

Смирнова Евгения Вадимовна

**ДЕПРЕССИВНО-БРЕДОВЫЕ СОСТОЯНИЯ С РЕЛИГИОЗНЫМ
КОНТЕНТОМ**

3.1.17. Психиатрия и наркология (медицинские науки)

Автореферат

диссертации на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

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

Научный руководитель:

доктор медицинских наук **Чайка Юлия Александровна**

Официальные оппоненты:

Иванов Михаил Владимирович — доктор медицинских наук, профессор, ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, отделение биологической терапии психически больных, руководитель

Петрова Наталия Николаевна — доктор медицинских наук, профессор, ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет» Правительства РФ, кафедра психиатрии и наркологии, заведующий

Ведущая организация:

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук»

Защита состоится 30 ноября 2026 г. в 11.00 на заседании диссертационного совета 24.1.188.01 в Федеральном государственном бюджетном научном учреждении «Российский научный центр психического здоровья» по адресу: 115522, Москва, Каширское шоссе, дом 34.

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

Автореферат разослан «___» октября 2026 года.

Ученый секретарь

диссертационного совета,

кандидат медицинских наук

Гедевани Екатерина Владимировна

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность исследования

Необходимость изучения эндогенных депрессий с религиозными бредовыми идеями обусловлена высокой частотой их встречаемости (McConnell K.M. et al., 2006; Maselko J. et al., 2008; Miller L. et al., 2012), наряду со сложностями их своевременной диагностики и дифференциации на ранних этапах заболевания. До настоящего времени систематика и нозологическая оценка эндогенных депрессивно-бредовых состояний с религиозной фабулой, а также закономерности течения и исходы заболеваний с депрессивно-бредовыми идеями с религиозным контентом (Пашковский В.Э., 2010; Каледа В.Г. и др., 2017; Tarrada A. et al., 2025) остаются нерешенными. Наряду с этим распознавание патологических вариантов религиозности на разных этапах болезни играет существенную роль при выборе терапевтической тактики и разработке программ социально-реабилитационной помощи (Копейко Г.И. и др., 2016; Pietkiewicz I. et al., 2021; 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; Романенко Н.В., 2019). Рассматривая депрессии с бредом религиозного контента, многие авторы (Тиганов А.С., 1999; 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 (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. (Копейко Г.И. и др., 2020; Moss Q. et al., 2016).

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

Степень разработанности темы исследования

К настоящему времени проведен ряд исследований, посвящённых изучению депрессивно-бредовых состояний с религиозным контентом, однако большинство из них ограничивается описанием отдельных клинических наблюдений особенностей бредовой картины РДБС, оставляя нерешённым вопрос 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. В частности, не до конца решенным остаётся проблема разграничения патологических религиозных бредовых идей и культурально приемлемых верований (Mohr S. et al., 2010).

Значительная часть работ посвящена роли религиозного фактора в качестве адаптивного инструмента при депрессиях с религиозным контентом. Отмечено, что сформированная внутренняя религиозная идентичность и адаптивные религиозные копинг-стратегии способны стать ресурсом для преодоления болезни. Высокая религиозность 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; Nefti R., Büssing A., 2018). Лишь некоторые авторы (Пашковский В.Э., 2010; Борисова О.А., Mohr S. и др., 2010; Gearing R.E. и др., 2011) описывают случаи негативного влияния религиозности на прогноз и течение заболеваний.

Недостаточно изученными остаются как феноменологические, так и психопатологические проявления депрессивного бреда религиозного содержания при эндогенных депрессиях. Вместе с тем до сих пор не получили должного освещения вопросы значения религиозной фабулы в структуре заболеваний с

картиной РДБС, не сформулированы критерии их прогностической оценки, а также принципы подбора терапии.

Цель настоящего 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.

Научная новизна

В диссертационном исследовании на основе комплексного клинко-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 клинко-психопатологических особенностей отдельных религиозных феноменов (Копейко Г.И. и соавт., 2019; Самсонов И.С., 2021; Алексеева А.Г. и соавт., 2023; Попович У.О., 2025), 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 исследования

Результаты проведенного 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. 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. 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 социалотрудовой прогноз. Практическую значимость представляют выделенные клинико-типологические разновидности РДБС, позволяющие своевременно дифференцировать состояния, определять адекватную фармакотерапию, и выстраивать персонализированные программы психотерапевтической помощи и психосоциальной реабилитации с опорой на

конструктивные религиозные копинг- стратегии. Материалы исследования применимы в образовательной практике и педагогической деятельности кафедр психиатрии медицинских ВУЗов и системе послевузовского образования.

Методология и методы исследования

Работа выполнена в период с 2021 по 2026 гг. в отделе транскультуральной психиатрии (руководитель – к.м.н. Г.И. Копейко) ФГБНУ «Российский научный центр психического здоровья» (директор – д.м.н., Ю.А. Чайка).

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 РДБС. Нозологическая принадлежность психопатологической симптоматики обследованных больных, оценивалась в соответствии с МКБ-10 и соответствовала диагностическим критериям расстройств аффективного и пизофренического 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 катamnестического наблюдения от 10 до 15 лет; наличие подписанного добровольного информированного согласия.

Критериями невключения были: наличие сопутствующей психической, соматической или неврологической патологии, затрудняющей проведение исследования.

В работе применялись клинико-психопатологический, клинико-катанамнестический, психометрический (PANSS, PSP, HDRS, C-SSRS, шкалы оценки религиозности S. Huber и K. Pargament, 2012) и статистические методы

Исследование соответствовало принципам и положениям Хельсинкской декларации 1975 года и ее пересмотренного варианта 2000 года, одобрено Локальным этическим комитетом ФГБНУ РНЦПЗ.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Анализ психопатологических проявлений религиозно-депрессивно-бредового симптомокомплекса выявил гетерогенность его структуры и позволил

описать три 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.

Достоверность научных положений и выводов исследования обеспечивается за счет подробного анализа выполненных ранее научных работ по теме исследования, обширности представленного материала (104 пациента) и применения комплексной методики обследования, включающую, клинико-психопатологический анализ, клинико-катамнестический подход, психометрические измерения (PANSS, PSP, HDRS, C-SSRS, шкалам оценки религиозности S.Huber и K. Pargament) и статистическую обработку данных. Все это обеспечило возможность адекватного решения поставленных целей и задач и определило обоснованность результатов и следующих из них выводов.

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; Межотделенческой научной конференции ФГБНУ «Российский научный центр психического здоровья», г. Москва, 21 августа 2026 года.

Личный вклад автора включал 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 варианты 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.

Апробация диссертации состоялась 21 августа 2026 года на межотделенческой научной конференции ФГБНУ РНЦПЗ.

Внедрение результатов работы

Результаты выполненного исследования внедрены в учебный процесс отдела непрерывного образования и профессионального развития ФГБНУ РНЦПЗ, а также в работу амбулаторно-поликлинической службы ГБУЗ «ПКБ № 4 им. П.Б. Ганнушкина» ДЗМ, включая психоневрологические диспансеры (Филиал № 4 — ПНД № 4 и ПНД № 9).

Публикация результатов исследования

Основное содержание результатов проведенного исследования отражено в 13 научных публикациях (6 – опубликованы в журналах, включенных в Перечень ВАК при Минобрнауки России).

Объем и структура диссертации.

Диссертационная работа написана на 217 страницах машинописным текстом и состоит из введения, 6 глав, 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.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

На основании клинико-психопатологической оценки было выделено три типологические разновидности (рисунок 1): 1 тип — с преобладанием конгруэнтного аффекту депрессивного бреда; 2 тип — с острым чувственным бредом; 3 тип — депрессивно-параноидные состояния с преобладанием синдрома Кандинского–Клерамбо.



Рисунок 1 – Типологические разновидности РДБС и их подтипы

1 тип — с преобладанием конгруэнтного аффекту депрессивного бреда (11 больных, 19,0%, 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. Ведущим для данного типа являлось формирование бреда в тесной связи с депрессивным состоянием. 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).

В первом подтипе (5,2%) преобладали больные с бредовыми идеями греховности, которые встречались преимущественно в картине меланхолической депрессии. Ведущим являлся интерпретативный механизм образования

аффективного бреда, реальные события прошлого и настоящего подвергались депрессивной переоценке и включались в систему самообвинения. Больные винили себя во всевозможных негативных бытовых событиях, считали себя «плохими христианами». 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, формировался феномен «бредовой меланхолии», являющийся центральным феноменом депрессивно-бредовых состояний.

Второй подтип (8,6%) характеризовался доминированием феномена богооставленности, формировавшегося в структуре тревожно-анестетической депрессии. Ведущим механизмом бредообразования являлся механизм аффективного 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. Больные утверждали, что не ощущают благодати от молитвы, не чувствуют отклика в душе от участия в религиозных обрядах, сравнивали свое состояние с «окамененным нечувствием». При трансформации идей богооставленности в бредовые убеждения больные отмечали, что «не чувствуют присутствие Бога в жизни, не ощущают божественной благодати», появлялось убеждение, что Бог их «не слышит, отвернулся, оставил», они 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».

Третий подтип (5,2%) характеризовался доминированием бредовых идей неполноты, неправильности, неистинности своей веры, которые формировались в структуре тревожно-апатической депрессии. В данном подтипе имел место смешанный механизм бредообразования с интерпретативной переработкой религиозных сомнений в истинности своей веры. 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. Однако, нигде не могли найти «себе место, духовного покоя».

2 тип — с острым чувственным бредом (20 больных, 34,5%; средний возраст $25,0 \pm 9$ лет), характеризовался наличием в структуре состояния как конгруэнтных, так и неконгруэнтных аффекту 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. Данная разновидность РДБС была разделена на два подтипа: 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%) 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: 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 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.

Второй подтип данной разновидности РДБС (19,0%) характеризовался доминированием острого чувственного бреда восприятия с элементами бреда воображения, онейроидного помрачения сознания, кататоническими включениями и развитием в ряде случаев депрессивной парафрении. К имеющимся расстройствам присоединялись явления депрессивно-бредовой деперсонализации, представленной идеями о необратимых изменениях прежде всего затрагивающих 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, говорили, что за свои грехи будут страдать вечно (бред Агасфера). Пациенты чувствовали осуждение как со стороны окружающих, так и со стороны Бога, который становился «карающим», «наказывающим». Больные высказывали отрывочные идеи воздействия «бесовских» сил или Бога. Наличие идей о приближающемся конце света, ощущение борьбы между силами добра и зла, 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 и кратковременных эпизодов онейроидного помрачения сознания.

3 тип — с преобладанием синдрома Кандинского–Клерамбо (27 случаев, 46,6%; средний возраст $23,4 \pm 2,5$ 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. 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) 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, пытались таким способом «изгнать беса», предпринимали суицидальные попытки, чтобы избавить себя от страданий. Галлюцинаторные расстройства носили отрывочный характер и вписывались в структуру систематизированного бреда.

Второй подтип (19,0%) характеризовался преобладанием галлюцинаторных и псевдогаллюцинаторных расстройств, явлений психического автоматизма, бреда воздействия и бреда овладения религиозного содержания. На фоне депрессии с тревожно-ажитированным компонентом возникали бредовые идеи преследования и 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», говорили, что «не смогут спасти свою душу». 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 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.

По данным **катамнестического исследования** при анализе характера течения заболеваний было выявлено: для I типа было наиболее характерно приступообразное течение по типу «клише» (54,5%), 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 27,3% этой разновидности. При II типе РДБС в 37,5% случаев отмечалось течение по типу «клише», тогда как у 25,0% пациентов приступообразное течение сопровождалось постепенным нарастанием негативных изменений. III тип РДБС характеризовался приступообразно-прогредиентным течением (47,4%), при этом во всех наблюдениях отмечалось формирование стойких негативных изменений личности различной степени выраженности. У 36,8% пациентов III типа приступообразное течение трансформировалось в непрерывное, что сопровождалось дальнейшим углублением негативных личностных изменений и выраженной социальной дезадаптацией.

Проведенный анализ выявил специфические **закономерности изменения религиозности**, обнаруживавшие отчетливую корреляцию с выделенными типологическими разновидностями и тяжестью исхода эндогенного заболевания. При I типе с приступообразным вариантом течения формировался преимущественно «благоприятный» исход. Ремиссии характеризовались высоким качеством, отсутствием грубых негативных изменений личности, сохранением социально-трудового статуса и высоким уровнем критики к перенесенному состоянию. Динамика религиозности носила гармоничный характер и соответствовала нормальному религиозному мировоззрению,

выполняя протективную и адаптивную функцию. При II типе с приступообразно-прогредиентным течением исход заболевания квалифицировался как преимущественно «благоприятный» и «относительно благоприятный». Ремиссии в большинстве случаев были достаточно полными, однако у части больных отмечались характерологические изменения, снижение трудоспособности, неполная критика к перенесенному состоянию и признаки прогредиентности болезни. Динамика религиозности была полярной по своему направлению. У части пациентов наблюдалось снижение религиозной вовлеченности и отход от религиозных практик с дезактуализацией веры и потерей живого контакта с религиозной общиной. У других больных происходило усиление религиозного интереса с формированием патологической сверхценной гиперрелигиозности, строгим соблюдением религиозных предписаний и доминирующим положением религиозных установок в структуре личности. При III типе с непрерывным или прогредиентным течением регистрировался «относительно неблагоприятный» и «неблагоприятный» исход болезни. Наблюдались симптоматические ремиссии низкого качества с сохранением резидуальной бредовой симптоматики, выраженными дефицитарными проявлениями и снижением социального статуса. Религиозность приобретала патологический, фрагментированный характер по типу «лоскутной религиозности» с распадом прежних мировоззренческих связей и стойкой дезадаптацией. В ремиссии сохранялись резидуальные бредовые идеи религиозного содержания и мистическая трактовка болезни, а у части больных отмечался отказ от религии при сохранении патологической интерпретации перенесенного психоза.

Проведенное исследование позволило разработать **модель влияния религиозного фактора** на клинические и психопатологические проявления депрессивно-бредовых состояний с религиозным контентом, в которой религиозный фактор выступает патопластическим и патогенетическим условием болезненного процесса, реализующимся последовательно на трех этапах. На доманифестном этапе религиозное мировоззрение обуславливало религиозную трактовку первых депрессивных переживаний с попытками их преодоления средствами религиозных практик, что приводило к удлинению инициального этапа и позднему обращению за психиатрической помощью. На этапе манифестации религиозный фактор оказывал патопластическое влияние, определяя фабулу и ее внутреннюю организацию с обязательным доминированием идей греховности и самообвинения, при этом механизм бредообразования оставался производным от структуры психоза и его

нозологической принадлежности. На постпсихотическом этапе религиозный фактор выполнял прогностически значимую роль, определяя качество ремиссии, уровень критики, приверженность терапии и социально-трудовую адаптацию, при этом гармоничная динамика религиозности сопровождала благоприятный исход, полярная динамика с формированием сверхценной гиперрелигиозности либо с отходом от веры соответствовала относительно благоприятному исходу, а патологическая «лоскутная» религиозность закономерно сочеталась с неблагоприятным исходом. Таким образом, религиозный фактор не изменял нозологическую природу заболевания, но выступал устойчивым патопластическим и прогностически значимым параметром, что позволяет использовать характер динамики религиозности в качестве дополнительного критерия индивидуального прогноза.

На основании полученных данных сформулирована **персонифицированная терапевтическая тактика** ведения больных с РДБС, определяемая структурой состояния и его нозологической принадлежностью. Религиозная фабула бреда не влияла на выбор психофармакотерапии, однако определяла психотерапевтические параметры лечения. При РДБС I типа оптимальной являлась тимоаналептическая терапия с присоединением антипсихотика на период существования бредовой симптоматики и последующей нормотимической поддерживающей терапией. При РДБС II типа тактика определялась необходимостью быстрого купирования острого чувственного бреда с переходом на комбинированную поддерживающую терапию. При РДБС III типа требовалась длительная антипсихотическая терапия с учетом развития в некоторых случаях резидуальных бредовых расстройств и нарастания негативных изменений. Общими условиями эффективности терапии являлись сокращение длительности нелеченого психоза, стационарное начало лечения с последующим амбулаторным наблюдением, отказ от конфронтации с религиозными убеждениями больного и учет характера религиозного реагирования больного с опорой на адаптивные религиозные установки и коррекцией дезадаптивного религиозного копинга, что обеспечивало повышение приверженности терапии и социальную реадaptацию больных.

Таким образом, религиозный фактор при депрессивно-бредовых состояниях оказывает патопластическое и патогенетическое влияние на структуру бредовых расстройств, сроки обращения за психиатрической помощью, характер течения и исход заболевания. Выделенные типологические разновидности РДБС закономерно соотносятся с нозологической

принадлежностью, качеством ремиссии и вариантом динамики религиозности, что придаёт им самостоятельное прогностическое значение и обосновывает персонифицированную терапевтическую и реабилитационную тактику.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

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 катamnеза 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. 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. 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 и перспективы дальнейшей разработки темы:

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 прогрессирующим 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 ДЛП 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 работ, опубликованных по теме диссертации

Статьи в рецензируемых журналах, входящих в список рекомендованных ВАК Минобрнауки РФ:

1. Смирнова Е.В. Эндогенные депрессивные состояния с религиозными переживаниями / Копейко Г.И., Гедевани Е.В., Борисова О.А., Шаньков Ф.М., Смирнова Б.В., Каледа В.Г. // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски. — 2021. — Т. 121. — № 5. — Вып. 2. — С. 55–60;

2. Смирнова Е.В. Суицидальный риск при депрессиях у пациентов с религиозным мировоззрением / Гедевани Е.В., Копейко Г.И., Борисова О.А., Смирнова Б.В., Попович У.О., Каледа В.Г. // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски. — 2022. — Т. 122. — № 6. — Вып. 2. — С. 49–55;

3. Смирнова Е.В. Психопатологические особенности депрессивно-бредовых состояний с религиозным содержанием / Смирнова Е.В., Алексеева А.Г., Копейко Г.И., Борисова О.А., Гедевани Е.В., Владимирова Т.В., Каледа В.Г. // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски. — 2023. — Т. 123. — № 11. — Вып. 2. — С. 101–107;

4. Смирнова Е.В. Эндогенные психические расстройства с депрессивно-бредовыми состояниями с религиозным контентом (психопатологические и прогностические аспекты) / Смирнова Е.В., Алексеева А.Г., Попович У.О., Каледа В.Г., Чайка Ю.А. // Психическое здоровье. — 2026. — Т. 21. — № 3. — С. 21–32;

5. Смирнова Е.В. Депрессивно-бредовые состояния с религиозным контентом (эволюция представлений и нерешённые вопросы) / Смирнова Е.В., Алексеева А.Г., Каледа В.Г., Чайка Ю.А. // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. — 2026. — № 7. — С. 1116–1129;

6. Смирнова Е.В. Динамика религиозности у пациентов с эндогенными заболеваниями с религиозно-депрессивно-бредовым синдромом: клинικο-катамнестическое исследование / Чайка Ю.А., Смирнова Е.В., Алексеева А.Г., Каледа В.Г. // Психиатрия. — 2026. — Т. 24. — № 4. — С. 65–81

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

1. **Смирнова Е. В.** Бред виновности и суицидальное поведение при депрессивно-бредовых психозах у пациентов с религиозным мировоззрением. / Т. В. Владимирова, Е. В. Смирнова, А. Г. Алексеева // Сборник материалов международной конференции «Современный взгляд на религиозные переживания в норме и патологии». – М., – 2025. – С. 103–107.
2. **Смирнова Е. В.** Феноменологические особенности депрессии с религиозным содержанием. / О. А. Борисова, Е. В. Смирнова // Сборник докладов «Депрессии: задачи психиатра, психолога и священнослужителя». – М., – 2023. – С. 16–20.
3. **Смирнова Е. В.** Психопатологические особенности религиозного бреда греховности у больных депрессией. / Е. В. Гедевани, Е. В. Смирнова // Сборник докладов «Психическое здоровье и религиозность». – СПб., – 2022. – С. 168–174.
4. **Смирнова Е. В.** Депрессивно-бредовые состояния с религиозным контентом: особенности клинических проявлений и религиозной поддержки. / Е. В. Смирнова // Сборник «Общественно-ориентированная психиатрия». – М., – 2022. – С. 241–246.
5. **Smirnova E.** Depressions with religious experiences. / E. Gedeveni, G. Kopeiko, O. Borisova, T. Vladimirova, E. Smirnova, V. Kaleda // European Psychiatry. – 2022. – Vol. 65. – Suppl. S1. – P. S218.
6. **Смирнова Е. В.** Клинико-психопатологические разновидности депрессивно-бредовых состояний с религиозным содержанием. / Е. В. Смирнова, Е. В. Гедевани // Материалы XVI Всероссийской школы молодых психиатров «Суздаль-2023». – Суздаль, – 2023. – С. 60–62.
7. **Смирнова Е. В.** Клинические особенности эндогенных заболеваний, протекающих с картиной депрессивно-бредовых состояний с религиозным контентом. / Е. В. Смирнова, А. Г. Алексеева, В. Г. Каледа // Сборник тезисов XVIII Съезда психиатров России «Психиатрия в условиях смешанной реальности: новые вызовы – новые возможности»: Электронное издание. – СПб., – 2026. – С. 905–906.