания неконгруэнтных бредовых построений, персекуторных расстройств и острого чувственного бреда. Средний возраст на момент манифестации приступа  $25,0 \pm 9$  лет. Выделены подтипы: 2.1 — с сочетанием

острого чувственного бреда с религиозной фабулой и неразвернутыми персекуторными идеями; 2.2 — с доминированием острого чувственного бреда, элементами онейроидного помрачения сознания и кататоническими включениями.

2.3. III тип характеризовался формированием религиозно-депрессивного бреда в рамках синдрома Кандинского–Клерамбо с бредом преследования, воздействия, одержимости, псевдогаллюцинаторных расстройств в сочетании с отдельными элементами острого чувственного бреда и кататоническими включениями. Средний возраст манифестации приступа  $23,4 \pm 2,5$  лет. Выделены подтипы с преобладанием бредовых расстройств (3.1 подтип); с преобладанием галлюцинаторных расстройств (3.2 подтип).

3. При катamnестическом наблюдении установлено, что течение эндогенных заболеваний с картиной РДБС носило преимущественно приступообразный характер с максимальной частотой обострений в первые 5 лет болезни. Прогноз заболевания определялся психопатологической структурой приступа: доминирование конгруэнтного депрессивного бреда сочеталось с формированием стереотипных приступов по типу «клише», качественными ремиссиями и сохранной социально-трудовой адаптацией; присоединение полиморфного чувственного бреда или синдрома Кандинского–Клерамбо свидетельствовало о прогрессивности эндогенного процесса с нарастанием негативных изменений личности и снижением уровня социального функционирования.

3.1. При I типе РДБС характерно преобладание течения заболевания по типу «клише» с полной редукцией психотической симптоматики и синдромальными ремиссиями высокого качества, что соответствовало «благоприятному» варианту исхода у 90,0% больных. Данный тип отличался высокой нозологической стабильностью с сохранением диагноза аффективного расстройства у 81,8% пациентов на отдаленных этапах катamnеза.

- 3.2. При II типе РДБС течение заболевания характеризовалось преимущественно повторными приступами по типу «клише» с формированием качественных синдромальных ремиссий, что обуславливало «благоприятный» и «относительно благоприятный» варианты исхода у 71,4% пациентов. Нозологическая оценка на отдаленных этапах катмнеза свидетельствовала о возрастании доли диагноза шизоаффективного расстройства (68,8% больных).
- 3.3. При III типе РДБС было характерно непрерывное или прогрессивное течение с уплощением продуктивной симптоматики по мере нарастания негативных расстройств, формированием симптоматических ремиссий и стойкой социальной дезадаптацией, что обуславливало «относительно неблагоприятный» и «неблагоприятный» исход заболевания в 73,6% случаев. Нозологическая принадлежность отличалась стабильностью в рамках диагноза шизофрении (100% наблюдений).
4. В процессе проведенного исследования выявлено патопластическое и патогенетическое влияния религиозного фактора на клинические проявления и течение депрессивно-бредовых состояний. Патопластический фактор определял фабулу и структуру бредовых расстройств, при этом религиозное содержание переживаний способствовало длительному отказу от обращения за психиатрической помощью и приводило к развитию тяжёлого психоза. В свою очередь, патогенетический аспект прослеживался в закономерностях динамики религиозности пациентов на этапе становления ремиссии.
- 4.1. На этапе становления *ремиссии* после редукции острой психотической симптоматики у больных с РДБС I типа религиозность приобретала конвенциональный (гармоничный) характер, который выражался в соответствии доктринальным нормам и канонам вероучения, без глубокой осознанной рефлексии и глубинного погружения в религиозную традицию. У пациентов с РДБС II типа религиозность имела полярную и неоднородную структуру. У 37,5% пациентов отмечалось лишь формальное соблюдение церковных обрядов. У 44,8% больных имело место формирование патологической гиперрелигиозности, которая проявлялась в жестком

соблюдении религиозных доктрин, нетерпимости и подозрительности к иным религиозным традициям. У остальных 18,6% пациентов степень приверженности религиозному мировоззрению оставалась без существенных изменений. У больных с РДБС III типа религиозность была тесно спаяна с продуктивными галлюцинаторно-бредовыми расстройствами и способствовала формированию особой патологической «лоскутной религиозности» («patchwork religiosity», R. Wuthnow).

- 4.2. На этапе отдаленного *катамнеза* варианты динамики религиозности различались в зависимости от типа РДБС. Нормальная (гармоничная) религиозность в катамнезе сохранялась преимущественно у больных с I типом (в 81,8% наблюдений); Патологическая сверхценная гиперрелигиозность в катамнезе преобладала у больных со II типом (50,0%), патологическая «лоскутная» религиозность, была свойственна преимущественно больным с III типом (73,7%). Снижение религиозности с отходом от веры отмечалось в катамнезе с приблизительно равной частотой при всех трёх типах РДБС.
5. В результате исследования обоснована дифференцированная терапевтическая тактика ведения больных с РДБС, включающая психофармакотерапию, психотерапевтические, психокоррекционные и социореабилитационные мероприятия с учётом типологической разновидности, нозологической принадлежности и этапа течения заболевания.
  - 5.1. При I типе РДБС терапия должна быть ориентирована на купирование депрессивно-бредовой симптоматики с преимущественным использованием антидепрессантов и нормотимиков в сочетании с минимально эффективными дозами антипсихотиков; психотерапевтическая работа направляется на коррекцию религиозно окрашенных депрессивных когний, самообвинения, чувства греховности и суицидального риска.
  - 5.2. При II типе РДБС основу лечебной тактики составляет антипсихотическая терапия в сочетании с нормотимиками и ограниченным назначением антидепрессантов; психокоррекционные мероприятия целесообразны после редукции продуктивной симптоматики и должны быть направлены на

формирование критики к перенесённому психозу, повышение комплаентности и предупреждение взаимного подкрепления религиозно-бредовых построений.

- 5.3. При III типе РДБС ведущей является длительная антипсихотическая терапия, в том числе комбинированная при фармакорезистентности и с применением ЭСТ по показаниям; психотерапия в остром периоде ограничена, а основными направлениями становятся семейное психообразование, поддерживающая терапия, коррекция когнитивных и негативных расстройств, профилактика постпсихотической депрессии и длительная социальная реабилитация.
- 5.4. На всех этапах лечения необходимо учитывать религиозное мировоззрение пациента, используя конструктивные религиозные копинг-стратегии только после редукции острой психотической симптоматики как дополнительный ресурс восстановления социального и трудового функционирования.

## ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Религиозно-депрессивно-бредовой симптомокомплекс (РДБС) следует рассматривать как самостоятельный психопатологический феномен, формирующийся в структуре эндогенных психических заболеваний. Его клиническая специфика определяется сочетанием депрессивного аффекта с бредовыми идеями религиозного содержания, что формирует особую картину болезни и оказывает влияние на её течение и исход.
2. Среди выделенных типологических разновидностей РДБС наименее благоприятным в прогностическом плане является III тип (депрессивно-параноидные состояния с синдромом Кандинского–Клерамбо). Наиболее тяжёлым внутри него выступает подтип с доминированием бреда воздействия религиозного содержания, который характеризуется прогрессивным течением, низким качеством ремиссий и представляет высокую социальную опасность, связанную с особыми формами бредового поведения больных.
3. Основные подходы к терапии больных с РДБС требуют комплексного персонифицированного подхода и включают:
  - 3.1. Стационарное лечение с дальнейшим амбулаторным наблюдением больных ввиду их низкой комплаентности и недостаточной критики к перенесенному психозу.
  - 3.2. Приоритетное значение имеет психофармакологическая терапия с использованием современных антипсихотических средств (в том числе и в пролонгированной форме) и антидепрессантов. Выбор психотропных препаратов и их комбинаций должен определяться типологической структурой РДБС с учетом нозологической принадлежности заболевания. В ряде случаев при резистентности и тяжёлом течении показано преодоление резистентности с помощью электросудорожной терапии (ЭСТ).

3.3. Учёт длительности нелеченого психоза (ДЛП) и клинической типологии РДБС как факторов, определяющих уровень фармакорезистентности и позволяющих выстраивать оптимальную терапевтическую стратегию. При выявлении большой ДНП целесообразно планировать более интенсивный режим динамического наблюдения, раннюю оценку эффективности терапии и своевременную коррекцию терапевтической схемы (вплоть до смены или комбинации препаратов) для снижения риска формирования резистентности.

3.4. Полученные в ходе работы данные указывают на то, что оптимизация критики к болезни, повышение комплаентности и успешность социальной реадaptации больных требуют включения в комплекс реабилитационных программ конструктивных религиозных копинг-стратегий. При этом учет индивидуальных изменений религиозности больных имеет ключевое значение для укрепления терапевтического альянса. Такой подход дает возможность сформировать дифференцированную программу психотерапевтических и реабилитационных мероприятий.

4. Практические выводы работы могут быть интегрированы в образовательные курсы повышения квалификации специалистов сферы психического здоровья — психиатров, клинических психологов и участников мультидисциплинарных реабилитационных команд.

5. Сформированная в исследовании методология и типологическая дифференциация могут быть использованы в качестве научно-практической основы для будущих клинических разработок в этой области.

## СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

АД — артериальное давление

АТ — антитела

ВУЗ — высшее учебное заведение

ГЭБ — гематоэнцефалический барьер

ДС — дефицитарная симптоматика

ДНП — длительность нелеченого психоза

МКБ-10 — Международная классификация болезней 10 пересмотра

НЦПЗ — Научный центр психического здоровья

ПФТ — психофармакотерапия

ЭСТ — электросудорожная терапия

ТЦА — трициклические антидепрессанты

СИОЗСиН — селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и

РДБС — религиозно-депрессивно-бредовой синдром

СИОЗ — селективные ингибиторы обратного захвата серотонина

норадреналина

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

PANSS — positive and negative symptom scale

PSP — personal and social functioning scale

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Александровский, Ю. А. История отечественной психиатрии / Ю. А. Александровский, С. Н. Мосолов. – ГЭОТАР–МЕДИА: М., 2013. – С. 1–3.
2. Алексеева, А. Г. Феномен богооставленности в контексте клинической психиатрии / А. Г. Алексеева, Т. В. Владимирова, Е. В. Гедевани, Г. И. Копейко, О. А. Борисова // Психиатрия. – 2023. – Т. 21, № 6. – С. 17–30. DOI: 10.30629/2618-6667-2023-21-6-17-30
3. Бовин, Р. Я. Клинические эффекты при фармакологическом лечении // Фармакотерапевтические основы реабилитации психически больных / под ред. Р. Я. Бовина, Г. Е. Кюне. М.: Медицина, 1989. – С. 10–35.
4. Борисова, О. А. Опыт конфессионально-ориентированной реабилитационной работы с психическими больными, основанной на анализе их религиозного мировоззрения / О. А. Борисова // Консультативная психология и психотерапия. – 2010. – Т. 18, № 3. – С. 176–187.
5. Борисова, О. А. Религиозный копинг у больных эндогенными психическими расстройствами / О. А. Борисова // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2021. – Т. 121, № 5. – С. 132–137. DOI: 10.17116/jnevro2021121051132
6. Борисова, О. А. Патологическая религиозность у больных с психическими заболеваниями / О. А. Борисова, Г. И. Копейко // Психиатрия и религия: материалы международной конференции. – М., 2019. – С. 11–23.
7. Варавикова, М. В. Приступообразная шизофрения с преобладанием бреда воображения (психопатология, клиника, лечение, прогноз) : дис. ... канд. мед. наук : 14.00.18 / Варвикова Марина Вячеславовна. – Москва, 1994. – 213 с.

8. Верещагина, Н. В. Суицидальное поведение при психических расстройствах : дис. ... канд. мед. наук : 14.00.18 / Верещагина Наталья Васильевна. – Москва, 2005. – 170 с.
9. Вертоградова, О. П. Депрессивные идеи в структуре непсихотической депрессии у больных аффективными расстройствами и факторы риска их развития / О. П. Вертоградова, О. В. Целищев // Социальная и клиническая психиатрия. – 2011. – Т. 21, № 4. – С. 14–20.
10. Волель, Б. А. Небредовая ипохондрия при соматических заболеваниях (психосоматические соотношения, психопатология, терапия) / Б. А. Волель // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2009. – Т. 11, № 1. – С. 26–31.
11. Воскресенский, Б. А. О некоторых аспектах религиозно-ориентированной психотерапии / Б. А. Воскресенский, Л. С. Виноградова // Независимый психиатрический журнал. – 2007. – № 4. – С. 65–68.
12. Гедевани, Е. В. Суицидальный риск при депрессиях у пациентов с религиозным мировоззрением / Е. В. Гедевани, Г. И. Копейко, О. А. Борисова, Б. В. Смирнова, У. О. Попович, В. Г. Каледа // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2022. – Т. 122, № 6–2. – С. 49–55. DOI 10.17116/jnevro202212206249
13. Герман, Е. Л. Суицидальные тенденции в клинике психических заболеваний : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Винница, 1968.
14. Гиляровский, В. А. Психиатрия. Руководство для врачей и студентов. 4-е изд., испр. и доп. / В. А. Гиляровский. – М.: Медгиз, 1954. – 520 с.
15. Голубев, С. А. Отдаленные этапы юношеской шизофрении (клинико-психопатологические, патогенетические и прогностические аспекты) : дис. ... д-ра мед. наук : 14.01.06 / Голубев Сергей Александрович. – Москва, 2022. – 339 с.
16. 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. – 2020. – Т. 120, № 6. – С. 23–29.
17. Докинз, Р. Бог как иллюзия / Ричард Докинз ; пер. с англ. Н. Смелковой. – СПб. : Азбука : Азбука-Аттикус, 2014. – 512 с.

- 18.Игнатий (Брянчанинов), святитель. О покаянии // Полное собрание творений. Т. 1: Аскетические опыты. – М., 2001. – 108 с.
- 19.Каледа, В. Г. Клиника и течение шизоаффективного психоза юношеского возраста (клинико-катамнестическое исследование) : дис. ... канд. мед. наук : 14.00.18 / Каледа Василий Глебович. – Москва, 1998.
- 20.Каледа, В. Г. Особенности доманифестного этапа эндогенного психоза с первым приступом в юношеском возрасте / В. Г. Каледа, О. Е. Мезенцева, Е. С. Крылова, А. Н. Бархатова // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2012. – № 5. – С. 22–28.
- 21.Каледа, В. Г. Доманифестный этап юношеских эндогенных приступообразных психозов и проблема выявления факторов риска их манифестации / В. Г. Каледа, М. А. Омельченко, О. Е. Сергеева, В. Е. Голимбет, А. О. Румянцев // XVI Съезд психиатров России. Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Психиатрия на этапах реформ: проблемы и перспективы». – 2015. – С. 969.
- 22.Каледа, В. Г. Религиозный бред при юношеском эндогенном приступообразном психозе / В. Г. Каледа, У. О. Попович, Н. В. Романенко, Г. И. Копейко // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2017. – Т. 117, № 12. – С. 13–20.
- 23.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.
- 24.Каменева, Е. Н. Об архаических формах бреда / Е. Н. Каменева, А. И. Кудинов // Труды 1-й Московской психиатрической больницы. – 1940. – Т. 3. – С. 440–450.
- 25.Кондратьев, Ф. В. Сравнительная характеристика бредовых фабул религиозного содержания за последние 100 лет / Ф. В. Кондратьев, Ю. А. Лацинина // XIII съезд психиатров России: материалы съезда. – М., 2000.
- 26.Копейко, Г. И. Религиозность и психопатология: клинические и социокультурные аспекты / Г. И. Копейко, О. А. Борисова, Е. В. Гедевани [и др.]

- // Психиатрия. – 2019. – Т. 17, № 4. – С. 76–84. DOI: 10.30629/2618-6667-2019-17-4-76-84
27. Копейко, Г. И. Клинико-психопатологические особенности синдрома овладения религиозного содержания при шизофрении / Г. И. Копейко, О. А. Борисова, Е. В. Гедевани, И. С. Самсонов, В. С. Каледа // Психиатрия. – 2019. – Т. 17, № 3. – С. 24–29. DOI: 10.30629/2618-6667-2019-17-3-24-29
  28. Копейко, Г. И. Влияние фактора религиозности на депрессивные состояния и суицидальное поведение / Г. И. Копейко, О. А. Борисова, Е. В. Гедевани, И. С. Самсонов, В. С. Каледа // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2020. – Т. 120, № 1. – С. 103–110. DOI: 10.17116/jnevro2020120011103
  29. Копейко, Г. И. Религиозные копинг-стратегии в реабилитации психически больных / Г. И. Копейко, О. А. Борисова, О. Ю. Казьмина // Психиатрия. – 2016. – № 70. – С. 40–49.
  30. Копейко, Г. И. Бред конца света религиозного содержания (апокалиптический вариант) / Г. И. Копейко, П. В. Орехова, О. А. Борисова, Е. В. Гедевани, В. Г. Каледа // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2021. – Т. 121, № 9. – С. 7–12. DOI: 10.17116/jnevro20211210917
  31. Копейко, Г. И. Эндогенные депрессивные состояния с религиозными переживаниями / Г. И. Копейко, Е. В. Гедевани, О. А. Борисова, Ф. М. Шаньков, Б. В. Смирнова, В. Г. Каледа // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2021. – Т. 121, № 5–2. – С. 55–60. DOI 10.17116/jnevro202112105255
  32. Копейко, Г. И. Религиозная вера и религиозный бред / Г. И. Копейко, И. С. Самсонов // Психическое здоровье и религиозный опыт: материалы международной конференции (Москва, 7–8 ноября 2019 г.). – СПб.: Скифия-принт, 2020. – С. 123–132. – ISBN 978-5-98620-436-9.
  33. Корсаков, С. С. Курс психиатрии / С. С. Корсаков. – 3-е изд. М.: Типо-лит. В. Рихтера, 1913. – Т. 1. – 523 с.
  34. Коцюбинская, Е. В. Шизоаффективное расстройство: современное состояние вопроса / Е. В. Коцюбинская, И. В. Колыхалов // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2018. – Т. 118, № 3. – С. 89–97.

- 35.Краснов, В. Н. Депрессивные расстройства: клиника, патогенез, терапия / В. Н. Краснов. – М.: Медпресс-информ, 2011. – 288 с.
- 36.Крепелин, Э. Учебник психиатрии. Т. 2 / пер. с нем. под ред. В. М. Бехтерева. – СПб.: Изд-во В. М. Бехтерева, 1899. – 865 с.
- 37.Кронштадтский Иоанн, протоиерей. Моя жизнь во Христе, или Минуты духовного трезвения и созерцания. 2 т. 2-е изд., испр. СПб.: В. Ерофеев, 1893.
- 38.Логутенко, Р. М. Клинические особенности религиозно-архаического бредового комплекса при параноидной шизофрении / Р. М. Логутенко, П. Б. Зотов // Тюменский медицинский журнал. – 2012. – № 1. – С. 29–31.
- 39.Лукомский, И. И. Маниакально-депрессивный психоз / И. И. Лукомский. – М.: Медицина, 1968. – 34 с.
- 40.Маньян, В. Клинические лекции по душевным болезням. Алкоголизм / В. Маньян. – М.: Изд-во психиатров 67-й Московской больницы ТОО «Закат», 1995. – 427 с.
- 41.Мелехов, Д. Е. Психиатрия и проблемы духовной жизни [Электронный ресурс] / Д. Е. Мелехов. – 1967.
- 42.Мосолов, С. Н. Диагностика и терапия депрессии при шизофрении / С. Н. Мосолов // Consortium Psychiatricum. – 2020. – 1(2), 29–42.
- 43.Мосолов, С. Н. Современные биологические гипотезы рекуррентной депрессии (обзор) / С. Н. Мосолов // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски. – 2012. – Т. 112(11–2). – С. 29–40.
- 44.Олпорт, Г. Становление личности: избранные труды / пер. с англ. Л. В. Трубицыной и Д. А. Леонтьева; под общ. ред. Д. А. Леонтьева. М.: Смысл, 2002. – 462 с.
- 45.Омельченко, М. А. Клинико-психопатологические особенности юношеских депрессий с аттенуированными симптомами шизофренического спектра / М. А. Омельченко // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В. М. Бехтерева. – 2021. – Т. 55, № 2. – С. 64–71.
- 46.Ореханов, Г. «Patchwork-religiosität» («лоскутная религиозность»): особенности изучения явления в современном немецком контексте / Г. Ореханов // Вестник

- Православного Свято-Тихоновского гуманитарного университета. Серия I: Богословие. Философия. – 2015. – № 62(6). – С. 94–112. DOI: 10.15382/sturI201562.94-112
- 47.Орехова, П. В. Эсхатологический тип бреда конца света при шизофрении / П. В. Орехова, О. А. Борисова // Психиатрия. – 2022. – Т. 20, № 3(2). – С. 30–32.
- 48.Орехова, П. В. Психопатология и клиника бреда конца света религиозного содержания при шизофрении : дис. ... канд. мед. наук : 3.1.17 / П. В. Орехова. — Москва, 2023. — 214 с
- 49.Пашковский, В. Э. Клинические варианты бреда одержимости / В. Э. Пашковский // Обзорение психиатрии и медицинской психологии. – 2008. – № 4. – С. 27–30.
- 50.Пашковский, В. Э. Клинические особенности депрессий с религиозной фабулой бреда / В. Э. Пашковский // Российский психиатрический журнал. – 2005. – № 6. – С. 23–26.
- 51.Пашковский, В. Э. О религиозных переживаниях в структуре депрессивных психозов / В. Э. Пашковский // III Клинические павловские чтения. Сборник работ. – СПб.: Человек, 2001. – № 3. – С. 44–46.
- 52.Пашковский, В. Э. Религиозно-архаический бредовый комплекс: клинические и социальные аспекты / В. Э. Пашковский // Материалы международной конференции «Религиозность и клиническая психиатрия». – М., 2017.
- 53.Портнов, В. В. Типологическая дифференциация депрессивно-параноидных состояний при шизофрении / В. В. Портнов // Психиатрия. – 2006. – № 3. – С. 7–12.
- 54.Плужников, И. В. Когнитивно-бихевиоральная терапия психозов юношеского возраста с бредом религиозного содержания / И. В. Плужников, У. О. Попович // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. – 2024. – Т. 15, № 1. – С. 33–43. – DOI: 10.34883/PI.2024.15.1.007
- 55.Полищук, Ю. И. Религиозная стратегия совладания с патологическими реакциями горя в позднем возрасте / Ю. И. Полищук, З. В. Летникова //

- Религиозность и клиническая психиатрия: материалы международной конференции (Москва, 20–21 апреля 2017 г.). – М., 2017. – С. 231–234.
56. Попович, У. О. К вопросу о патологической религиозности в контексте клинической психиатрии / Попович У. О., Романенко Н. В., Каледа В. Г. // Психиатрия. – 2020. – Т. 18, № 4. – С. 114–126. DOI: 10.30629/2618-6667-2020-18-4-114-126
57. Самсонов, И. С. Психопатологические особенности и клинко-типологическая дифференциация синдрома овладения религиозного содержания при шизофрении / И. С. Самсонов, В. Г. Каледа // Психическое здоровье. – 2021. – № 2. – С. 10–20.
58. Самсонов, И. С. Психопатология и клиника синдрома овладения религиозного содержания при шизофрении : дис. ... канд. мед. наук : 14.01.06 / И. С. Самсонов. — Москва, 2021. — 213 с.
59. Святитель Игнатий (Брянчанинов). Сочинения. Т. 1. – СПб., 1905. – С. 108.
60. Смирнова, Е. В. Психопатологические особенности депрессивно-бредовых состояний с религиозным содержанием / Е. В. Смирнова, А. Г. Алексеева, Г. И. Копейко [и др.] // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2023. – Т. 123, № 11–2. – С. 101–107. – DOI 10.17116/jnevro2023123112101
61. Смирнова, Е. В. Эндогенные психические расстройства с депрессивно-бредовыми состояниями с религиозным контентом (психопатологические и прогностические аспекты) / Е. В. Смирнова, А. Г. Алексеева, У. О. Попович, В. Г. Каледа, Ю. А. Чайка // Психическое здоровье. – 2026. – Т. 21, № 3. – С. 21–32. DOI 10.25557/2074-014X.2026.03.21-32
62. Смулевич, А. Б. Аффективные психозы: депрессии и мании. – М.: МИА, 2008. – 432 с.
63. Смулевич, А. Б. О клиническом значении содержания (темы) бреда / А. Б. Смулевич // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1965. – Т. 65, вып. 12. – С. 1824–1831.
64. Смулевич, А. Б. Эндогенные депрессии: диагностика, клиника, терапия / А. Б. Смулевич. – М.: МЕДпресс-информ, 2007. – 416 с.

- 65.Смулевич, А. Б. Эндогенные депрессии: клиника, диагностика, терапия / А. Б. Смулевич. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 448 с.
- 66.Снежневский, А. В. Патология влечений и аффекта при шизофрении / А. В. Снежневский // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1960. – Т. 60, № 6. – С. 853–860.
- 67.Снежневский, А. В. Проблемы систематики и динамики психических заболеваний / А. В. Снежневский. – М.: Медицина, 1983. – 368 с.
- 68.Тиганов, А. С. Клиническая психиатрия / А. С. Тиганов. – М.: МЕДпресс-информ, 2010. – 752 с.
- 69.Тиганов, А. С. Психиатрия: национальное руководство / А. С. Тиганов. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 864 с.
- 70.Тихонов, Д. В. Психопатологические особенности становления ремиссии после перенесенного в юношеском возрасте манифестного психотического приступа / Д. В. Тихонов // Сборник материалов Юбилейной Всероссийской Научно-практической конференции с международным участием, посвященной 75-летию Научного центра психического здоровья «Психиатрическая наука в истории и перспективе». – 2019. – С. 144.
- 71.Феофан, святитель, Затворник Вышенский. Письма о христианской жизни: собрание писем. Вып. I–VIII. СПб.; Паломник: Свято-Успенский Псково-Печерский монастырь, 1994.
- 72.Холмогорова, А. Б. Когнитивно-бихевиоральная терапия в системе помощи больным шизофренией / А. Б. Холмогорова // Современная терапия психических расстройств. – 2022. – № 2. – С. 2–12.
- 73.Цыганков, Б. Д. Психические расстройства и религия: проблемы дифференциальной диагностики / Б. Д. Цыганков // Социальная и клиническая психиатрия. – 2005. – Т. 15, № 2. – С. 45–49. DOI: 10.24101/2072-8773-2005-15-2-45-49
- 74.Юматова, П. Е. Психические расстройства с религиозной симптоматикой: вопросы диагностики и терапии / П. Е. Юматова // Психиатрия. – 2018. – Т. 16, № 2. – С. 63–69. DOI: 10.30629/2618-6667-2018-16-2-63-69

75. Ясперс, К. Общая психопатология / пер. с нем. – М.: Практика, 1997. – 876 с.
76. Ames, D. Autocastration and biblical delusions in schizophrenia (Letter to the Editor) / D. Ames // The British Journal of Psychiatry. – 1987. – Vol. 150. – P. 407.
77. Anderson-Schmidt, H. The influence of religious activity and polygenic schizophrenia risk on religious delusions in schizophrenia / H. Anderson-Schmidt, K. Gade, D. Malzahn [et al.] // Schizophrenia Research. – 2019. DOI: 10.1016/j.schres.2018.12.025
78. Appel, J. Religious delusions: Definition, diagnosis and clinical implications / J. Appel, A. Kim // Psychopathology. – 2000. – Vol. 33, № 6. – P. 287–294. DOI: 10.1159/000029161
79. Arterburn, S. Toxic Faith: experiencing healing from painful spiritual abuse / S. Arterburn, J. Felton. – Colorado Springs: Water Brook Press, 2001. – 269 p.
80. Bhavsar, V. Religious delusions: finding meanings in psychosis / V. Bhavsar, D. Bhugra // Psychopathology. – 2008. – Vol. 41, № 3. – P. 165–172. DOI: 10.1159/000115954
81. Bjørklund, L. Psychopharmacological treatment of psychotic mania and psychotic bipolar depression compared to non-psychotic mania and non-psychotic bipolar depression / H. Horsdal, O. Mors, C. Gasse, S. Østergaard // Bipolar Disorders. – 2017. – Vol. 19, № 6. – P. 505–512. DOI: 10.1111/bdi.12504
82. Bonelli, R. M. Religious and spiritual factors in depression: Review and integration of the research / R. M. Bonelli, R. E. Dew, H. G. Koenig, D. H. Rosmarin, S. Vasegh // Depression Research and Treatment. – 2012. – Vol. 2012. – Article 962860. DOI: 10.1155/2012/962860
83. Borrás, L. Religious beliefs in schizophrenia: their relevance for adherence to treatment / L. Borrás, S. Mohr, P.-Y. Brandt [et al.] // Schizophrenia Bulletin. – 2007. – Vol. 33, № 5. – P. 1238–1246. DOI: 10.1093/schbul/sbl070
84. Bürgy, M. Die melancholisch-wahnhafte Depression als Störung des Antriebs / M. Bürgy // Fortschritte der Neurologie Psychiatrie. – 2020. – Vol. 88, № 3. – P. 170–178. DOI: 10.1055/a-0957-3226

85. B r gy, M. Die wahnhafte Depression: Diagnostik, Ph nomenologie und Therapie / M. B r gy // Der Nervenarzt. – 2017. – Vol. 88, № 5. – P. 529–537. DOI: 10.1007/s00115-016-0149-2
86. Burton, R. The Anatomy of Melancholy / R. Burton. – Oxford, 1621.
87. Carano A., Religious Coping, Hopelessness, and Suicide Ideation in Subjects with First-Episode Major Depression / A. Carano, A. Valchera, A. Ventriglio [et al.] // Brain Sciences. – 2020. – Vol. 10, № 12. – Article 912. DOI: 10.3390/brainsci10120912
88. Catal n, A. “Short” Versus “Long” Duration of Untreated Psychosis in People with First-Episode Psychosis: A Systematic Review and Meta-Analysis / A. Catal n, G. Salazar de Pablo, C. Aymerich [et al.] // Schizophrenia Bulletin. – 2024. DOI: 10.1093/schbul/sbae201
89. Ceraso, A. Maintenance treatment with antipsychotic drugs for schizophrenia / A. Ceraso, J. Lin, J. Schneider-Thoma [et al.] // Cochrane Database of Systematic Reviews. – 2020. DOI: 10.1002/14651858.CD008016.pub3
90. Ceraso, A. Maintenance Treatment With Antipsychotic Drugs in Schizophrenia: A Cochrane Systematic Review and Meta-analysis / A. Ceraso, J.J. Lin, J. Schneider-Thoma, [et al.] // Schizophr Bull. – 2022. – Vol. 48(4). – P. 738–740. DOI: 10.1093/schbul/sbac041
91. Clark, R. A. Self-mutilation accompanying religious delusions: a case report and review / R. A. Clark // Journal of Clinical Psychiatry. – 1981. – Vol. 42, № 6. – P. 243–245.
92. Cohen, A. B. Theorizing and measuring religiosity across cultures / A. B. Cohen, G. L. Mazza, K. A. Johnson [et al.] // Personality and Social Psychology Bulletin. – 2017. – Vol. 43, № 12. – P. 1724–1736. DOI: 10.1177/0146167217727732
93. Cook, C. C. H. Religious psychopathology: The prevalence of religious content of delusions and hallucinations in mental disorder / C. C. H. Cook // International Journal of Social Psychiatry. – 2015. – Vol. 61, № 4. – P. 404–425. DOI: 10.1177/0020764015573089.

94. Cook, C. C. H. Spirituality, religion and mental health: exploring the boundaries / C. C. H. Cook // *The British Journal of Psychiatry*. – 2020. – Vol. 216, № 5. – P. 266–267. DOI: 10.1192/bjp.2019.263
95. Cook, C. C. H. Religious delusions, psychosis, and existential meaning in later life / C. C. H. Cook, R. J. Cullinan // *International Psychogeriatrics*. – 2022. DOI: 10.1017/S1041610222000369
96. Crignon-De Oliveira, C. La mélancolie entre médecine et religion: d'une pathologie des comportements religieux à une pratique pathologique de la religion / C. Crignon-De Oliveira // *Gesnerus*. – 2006. – Vol. 63, № 1–2. – P. 46–60.
97. Culliford, L. Autocastration and biblical delusions in schizophrenia (Letter) / L. Culliford // *The British Journal of Psychiatry*. – 1987. – Vol. 150, № 3. – P. 407. DOI: 10.1192/bjp.150.3.407a
98. Danan, A. The Ketogenic Diet for Refractory Mental Illness: A Retrospective Analysis of 31 Inpatients / A. Danan, E. C. Westman, L. R. Saslow, G. Ede // *Frontiers in Psychiatry*. – 2022. – Vol. 13. – Article 951376. DOI: 10.3389/fpsy.2022.951376
99. Dein, S. Religion, Spirituality, and Mental Health / S. Dein // *Psychiatric Times*. – 2010. – Vol. 27, Iss. 1. URL: <https://www.psychiatrictimes.com/view/religion-spirituality-and-mental-health>
100. Dixon, L. Evidence-Based Practices for Services to Families of People with Psychiatric Disabilities / L. Dixon, W. R. McFarlane, H. Lefley [et al.] // *Psychiatric Services*. – 2001. – Vol. 52, № 7. – P. 903–910. DOI: 10.1176/appi.ps.52.7.903
101. Djordjevic, M. Self-stigma, religiosity, and perceived social support in people with recent-onset psychosis in Iran / M. Djordjevic, S. Farhang, M. Shirzadi [et al.] // *International Journal of Social Psychiatry*. – 2024. – Vol. 70, № 3. – P. 542–553. DOI: 10.1177/00207640231221090
102. Elsässer, G. Die Nachkommen geisteskranker Elternpaare / G. Elsässer. – Stuttgart: Thieme, 1952. – P. 248.
103. Esquirol, J.-E.-D. Mental Maladies: A Treatise on Insanity / J.-E.-D. Esquirol. – 1845. – P. 235–252.

104. Feuchtersleben, E. Allgemein Pathologisches über Psychosen. Lehrbuch der ärztlichen Seelenkunde / E. Feuchtersleben. – Wien: Verlag von Carl Gerold, 1845.
105. Field, H. L. Severe ocular self-injury / H. L. Field, S. Waldfogel // General Hospital Psychiatry. – 1995. – Vol. 17, № 3. – P. 224–227. DOI: 10.1016/0163-8343(95)00031-L
106. Francis, L. J. The internal consistency reliability and construct validity of the Francis Scale of Attitude toward Christianity (adult) among undergraduate students in the UK, USA, and Australia / L. J. Francis // Journal of Beliefs & Values. – 2007. – Vol. 28, № 3. – P. 319–327. DOI: 10.1080/13617670701712530
107. Gămulescu, M.-A. Enukleation als eine Form der Autoaggression / M.-A. Gămulescu, S. Serguhn, J.M. Aigner, A. Langenbacher // Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde. – 2001. – Vol. 218, № 6. – P. 451–454. DOI: 10.1055/s-2001-14558
108. Gaudiano, B. A. Differential response to combined treatment in patients with psychotic versus nonpsychotic major depression / B. A. Gaudiano, C. G. Beevers, I. W. Miller // Journal of Nervous & Mental Disease. – 2005. – Vol. 193, № 9. – P. 625–628. DOI: 10.1097/01.nmd.0000177791.33649.69
109. Gearing, R. E. Spirituality and recovery from psychotic disorders: A systematic review / R. E. Gearing, D. Alonzo, A. Smolak [et al.] // Schizophrenia Research. 2011. Vol. 133, № 1–3. P. 150–157. DOI: 10.1016/j.schres.2011.08.017.
110. Getz, G. E. Religion and religious delusions in manic and psychotic disorders / G. E. Getz, D. E. Fleck, S. M. Strakowski // Bipolar Disorders. – 2001. – Vol. 3, № 6. – P. 325–330. DOI: 10.1034/j.1399-5618.2001.30605.x
111. Glassman, A. H. Delusional depression. A distinct clinical entity? / A. H. Glassman, S. P. Roose // Archives of General Psychiatry. – 1981. – Vol. 38, № 4. – P. 424–427. DOI: 10.1001/archpsyc.1981.01780290058006
112. Glock, C. Y. On the study of religious commitment / C. Y. Glock // Religious Education. – 1962. – Vol. 57, Suppl. 4. – P. 98–110. DOI: 10.1080/003440862057S407
113. Gournellis, R. Psychotic (delusional) depression and suicidal attempts: a systematic review and meta-analysis / R. Gournellis, K. Tournikioti, G. Touloumi [et al.] // Acta

- Psychiatrica Scandinavica. – 2018. – Vol. 137, № 1. – P. 18–29. DOI: 10.1111/acps.12826
114. Griesinger, W. Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten für Ärzte und Studierende. / W. Griesinger. – 3. Aufl. – Braunschweig: Verlag von Friedrich Wreden, 1871.
115. Grover, S. Religion, spirituality, and schizophrenia: a review / S. Grover, T. Davuluri, S. Chakrabarti // Indian Journal of Psychological Medicine. – 2014. – Vol. 36, № 2. – P. 119–124. DOI: 10.4103/0253-7176.130962
116. Haddad, C. Religious hallucinations in Lebanese patients with schizophrenia and their association with religious coping / C. Haddad, C. K. Al Halabi, G. Haddad [et al.] // BMC Research Notes. – 2023. DOI: 10.1186/s13104-023-06296-0
117. Harvey, C. Family psychoeducation for people living with schizophrenia and their families / C. Harvey // BJPsych Advances. – 2018. – Vol. 24, № 1. – P. 9–19. DOI: 10.1192/bja.2017.4
118. Hill, P. C. Measures of Religiosity / P. C. Hill, R. W. Hood. – Religious Education Press, 1999.
119. Hole, G. Der Glaube bei Depressiven: religionspsychopathologische und klinisch-statistische Untersuchung / G. Hole. – Stuttgart: Enke-Verlag, 1977. – 237 p.
120. Hoppe, A. Wahn und Glaube. Eine psychiatrische und religionsphilosophische Studie / A. Hoppe // Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie. – 1919. – Vol. 51. – P. 124–207.
121. Houston, R. Book Review: Michelle Faubert, Anita O’Connell, David Walker (eds), Depression and Melancholy / R. Houston // History of Psychiatry. – 2013. – Vol. 24, № 1. – P. 123–125. DOI: 10.1177/0957154X12472612
122. Huber, S. The Centrality of Religiosity Scale (CRS) / S. Huber, O. W. Huber // Religions. – 2012. – Vol. 3, № 3. – P. 710–724. DOI: 10.3390/rel3030710
123. Huguelet, P. Religion and Spirituality in Psychiatry / P. Huguelet, H. G. Koenig (eds.). – Cambridge; New York: Cambridge University Press, 2009.
124. Ideler, C. W. Versuch einer Theorie des religiösen Wahnsinns / C. W. Ideler. – Halle: Schwetschke und Sohn, 1847. 2 Bde.

125. Iyassu, R. Religious delusions and their relationship to treatment satisfaction and duration of untreated psychosis / R. Iyassu, I. E. Sommer, S. Koops [et al.] // Psychopathology. – 2013. – Vol. 46, № 6. – P. 421–429. DOI: 10.1159/000351122
126. Iyassu, R. Psychological characteristics of religious delusions / R. Iyassu, S. Jolley, P. Bebbington [et al.] // Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. – 2014. – Vol. 49, No. 7. – P. 1051–1061. DOI: 10.1007/s00127-013-0811-y
127. Janet, P. Les obsessions et la psychasthénie / P. Janet. – Paris : Félix Alcan, 1903. – T. 2.
128. Janzarik, W. Zur Problematik schizophrener Psychosen im höheren Lebensalter / W. Janzarik // Der Nervenarzt. – 1957. – Bd. 28, H. 12. – P. 535–542. DOI: 10.1007/BF00341963
129. 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.
130. 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.
131. Jaspers, K. Allgemeine Psychopathologie: Für Studierende, Ärzte und Psychologen / K. Jaspers. – Springer, 1923.
132. Jeffrey, C. Does metacognitive training for psychosis (MCT) improve neurocognitive performance? A systematic review and meta-analysis / C. Jeffrey, D. Penney, G. Sauv   [et al.] // Schizophrenia Research. – 2025. – Vol. 275. – P. 79–86. DOI: 10.1016/j.schres.2024.12.004
133. Kao, L. E. “Gambling with God”: A self-inflicted gunshot wound with religious motivation in the context of a mixed-mood episode / L. E. Kao, S. B. Shah, K. I. Pargament [et al.] // Harvard Review of Psychiatry. – 2019. – Vol. 27, № 1. – P. 65–72. DOI: 10.1097/HRP.0000000000000218
134. Kishimoto, T. Long-acting injectable versus oral antipsychotics for the maintenance treatment of schizophrenia: a systematic review and comparative meta-

- analysis / T. Kishimoto, K. Hagi, S. Kurokawa [et al.] // *The Lancet Psychiatry*. – 2021. DOI: 10.1016/S2215-0366(21)00039-0
135. Koenig, H. G. Religion, spirituality, and mental health: a review of the research / H. G. Koenig // *Canadian Journal of Psychiatry*. – 2012. – Vol. 57, No. 12. – P. 723–731. DOI: 10.1177/070674371205701204
136. Koenig, H. G. *Handbook of Religion and Health* / H. G. Koenig, D. E. King, V. B. Carson. – 2nd ed. New York: Oxford University Press, 2012.
137. Koenig, H. G. Religion and psychiatry: recent developments in research / H. G. Koenig, F. Al-Zaben, T. J. VanderWeele // *BJPsych Advances*. – 2020. – Vol. 26, № 5. – P. 262–272. DOI: 10.1192/bja.2019.81
138. Kok, R. Treatment of psychotic depression in the elderly compared with nonpsychotic depression / R. Kok, T. Heeren, W. Nolen // *Journal of Clinical Psychopharmacology*. – 2010. – Vol. 30, № 4. – P. 465–467. DOI: 10.1097/JCP.0b013e3181e6cdfc
139. Kos, L. Religiosity and severity of symptoms in Croatian patients with major depressive disorder or schizophrenia / L. Kos, M. Šagud, A. Mihaljević-Peleš [et al.] // *Journal of Nervous and Mental Disease*. – 2019. – Vol. 207, № 6. – P. 515–520. DOI: 10.1097/NMD.0000000000001003
140. Krafft-Ebing, R. v. *Die Melancholie: Eine Klinische Studie* / R. von Krafft-Ebing. – Erlangen: Verlag von Ferdinand Enke, 1874.
141. Krafft-Ebing R. *Moral insanity. The textbook of insanity based upon clinical observations*. – 1879.
142. Krause, M. Antipsychotic drugs for patients with schizophrenia and predominant or prominent negative symptoms: a systematic review and meta-analysis / M. Krause, Y. Zhu, M. Huhn [et al.] // *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. – 2018. – Vol. 268, № 7. – P. 625–639.
143. Kraya, N. A. F. Folie à Deux in a Forensic Setting / N. A. F. Kraya, C. Patrick // *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. – 1997. – Vol. 31, № 6. – P. 883–888. DOI: 10.3109/00048679709065518

144. Kruizinga, J. Pharmacological treatment for psychotic depression / J. Kruizinga, E. Liemburg, H. Burger [et al.] // *Cochrane Database of Systematic Reviews*. – 2021. – Vol. 12. – Article CD004044. DOI: 10.1002/14651858.CD004044
145. Kua, J. A 20-year follow-up study on schizophrenia in Singapore / J. Kua, K. E. Wong, E. H. Kua, W. F. Tsoi // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. – 2003. – Vol. 108, № 2. – P. 118–125.
146. Leonhard, K. Aufteilung der endogenen Psychosen / K. Leonhard. – Berlin: Akademie-Verlag, 1957.
147. Lucchetti, G. Religious delusions in patients with psychotic disorders: prevalence, clinical correlates, and relationship with religious coping / G. Lucchetti, A. L. G. Lucchetti, R. M. Bassi [et al.] // *Psychiatry Research*. – 2021. – Vol. 299. – Article 113872. DOI: 10.1016/j.psychres.2021.113872
148. Marie, A. Mysticisme et folie / A. Marie // *Archives de neurologie*. – 1899. – Sér. 2, T. VII, № 40. – P. 257–278.
149. Maudsley, H. The Physiology and Pathology of the Mind / H. Maudsley. – London: Macmillan, 1867. – 442 p.
150. McConnell, K. M. Examining the links between spiritual struggles and symptoms of psychopathology in a national sample / K. M. McConnell, K. I. Pargament, C. G. Ellison, K. J. Flannelly // *Journal of Clinical Psychology*. – 2006. – Vol. 62(12). – P. 1469–1484. DOI: 10.1002/jclp.20325
151. Meinhart, A. Metacognitive training for psychosis (MCT): a systematic meta-review of its effectiveness / A. Meinhart, G. Sauv  , A. Schmueser [et al.] // *Translational Psychiatry*. – 2025. – Vol. 15. – Article 156. DOI: 10.1038/s41398-025-03344-0
152. Menakuru, S. Genitalia self-mutilation commanded by hallucinations: a psychointensive case of Klingsor syndrome / S. Menakuru, M. I. Ali, K. Karasala // *BMJ Case Reports*. – 2018. – Article bcr-2018-226838. DOI: 10.1136/bcr-2018-226838
153. Miller, F. The relation of delusional content in psychotic depression to life-threatening behavior / F. Miller, L. A. Chabrier // *Suicide and Life-Threatening*

- Behavior. – 1987. – Vol. 17, № 1. – P. 13–17. DOI: 10.1111/j.1943-278x.1987.tb00058.x
154. Mohr, S. Toward an Integration of Spirituality and Religiousness Into the Psychosocial Dimension of Schizophrenia / S. Mohr, P.-Y. Brandt, L. Borrás [et al.] // American Journal of Psychiatry. – 2006. – Vol. 163, № 11. – P. 1952–1959. DOI: 10.1176/ajp.2006.163.11.1952
  155. Mohr, S. The assessment of spirituality and religiousness in schizophrenia / S. Mohr, C. Gillieron, L. Borrás [et al.] // Journal of Nervous and Mental Disease. – 2007. – Vol. 195, № 3. – P. 247–253. DOI: 10.1097/01.nmd.0000258230.94304.6b
  156. Mohr, S. Delusions with Religious Content in Patients with Psychosis: How They Interact with Spiritual Coping / S. Mohr, L. Borrás, C. Betrisey [et al.] // Psychiatry. – 2010. – Vol. 73, № 2. – P. 158–172. DOI: 10.1521/psyc.2010.73.2.158
  157. Mohr, S. Spirituality and religion in outpatients with schizophrenia: a multi-site comparative study of Switzerland, Canada, and the United States / S. Mohr, L. Borrás, J. A. Nolan [et al.] // International Journal of Psychiatry in Medicine. – 2012. – Vol. 44, № 1. – P. 29–52. DOI: 10.2190/PM.44.1.c
  158. Morgan, A. Religiosity and spirituality in the prevention and management of depression and anxiety in young people: a systematic review and meta-analysis / A. Morgan, G. C. Patton, J. Wright, N. J. Reavley, S. Aggarwal // BMC Psychiatry. – 2023. – Vol. 23. – Article 731. DOI: 10.1186/s12888-023-05091-2
  159. Moritz, S. Sustained and “Sleeper” Effects of Group Metacognitive Training for Schizophrenia: A Randomized Clinical Trial / S. Moritz, R. Veckenstedt, C. Andreou [et al.] // JAMA Psychiatry. – 2014. – Vol. 71, № 10. – P. 1103–1111. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2014.1038
  160. Mutlu, E. Comparison of Formal Thought Disorder in the Acute Episode of Schizophrenia and Manic Episode of Bipolar Affective Disorder / E. Mutlu, Ş. Гюркан, Е. Гёка, А. Е. Anıl Yağcıoğlu // Turk Psikiyatri Dergisi. – 2022. – Vol. 33, № 4. – P. 223–232. DOI: 10.5080/u25886
  161. Nelson, W. H. Delusional depression: Phenomenology, neuroendocrine function, and tricyclic antidepressant response / W. H. Nelson, A. Khan, W. W. Jr. Orr // Journal

- of Affective Disorders. – 1984. – Vol. 6, № 3–4. – P. 297–306. DOI: 10.1016/S0165-0327(84)80008-7
162. Noort, A. Religious delusions in Dutch older adults in treatment for psychosis: a follow-up study / A. Noort, A. W. Braam, J. C. J. M. Koolen, A. T. F. Beekman // *International Psychogeriatrics*. – 2024. – Vol. 36, № 1. – P. 51–63. DOI: 10.1017/S1041610222000102
163. Oliva, V. Pharmacological treatments for psychotic depression: a systematic review and network meta-analysis / V. Oliva, C. Possidente, M. De Prisco [et al.] // *The Lancet Psychiatry*. – 2024. DOI: 10.1016/S2215-0366(24)00006-3
164. Orelli, A. Der Wandel des Inhaltes der depressiven Ideen bei der reinen Melancholie unter besonderer Berücksichtigung des Inhaltes der Versündigungsideen / A. Orelli // *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*. – 1954. – Bd. 73. – P. 217–287.
165. Ouwehand, A. W. On finding God in the good versus the bad: religiosity and coping with uncontrollable stressors / A. W. Ouwehand, R. de Jong-Meyer // *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*. – 2001. – Vol. 30, No. 4. – P. 255–264. DOI: 10.1026//0084-5345.30.4.255
166. Ouwehand, A. W. Religious delusions in depressive psychoses / A. W. Ouwehand, A. I. Wierdsma // *Psychiatry Research*. – 2001. – Vol. 104, № 1. – P. 81–89. DOI: 10.1016/S0165-1781(01)00262-1
167. Ouwehand, E. Holy apparition or hyperreligiosity: prevalence of explanatory models for religious and spiritual experiences in patients with bipolar disorder / E. Ouwehand, A. W. Braam, J. W. Renes [et al.] // *Pastoral Psychology*. – 2019. – Vol. 68, № 6. – P. 603–618. DOI: 10.1007/s11089-019-00892-3
168. 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.
169. Pargament, K. I. *APA handbook of psychology, religion, and spirituality* / K. I. Pargament, J. J. Exline, J. W. Jones. – Vol. 1. Context, theory, and research. American Psychological Association, 2013.

170. Pargament, K. I. Working with Spiritual Struggles in Psychotherapy: From Research to Practice / K. I. Pargament, J. J. Exline. – New York: Guilford Press, 2021. – 310 p.
171. Pearce, L. D. Measuring five dimensions of religiosity across adolescence / L. D. Pearce, G. M. Hayward, J. A. Pearlman // Review of Religious Research. – 2017. – Vol. 59, № 3. – P. 367–393. DOI: 10.1007/s13644-017-0291-8
172. Pharoah, F. Family Intervention for Schizophrenia / F. Pharoah, J. J. Mari, J. Rathbone, W. Wong // Cochrane Database of Systematic Reviews. – 2010. – Vol. 12. – Article CD000088. DOI: 10.1002/14651858.CD000088.pub3
173. Pietkiewicz, I. Delusions of Possession and Religious Coping in Schizophrenia: A Qualitative Study / I. Pietkiewicz, R. Tomalski, U. Kłosińska // Frontiers in Psychology. – 2021. DOI: 10.3389/fpsyg.2021.628925
174. Prichard, J. C. A Treatise on Insanity and Other Disorders Affecting the Mind / J. C. Prichard. – London: Sherwood, Gilbert, and Piper, 1835. – XVI, 483 p.
175. Prutskova, E. Social vs. Individual Centrality of Religiosity: Research in Religious and Non-Religious Settings in Russia / E. Prutskova // Religions. – 2021. – Vol. 12, № 1. – Article 15. DOI: 10.3390/rel12010015
176. Reeves, R. R. Suicide Associated with the Antichrist Delusion / R. R. Reeves, V. Liberto // Journal of Forensic Sciences. – 2006. – Vol. 51, № 2. – P. 411–412. DOI: 10.1111/j.1556-4029.2006.00079.x
177. Reininghaus, U. Transdiagnostic dimension of psychosis in the Bipolar-Schizophrenia Network on Intermediate Phenotypes (B-SNIP) / U. Reininghaus, J. R. Jan Böhnke, U. Chavez-Baldini // World Psychiatry. – 2019. – Vol. 18. – P. 67–76. DOI: 10.1002/wps.20607
178. Rip, B. Religious orientation and psychological well-being: the role of social support / B. Rip, R. J. Vallerand, M. Lafrenière // Motivation and Emotion. – 2012. – Vol. 36, № 2. – P. 155–165. DOI: 10.1007/s11031-011-9241-1
179. Robles-García, R. History of religious delusions and psychosocial functioning among Mexican patients with paranoid schizophrenia / R. Robles-García, S. López-

- Luna, F. Páez [et al]. // *Journal of Religion and Health*. 2014. Vol. 53, № 6. P. 1622–1633. DOI: 10.1007/s10943-013-9727-9.
180. Rogers, T. Self-inflicted eye injuries / T. Rogers, I. Pullen // *The British Journal of Psychiatry*. – 1987. – Vol. 151, № 5. – P. 691–693. DOI: 10.1192/bjp.151.5.691
181. Rootes-Murdy, K. Clinical and cortical similarities identified between bipolar disorder I and schizophrenia: A multivariate approach / K. Rootes-Murdy, J. T. Edmond, W. Jiang [et al.] // *Frontiers in Human Neuroscience*. – 2022. – Vol. 16. – Article 1001692. DOI: 10.3389/fnhum.2022.1001692
182. Rosmarin, D. H. Religious coping among psychotic patients: Relevance to suicidality and treatment outcomes / D. H. Rosmarin, J. S. Bigda-Peyton, D. Öngur [et al.] // *Psychiatry Research*. – 2013. – Vol. 210, № 1. – P. 182–187. DOI: 10.1016/j.psychres.2013.03.023
183. Salazar de Pablo, G. What is the duration of untreated psychosis worldwide? A meta-analysis of pooled mean and median time and regional trends and other correlates across 369 studies / G. Salazar de Pablo, C. Aymerich, D. Guinart [et al.] // *Psychological Medicine*. – 2023. DOI: 10.1017/S0033291723003458
184. Salazar de Pablo, G. Duration of Untreated Psychosis and Outcomes in First-Episode Psychosis: Systematic Review and Meta-analysis of Early Detection and Intervention Strategies / G. Salazar de Pablo, D. Guinart, A. Armendariz [et al.] // *Schizophrenia Bulletin*. – 2024. DOI: 10.1093/schbul/sbae017
185. Saroglou, V. Cross-cultural psychology of religion: basic profiles and structural aspects // *Current Opinion in Psychology*. – 2020. – Vol. 40. – P. 13–18. DOI: 10.1016/j.copsyc.2020.08.024
186. Schneider, K. *Klinische Psychopathologie* / K. Schneider. – Stuttgart: Thieme-Verlag, 1955.
187. Schneider-Thoma, J. Comparative efficacy and tolerability of 32 oral and long-acting injectable antipsychotics for the maintenance treatment of adults with schizophrenia: a systematic review and network meta-analysis / J. Schneider-Thoma, K. Chalkou, C. Dörries [et al.] // *The Lancet*. – 2022. DOI: 10.1016/S0140-6736(21)01997-8

188. Schulte, W. Das Glaubensleben in der melancholischen Phase / W. Schulte // *Der Nervenarzt*. – 1954. – Vol. 25(10). – P. 401–406.
189. Schweitzer, I. Genital self-amputation and the Klingsor syndrome / I. Schweitzer // *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. – 1990. – Vol. 24, № 4. – P. 566–569. DOI: 10.3109/00048679009062914
190. Schwerkoske, J. P. Self-Mutilation and Biblical Delusions: A Review / J. P. Schwerkoske, J. P. Caplan, D. M. Benford // *Psychosomatics*. – 2012. – Vol. 53, № 4. – P. 327–333. DOI: 10.1016/j.psym.2012.01.007
191. Sheldon, K. M. Religious routing and well-being: the role of perceived autonomy / K. M. Sheldon // *Journal of Personality*. – 2006. – Vol. 74, № 1. – P. 209–237. DOI: 10.1111/j.1467-6494.2005.00374.x
192. Siddle, R. Religious delusions in patients admitted to hospital with psychotic illness / R. Siddle, G. Haddock, N. Tarrier, E. B. Faragher // *Schizophrenia Research*. – 2002. – Vol. 56, № 2–3. – P. 171–176. DOI: 10.1016/S0920-9964(01)00212-2
193. Siddle, R. Religious delusions in patients admitted to hospital with schizophrenia / R. Siddle, G. Haddock, N. Tarrier, E. B. Faragher // *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. – 2002. – Vol. 37, № 3. – P. 130–138. DOI: 10.1007/s001270200002
194. Siddiqui, S. V. Religiosity and religious delusions in schizophrenia: an observational study in a Hindu population / S. V. Siddiqui, U. Chatterjee, D. Kumar [et al]. // *Asian Journal of Psychiatry*. – 2017. – Vol. 30. – P. 132–136. DOI: 10.1016/j.ajp.2017.11.011
195. Simko, A. Neue Beiträge zur Psychopathologie der Schuldwahn-Depressionen / A. Simko // *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie*. – 1983. – Vol. 51. – P. 249–254.
196. Sofou, N. Religious delusions: definition, diagnosis and clinical implications / N. Sofou, O. Giannakopoulos, E. Arampatzi [et al.] // *Psychiatriki*. – 2021. – Vol. 32, № 3. – P. 224–231. DOI: 10.22365/jpsych.2021.014
197. Stöber, G. Die selbstquälerische Depression / G. Stöber, E. Franzek, H. Beckmann // *Nervenheilkunde*. – 1993. – Vol. 12. – P. 166–169.
198. Tang, M. Update on Psychotic Depression In: Osse D. N. *Psychopharmacology Algorithms: Clinical Guidance from the Psychopharmacology Algorithm Project at*

- the Harvard South Shore Psychiatry Residency Program / M. Tang, D. N. Osser. – Philadelphia: Wolters Kluwer, 2020.
199. Tarrada, A. Clinical characteristics and outcomes of religious delusions in psychotic disorders: a multicenter study / A. Tarrada, M. García, J. López [et al.] // *Psychiatry Research*. – 2025. – Vol. 340. – Article 115634. DOI: 10.1016/j.psychres.2025.115634
  200. Tiliopoulos, N. The dimensions of religious orientation scale (DROS): a theoretically grounded measure of religious orientation / N. Tiliopoulos, P. G. Hodgkinson, P. P. R. Kehoe // *Journal of Beliefs & Values*. – 2007. – Vol. 28, № 3. – P. 263–274. DOI: 10.1080/13617670701712431
  201. Waugh, A. C. Autocastration and biblical delusions in schizophrenia / A. C. Waugh // *The British Journal of Psychiatry*. – 1986. – Vol. 149, № 5. – P. 656–659.
  202. Westhead, A. Religion, spirituality, and psychosis: a systematic review of associations with symptom severity and recovery / A. Westhead, K. Georgiades // *Schizophrenia Research*. – 2025. – Vol. 260. – P. 120–134. DOI: 10.1016/j.schres.2025.01.005
  203. Wijkstra, J. Long-term response to successful acute pharmacological treatment of psychotic depression / J. Wijkstra, H. Burger, W. W. van den Broek [et al.] // *Journal of Affective Disorders*. – 2010. – Vol. 123, № 1–3. – P. 238–242. DOI: 10.1016/j.jad.2009.10.014
  204. Wilson, W. Religion and Psychosis / W. Wilson // In: Koenig H. G. (ed.). *Handbook of Religion and Mental Health*. San Diego: Academic Press, 1998. – P. 159–167.
  205. World Health Organization. Depression [Fact Sheet]. URL: <https://www.who.int/...> (accessed 2025)
  206. 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. DOI: 10.1177/009164710403200403
  207. Zoghbi, A. W. The neurobiology of duration of untreated psychosis: a comprehensive review / A.W. Zoghbi, J.A. Lieberman, R.R. Girgis // *Molecular Psychiatry*. – 2023. – 28(1). – P. 168–190. DOI: 10.1038/s41380-022-01718-0

208. Zeller S., Zun L., Cassella J. V., Spyker D. A., Yeung P. P. Response to inhaled loxapine in patients with schizophrenia or bipolar I disorder: PANSS-EC responder analyses // BJPsych Open. – 2017. DOI: 10.1192/bjpo.bp.117.005363.

## ПРИЛОЖЕНИЯ. КЛИНИЧЕСКИЕ ИЛЛЮСТРАЦИИ

### Приложение А. Наблюдение №1 – I тип РДБС с преобладанием конгруэнтного аффекту бреда

**П-ва Л. П., 1971 г.р. (история болезни №1318), дата поступления: 05.10.2009;**  
певчая в православном хоре

#### Линия матери:

**Дед** — Умер в возрасте 70 лет (больной было 2 года). По специальности был моряком, работал всю жизнь капитаном на морском судне. В пожилом возрасте был госпитализирован в психиатрическую больницу, последний год жизни провел там, подробностей выяснить не удастся.

**Бабка** – Умерла в 94 года «от старости». Получила среднее образование, всю жизнь занималась домашним хозяйством. По характеру была жесткая, строгая. Соблюдала религиозные каноны, однако, в связи с политической ситуацией в стране не демонстрировала свое вероисповедование.

**Мать** – Умерла в 2018 г. в 79 лет от осложнений после операции по поводу кишечной непроходимости. Получила высшее физико-математическое образование, работала преподавателем по физике. По характеру была заботливая, внимательная, старалась избегать конфликтов.

#### Линия отца:

**Бабка** – Умерла до рождения пациентки, имела пятерых детей. Подробных сведений нет.

**Дед** – Сведения носят отрывочный характер. По образованию был фармацевтом, работал заведующим аптекой. После смерти первой жены (бабки отца) повторно женился, второй брак привел к разводу, после вступление в третий брак, дети прекратили с ним общение.

**Отец** – Умер в 1993 г в возрасте 59 лет от осложнений после операции по удалению аденомы простаты. Получил высшее техническое образование, работал

инженером на закрытом заводе по производству самолетов. По характеру был эмоциональный, вспыльчивый, но «отходчивый», формально придерживался коммунистических взглядов.

**Другие родственники:**

Младший брат – 1980 г.р. (41 год) – имеет высшее техническое образование, к.т.н., доцент, зам.декана по аэродрому. По характеру исполнительный, пунктуальный, ответственный. Имеет семью, дважды женат, от первого брака имеет двоих детей, от второго брака один ребенок. Младший сын страдает эпилепсией.

**Пробанд.** Родилась от первой, нормально протекавшей беременности. Роды в срок, без особенностей. Раннее развитие и рост без патологии. До 1,5 лет находилась под наблюдением няни, затем отдали в ясли. Со слов матери помнит, что первое время с охотой посещала ДДУ, затем, после того как воспитательница якобы заперла пациентку одну в комнате, отказывалась ходить в ясли, плакала. Тогда же стала бояться темноты, испытывала тревогу, когда оставалась одна в помещении, страх сохранялся до 18 лет. С 3 лет по возрасту пошла в детский сад, в коллективе адаптировалась хорошо, была общительным, активным ребенком. С воспитательницей сложились хорошие отношения, с охотой посещала ДДУ. С 5 лет индивидуально занималась с преподавателем игрой на фортепьяно. С 6 лет, после того скончались близкие родственники, стала «бояться своей смерти», и того, что «что она одна будет там, а все родные останутся здесь», впоследствии появился страх одиночества, при этом не боялась оставаться одна в помещении.

В школу пошла в возрасте 7 лет (1978 г.), в коллективе адаптировалась постепенно, завела несколько близких друзей. В кругу сверстников была активной, стремилась к лидерству. Успевала средне, особого интереса к предметам не испытывала, училась, потому что «было надо». После школы занималась музыкой с педагогом, гуляла с друзьями. Со 2 класса обучалась в музыкальной школе по классу фортепиано. С охотой посещала уроки музыки, дополнительно играла в ансамблях, выступала на музыкальных конкурсах. При публичных выступлениях испытывала «нервозность», тревогу, которая сопровождалась сердцебиением, потливостью ладоней, тремором рук. В новом коллективе адаптировалась легко,

быстро завела новые знакомства, появилась своя компания. В связи с тем, что родители больной много работали, находилась под наблюдением бабушки, с которой часто вступала в споры, так как она якобы заставляла выполнять домашние обязанности. Фон настроения в период обучения в школе оставался ровным.

С 10 лет стала наблюдать у себя двигательные подергивания мышц в области лица - глаз и щек, что связывала со сменой педагога в музыкальной школе, которая была очень требовательна к пациентке, могла накричать и ударить. Такие тики сохраняются до настоящего времени. В 12 лет был диагностирован псориаз, всегда чувствовала неполноценность из-за своей болезни, в юношеском возрасте считала себя «прокаженной», опасалась, что не сможет завести семью. Наблюдалась дерматологом, однократно лечилась в стационаре, медицинской документации не предоставлено. В связи с заболеванием чувствовала неуверенность в себе, чтобы как-то «компенсировать свой недостаток» дополнительно играла в различных музыкальных ансамблях, самостоятельно для этого освоила гитару, часто выступала в качестве вокалистки. Менархе - с 12 лет, регулярные, сопровождались болезненностью и раздражительностью в пред и пост менструальный период. После родов (1998 г.) безболезненные, без выраженного предменструального синдрома.

В том же возрасте (12 лет) впервые наблюдалось обморочное состояние, которое не сопровождалось судорогами, не прикусывала язык. В дальнейшем перед подобными состояниями эпизодически появлялось чувство, что «что-то надвигается», учащалось сердцебиение. Синкопальные состояния повторялись в течение всей жизни, последний обморок 1.5 года назад. Обмороки возникали иногда без видимых причин, однако часто повторялись на фоне интенсивных головных болей распирающего характера, в душных помещениях, при заборе крови. Состояния могли сопровождаться тошнотой, в связи с чем пациентка вызывала у себя рвоту, которая не всегда приносила облегчения. По поводу обмороков неоднократно обследовалась у кардиологов и неврологов, по заключениям которых очевидной патологии выявлено не было, несмотря на это некоторое время по назначению невролога принимала феназепам без эффекта.

В 1986 г. (15 лет) успешно окончила 8 классов школы, по своему желанию поступила в тольяттинское музыкальное училище на класс фортепиано. Среди сверстников адаптировалась легко, училась на хорошо и отлично. В свободное от учебы время читала книги, гуляла с друзьями, участвовала в собраниях клуба бардовской песни. Во время обучения не отмечала эпизодов изменения настроения, оставалась деятельной, активной.

Интерес к противоположному полу с 18 лет, когда влюбилась в коллегу из «Клуба бардовской песни». Со слов пациентки в избраннике ее привлекли ум, порядочность, доброта. В 19 лет (1990 г.) рассталась с молодым человеком, тогда же впервые отметила отчетливое снижение настроения. В тот период отмечалась плаксивость, однако активность, успеваемость при этом не изменялись: продолжала обучение в колледже на последнем курсе, параллельно работала концертмейстером в школе этического воспитания и пела на различных концертах. Подобное состояние изменениями сна и аппетита не сопровождалось, выравнилось самостоятельно через полгода.

После окончания училища в 1990 г. (19 лет) устроилась на работу преподавателем в музыкальную школу, вместе с этим продолжала работать концертмейстером и петь в ансамбле. Тяготилась работой в школе, не нравилось обучать детей, вспоминала свой негативный опыт, «не могла выжимать из них программу», «не нравился коллектив». Несмотря на это проработала преподавателем в течение 5 лет (1990 – 1995 гг.).

В возрасте 24 лет вступила с отношения с женатым мужчиной, была влюблена в него, начала жить половой жизнью. Встречалась с ним в течение 1,5 лет, отношения с избранником были доверительные, испытывала ощущение «спокойного счастья». При этом не надеялась на продолжение романтической связи, так как понимала, что возлюбленный женат и собирается иммигрировать в США. В 1996 г. (25 лет) рассталась с молодым человеком в связи с его отъездом за границу.

В том же возрасте (25 лет – 1996г.) в компании музыкантов познакомилась с будущим мужем, который привлек ее тем, что любил ее, «а не то, как она поет». В

26 лет вышла за него замуж (1997г.), через год родила сына (1998г.). Беременность протекала с обострением псориаза, по поводу чего однократно лежала на сохранении в инфекционной больнице, якобы из-за ошибки лечащего врача. Со слов больной роды были тяжелыми, ребенок родился здоровым, однако после родов стала испытывать тревогу за здоровье сына, старалась не отходить от него, постоянно читала литературу по уходу за детьми. В тот период на возникающие психотравмирующие ситуации бытового уровня реагировала колебаниями настроения от несколько сниженного с тревогой до слегка повышенного с чувством радости.

В 2003 г. (32 года) приняла решение, чтобы обеспечить сыну «дополнительную защиту» его крестить, тогда же крестилась сама. После этого церковь не посещала, религиозные каноны не соблюдала. В 2005 г. (34 года) по приглашению знакомой устроилась на работу в храм, пела в хоре. Тогда стала общаться с воцерковленными людьми, находилась под впечатлением от различных рассказов о «чудесах», в которых по мнению ее знакомых происходили после прочтения Акафиста Святителю Николаю, а именно разрешались материальные трудности. Постепенно сама стала посещать службы, читала специальную литературу, соблюдала религиозные правила, чувствовала, что посещение церкви приносит ей облегчение - снижается тревога по поводу здоровья сына, своего здоровья, различных бытовых ситуаций. К 2007 г. (36 лет) начала довольно регулярно ходить в церковь, выполнять молитвенные правила, выбрала себе духовника, но внимание уделяла особым событиям, «чудесам», приводит в пример случай, когда как-то во время паломнической поездки не смогла заселиться в выбранный отель и хозяйка помогла ей найти жилье в коттедже.

В возрасте 34 лет (2005г.) появился сухой кашель, который носил постоянный характер. К официальной медицине относилась настороженно, поэтому лечилась у «травницы», которая диагностировала заболевания с помощью биополей, принимала специальные капсулы, какие не помнит. Вместе с этим консультировалась у натуропатов, гомеопатов, принимала терапию по их назначению без эффекта. Соматическое состояние постепенно ухудшалось,

появилась боль в грудной клетке, отмечала потерю массы тела, на сколько похудела не помнит, в связи с чем была вынуждена обратиться к официальной медицине, однако при инструментальном обследовании патологии обнаружено не было, а проводимая антибиотикотерапия была без эффекта. В 2007 г. (36 лет) по рекомендации знакомой обратилась в «институт туберкулеза», где был выявлен туберкулез легких, закрытая форма. В связи с заболеванием была госпитализирована и проходила лечение в стационаре, затем состояла на учете в тубдиспансере. На фоне проводимой противотуберкулезной терапии настроение было несколько приподнятое. В тот же период при обследовании была обнаружена миома матки, по этому поводу не лечилась. После становления ремиссии туберкулеза и отмены лекарственной терапии психическое состояние стало неустойчивым, в течение дня настроение колебалось от нерезко сниженного до повышенного, постоянно испытывала тревогу за здоровье сына, за собственное здоровье, за мужа, который уехал на работу по контракту в Мексику. В то время, несмотря на самочувствие, в связи с материальными трудностями продавала бижутерию в подземных переходах, подрабатывала на низкоквалифицированных должностях в различных компаниях, также работала концертмейстером, пела в хоре, в свободное время ездила с сыном на различные олимпиады и конкурсы. Продолжала посещать храм, молилась с целью облегчения состояния, а именно снижение тревоги за свое соматическое здоровье и здоровье сына.

Весной 2009 г., (38 лет) почувствовала резкое ухудшение психического состояния, когда значительно снизилось настроение, сама связывала это с тем, что у сына был диагностирован сахарный диабет, в связи с чем усилилась тревога за его здоровье, винила себя в том, что она «плохая мать», «загубила своего ребенка», говорила, что «не сможет обеспечить правильное лечение и диету ребенку». Летом 2009 г. в связи с невыходом на работу из-за болезни сына, которому диагностировали ангину, была уволена с работы уборщицы, после чего состояние больной ухудшилось еще сильнее: постоянно в течение всего дня чувствовала тревогу за здоровье сына, плакала, высказывала идеи вины, говорила, что «растила сына без любви, не умела ухаживать, поэтому он заболел». Кроме того, начала

считать, что ребенок заболел «из-за ее грехов», из-за того, что она в прошлом часто ругалась с мужем, встречалась с другими мужчинами до брака. Старалась следовать рекомендациям священника, читать Акафисты (Пантелеймону, Богородице, Святителю Луке Войно-Ясенеvскому) и Псалтырь, однако молиться не могла, при их чтении не понимала смысла, не чувствовала, что «молитва доходит до Бога, как будто молилась в стену». Появилось чувство собственной греховности, стала переоценивать поступки своей жизни, постоянно «прокручивала в голове» исповедованные грехи, которые словно бы «превращались в заезженную пластинку», из-за чего усиливалось чувство подавленности. После исповеди и причастия считала, что «не до конца раскаялась, не рассказала какая плохая». По совету священника соборовалась, однако состояние оставалось прежним. Постепенно перестала ходить в храм, не могла причащаться и исповедоваться, отмечала, что перед таинствами состояние ухудшается, усиливается чувство собственной греховности. Винула себя в «таком состоянии», в том, что из-за болезни не может помочь близким, считала, что «портит им жизнь». Говорила: «все что со мной происходит – это мои смертельные грехи, беспробудная лень». Испытывала боль и жжение в груди, «словно ожог», «жгло изнутри и снаружи». Нарушился сон по типу трудностей засыпания, практически не спала. Снижился аппетит, значительно похудела. Пропали месячные, к гинекологу по этому поводу не обращалась. Высказывала суицидальные мысли, однако понимала их греховность, попыток не предпринимала. В таком состоянии обратилась к психиатру и была стационарирована в клинику НЦПЗ в 3 отделение в октябре 2009 г.

**Психический статус на момент поступления:** Больная была физически истощена. Обращали на себя внимание псориазические высыпания по всему телу, кроме лицевой области. Сидела сгорбившись, положение тела не меняла. Наблюдались непроизвольные подергивания мышц лица. Выражение лица было грустное, голос тихий, на вопросы отвечала охотно, многоречиво.

Жаловалась на сниженное настроение с ощущением тревоги, тоски и подавленности, которое сопровождалось жжением в области груди и тела, ощущением «ожога», как будто «жжет изнутри и снаружи», «горит вся кожа».

Беспокоила вялость, слабость, отсутствовало желание что-либо делать, все домашние дела делала через силу, время в основном проводила в постели. В течение всего дня чувствовала себя одинаково «плохо».

Высказывала идеи вины и греховности, считала себя виновной в болезни сына, говорила, что «загубила сына», была убеждена, что «Бог наказывает сына за ее грехи». Сообщала, что она «плохая мать», испытывала страх «перед жизнью», считала, что не сможет справиться со сложившейся ситуацией. Говорила, что не «чувствует помощи от Бога», испытывает «ощущение беспомощности и богооставленности», высказывает мысли, что «ей никто не сможет помочь». Рассказывала, что пыталась читать молитвы, но не могла понять их смысл и не чувствовала, что «молитва доходит до Бога, как будто бы молилась в стену». Отмечала ухудшение состояния после причастия, когда еще больше снижалось настроение, усиливалось чувство собственной греховности. Не отрицала наличие суицидальных мыслей. Говорила, что не выдержала «испытание, данное ей Богом». Также высказывала отрывочные идеи о том, что «за нее ведется борьба между Богом и сатаной», после расспроса об этих переживаниях, говорила, что «так ей сказал священник». Не верила в свое выздоровление, но была согласна обследоваться. Сон был по типу трудностей засыпания и частыми ночными пробуждениями, аппетит был снижен (похудела за последние полгода на 6 кг).

**Получала лечение: 1 курс:** Плазмаферез №2, Maprotillini до 125 мг, Trihexyphenidyli до 6 мг, Diazepam до 10 мг, Trifluoperazini до 7,5 мг, Chlorprothixeni до 25 мг

**Психическое состояние в динамике:** Первую неделю в отделении сохранялись прежние жалобы, была малообщительна, время проводила в пределах палаты. В дальнейшем состояние быстро улучшилось, настроение стало приподнятое, ходила в домашние отпуски, занималась бытовыми делами, посещала службы в храме. Полностью редуцировались идеи вины и собственной греховности, практически не ощущала тревогу за здоровье сына. Улучшилось соматическое состояние, отмечалось уменьшение псориатических высыпаний, однако менструальный цикл не восстановился.

**Была выписана на поддерживающей терапии:** лудиомил 25 – 25 – 0 мг, стелазин 2,5 – 0 – 2,5 мг, циклодол 2 – 0 – 0 мг, труксал 25 мг, н/н.

**Катамнез:** После выписки из НЦПЗ в ноябре 2009 года настроение было приподнятое, вернулась к прежним обязанностям, легко справлялась с работой концертмейстера, пела в хоре, было «вдохновение». В тот период эпизодически появлялась тревога за здоровье сына, однако не придавала ей значение. Продолжала принимать поддерживающую терапию, но беспокоили упорные запоры, которые связывала с приемом лудиомила. В конце января 2009 г. самостоятельно снизила дозу препарата, после чего через несколько недель состояние ухудшилось: вновь снизилось настроение, участилась тревога, стали нарастать вялость, апатия, с трудом справлялась с домашними и профессиональными обязанностями, испытывала трудности при концентрации внимания, не могла принять какое-либо решение. Вновь актуализировались прежние переживания, появились идеи вины и собственной греховности. Перестала ходить в храм, не могла молиться, так как не было на это моральных сил. Тогда же обострился псориаз, начала думать, что организм «разваливается», «разрушается», считала это «наказанием за грехи». Стала отмечать, что утром чувствовала себя намного хуже, чем вечером, в течение дня не могла ничем заниматься, время проводила преимущественно в постели. Нарушился ночной сон, долго не могла заснуть и рано просыпалась, снизился аппетит, похудела, неизвестно на сколько. Самостоятельно повысила дозу лудиомила до рекомендованной при выписке, однако состояние оставалось без изменений. По направлению ПНД обратилась в амбулаторный отдел НЦПЗ, была консультирована и госпитализирована в 3 отделение в мае 2010 г.

**Психический статус при поступлении:** Движения замедленные, во время беседы несколько напряжена, положение тела практически не меняет. Обращают на себя внимание гиперкинезы мышц лица. Отмечаются многочисленные псориатические высыпания по всему телу. Выражение лица грустное, мимика бедная, на глазах часто появляются слезы. Голос тихий, маломодулированный, темп речи замедлен. На вопросы отвечает по существу.

Жалуется на сниженное настроение с чувством тоски, тревогу, связанную с мыслями о болезни сына, ощущает их как «жжение», «ожог» в груди. Отмечает повышенную физическую и психическую утомляемость, невозможность справляться с повседневными обязанностями. Беспокоят трудности сосредоточения и внимания, как будто «голова пустая». В то же время высказывает жалобы соматического характера на упорные запоры, испытывает ощущения «покалывания» в груди, онемение рук и ног. Сообщает, что к вечеру чувствует себя лучше, становится немного активнее, однако по-прежнему не может ничем заниматься.

Высказывает идеи самообвинения и греховности, переоценивает прошлые поступки, рассматривает их как собственные грехи. Сообщает, что в последнее время отсутствуют силы на чтение молитв и религиозной литературы, «не чувствует помощи от Бога». Фиксирована на своих соматических заболеваниях, обострившимся псориазом и расстройством ЖКТ. Кроме этого чувствует, что организм «разваливается», «гниет», убеждена, что это «кара за ее грехи». Ночной сон с трудностями засыпания, ранним пробуждением без чувства отдыха после сна. Аппетит снижен, похудела на 3 кг за последние 2 месяца. Суицидальные мысли категорически отрицает.

**Получала лечение:**

**1 курс:** Trifluoperazini до 5 мг, Chlorprothixeni до 200 мг, Venlafaxini до 225 мг.

**2 курс:** Trifluoperazini до 5 мг, Chlorprothixeni до 200 мг, Sertralini до 225 мг.

**Психическое состояние в динамике:** Первое время в отделении была малоактивна, к контакту с больными не стремилась. В беседах с врачом постоянно высказывала жалобы на тревогу за близких, была фиксирована на своем соматическом состоянии. Постепенно, на фоне приема психофармакотерапии, стала активнее, несколько уменьшилась интенсивность тревоги, практически полностью дезактуализировались идеи греховности, однако оставалась чрезмерная озабоченность своим соматическим состоянием. В связи с незначительной динамикой состояния велаксин был заменен на золофт, после чего у больной

отмечалось несколько приподнятое настроение, редуцировалась тревога за свое соматическое состояние, уменьшилась выраженность псориаза.

**Была выписана на поддерживающей терапии:** стелазин 2,5-2,5-0 мг, золофт 150-0-0 мг, труксал 0-0-75 мг.

**Катамнез:** После выписки в июле 2010 года регулярно принимала поддерживающую терапию. Чувствовала себя удовлетворительно в течение трех недель. Затем постепенно без видимой причины снова снизилось настроение, появились вялость, апатия, нарушился сон. Беспокоила тревога за здоровье сына, вернулось ощущение жжения, «ожога» в груди. Наблюдалась амбулаторно психиатром. На фоне смены терапии состояние ненадолго (несколько недель) улучшалось, затем вновь снижалось настроение, появлялись апатия, тревога, возникали мысли о собственной никчемности, о том, что она «плохая мать», «грешная», что «Бог наказывает ее». Несмотря на свое состояние продолжала работать на прежнем месте концертмейстером. С домашними делами справлялась с трудом, не могла сконцентрировать на выполняемых действиях, перестала «понимать, как готовить еду», испытывала затруднение при принятии решений.

С весны 2011 года (40 лет) настроение значительно снизилось, усилились апатия, тревога за сына, тогда же обострился псориаз, по поводу которого в мае 2011 года лечилась стационарно - без видимого улучшения. После выписки время проводила в основном лежа в постели, с трудом справлялась с бытовыми делами. Снова возникли прежние идеи вины перед семьей и чувство греховности. Ощущала, что «снова проваливается в эту яму», испытывала аналогичное, как в предыдущих состояниях, «ощущение беспомощности и богооставленности». Нарушился сон, снизился аппетит. Через силу продолжала ходить на работу, для того, «чтобы отвлечься от своего состояния». Считала себя глупой, никчемной, одинокой. Постепенно нарастала замкнутость, молчаливость, заторможенность. Несмотря на амбулаторную коррекцию терапии состояние все больше ухудшалось, появилась «паника», ощущение безысходности, периодически возникали суицидальные мысли, но «останавливала мысль о сыне». Нарушился сон с ранним

пробуждением, снизился аппетит, похудела на 4 кг за последние 2 месяца. В связи с таким состоянием была повторно госпитализирована в НЦПЗ РАМН.

**Психический статус на момент поступления:** Пассивно соглашается на беседу. Движения замедленные, во время беседы напряжена, позу не меняет. У пациентки по всему телу отмечаются псориазические высыпания. Выражение лица грустное, мимика бедная, на глазах часто появляются слезы. Голос тихий, маломодулированный, темп речи замедлен. На вопросы отвечает по существу после некоторой паузы, односложно.

Жалуется на сниженное, подавленное настроение с чувством тоски, периодически возникающую тревогу, которую ощущает физически, в виде жжения, «ожога» в груди. Беспокоят вялость, апатия, отмечает отсутствие интереса, «безразличие ко всему», сообщает, что ничего не вызывает чувства радости, будто «отсутствуют эмоции». Простые бытовые дела выполняются с трудом, через силу. Вечером чувствует себя несколько лучше, уменьшается чувство тоски, становится чуть более активнее. Отмечает, что мысли текут медленно, испытывает трудности при концентрации и сосредоточении. Считает себя «глупой, беспомощной, неряхой, грязнулей». Обвиняет себя за «лень», что не может сама справиться со своим состоянием. Высказывает беспокойство по поводу обострившегося псориаза.

Высказывает ранее описываемые идеи собственной греховности и вины, испытывает ощущение «богооставленности». В то же время винит себя в своей болезни, говорит, что «портит своим состоянием жизнь сыну и мужу», считает болезнь тоже своим грехом. Не видит выхода из сложившейся ситуации, не верит в успех лечения, не отрицает наличие суицидальных мыслей, однако «старается с ними бороться». Сон нарушен по типу трудностей засыпания и ранним пробуждением. Аппетит снижен, похудела за последние несколько месяцев на 4 кг.

**Получала лечение: 1 курс:** Плазмаферез №1; Maprotillini до 150 мг, в том числе в/в кап. №10, Trihexyphenidyli до 2 мг, Valproic acidi до 600 мг, Flupentixoli до 2,5 мг, Chlorprothixeni до 50 мг **2 курс:** Maprotillini до 150 мг, Trihexyphenidyli до 2 мг, Valproic acidi до 600 мг, Flupentixoli до 2,5 мг, Thioridazini до 62,5 мг

**Психическое состояние в динамике:** Первое время после госпитализации сохранялись прежние жалобы, была малоактивна, в контакт с другими больными не вступала. На фоне коррекции психофармакотерапии и проведении инфузионной терапии: увеличении доз лудиомила и выполнении плазмафереза – больная стала значительно активнее, настроение было несколько приподнятым, постепенно полностью исчезла тревога, восстановился сон, снизилась выраженность псориатических высыпаний.

**Была выписана на поддерживающей терапии:** людимила 75-75-0, флюанксол 2,5-0-0, депакин хроно 300-0-300, циклодол 2-0-2, сонапакс 12, 5-25-25

**Катамнез:** После выписки из НЦПЗ в 2011 году по-прежнему не чувствовала себя «полностью» здоровой, как и в предыдущий раз отмечались периоды подавленности, физической слабости, тревоги. В таком состоянии продолжала петь в храме, работала концертмейстером 2 раза в неделю в детском саду, однако делала это с трудом.

Состояние вновь ухудшилось в мае 2012 г., через полгода, тогда снизилось настроение, появились подавленность, чувство тоски, сопровождавшееся жжением за грудиной. В течение дня не могла ничего делать, не могла заботиться о свекрови, винила себя в этом. Вновь появились прежние идеи греховности, говорила: «все что со мной происходит – это мои смертельные грехи, беспробудная лень». Появилось ощущение, что она «грешница, разрушившая душу». Слова священников трактовала особым образом, словно они осуждали ее за то, что «купается в лени». Была убеждена, что должна ходить в храм по 3 раза в неделю. Отказывала идти на прием в НЦПЗ, по настоянию мужа была консультирована амбулаторно у суицидолога, принимала золофт, иксел без видимого эффекта, от рекомендованной госпитализации отказывалась. Состояние постепенно ухудшалось, еще больше снизилось настроение, начала жаловаться мужу на собственное «бесчувствие», говорила, что не может испытывать чувства радости, «не испытывает чувств к близким», считала, что «должна уйти, но этим может погубить всех родных». Наблюдалась амбулаторно психиатром в отделе особых форм психических расстройств в клинике НЦПЗ, был назначен Клопиксола акупаз до 100 мг в/м 1р/14

дн., однако состояние оставалось без значимой динамики, не верила в свое выздоровление, была направлена на госпитализацию. В июле 2012 г. таком состоянии была осмотрена психиатром ПНД и направлена на госпитализацию в НЦПЗ РАМН.

**Психический статус на момент поступления:** Выглядит соответственно возрасту. На теле выявлены псориазические высыпания, от лечения псориаза больная отказывается. Обращают на себя внимание гиперкинезы мышц лицевой мускулатуры, руки находятся в постоянном движении. Вздуроражена, подавлена, плаксива. В беседе голос тихий, несколько монотонный, мимика бедная.

Жалуется на сниженное настроение с тревогой за сына, чувством тоски, которую ощущает как «ожог груди». В течение дня не может ничем заниматься, время проводит в постели, бытовые дела не выполняет. Высказывает идеи профессиональной несостоятельности, считает, что «потеряла квалификацию», не сможет больше работать. Отмечает отсутствие «чувств к близким», говорит, что «все чувства притуплены», винит себя в «недостаточной заботе о муже и сыне».

Считает, что болезнь является следствием ее «греховности», болезнь сына также считает «наказанием за свои грехи», называет себя «грешницей, которая разрушила свою душу», затрудняется объяснить свое высказывание. Сообщает о наличии периодов с возникновением мыслей о смерти, появлением желания покончить с жизнью, однако, считает эти мысли греховными, категорически отрицает какие-либо суицидальные намерения. Сон с трудностями засыпания и ранним пробуждением, аппетит снижен, похудела на 4 кг за последние 3 месяца.

**Получала лечение: 1 курс:** Clomipramini до 125 мг, в том числе в/в кап. до 50 мг №10, Olanzapini до 7,5 мг, Oxcarbazepini до 450 мг, Trihexyphenidylі до 8 мг, Chlorprothixeni до 75 мг.

**Психическое состояние в динамике:** Первое время в отделении была малоактивна, бездеятельна. В беседах с врачом была тревожна, постоянно высказывала идеи собственной греховности. Постепенно на фоне проводимого медикаментозного лечения настроение стало несколько приподнятым, исчезли идеи самообвинения и греховности, практически нивелировалась тревога. Была

активна, общительна, часто ходила в домашние отпуска, посещала церковные службы.

**Была выписана на поддерживающей терапии:** анафранил 50 – 50 – 25 мг, трилептал 150 – 0 – 450 мг, труксал 0 – 0 – 75 мг.

**Катамнез:** После выписки из НЦПЗ в июле 2012 года чувствовала себя удовлетворительно. Вернулась на работу концертмейстером, продолжила петь в хоре, ходила в церковь, соблюдала православные обычаи, посещала религиозные таинства. Отношения в семье были ровными. Регулярно принимала поддерживающую терапию. В 2013 году (42 года) по настоянию пациентки под наблюдением психиатра трилептал и анафранил постепенно были отменены. Примерно с конца 2014 года труксал принимала нерегулярно, в последующем самостоятельно отменила и его. С этого же времени отмечался приподнятый фон настроения с повышением активности: легко справлялась с повышенной нагрузкой, работала концертмейстером в двух центрах, пела в хоре, чувствовала себя «одухотворённой».

В марте 2015 года свекровь перенесла инсульт, в связи с чем ухаживала за ней. В этом же месяце после конфликта на работе в течение нескольких минут «ничего не видела, кроме нечёткого мелькания». После этого случая стала внимательней относиться к своему здоровью, опасаясь развития у себя инсульта, однако к специалистам не обращалась. При этом настроение не снижалось, оставалась деятельной, активной. Иногда отмечались трудности при засыпании, принимала труксал с положительным эффектом.

Состояние изменилось резко в августе 2016 года, когда снова снизилось настроение, возобновилась тревога с чувством жжения в груди, апатия, сама связывала это с тем, что накануне сын (19 лет) сообщил о своем желании проживать отдельно на съемной квартире. Чувствовала свою несостоятельность как матери, жены и невестки. Постепенно нарастали тревога с двигательным беспокойством, апатия, чувство безысходности. С домашней работой и уходом за свекровью не справлялась, всё больше лежала в постели. Для облегчения своего состояния старалась чаще читать молитвы, но не всегда понимала их смысл. Вернулось

прежнее «ощущение богооставленности и беспомощности», вновь актуализировались ранее высказываемые идеи вины и греховности, также расплатой за грехи считала и своё психическое заболевание, говорила, что «если Бог хочет наказать, он лишает разума». Появилось ощущение, что от нее «исходит зловоние», из-за чего постоянно принимала душ. В течение всего дня испытывала тревогу, которая сопровождалась неусидчивостью, подёргиванием мышц лица, беспокойством в ногах. Аппетит снизился, сон стал поверхностным, с трудностями засыпания и ранним пробуждением. Считала, что сын переезжает из-за неё, «уезжает от недостойной матери». По наблюдением врача психиатра неоднократно производилась коррекция психотропной терапии без значительного эффекта. Тем временем состояние еще больше ухудшалось, на высоте состояния появилось чувство отчаяния, подумала об уходе из жизни путём приёма большого количества таблеток циклодола, но испугалась этих мыслей, в разговоре по телефону сообщила мужу о своих намерениях. В январе 2017 г. обратилась за помощью в НЦПЗ РАМН, была госпитализирована в 5 отделение.

**Психическое состояние на момент поступления:** Выглядит соответственно возрасту, одета опрятно. Выглядит напряженной, растерянной, находится в постоянном движении: часто меняет позу, двигает ногами, отмечаются выраженные орально-лингвальные гиперкинезы. На вопросы отвечает уклончиво. Настроение характеризует как сниженное. Предъявляет жалобы на нежелание что-либо делать, периодически возникающую тревогу, сопровождающуюся двигательным беспокойством. Высказывает идеи вины перед родными, своё состояние воспринимает как «наказание за грехи прошлого». Говорит, что от нее «исходит зловоние», резкий запах пота, из-за чего часто принимает душ. Из квартиры не выходит, избегает внимательных взглядов соседей. Также беспокоят склонность к запорам и затруднённое мочеиспускание. Аппетит снижен. Сон с трудностями засыпания, поверхностный, спит только после приема труксала. Суицидальные мысли и намерения на момент осмотра отрицает.

**Получала лечение:**

**1 курс:** Olanzapini до 10 мг, Amitriptylini до 125 мг, в том числе в/в кап. до 80 мг №12, Oxcarbazepini до 600 мг, Trihexyphenidili до 6 мг

**2 курс:** Quetiapini до 250 мг, Trihexyphenidili до 4 мг, Oxcarbazepini до 450 мг, Chlorprothixeni до 62,5 мг;

**3 курс:** Oxcarbazepini до 900 мг, Chlorprothixeni до 50 мг; Fluvoxamine до 100 мг.

**Психическое состояние в динамике:** На фоне проводимой терапии состояние постепенно улучшилось, выравнилось настроение, исчезла тревога за сына, дезактуализировались идеи вины и собственной греховности. В отделении была активна, доброжелательна. Однако на фоне приема оланзапина отмечалось повышение трансаминаз, в связи с чем препарат был заменен на труксал. Несмотря на смену терапии состояние оставалось стабильным.

**Была выписана на поддерживающей терапии:** oxcarbazepini 300 – 0 – 600 мг, chlorprothixeni 25 мг н/н; fluvoxamine 100 мг

**Катамнез:** После выписки из НЦПЗ в январе 2017 года чувствовала себя удовлетворительно. Вернулась к прежней работе - концертмейстером в культурном центре и певчей в хоре. Ездила с мужем в командировку в Мексику. Фон настроения был близкий к приподнятому, была деятельна, активна. Наблюдалась психиатром в отделе особых форм психических расстройств клиники НЦПЗ, принимала поддерживающую терапию. Отмечались подъёмы артериального давления до 160/90 мм рт. ст. В январе 2018 года вновь повторились эпизоды с потерей сознания. По настоянию лечащего врача психиатра обследовалась в институте неврологии, на МРТ были обнаружены очаговые изменения головного мозга. Консультировалась у невролога, специальную терапию не принимала. В августе 2018 года самостоятельно отменила поддерживающую терапию, после чего состояние вновь ухудшилось по клишированной симптоматике с возобновлением прежних идей греховности и собственной вины, также актуализировалось убеждение в своей несостоятельности как матери и жены: считала, что «портит семье жизнь», тяготило чувство одиночества, безнадёжности. Высказывала беспокойство по поводу своей

профессиональной деятельности, опасалась потерять работу. Снизилась концентрация внимания, впервые отмечала, что нарушилась память. Нарушился сон по типу трудностей засыпания. На фоне усиления тревоги появилось чувство беспокойства сначала в ногах, потом во всём теле. Снизился аппетит без потери веса. В течение трёх недель наблюдалась в дневном стационаре (август-сентябрь) ПНД № 3. Принимала амитриптилин, транквилизаторы с незначительным улучшением в виде уменьшения интенсивности тревоги. В январе 2019 г. обратилась за помощью в НЦПЗ, была госпитализирована в 5 отделение.

**Психическое состояние на момент поступления:** Выглядит соответственно возрасту. Одет опрятно, косметикой не пользуется. Выглядит напряженной, взбудораженной, не может усидеть на месте, обращает на себя внимание наличие многочисленных гиперкинезов мышц лицевой мускулатуры, пальцы рук, кисти, ступни ног в постоянном движении. Мимика обеднена, выражение лица грустное, встревоженное. Голос средней громкости, маломодулирован. На вопросы отвечает подробно, по существу.

Настроение характеризует как сниженное. Предъявляет жалобы на выраженную тревогу за здоровье сына, сопровождающуюся двигательным беспокойством. В течение дня малоактивна, не испытывает желания что-либо делать.

Высказывает идеи собственной вины, считает себя «грешницей», говорит, что сын своим здоровьем расплачивается за её грехи. Убеждена, что болезнь ее «наказание, кара за прошлые поступки». Боится, что не поправится сама. Суицидальные мысли категорически отрицает. Сон с трудностями засыпания. Аппетит снижен. Критика к состоянию частичная.

**Получала лечение: 1 курс:** Amithriptyline до 110 мг в сутки (в т.ч в/в кап. до 60 мг №8); Haloperidoli до 30 капель в сутки; Oxcarbazepini до 450 мг в сутки; Escitaloprami до 15 мг в сутки **2 курс:** Haloperidoli до 20 капель в сутки; Oxcarbazepini до 450 мг в сутки; Paroxetini до 60 мг в сутки; Chlorprothixeni до 37,5 мг в сутки; Clomipramni до 100 мг в сутки, в т.ч. в/в кап. до 75 мг. **3 курс:** Sulpiridi до 300 мг, в т.ч в/в кап. 300 мг №9; Chlorprothixeni до 100 мг в сутки; Duloxetine до

90 мг в сутки; Oxcarbazepini до 225 мг в сутки; Mianserini до 90 мг в сутки; **4 курс:** Aripiprazoli до 7,5 мг в сутки; Chlorprothixeni до 100 мг в сутки; Duloxetine до 120 мг в сутки; Oxcarbazepini до 150 мг в сутки; Mianserini до 75 мг в сутки.

**Психическое состояние в динамике:** Длительное время на фоне назначаемой психофармакотерапии не отмечалось отчетливой положительной динамики, однако редуцировались идеи греховности, несколько улучшилось настроение, при этом сохранялась выраженная тревога за здоровье сына. Отмечались нестойкие колебания настроения до повышенного, когда становилась деятельной, укорачивался сон. Но фоне 6 курса терапии состояние стабилизировалось, выравнивалось настроение, нивелировалась тревога, полностью редуцировались идеи малоценности и собственной вины, стала активна, ходила в домашние отпуска, успешно справлялась с домашними обязанностями.

**Была выписана на поддерживающей терапии:** Aripiprazoli 7,5 мг утром; Chlorprothixeni 75 мг на ночь; Duloxetine 60-0-60 мг; Oxcarbazepini 150 мг на ночь; Viperideni 2 мг утром; Mianserini 0-30-0- 45 мг.

**Катамнез:** После выписки из НЦПЗ в 2019 г. (48 лет) состояние оставалось удовлетворительным, проживала с мужем, аккуратно принимала поддерживающую терапию. До 2020 г. продолжала работать концертмейстером, с работой справлялась. В середине 2020 г. (49 лет) во время пандемии была вынуждена оставить работу концертмейстера, психическое состояние несколько ухудшилось, вновь снизилось настроение, появилась апатия, тревога, актуализировались идеи греховности. Продолжала наблюдать амбулаторно в отделении особых форм психической патологии, до конца 2020 года (49 лет) состояние было нестабильное, настроение колебалось от нерезко сниженного до несколько повышенного, однако после амбулаторной коррекции терапии, а именно замены трилептала на габапентин и каликсты на феварин, состояние улучшилось, стала активна, деятельна, продолжала работать, занималась бытовыми делами, настроение на этом фоне оставалось стабильным. В начале 2021 г. по настоянию мужа занималась бытом, проходила онлайн курсы английского языка, посещала групповые онлайн-занятия по йоге с целью поддержания физической активности. Психическое

состояние не менялось. В мае 2021 г. прошла полный курс вакцинации препаратом «Спутник V», после чего вышла на работу в храм, продолжила петь в хоре. Настроение было несколько приподнятым, была активной, деятельной, успевала работать, продолжала занятия английским языком и йогой. Психическое состояние в течение последнего года сохранялось приподнятым, аккуратно принимала поддерживающую терапию.

**Психическое состояние на момент осмотра (08.10.21):** Выглядит соответственно возрасту. Одета опрятно, волосы причёсаны, на лицо нанесена легкая декоративная косметика. Сидит в расслабленной позе, меняет ее по ходу беседы, активно жестикулирует. Отмечаются стереотипные непроизвольные движения лицевой мускулатуры. Мимика подвижная, соответствует теме беседы. Голос средней громкости, темп речи несколько ускорен. В начале разговора говорит, что старается не вспоминать о своих прошлых состояниях, однако в процессе беседы становится более доступной, подробнее рассказывает о своих переживаниях. На вопросы отвечает не всегда по существу, дает неполные ответы, так, при расспросах о причине тревоги рассказывает о «тяжелых советских временах».

В настоящее время настроение несколько приподнятое. Жалоб на состояние не высказывает. Сообщает, что эпизодически бывают тревожные мысли по поводу сына, однако старается не фиксироваться на них. По поводу собственной религиозности высказывает мнение, что считает себя «не до конца воцерковленной». Признается, что в «депрессии» не может верно оценить свою жизнь, считает, что жизненные трудности в том числе ее заболевание, являются «карой, наказанием Бога». Говорит, что сейчас понимает, что «болезнь дается не за что-то, а для чего-то». Рассказывает, что в состоянии спадов притупляется «ощущение веры», больная перестает «чувствовать поддержку от Бога», появляется чувство «богооставленности и беспомощности», однако признается, что «знание, что Бог рядом, остается».

Сообщает, что в течение дня активна, работает певчей в хоре, в свободное время посещает онлайн-занятия в образовательной программе для старшего

поколения «московское долголетие», посещает онлайн занятия по йоге и английскому языку. Проживает с мужем, с домашними обязанностями справляется. Сон медикаментозный, достаточный. Аппетит в норме. Суицидальные мысли на момент осмотра отрицает.

**Терапия на момент осмотра:** Gabapentini 300 – 0 – 300 мг; Aripiprazoli 15 мг утром; Olanzapini 5 – 0 – 5 мг; Duloxetini 60 – 0 – 0 мг; Fluoxetini 0 – 0 – 100 мг; Lithii carbonatis 300 – 0 – 300 мг.

**Клинический разбор:** В настоящее время состояние определяется длительной лекарственной ремиссией. Заболевание характеризуется биполярным течением с преобладанием развернутых депрессивных фаз. В структуре перенесенных приступов преимущественно доминировали депрессивно - бредовые состояния с идеями самообвинения, самоуничтожения и греховности с явлениями психической анестезии, ощущением беспомощности и богооставленности и выраженной тревогой за здоровье сына. При этом стоит отметить, что заболевание характеризовалось континуальным типом течения, выраженных маниакальных фаз у больной не наблюдалось, длительность фаз составляла в среднем около года с тенденцией к удлинению интервала по мере взросления больной.

Начало заболевания вероятно относится к зрелому возрасту, начальный период заболевания характеризовался смешанным состоянием с колебаниями настроения по типу циклотимии. Манифестное психотическое состояние развилось в 2009 г. (38 лет) на фоне психогенной провокации соматическим заболеванием сына. Структура психоза определялась депрессивно-бредовым состоянием с доминированием идей виновности, самоуничтожения, греховности и суицидальными тенденциями на высоте состояния.

Дальнейшее течение заболевания характеризуется повторными приступами по типу «клише» с ремиссиями высокого качества без выраженных изменений личности.

Преморбидно больная относится к гипертимному кругу с истерическим радикалом.

Религиозность больной на протяжении всей болезни сохраняет гармоничный характер, не претерпевает существенных изменений и выполняет роль поддерживающего фактора на постпсихотических и межприступных периодах болезни.

**Диагноз: F31.7 Биполярное аффективное расстройство. Состояние терапевтической ремиссии.**

**Приложение Б. Наблюдение №2 – II тип РДБС с острым чувственным бредом**

**Р-ая Е. В., 1975 г.р. (история болезни №4329), дата поступления: 22.10.2021; не работает**

**Линия матери:**

**Бабка** - умерла в возрасте 75 лет в результате острого нарушения мозгового кровообращения. Образование среднее специальное, в течение жизни работала швеей, в последние годы жизни занималась торговлей. По характеру была активная, общительная, вместе с тем отличалась строгостью, конфликтностью.

**Дед** - сведений нет.

**Мать** - 73 лет (1947 г.р.). Образование неоконченное высшее педагогическое. Работала воспитателем ДДУ, после переезда - бухгалтером. В настоящее время на пенсии, занимается ведением домашнего хозяйства. По характеру грубая, несговорчивая, строгая, в то же время общительная. Всегда настороженно относилась к официальной медицине, старалась не обращаться за помощью к врачам.

**Линия отца:**

**Дед** - сведений нет.

**Бабка** - умерла в возрасте 85 лет в результате острого нарушения мозгового кровообращения. Образование среднее. В течение жизни занималась ведением домашнего хозяйства. По характеру была спокойная, общительная, коммуникабельная. Отличалась религиозностью, придерживалась православной веры, соблюдала обычаи и обряды, однако не навязывала близким свои религиозные убеждения.

**Отец** - 71 год (1950 г.р.). Образование среднее специальное, столяр. В течение жизни работал бригадиром на частных предприятиях, в настоящее время на пенсии. По характеру спокойный, мягкий, уравновешенный. До 60-летнего возраста злоупотреблял алкоголем, страдал запойной формой алкоголизма. В состоянии опьянения становился грубым, вступал в конфликты с женой, в то же время физической агрессии не проявлял.

### **Другие родственники:**

**Старшая сестра:** род. 1970 г. – 51 год. Имеет высшее педагогическое образование, работает учителем подготовительных классов. До 42 лет не работала, занималась домашним хозяйством. В настоящее время состоит в разводе, имеет от брака двоих детей. По характеру активная, эмоциональная, вместе с тем тактичная. Воцерковленная, придерживается православной веры, после смены религиозной конфессии нашей пациенткой 3 года назад, практически прекратила с ней общение.

**Младшая сестра:** род. 1981 г. – 40 лет. Имеет среднее специальное образование - библиотекарь. Работала в консалтинговом агентстве оператором, в настоящее время в декретном отпуске. Состоит в браке, имеет от брака двоих детей. По характеру грубая, конфликтная, вспыльчивая, отношения с больной не поддерживает.

**Сын** – род. 2002 г.р, 19 лет. В возрасте 12 лет отказался от проживания с нашей пациенткой, переехал к отцу в соседнюю квартиру, якобы из-за наличия там отдельной комнаты. В настоящее время учится в колледже и работает в банке.

**Пробанд:** Родилась и выросла в Москве. Первые воспоминания относит к 3-летнему возрасту. Со слов матери знает, что в дошкольном возрасте посещала детский сад. В группе адаптировалась постепенно: выборочно общалась с другими детьми. С детства росла подвижным, жизнерадостным ребенком, была склонной к фантазированию, любила рисовать, разрисовывала дома стены, любила активные игры. Помнит, что испытывала жалость к животным, часто плакала, при этом во время плача не всегда «могла остановиться», «начинала захлебываться», испытывала затруднение при вздохе, «теряла сознание». Со слов матери знает, что

в такие моменты отмечалась бледность кожных покровов, синева губ. Мать по поводу таких состояний дочери к врачам не обращалась. Подобные эпизоды повторялись с 4 до 7 лет, прошли самостоятельно.

В 7 лет начала посещать общеобразовательную школу. В новом коллективе адаптировалась постепенно, отношения с другими детьми поддерживала формальные. Училась на удовлетворительные отметки, справлялась с трудом, не всегда понимала смысл заданий, по несколько раз могла перечитывать упражнения, испытывала трудности понимания объяснений преподавателя. Во время ответов у доски испытывала тревогу, неуверенность в себе, так как не владела учебным материалом. Домашние задания выполняла только под контролем матери. Посещала логопеда, однако часто пропускала занятия, так как отсутствовал к ним интерес. В свободное время предпочитала оставаться дома, играла в куклы - «дочки-матери», также нравилось сидеть у окна и «воображать себе что-то», например, представляла, что у нее появилась собака, такая же как у соседей.

В 4 классе (11 лет – 1986 г.) переехала с родителями в другой район, перевелась в школу по месту жительства. В коллективе адаптировалась хорошо, завела близких друзей. Улучшилась успеваемость, однако домашнее задание по-прежнему выполняла под присмотром матери и испытывала трудности в усвоении материала. Среди предметов отдавала предпочтение гуманитарным наукам, тяготела к творчеству, нравилось рисовать мультипликационных героев. В свободное время ходила на прогулки со знакомыми, читала художественную литературу, предпочитала приключенческие романы. Настроение в период обучения в средней школе (11 – 15 лет) было несколько приподнятым. Мenses – с 14 лет, регулярные, безболезненные, сопровождающиеся появлением раздражительности в период менструации.

В 15 лет успешно окончила 9 классов школы. В связи с неудачей при поступлении в художественное училище, по совету матери пошла в техникум, обучалась по специальности «кондитерское дело». Заинтересованности к выбранной специальности не было. В коллективе адаптировалась легко, завела подруг, неоднократно ездила с ними в летний лагерь. Настроение в тот период было

ровным, без колебаний. Интерес к противоположному полу – с 15 лет, при знакомстве особое внимание обращала на внешность. До совершеннолетия в отношения не вступала. В 18 лет впервые начала встречаться с молодым человеком, влюбленности к нему не испытывала, однако вступила с ним в половые отношения. Через некоторое время рассталась с ним по собственной инициативе, по причине того, что избранник не проявлял к ней необходимого внимания, настроение в этот период времени оставалось ровным.

В том же возрасте (18 лет – 1993 г.) окончила кондитерский колледж, затем по своему желанию поступила в художественное училище на отделение анимационной кинематографии, однако снова быстро разочаровалась в специальности – поняла, что не обладает необходимыми для этой работы навыками. Училась удовлетворительно, испытывала трудности при выполнении несложных заданий, однако не могла долго концентрироваться на одном деле, не хватало терпения. Тем не менее успешно окончила колледж (19 лет – 1994 г.), после окончания по специальности работать не пошла, устроилась на работу секретарем в автосервис. В коллективе адаптировалась быстро, с работой справлялась, нравилось, что большую часть рабочего времени могла читать и общаться с коллегами. В 1995 г. уволилась, следующие 4 года неоднократно меняла места работы с целью повышения заработка, работала в основном на неквалифицированных должностях, проживала с матерью. Настроение в течение этого времени оставалось ровным, без колебаний.

В 1998 г. (23 года) на улице познакомилась с будущим мужем, через некоторое время после знакомства переехала к нему жить. В 1999 г. (24 года) оформили официальный брак. Семейная жизнь протекала ровно, в 2002 г. (27 лет) родился сын. Беременность протекала без особенностей. Роды – в срок, путем операции кесарева сечения, в связи с обвитием плода пуповиной. В послеродовом периоде ухудшения психического состояния не наблюдалось. В течение последующих 3 лет находилась в декретном отпуске. С удовольствием занималась уходом за ребенком, ведением домашнего хозяйства, с обязанностями справлялась. В 2005 г. (30 лет) устроилась на работу воспитателем в детский сад, однако смогла проработать там

только 2 недели, уволилась по собственной инициативе, так как не нравилось чувствовать ответственность за чужих детей. Настроение с 23 до 30 лет оставалось ровным.

В 2006 г. (31 год) впервые отчетливо, без видимой причины, резко улучшилось настроение, стала активна, испытывала чувство радости, «эйфорию», «душевный подъем». В тот период стала уделять внимание своему внешнему виду, покупала дорогие предметы одежды. Похудела с 57 кг до 45 кг, укоротился ночной сон до 6 часов в сутки. Устроилась на работу флористом, много времени проводила в цветочном магазине, имела высокую заработную плату. Стала тратить большие средства на заказ дорогостоящих продуктов питания, регулярно употребляла алкогольные напитки – вино, пиво, ежедневно могла выпить бутылку вина. Испытывала потребность в общении, по этой причине, в тайне от мужа, ходила в бары, рестораны, где также выпивала и знакомилась с другими мужчинами, однако, якобы, в сексуальные связи с ними не вступала.

В середине 2006 г. во дворе своего дома познакомилась с мужчиной, с которым общалась в течение 3 месяцев. Практически «сразу поняла, что влюбилась», вступила в сексуальные отношения с ним. После чего призналась во всем мужу, оформила официальный развод и переехала в соседнюю квартиру вместе с сыном и новым возлюбленным. Через месяц после описанного события, поняла, что «совершила ошибку», хотела разойтись с мужчиной, но откладывала расставание. В тот период незначительно снизилось настроение, с ухудшением состояния преимущественно в вечерние часы, что сопровождалось размышлениями о том, что «зря ушла от мужа», испытывала вину за свой поступок. Несмотря на изменение состояния продолжала успешно работать, со своими обязанностями справлялась, имела высокий доход. Купила в кредит дом в Подмоскowie «для всей семьи», новую машину, самостоятельно оплачивала расходы на кредит и обеспечивала нового возлюбленного. В свободное от работы время алкоголизировалась вместе с избранником, тратила большие средства на дорогую одежду и «деликатесы». Настроение в течение шести лет (с 2006 года) было преимущественно повышенным.

В 2012 г. (37 лет) сожитель попал в аварию, получил травму головы и спины. По настоянию пациентки был оперирован и проходил реабилитацию в Боткинской больнице на коммерческой основе. Настроение в тот период значительно не снижалось, была активна, самостоятельно организовала перевод в больницу и лечение избранника, продолжала работать, с обязанностями справлялась. В тот же период впервые «обратилась к Богу», просила его спасти возлюбленного, возила в церковь цветы (до 2019 г.), совершала пожертвования, однако таинства не посещала, канонических традиций не соблюдала, в последствии настоятелем церкви была отмечена знаком отличия.

В том же году (2012 г.) вышла замуж за сожителя, при этом не испытывала чувств к нему, считала, что необходимо оформить официальный брак по религиозным мотивам, «чтобы не было прелюбодеяния». Настроение следующие два года колебалось от несколько пониженного в вечерние часы, когда алкоголизировалась, размышляла о несостоятельности своей семейной жизни, винила себя в распаде брака с прежним мужем, до повышенного, с работоспособностью, активностью в утреннее и дневное время. Сон в этот период времени не менялся, аппетит был повышенным, поправилась на 10 кг за 2 года.

В 2014 г. (39 лет) вновь ощутила подъём настроения с эйфорией, чувством радости. В этот же период времени развелась со вторым мужем по собственной инициативе. В тот же год сын пациентки принял решение о проживании с отцом, что никак не повлияло на ее эмоциональное состояние. Снова стала уделять много внимания своей внешности, начала соблюдать диету, перестала употреблять алкоголь, пила коктейли «Energy diet», похудела с 65 кг до 45 кг, ходила на различные «бьюти»-процедуры – делала инъекции ботокса, сделала себе татуировки (надписи: «Love and money rules», «Beast»).

В 2015 г. (40 лет) в торговом центре познакомилась с молодым человеком, который был младше ее на 15 лет, начала жить вместе с ним, отношения с избранником сложились конфликтными, однако не прекращала их. В тот же год потеряла работу по причине закрытия цветочного магазина, однако, ради поддержания прошлого материального положения продала ценные вещи, машину.

Настроение в тот период оставалось приподнятым, была активна, подрабатывала флористом в различных магазинах, с работой справлялась.

В начале 2018 г. (42 года) рассталась с последним избранником. Настроение было повышенным, испытывала чувство эйфории, «довольства собой» – часто смотрелась в зеркало, нравилось, что была привлекательна для мужчин. В течение дня была активна, посещала увеселительные мероприятия, знакомилась в барах с мужчинами.

Летом 2018 г. с целью устройства личной жизни, стала искать решения в учениях различных религиозных конфессий (иудаизме, православии, мусульманстве). Тогда же начала читать различную религиозную литературу, прочитала Тору, Библию. Однажды, при посещении мечети внезапно почувствовала, что «здесь Бог», как будто «открыла что-то новое для своей души, чего раньше не подозревала». Практически сразу после описанного случая, неожиданно для себя, получила в подарок от знакомого «Коран», поняла, что «это все не случайно». Впоследствии регулярно стала посещать мечеть, изучать традиции ислама, совершала намаз в течение дня, соблюдала посты.

В начале весны 2019 г. (43 года) приняла ислам, в тот момент почувствовала счастье, «как камни упали с плеч», «будто грехи, которые ее душили, отпущены». Поняла, что Аллах выбрал ее для «особой миссии – нести ислам в массы», стала посещать исламскую школу. Старалась приобщить к мусульманству свою семью, рассказать им об «истинном Боге», на улицах преследовала православных прихожан, которым также старалась рассказать об исламе. Окружающую обстановку трактовала особым образом, считала, что «Бог подает знаки», «оказывает помощь», понимала, что «текст Корана обращается к ней». Постоянно испытывала «присутствие всеобъемлющей любви», была чрезмерно активна и деятельна, начинала множество дел, но не доводила начатое до конца, с окружающими людьми говорила практически только о религии. В течение года пыталась устроиться на работу, искала вакансии только в «мусульманском» сообществе, так смогла устроиться в магазин по продаже халяльных продуктов, но проработала там только 4 дня. Впоследствии затруднялась объяснить почему

отказалась от этой работы, корила себя за то, что была так легкомысленна, и не смогла понять, что эту работу «послал ей Аллах».

В тот же период (весна 2019 г.) при посещении мечетей неоднократно обращала внимание на то, как мужчины заботятся о своих женах, внезапно поняла, что «женщина должна быть покорной», в связи с чем решила «надеть платок». После этого ощутила, что теперь она «под защитой», «светлая и очищенная», поняла, что «знает истину: Аллах – единый Бог». Тогда же, для исполнения «заповедей Аллаха», начала поиск мужа на «мусульманских» сайтах знакомств, для встреч выбирала мечети, однако, в дальнейшем отношения с этими мужчинами не поддерживала, «не могла заставить себя выйти замуж без чувств». Ночной сон в тот период сократился до 4 часов в сутки. Настроение в течение пяти лет (с начала 2014 года) было повышенным.

В мае 2019 года, после окончания поста, без каких-либо внешних причин, внезапно снизилось настроение. Появилось чувство страха перед Богом, опасалась его гнева за «прегрешения молодости», боялась читать религиозную литературу, опасалась говорить об исламе, ощущала «будто оказалась в капкане». В конце июля (24.07) состояние значительно ухудшилось, после того как пошла на день рождения родственницы, где по просьбе родных «сняла платок»: в этот момент резко усилилось чувство страха наказания за свои грехи. После описанного случая постоянно вспоминала свои прошлые проступки. Размышляла о том, что «это была проверка и она ее не прошла», «как будто тогда заткнули уши и глаза», в то же время понимала, что не может жить религиозной жизнью – «было раздвоение, одна сторона за ислам, а другая не может исполнять все обязательства». Не могла молиться, постоянно испытывала тревогу, чувствовала, как «все разлагается в душе», ощущала отчаяние, тоску. В то же время практически ничем не могла заниматься, время проводила в пределах постели, сократила общение с окружающими, перестала следить за собой. Ухудшился сон, подолгу не могла уснуть, нарушился аппетит, отказывалась от еды.

Несмотря на описанное состояние, осенью 2019 г. (44 года) устроилась на работу продавцом в магазин косметики, однако с обязанностями практически не

справлялась, так не могла вовремя прийти на работу, пропускала смены, уволилась спустя 2 месяца. В тот же время начала читать книгу «Жизнь пророка Мухаммеда», прочла там описание ангелов, в частности описание архангела Джебрайла, поняла, что существуют ангелы, которые наказывают за грехи, после чего усилился страх Бога, была уверена, что Аллах за ней постоянно наблюдает, «записывает ее дела», считала, что будет наказана за свои прошлые поступки, стала бояться «Аллаха и его могущества», решила, что необходимо строже соблюдать хадисы, чтобы «спастись во время судного дня». Чувствовала, что «Аллах слышит все мысли», считала, что может быть наказана за плохие мысли. Появилась «боль во всем теле», «тело как не мое» испытывала ощущение разлаженности всего организма: «словно тело разъехалось в разные стороны», «все органы работают по отдельности», ощущала, словно «плохо работает голова». Появилось ощущение «жжения» в груди, «как будто горящие угли» жгли изнутри, постоянно испытывала головную боль то колющего, то сжимающего характера, будто «обручем сдавливало голову». Чувствовала, что мир разделился на верующих и неверующих, себя не могла отнести к верующим, словно находилась «где-то посередине», считала себя «грешницей», так как не соблюдала все заповеди Аллаха.

В поиске способов спасения от наказания, а также желая получить поддержку родных, снова обратилась к православной церкви, неоднократно посещала церковные службы, ходила на исповедь и причастие, однако облегчения своего состояния не почувствовала. Постепенно состояние ухудшалось, считала, что «Коран повернулся другой стороной». В то же время появились мысли, что на нее «навели порчу», «позавидовали» тому, что она «обрела счастье после принятия ислама», не исключала, что именно по этой причине она и совершила попытку отречься от своей веры (подобные мысли сохраняются до последнего времени). Вместе с этим, была убеждена, что, когда «сняла платок» и пыталась отказаться от ислама, Бог решил ее наказать (не надевала платок с июля 2019 до начала 2020 г.). Перестала ощущать «заботу Бога», поняла, что Аллах отвернулся от нее. При попытке снова носить платок не испытывала прежнего ощущения «защиты» и «чистоты», после чего еще больше убедилась, что бытовые проблемы, долги по

кредитам и нестабильное материальное положение – это наказание Бога. Тогда стала избегать общения с людьми, опасалась осуждения мусульман за свои прегрешения, перестала выходить из дома, все время проводила в пределах постели. Четко понимала, что ее состояние – «это наказание Бога», неоднократно пыталась совершать намаз, читать дуа, чтобы «отмолить свои грехи», при этом не чувствовала «объединения с Богом», сил на исполнение ритуалов не было, корила себя за это. Снизился аппетит, не чувствовала прежнего вкуса пищи, что также связывала с тем, что Аллах отвернулся от нее. Сон был нарушен с трудностями засыпания.

С весны 2020 г. (44 года) состояние еще более ухудшилось, впервые стали беспокоить мысли о нежелании жить. В связи с ухудшением состояния обращалась за помощью в НППЦ им. Соловьева, находилась на стационарном лечении в течение месяца с незначительным положительным эффектом (объективные данные о лекарственных назначениях отсутствуют).

Летом 2020 г., несмотря на прием поддерживающей медикаментозной терапии, вернулось чувство тревоги, вновь появилось ощущение собственной греховности «перед семьей и сыном», постоянно вспоминала прошлые проступки, после чего усиливалось чувство вины перед родными. Обратилась в ПНД по месту жительства и была направлена на стационарное лечение в ПБ№4 им. Ганнушкина, где проходила лечение в течение 25 дней, без существенного эффекта: фон настроения сохранялся сниженным, постоянно в течение дня чувствовала боль в голове, ощущение жжения в груди, считала себя греховной, обвиняла в плохом отношении к родным.

Значительное ухудшение состояние отмечалось летом 2021 г., (45 лет) когда появилась немотивированная тревога в течение дня и тревога за будущее, не видела выхода из ситуации, «потеряла надежду на исцеление». На высоте состояния планировала с суицидальной целью принять 2 упаковки «снотворного» (название препарата впоследствии назвать затруднялась), однако испытала опасение неудачи в реализации своего замысла и еще большего ухудшения психического состояния. С этого момента стала проживать с родителями, однако, не ощущала их поддержки,

что связывала со своим обращением в ислам. С того же периода начала сдавать свою квартиру за долги по коммунальным услугам, что также связывала с наказанием Аллаха. По назначению врача ПНД принимала в течение 3 недель амитриптилин, эсциталопрам без существенного эффекта. С июля 2021 г. (45 лет) состояние еще более ухудшилось, испытывала подавленность, ощущение безнадежности и безвыходности, поняла, что «Аллах ее не простит», поскольку «Бог дает исцеление, а ей не дает». Чувствовала путаницу в голове, не могла ни на чем сосредоточиться, постоянно «менялись мысли», испытывала ощущения наплыва мыслей, считала, что темные силы таким образом «искушают ее». В сентябре 2021 г. ушла из дома, хотела «уйти и не возвращаться», на протяжении 5 часов стояла у окна в подъезде дома, думала спрыгнуть вниз, после чего несколько дней провела у соседки, так как не хотела возвращаться к родителям (С конца весны 2019 г. и по настоящее время настроение было пониженным в течение 2,5 лет). По настоянию родных обратилась за помощью в клинику НЦПЗ, где была проконсультирована и госпитализирована в 3-е отделение.

**Психическое состояние при поступлении:** Выглядит соответственно паспортному возрасту. Нормостенического телосложения, декоративной косметикой не пользуется, волосы аккуратно собраны в пучок, надет платок. Одеты аккуратно, непритязательно, в мешковатую чистую одежду. Напряжена. Пассивно соглашается на беседу с врачом. Выглядит встревоженной, печальной, плаксивой. Во время беседы сидит ссутулившись, не жестикулирует. Поддерживает зрительный контакт, пристально смотрит на собеседника. Мимика обеднена. Голос тихий, маломодулированный, с грустными интонациями, отвечает на вопросы по существу, в плане заданного, во время беседы оглядывает окружающих врачей, следит за их реакцией.

Жалуется на сниженное настроение с ощущением подавленности, тревогу за будущее, высказывает идеи собственной греховности и виновности. Также жалуется на чувство апатии, слабость, тоску, в виде болезненного ощущения в груди, «обжигающего холода», отсутствие чувств, пустоты, говорит, что «душа будто мертва». Не может молиться, испытывает страх во время совершения намаза,

чувствует, что «Аллах отвернулся от нее», что «она не получит прощения». Высказывает мысль, что «все бессмысленно, уже не будет все хорошо». Также в ходе беседы сообщает, что ощущает «беса» внутри себя, который влияет на ее мысли. Сообщает, что находится в центре борьбы сил Добра и Зла. Аппетит сниженный, сон нарушен по типу трудностей засыпания с частыми ночными пробуждениями. На момент осмотра высказывает пассивные суицидальные мысли без тенденции к их осуществлению. Критика к состоянию отсутствует.

**Психическое состояние при осмотре (23.01.2022):** Выглядит соответственно паспортному возрасту, декоративной косметикой не пользуется, волосы аккуратно собраны в пучок, голова не покрыта платком. Одета опрятно, непритязательно. В процессе разговора несколько напряжена, однако с охотой соглашается на беседу с врачом. Во время разговора сидит несколько ссутулившись, в дальнейшем принимает более расслабленную позу, жестикулирует. Мимика обеднена. Голос тихий, маломодулированный. На вопросы отвечает по существу, подробно. Дает противоречивые ответы, путается в датах последних 10 лет, отрывочно помнит себя в юности. Так, не может точно назвать даты своих замужеств, не всегда может точно рассказать последовательность событий жизни, не может подробно описать свои ощущения, отвлекается на несущественные детали. При этом точно называет год, когда приняла ислам, точно называет число, когда «сняла платок», может сопоставить события своей жизни с возрастом сына на тот момент.

Жалуется на сниженное настроение с ощущением подавленности, высказывает тревогу за будущее, обеспокоена тем, «как жить дальше». Также жалуется на чувство апатии, слабость, при этом отмечает, что интенсивность этих ощущений уменьшилась за время госпитализации. Отрицает существование внутри себя «беса», при этом некоторые свои поступки связывает с тем, что «шайтан попутал», в пример приводит случай, когда она сняла платок. Высказывает идеи собственной греховности, однако, с связи с улучшением собственного самочувствия считает, что «появилась надежда на прощение Аллаха». Убеждена,

что ее состояние — это наказание Бога за ее прошлые грехи, за то, что пыталась отречься от него, была груба с родными, не уделяла сыну необходимого внимания.

Аппетит достаточный, сон нарушен по типу трудностей засыпания с частыми ночными пробуждениями. Суицидальные мысли на момент осмотра не высказывает. Критика к состоянию частичная.

**Получала лечение: 1 курс:** Olanzapini до 20 мг, Sol.Haloperidoli до 20 мг, в том числе в/в кап. до 20 мг №11, Sol. Diazepamі до 10 мг в/в кап.№11, Trihexyphenidili до 6 мг. **2 курс:** Clozapini до 100 мг, Haloperidoli до 20 мг, Aripiprazoli до 30 мг; Fluvoxamini до 50 мг, Trihexyphenidili до 6 мг, Amantadini до 300 мг. **3 курс:** Clozapini до 75 мг, Aripiprazoli до 30 мг; Escitaloprami до 20 мг, Valproic acidi до 300 мг, Trihexyphenidili до 6 мг, Amantadini до 300 мг. **4 курс:** Clozapini до 50 мг, Aripiprazoli до 15 мг; Sertralini до 100 мг, Trihexyphenidili до 6 мг, Amantadini до 300 мг. **5 курс:** Clozapini до 50 мг, Trifluoperazini до 20 мг; Duloxetini до 120 мг, Trazodoni до 150 мг, Trihexyphenidili до 6 мг, Amantadini до 300 мг.

**Клинический разбор:** Состояние больной определяется становлением ремиссии после затяжного депрессивно-бредового состояния, в структуре которого депрессивный аффект сочетался с бредовыми идеями самообвинения, малоценности, виновности, греховности, наказания и богооставленности, явлениями острой деперсонализации, элементами нигистического бреда Котара, явлениями острого чувственного бреда, интерпретативными идеями порчи и сглаза, дезорганизацией мышления вплоть до малых идеаторных автоматизмов. На высоте состояния имели место суицидальные тенденции. В настоящее время при осмотре отмечается некоторая лабильность настроения, отсутствие полной критики к состоянию.

Наследственность отягощена случаями алкоголизма.

В преморбиде больная с истерическими и шизотипическими чертами. С 4 до 7 лет отмечались состояния близкие к респираторным припадкам Штрот-Маера. С 11 до 15 лет очерченное гипоманиакальное состояние.

Манифестный этап с 31 года в виде хронической гипомании с расторможенностью влечений, сокращением ночного сна, повышением продуктивности, злоупотреблением алкоголя и необдуманной тратой денег.

Дальнейшее течение заболевания носит континуальный характер. С 37 до 39 лет отмечалось смешанное аффективное состояние по типу ультрабыстрых циклов. С 39 лет развитие хронического маниакально-бредового состояния с эйфорией, метафизическим поиском и формированием сверхценного религиозного мировоззрения с идеями мессианства, и элементами бреда значения. Кроме того, следует подчеркнуть хронический характер течения аффективных расстройств с преобладанием маниакальных фаз.

Религиозность на доманифестном этапе носила формальный характер, дальнейшее формирование религиозного мировоззрения происходило по механизму озарения и носило патологический характер.

С мая 2019 г. резкая смена аффекта на депрессивный с присоединением острого чувственного бреда, достигающего до элементов антагонистического бреда, с элементами витальной тоски, деперсонализацией, когнитивными расстройствами, идеями сглаза и порчи, открытостью мыслей, неразвернутыми идеаторными автоматизмами, локальными сенестопатиями, бредовыми идеями виновности, греховности, наказания, сверхценными религиозными идеями мировоззренческого характера. Стоит отметить, что кратковременная смена религиозного контента от ислама до православия в значительной мере связана с аффективными колебаниями.

**Диагноз: F25.2 Шизоаффективное расстройство, смешанный тип. Стадия становление ремиссии.**

**Приложение В. Наблюдение №3 – III тип депрессивно-параноидные  
состояния с преобладанием синдрома Кандинского-Клерамбо**

**П-ин С. А., 1968 г.р. (история болезни №3527), дата поступления:  
24.08.2021; доцент, преподаватель ВУЗа**

**Линия матери:**

**Дед, бабушка** – сведений нет. Известно, что не общались с семьей больного, так как не признавали брак дочери.

**Мать** (умерла в возрасте 52 лет, рак легких). Проживала в деревне в Рязанской области. Имела среднее медицинское образование, работала фельдшером. По характеру была добрая, заботливая, опекающая. Верила в колдовство, говорила, что «дети родились в гиблых местах». С отцом больного в браке имела троих детей. Также известно, что, когда больному было 5 лет в течение нескольких месяцев находилась в психиатрической больнице, подробности выяснить не удастся.

**Линия отца:**

**Бабушка** – умерла, сведений нет.

**Дед** – умер, известно, что служил офицером в белой, а затем в красной армии. В дальнейшем был руководителем рязанского района.

**Отец** (умер в возрасте 60 лет, рак легких) – Проживал в Рязанской области. Имел среднее специальное образование, работал лесником. По характеру был вежливым, ответственным, доброжелательным. Часто выпивал алкогольные напитки, в состоянии опьянения становился раздражительным, вступал в конфликты с женой, мог накричать на детей.

**Другие родственники:**

**Старший брат:** род. 1964 г. – 57 лет. Имеет среднее специальное образование. Занимается сельским хозяйством. По характеру участливый, мягкий.

**Старший брат:** род. 1966 г. – 55 лет. Имеет высшее образование. Окончил Коломенский университет по специальности лесо-техническое дело. В настоящее время работает техником вентиляционных систем. По характеру твердый, ответственный, общительный. В детстве нанес больному травму лопатой.

**Дочь** – род. 1994 г., 26 лет. С детства часто болела простудными заболеваниями с различными осложнениями. В возрасте 16 лет перенесла нейрохирургическую операцию по поводу развившегося кровоизлияния в головной мозг, была обнаружена венозно-артериальная мальформация. С того времени отмечаются длительные периоды депрессии. В 2020 г. ( 25 лет) отмечалось состояние возбуждения, когда не спала, убегала из дома. Тогда же нанесла себе ножом на животе слово «эмпатия». В настоящее время посещает психолога, живет отдельно от родителей. Окончила литературный институт, пишет стихи, не работает.

**Сын** – род. В 2012 г – 9 лет, ходит в школу, здоров.

**Пробанд:** Родился от 4 ой беременности. Раннее развитие и рост – без особенностей. Рос деревне в Рязанской области, где воспитывался теткой и знакомой матери. Помнит себя спокойным, общительным ребенком. Нравилось играть в подвижные игры со сверстниками, при этом мог в одиночестве играть в солдатиков, придумывал себе армию, играл в войну. В детском возрасте боялся, что его могут «украсть цыгане», однако в компании ровесников ходил к ним в табор, «наблюдал за жизнью». Рос в нерелигиозной среде, не приучался к религиозной жизни, со стороны матери неоднократно слушал высказывания по поводу колдовства и мистики. В то же время рассказывает, что мать была верующей, читала молитвы, однако церковь не посещала, так как «ее не было в деревне». В возрасте около 5 лет во время ссоры с братом получил тяжелую травму лопатой в области лба (лопата застряла в голове), после чего потерял сознание, очнулся через некоторое время в больнице. Знает, со слов матери, что находился в тяжелом состоянии, что ему «накладывали скобки на череп». Рассказывает, что после этой травмы эпизодически «рябит и мелькает» в глазах. С раннего возраста эпизодически отмечает звучание собственного голоса, в дальнейшем называл этот голос «божественным».

В школу пошел в возрасте 7 лет, в коллективе адаптировался постепенно, имел двух друзей, с которыми был знаком ранее. Помнит себя замкнутым, малообщительным ребенком, на уроках замечаний не получал, «боялся

учительницу», которая могла накричать и ударить указкой по столу. Учился плохо, на «двойки и тройки», особого интереса к учебе не испытывал. В свободное от школы время гулял со сверстниками, помогал матери с работой по уходу за больными людьми. Сообщает, что старался не выходить из дома в темное время суток, так как проживал в «гиблых местах», где часто происходили «плохие вещи», якобы местные жители видели там различных «существ», духов, часто болели, при этом пользовались помощью знахарей, колдунов. Помнит, как в младших классах во время прогулки с матерью видел черную кошку с «необычной головой», воспринял ее как «злой символ», высказывает мнение, что она «могла повлиять на его дальнейшую жизнь».

После перехода в среднюю школу успеваемость улучшилась, из предметов нравились география, история, биология. В свободное от школьных занятий время читал научную фантастику, играл в подвижные игры, помогал матери в работе. После 8 класса (15 лет – 1983 г.) сам перевелся в школу – интернат в г. Шилов, считал, что там лучше образование. В коллективе адаптировался постепенно, учился на хорошо и отлично. В этот период незначительно снизилось настроение, скучал по дому, ждал возможности встречи с семьей. Состояние выровнялось спустя две недели, после того как завел приятелей. В свободное от занятий время общался с одноклассниками, играл в шахматы, читал книги. На выходные ездил в деревню, помогал матери в работе.

После окончания школы (17 лет – 1985 г.) самостоятельно поступил в Коломенский институт на исторический факультет. Специальность выбирал сам, по интересам. В коллективе адаптировался хорошо, быстро нашел новых друзей. Учился на отлично, получал повышенную стипендию. С того же времени писал стихи, выступал на поэтических вечерах, публиковался в различных литературных журналах. Также увлекался античной литературой, читал философские труды (Шопенгауера). После окончания первого курса по призыву поступил на службу в армию в ракетные войска в Украину, отслужил 2 года. Во время службы за компанию попробовал алкоголь и курение. Курить бросил самостоятельно в 45 лет. На первом году службы (1986г.) впервые отметил ухудшение состояния, когда от

онкологии скончалась мать. Тогда резко снизилось настроение, ощущал тоску, подавленность, нарушился ночной сон с частыми ночными просыпаниями. Испытывал нежелание чем-либо заниматься, однако продолжал соблюдать установленный в армии режим. Своими переживаниями ни с кем не делился, состояние стабилизировалось самостоятельно в течение года. После службы вернулся в институт на 2 курс (1988г), в том же году начал воцерковляться (в дальнейшем период своего воцерковления привязывал к году крещения Руси – 988г.), увлёкся архитектурой храмов, посещал различные святы места (Оптина пустынь, Троице-Сергиева Лавра), исповедовался, причащался. При этом причину своего воцерковления назвать затрудняется, рассказывает, что «его всегда тянуло к церкви», поэтому начал помогать в монастыре, там же начал посещать службы, ходил на исповедь и причастия. В тот период времени ходил на службы несколько раз в неделю после учебы, читал дома молитвы. Вместе с этим, тогда же увлекся мистикой, читал различную тематическую литературу, писал на эту тему стихи, публиковал их в различных журналах.

Во время учебы в институте проживал в общежитии, с соседом по комнате отношения были несколько недоброжелательными. Подробности пациент сообщать отказался, однако рассказал об эпизоде, когда сосед «воздействовал на него гипнозом, под влиянием чего он снял с себя крест и топтал его ногами» (В последствие считал этот случай своим грехом).

На четвертом курсе института (22 года - 1991 г.) на одной из встреч поэтического клуба познакомился с будущей женой, в возрасте 24 лет (1993 г.) был оформлен брак, после свадьбы проживали в Подмосковье.

Институт окончил в 1992 г., затем вернулся в Рязанскую область, к отцу, который в то время тяжело болел онкологическим заболеванием. В тот период вновь снизилось настроение, был подавлен, нарушился ночной сон. Тогда работал в сельской школе учителем истории, в свободное время ухаживал за отцом, помогал по хозяйству. В 1993 г. скончался отец, после чего больной переехал с женой в Подмосковье, продолжал работать учителем в общеобразовательной школе, нашел дополнительную подработку преподавателем в колледже. При этом состояние

оставалось несколько нестабильным в течение 6 месяцев, затем выровнялось самостоятельно. Со слов жены в тот период по характеру был спокойным, несколько замкнутым, «всегда очень много работал». Чувствовал ответственность за семью, старался зарабатывать, чтобы родные ни в чем не нуждались. В 1994 г. (26 лет) родилась дочь, у которой после прививки (АКДС) появились осложнения на нервную систему, в связи с чем вновь отметил резкое снижение настроения с чувством тревоги за будущее семьи, за здоровье дочери, которая часто болела в детстве. Перестал писать стихи, высказывал жене идеи, что «своей радостью может навредить здоровью дочери», стал еще более замкнутым, ограничил круг друзей, почти не общался с ними. Тогда стал чаще посещать церковь, ездил на исповедь в Троице-Сергиеву Лавру к о. Науму.

С 1998 года (29 лет) эпизодически стал «слышать голоса», которые определял как принадлежащие Богу и дьяволу». Голоса могли подсказывать, советовать, искушать или комментировать его поступки. Не всегда отличал один голос от другого, при этом в дальнейшем высказывал предположение, что именно по совету «голоса Бога» часто посещал Троице-Сергиеву Лавру, когда болела дочь. Расценивал это, как религиозное переживание, почти никому об этом не рассказывал (в настоящее время признает, что слышал голоса до 2012 г, с тех пор не слышит и «даже скучает по ним»).

Несмотря на наличие описанных переживаний, продолжал много работать, одновременно с этим обучался в заочной аспирантуре по юриспруденции, успешно защитил кандидатскую диссертацию в 2002 г. После получения научной степени перевелся на работу в ВУЗ, совмещал преподавание правовых дисциплин в различных учебных заведениях, постоянно повышал квалификацию, получал повышение в должности (в 2009 году поступил на заочное отделение юридического института в Воронежский институт – изменили законодательство и для преподавания необходимо было юр.диплом, в 2011 получил звание доцента).

В 2010 г. (42 года) у дочери обнаружили артериально – венозную мальформацию в головном мозге, после чего неоднократно оперировали по этому поводу в стационаре. Тяжело переживал ее болезнь: стал еще более замкнутым,

винил себя в заболевании дочери, высказывал идеи, что «Бог наказывает его за грехи», за то, что он «снимал с себя крест», сказал жене, что «они все умрут», сжег все свои стихи с мистической тематикой, был убежден, что их написание «это грех» (В последствие сравнивал свой поступок с поступком Гоголя). Тогда же под влиянием голоса в голове сжег икону, в тот период решил, что этот голос принадлежит Богу, связывал улучшение здоровья дочери с этим событием. Продолжал ездить на службы в Троице-Сергиеву Лавру, рассказывает, что неоднократно после поездок в Троице-Сергиеву Лавру находил у себя в квартире «иголки в стенах», считал, что это результат порчи, наведенной соседкой, вспоминает, что после избавления от игл здоровье дочери также улучшалось. После обнаружения игл проводил с ними определенные обряды очищения «как с иглой Кощея», прокалывал их на огне и разламывал (Наличие подобных эпизодов объективными сведениями со стороны жены не подтверждается). В один из визитов к теще нашел у нее дома «икону, окроплённую кровью», после чего, якобы во время сна, находясь в особом пространстве, «небесной канцелярии», получил «весть», что икона безопасна для здоровья дочери.

В 2011 году после разговора со священником появилась мысль, что голос, который сказал сжечь икону, был не «божественным», что он «совершил грех, а такие грехи смываются кровью». Тогда же другой голос, который он расценил как голос Бога, приказал ему сделать обрезание, чтобы «очиститься от грехов и помочь семье избежать несчастий», после чего ушел в лес и самостоятельно провел эту процедуру. Возникшее воспаление лечил сам, с женой не делился ни своими переживаниями, ни о том, что нанес себе повреждение. Через три года жена узнала о сделанной операции, однако больной подробностями делиться отказался, рассказал только о том, что совершил это по «указанию голоса Бога». Сообщает, что с того периода голосов больше не слышал. С годами становился все более замкнутым, меньше общался с женой, ограничил контакты с друзьями. Много работал, преподавал, в свободное время писал научные статьи, учебные программы, занимался строительством собственного дома для семьи. После завершения строительства и переезда в новый дом несколько лет назад,

практически перестал разговаривать с женой и дочерью, жил в отдельной комнате, много времени проводил с маленьким сыном (род. в 2012 г.), читал ему сказки. В 2014 году окончил второе высшее образование. В 2018 г. получил ЧМТ, в результате падения на голову сосульки, упавшей с 13 этажа (со слов жены). Был обследован в больнице, сделано МРТ, однако патологии не выявили (Медицинской документации не предоставлено).

В конце 2020 года перенес ОРВИ, после чего начал жаловаться жене на плохое самочувствие, боли и неприятные ощущения в разных частях тела: «вибрации в мышцах», «холод» в руках и ногах, жжение и боль в грудной клетке. Был взбудоражен, встревожен, высказывал жене беспокойство за собственную жизнь. Просыпался по ночам, сильно похудел, опасался, что «у него развилась онкология». Многократно обследовался у различных специалистов, однако не выполнял их рекомендаций (Назначенную неврологом терапию (тералиджен, эглонил) принимать отказался, так как считал, что эти препараты ему противопоказаны). Стало труднее справляться с рабочими обязанностями, так как постоянно чувствовал неприятные ощущения в теле, в связи с чем во время чтения онлайн-лекций просил жену делать ему под столом массаж ног. Настроение было резко сниженным с преобладанием тревоги за собственное здоровье, было трудно заставить себя чем-либо заниматься, дома был бездеятельным, безынициативным, после работы залеживался в постели. Нарушился сон, после сна не чувствовал себя отдохнувшим, по утрам испытывал нехватку сил. Несколько снизился аппетит, не мог есть из-за тревоги за свое здоровье.

Состояние оставалось неустойчивым, когда, в конце апреля 2021 года, получил травму упавшим на него водяным баком (рваная рана в теменной области), тогда настоял на повторных МРТ, т.к. подозревал у себя возможные мозговые нарушения. В тот период еще больше снизилось настроение, не спал по ночам, настаивал на все новых обследованиях и консультациях. В начале мая стал говорить жене, что он «великий грешник», «было бы хорошо, если бы его убило». Высказывал идеи, что нынешнее состояние здоровья «это наказание Бога за его прошлые грехи», за то, что «сжигал и топтал кресты, сжигал мощи,

сожительствовал с женой до свадьбы». Тогда несколько раз ездил в церковь на причастие, однако слова священника о необходимости обследования у врачей трактовал по-своему, после чего говорил жене, что «Бог его не простил и не простит», «некоторые грехи смываются только кровью». По настоянию жены был госпитализирован в психиатрическую клинику «Согласие» (май 2021г.), но в тот же день потребовал выписки, плакал, обещал лечиться амбулаторно, однако после выписки назначенные лекарства не принимал.

Состояние постепенно ухудшалось, в июне начал говорить жене, что он чувствует собственное гниение, будто черви сжирают его изнутри, появившееся воспаление на деснах расценивал как признак гниения, при этом приводил цитату из Евангелие «Зубы грешника сокрушил Господь» (это из Псалтыре – «зубы грешников сокрушил еси»). Опасался, что не сможет «противостоять» мыслям о самоубийстве, говорил жене что он что-то может сделать с собой или с кем-то другим. Был повторно госпитализирован в клинику «Согласие», где находился в течение 2 недель (07.07.21 – 21.07.21), получал лечение эглонилом, грандаксином с незначительным положительным эффектом. После выписки вновь прекратил прием медикаментозной терапии, на фоне чего состояние значительно ухудшилось: актуализировались идеи греховности и виновности, говорил жене, что «Бог его наказывает за грехи», что «Бог отвернулся от него», чувствовал, что на носу у него начинает расти два члена, которые всем скоро станут заметны, физически ощущал, как внутри его тела идут процессы гниения, меняется лицо, появляются на теле язвы. Несколько раз пытался из дома уйти в лес, чтобы люди не видели его. Неоднократно исповедовался и причащался, при этом не чувствовал облегчения. Слова священников трактовал особым образом, будто священники говорили ему, что «его грехи нельзя искупить, что он не может быть прощен», «ему лучше было умереть от бака, ведь такая смерть — это прощение от Бога». Сообщил жене, что ощущает себя антихристом, что сам является источником зла, «я служу Сатане», говорил, что «он великий грешник и никогда не сможет искупить грехи», понял, что ранее заблуждался, что «идет к Богу», решил, что на самом деле все это времени «шел в обратную сторону», высказывал мысли, что он настолько грешен, что «даже

ад его не примет». В конце августа в связи с описанным состоянием по совету священника и настоянию жены обратился за консультацией в НЦПЗ и был госпитализирован в 4 отделение.

**Психическое состояние на момент поступления:** Выглядит несколько старше своего возраста, худощавого телосложения. Одет несколько неопрятно. В ожидании разговора с врачом несколько раз случал в дурь, настороженно узнавал, о чем беседует жена с врачом. Гипомимичен, выражение лица скорбное. Голос тихий, речь в обычном темпе, временами даже ускоренная. Сидит в однообразной позе, сторбившись, свесив голову вниз, смотрит больше в пол. Говорит, что грешен, ему нет прощения и невозможно искупить его грехи (греховные помыслы, плотские грехи, помыслы и действия против Бога). Вспоминает и считает греховными свои поступки в юности и даже детстве. Говорит, что в юности «под влиянием гипноза» срывал с себя крест, испытывал плотские утехы до женитьбы. Это все трудно-прощаемые грехи. Это осознал только сейчас, не исповедовал их ранее, поэтому сейчас уже невозможно искупить их. Считает, что сейчас несет наказание за свою греховную жизнь расстройством здоровья. Винит себя в том, что он «не сумел сохранить чистоту жизни, не использовал время возможности покаяния», он сам и его семья обречены на гибель – семья обречена потому, что он, единственный кормилец, не сможет обеспечить семью. В речи отмечаются соскальзывания. По несколько раз возвращается к собственной греховности, в которой его практически невозможно отвлечь. Сожалеет, что не умер от травмы, когда бак с водой упал на него в апреле – «По крайней мере, умер бы как православный человек». Настроение свое называет «предкатастрофическим», предчувствует свою неизбежную скорую гибель. Переходя на шепот, говорит врачу, что чувствует, как внутри его тела идут процессы гниения, меняется его лицо – показывает на морщины и говорит, что физически ощущает, как на лице проступают следы гниения, появляются на теле язвы, на носу начинает вырастать 2 половых члена, «это наказание Бога за его грехи, скоро эти изменения будут заметны окружающим, он погибнет и не сможет быть отпет по-Христиански». Суицидальные мысли отрицает, не исключает у себя

наличие психической болезни и физических недугов, но считает их следствием духовного падения.

**Психический статус в динамике:** После поступления в стационар стал малодоступен в своих переживаниях, утверждал, что «полностью здоров», отрицал полученные данные анамнеза. Из симптомов неблагополучия признавал только нарушения сна, которые связывал с полученной в апреле ЧМТ. При этом во время бесед с врачом доставал из кармана зеркало, рассматривал свое лицо, на вопросы врача по поводу своего поведения отвечать отказывался. Получал клопиксол акуфал, циклодол, заласту, при этом отмечался тремор, неусидчивость, сохранялись нарушения сна. По рекомендации лечащего врача и в связи с отсутствием положительной динамики терапия была скорректирована на заласту до 20 мг, амитриптили до 50 мг, клоназепам, ПК-мерц. Несмотря на это в переживаниях оставался малодоступен, признавался, что ранее испытывал тревогу, «депрессию», однако больным себя не считал. Состояние улучшилось после добавления в схему терапии Haloperidoli, когда стал более доступен в своих переживаниях, стал раскрывать некоторые детали анамнеза, появилась частичная критика к своему состоянию, высказывал сожаление, что не обратился за медицинской помощью ранее.

**Психическое состояние на момент выписки из стационара (23.09.21):** Выглядит несколько старше своего возраста, нормального телосложения. Одет небрежно. Мимика обеднена, голос средней громкости, речь в обычном темпе. Сидит в несколько скованной позе, меняет ее в процессе разговора, зрительный контакт с врачом устанавливает легко. На вопросы отвечает подробно, по существу, эпизодически отвлекается на субъективно важные темы, тогда становится многоречив, обстоятелен. На тему религии старается не говорить, сообщает, что «пытается отойти от этого», «я ее отодвинул», говорит, что в последующем планирует реже ходить в церковь, так как опасается, что соблюдение церковных обычаев может усилить тревогу. Однако, при расспросах, удается выяснить, что сохраняются идеи греховности, на которых больной старается не фиксироваться, объясняет это своим хорошим физическим самочувствием. Сообщает, что «стал

меньше переживать, что Бог меня не простит, начал наглеть». При этом продолжает высказывать мнение, что «некоторые грехи не прощаются». Отрицает свои слова по поводу ранее перенесенного состояния с ощущениями гниения кишечника, выпадением зубов, появлением язв, однако соглашается с тем, что «у грешников такое может быть». В разговоре с врачом признается, что ранее на протяжении 14 лет (1998 г. – 2012 г.) слышал голоса в голове комментирующего, осуждающего и императивного характера, рассказывает, что эпизодически вступал с ними в диалог, выполнял их приказы. Также сообщает, что после исчезновения голосов «скучает по ним, так как тогда было с кем поговорить». Затрудняется ответить чьи были голоса, говорит, что ранее считал их голосом Бога, в настоящее время высказывает мысль, что они были бесовские, так как «Дьявол часто маскируется», цитирует при этом Лермонтова – «И, дав предчувствия блаженства, не даст мне счастья никогда».

Жалоб на момент осмотра не предъявляет, однако высказывает беспокойство за будущее, переживает о том, как выйдет на работу, опасается, что там узнают, что он лежал в психиатрической в больнице. Сон достаточный, медикаментозный. Аппетит несколько повышен, за время пребывания в стационаре набрал 9 кг. Суицидальные мысли на момент осмотра отрицает.

**Лекарственная терапия: 1 курс.** Zuclopenthixoli acuphase 100/50/50/50 (каждые 2 дня); Trihexiphenidili 6 мг/сут; Olanzapini до 20 мг/сут; Clonazepamі 0,5 – 0,5 – 0,5 мг; Amitriptylini 50 мг н/н

**Выписан на поддерживающей терапии:** Haloperidoli decanoatis 50 мг в/м 1 р/7 дней; Amitriptylini 50 мг н/н; Chlorpromazini 50 мг н/н; Amantadini 50 – 50 – 50 мг; Trihexiphenidili 2 – 2 – 2 мг; Clozapini 50 мг н/н.

**Клинический разбор:** Больной перенес повторное депрессивно-бредовое состояние с доминированием бредовых идей самообвинения, самоуничужения и греховности, доходящих до мегаломанического уровня, в сочетании с бредовыми идеями воздействия религиозного содержания, выраженной тревогой, страхом за свою жизнь, утратой жизненных перспектив. В структуре психотического состояния отмечались также бредовые идеи нигилистического характера, доходящие до бреда Котара религиозного содержания.

Настоящее состояние развилось постепенно в начале 2021 г. после соматогенной провокации. На начальном этапе симптоматика определялась депрессивным аффектом с выраженной тревогой и синесто-ипохондрическими переживаниями.

Начало заболевания относится к юношескому возрасту, начальный период заболевания характеризовался затяжным депрессивным состоянием с доминированием сверхценных идей по типу метафизической интоксикации. Манифестный психоз развился в 1994 г. (26 лет), структура психотического состояния определялась синдромом Кандинского–Клерамбо с бредовыми идеями архаического содержания (колдовства и порчи), идеаторными автоматизмами и вербальным псевдогаллюцинациями. Дальнейшее течение заболевания характеризуется повторными приступами со сходной психопатологической структурой с ремиссиями высокого качества. В межприступный период сохранялся высокий уровень трудовой адаптации с профессиональным ростом с сохранением резидуальных бредовых идей архаического содержания и аффективными колебаниями.

В настоящее время на фоне проводимой терапии отмечается отчетливая положительная динамика, редуцировались психотические переживания, выровнялся фон настроения, строит реальные планы на будущее.

Имеется формальная критика к перенесенному состоянию. Религиозность пациента развилась в период острых психотических проявлений, в дальнейшем приобрела доминирующее значение в жизни больного.

**Диагноз: F20.0 Шизофрения, приступообразно-прогредиентная форма. Повторное затяжное депрессивно-бредовое состояние.**