

Динамика религиозности у пациентов с эндогенными заболеваниями с религиозно-депрессивно-бредовым синдромом: клинико-катамнестическое исследование

Евгения Вадимовна Смирнова, Анна Григорьевна Алексеева, Василий Глебович Каледа, Юлия Александровна Чайка
ФГБНУ «Российский научный центр психического здоровья», Москва, Россия

Автор для корреспонденции: Евгения Вадимовна Смирнова, smirnova.ev94@mail.ru

Резюме

Обоснование: сохраняется неопределенность в вопросе о том, является ли религиозность при депрессивно-бредовых состояниях исключительно патопластическим фактором или вариации ее видоизменения на разных этапах заболевания могут выступать самостоятельным прогностическим маркером. **Цель исследования:** изучить динамику религиозности на различных этапах течения эндогенных заболеваний с наличием религиозно-депрессивно-бредового синдрома (РДБС) в структуре психоза и обосновать ее дифференциально-диагностическое и прогностическое значение. **Пациенты и методы:** обследованы 104 пациента с эндогенными психическими заболеваниями (F31.5, F33.3, F25.1, F20.01, F20.0 по МКБ-10) с РДБС в структуре психоза. Выборку составили две группы: клиническая ($n = 58$) и клинико-катамнестическая ($n = 46$; средний срок катамнеза $12,24 \pm 2,7$ года). Выделено три типологических разновидности РДБС: I тип (с преобладанием конгруэнтного аффекту депрессивного бреда) — 22 (21,2%) случая, II тип (с острым чувственным бредом) — 36 (34,6%), III тип (с преобладанием синдрома Кандинского–Клерамбо) — 46 (44,2%) наблюдений. В клинической группе ($n = 58$) оценку религиозности на доманифестном этапе проводили клинико-анамнестическим методом с опорой на концепцию религиозной ориентации Г. Олпорта и многомерную модель С.У. Глока. На этапе становления ремиссии и в период отдаленного катамнеза ($n = 46$) применяли шкалу центральности религиозности S. Huber (*The Centrality of Religiosity Scale*, CRS) и шкалу религиозного совладания K. Pargament. В работе применяли клинико-психопатологический, клинико-катамнестический, психометрический и статистический (χ^2 , V Крамера) методы. **Результаты:** установлены типоспецифические закономерности динамики религиозности, тесно связанные с исходом заболевания на момент катамнеза. При I типе РДБС формировалась стабильная гармоничная гиперрелигиозность с протективной функцией (средний суммарный балл по CRS 4,1 [3,89; 4,37]). При II типе синдрома происходила разнонаправленная трансформация религиозного мировоззрения: в одних случаях ослабление религиозности (CRS 1-й подтип: 3,4 [3,33; 3,47]), в других — усиление (2-й подтип: 4,1 [4,0; 4,2] балла). При III типе РДБС патологическая «лоскутная» религиозность (CRS 4,48 [4,47; 4,6] балла) была спаяна с резидуальной психопатологической симптоматикой. Выявлена статистически значимая связь типа РДБС как с характером динамики религиозности ($\chi^2 = 38,38$; $p < 0,001$; $V = 0,655$), так и с исходом заболевания на момент катамнестического обследования ($\chi^2 = 28,25$; $p < 0,001$; $V = 0,6$). **Заключение:** религиозность при религиозно-депрессивно-бредовом синдроме выступает не только патопластическим фактором, определяющим фабулу психопатологических переживаний, но и может рассматриваться как клинически значимый показатель, ассоциированный с типом течения и исходом заболевания, что обосновывает необходимость дифференцированной терапевтической тактики.

Ключевые слова: религиозность, религиозно-депрессивно-бредовый синдром, эндогенные психозы, религиозный копинг, шкала CRS, катамнез, прогноз

Для цитирования: Смирнова Е.В., Алексеева А.Г., Каледа В.Г., Чайка Ю.А. Динамика религиозности у больных с религиозно-депрессивно-бредовым синдромом: клинико-катамнестическое исследование. *Психиатрия*. 2026;24(4):93–102. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2026-24-4-93-102>

RESEARCH

UDC 616.89; 616.89-008.452; 616.89-008.445

<https://doi.org/10.30629/2618-6667-2026-24-4-93-102>

Dynamics of Religiosity in Endogenous Psychoses with Religious-Depressive-Delusional Syndrome: Clinical and Follow-Up Study

Evgenia V. Smirnova, Anna G. Alekseeva, Vasily G. Kaleda, Yulia A. Chaika
FSBSI "Russian Mental Health Research Center", Moscow, Russia

Corresponding author: Evgenia V. Smirnova, smirnova.ev94@mail.ru

Summary

Background: it remains unclear whether religiosity in depressive-delusional states represents exclusively a pathoplastic factor or whether the patterns of its changes at different stages of the disease constitute an independent prognostic marker. **The Aim** was to identify patterns of religiosity transformation at various stages of the course of endogenous disorders accompanied by religious-depressive-delusional syndrome (RDDS), and to substantiate their differential diagnostic and prognostic significance.

Patients and Methods: a total of 104 patients with endogenous mental disorders (F31.5, F33.3, F25.1, F20.01, F20.0 on ICD-10) with clinical picture RDDS were included. There are two groups of patients: a clinical group ($n = 58$) and a follow-up group ($n = 46$; mean follow-up period 12.24 ± 2.7 years). Three typological variants of RDDS were identified: Type I (with predominance of affect-congruent depressive delusions) — 22 cases (21.2%), Type II (with acute sensory delusions) — 36 patients (34.6%). Type III (with predominance of Kandinsky–Clérambault syndrome) — 46 (44.2%) cases. Religiosity at the pre-manifest stage was assessed using the history analysis ($n = 58$) based on G. Allport's religious orientation concept and C.Y. Glock's multidimensional model. The Centrality of Religiosity Scale (CRS; S. Huber) and the Religious Coping Scale (K. Pargament) were applied in remission and follow-up stages ($n = 46$). Clinical-psychopathological, clinical-follow-up, psychometric, and statistical methods (χ^2 , Cramér's V) were used. **Results:** type-specific patterns of religiosity dynamics were closely associated with disease follow-up outcome. Stable harmonious hyperreligiosity with a protective function developed (mean CRS score 4.1 [3.89; 4.37]) in Type I. Bidirectional changes in religious worldview were observed in Type II: in some cases religiosity declined (CRS subtype 1: 3.4 [3.33; 3.47]), in others it intensified (subtype 2: 4.1 [4.0; 4.2]). Pathological “patchwork” religiosity was found in Type III (CRS 4.48 [4.47; 4.6]), intricately associated with residual productive symptomatology. A statistically significant association was established between RDDS type and both the pattern of religiosity dynamics ($\chi^2 = 38.38$; $p < 0.001$; $V = 0.655$) and follow-up outcome ($\chi^2 = 28.25$; $p < 0.001$; $V = 0.6$). **Conclusion:** religiosity in religious depressive-delusional syndrome represents not only a pathoplastic factor determining the content of psychopathological experiences, but may also be regarded as a clinically significant indicator associated with the type of disease course and outcome, which substantiates the necessity of differentiated therapeutic management.

Keywords: religiosity, depressive-delusional syndrome, endogenous psychoses, religious coping, CRS scale, follow-up, prognosis

For citation: Smirnova E.V., Alekseeva A.G., Kaleda V.G., Chaika Yu. A. Dynamics of Religiosity in Endogenous Psychoses with Religious-Depressive-Delusional Syndrome: Clinical and Follow-Up Study. *Psychiatry (Moscow) (Psikhiatriya)*. 2026;24(4):93–102. (In Russ.). <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2026-24-4-93-102>

ВВЕДЕНИЕ

Изучение роли религиозного мировоззрения в формировании и течении эндогенных психических расстройств представляет собой актуальное направление исследований в психиатрии. Условия формирования депрессивно-бредовых состояний с религиозным содержанием неразрывно связаны с совокупностью преморбидных личностных характеристик, особенностями доманифестного этапа болезни, а также с комплексом психосоциальных факторов, оказывающих патопластическое влияние на формирование религиозно-депрессивно-бредового синдрома (РДБС) [1]. В раннем исследовании [2] выделены три типологических разновидности РДБС: I тип — с преобладанием конгруэнтного аффекту депрессивного бреда; II тип — с острым чувственным бредом и явлениями конфессиональной амбивалентности; III тип — с преобладанием синдрома Кандинского–Клерамбо религиозного содержания. Однако закономерности видоизменения самой религиозности на протяжении течения болезни — от доманифестного периода до отдаленного катамнеза — и ее прогностическое значение остаются недостаточно изученными.

Ряд авторов указывает, что религиозность при эндогенных психозах может выступать не только в роли патопластического фактора, определяющего фабулу болезненных переживаний, но и в качестве прогностического маркера [3, 4]. Это обуславливает необходимость клинко-психопатологической квалификации религиозного мировоззрения для понимания механизмов бредообразования при эндогенных психозах [5–7].

Цель исследования: изучить трансформацию религиозности на различных этапах течения эндогенных

заболеваний с религиозно-депрессивно-бредовым синдромом и обосновать ее дифференциально-диагностическое и прогностическое значение.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ

В исследование включены 104 пациента с эндогенными психическими заболеваниями с религиозно-депрессивно-бредовым синдромом (РДБС) в структуре психоза. Выборка составлена из двух групп: клинической (58 больных) и катамнестической (46 больных). Нозологическое распределение согласно критериям МКБ-10 включало биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод тяжелой депрессии с психотическими симптомами (F31.5); рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод тяжелой депрессии с психотическими симптомами (F33.3); шизоаффективное расстройство депрессивного типа (F25.1), а также приступообразно-прогредиентную (F20.01) и непрерывную (F20.0) формы шизофрении.

Этические аспекты

Все пациенты подписали информированное согласие на участие в исследовании. Проведение исследования соответствовало положениям Хельсинкской декларации Всемирной медицинской ассоциации 1964 г., пересмотренной в 1975–2024 гг. Исследование одобрено локальным этическим комитетом ФГБНУ «Российский научный центр психического здоровья» (протокол №845 от 23.12.2021).

Ethical aspects

All examined participants of study signed the informed consent to take part in a study. This study complies with the Principles of the WMA Helsinki Declaration 1964 amended 1975–2024. The study was approved by the

Таблица 1. Сопоставление клинической и катamnестической групп больных по возрасту и социо-демографическим характеристикам**Table 1** Comparison of the clinical and catamnestic patient groups by age and socio-demographic characteristics

Группы пациентов/Groups of patients Показатель/Variable	Клиническая группа/ Clinical group		Катamnестическая группа/ Follow-up group		Всего/Total	
	n	%	n	%	n	%
Всего больных/Total patients	58	55,8	46	44,2	104	100
Возраст к началу заболевания, годы/Age of initial symptoms of disease, yrs						
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
Возраст манифестации заболевания, годы/Onset age, yrs						
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
Возраст развития приступа с РДБС, годы/Onset Age of RDDS, yrs						
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
Уровень образования на момент первой госпитализации/Education at the time of first hospitalization						
Среднее/Secondary	9	8,7	6	5,8	15	14,4
Среднее специальное/Specialised Secondary	10	9,6	8	7,7	18	17,3
Неоконченное высшее/Incomplete Higher	8	7,7	9	8,6	17	16,3
Высшее/Higher	31	29,8	23	22,1	54	52
Уровень трудового статуса на момент первой госпитализации/Professional status at the time of first hospitalization						
Студент/Student	6	5,8	7	6,7	13	12,5
Работа по специальности/Employed	19	18,3	16	15,4	35	33,7
Неквалифицированный труд/Unskilled Work	15	14,4	10	9,6	25	24,0
Не работает/Unemployed	18	17,3	13	12,5	31	29,8
Имеет инвалидность/Disability	2	1,9	–	–	2	1,9

Local Ethics Committee of the Federal State Budgetary Scientific Institution “Russian Mental Health Research Centre” (protocol No. 845, dated 23.12.2021).

Критерии включения: депрессивно-бредовое состояние в структуре заболеваний аффективного или шизофренического спектра (в рамках F31.5, F33.3, F25.1, F20.01, F20.0 по МКБ-10); бред религиозного содержания в структуре депрессивного состояния; возраст от 18 до 50 лет на момент манифестации аффективно-бредового эпизода. Для пациентов катamnестической группы дополнительным критерием был срок наблюдения от 10 до 15 лет.

Критерии не включения: манифестация заболевания в возрасте до 18 лет или старше 50 лет; начало заболевания в детском возрасте; сопутствующая тяжелая соматическая, неврологическая или иная психическая патология, затрудняющая проведение достоверной клинической оценки.

Пациенты основной клинической группы (58 человек) проходили обследование в клинике ФГБНУ РНЦПЗ

в период с 2021 по 2025 г. с целью установления психопатологических особенностей РДБС и разработки его типологии. Для катamnестического этапа исследования по архивным картам медицинской документации ФГБНУ РНЦПЗ за 2011–2015 гг. было отобрано 73 пациента с религиозно-депрессивно-бредовыми состояниями. Из них 18 человек не были обследованы в связи со сменой места жительства, 9 пациентов отказались от повторного контакта. Оставшиеся 46 человек составили репрезентативную катamnестическую группу, средний срок катamnеза $12,24 \pm 2,7$ года. Клиническая и катamnестическая группы значительно не отличались друг от друга по основным социально-демографическим и клинко-возрастным параметрам ($p > 0,05$), что отражено в табл. 1.

Проведенный сравнительный анализ клинической и катamnестической групп (табл. 1) позволил рассматривать катamnестическую группу как в целом сопоставимую с клинической по основным демографическим параметрам ($p > 0,05$).

Таблица 2. Распределение больных по типологическим разновидностям РДБС и нозологическим формам
Table 2 Distribution of patients by typological variants of the RDDS and nosological forms

Нозологическая форма (МКБ-10)/Nosological form (ICD-10)	I тип РДБС / Type I RDDS	II тип РДБС / Type II RDDS	III тип РДБС / Type III RDDS	Всего/Total
F31.5. Биполярное аффективное расстройство, тяжелый депрессивный эпизод с психотическими симптомами/Bipolar disorder, current episode of severe depression with psychotic features	12 (54,5%)	5 (13,9%)	–	17 (16,3%)
F33.3. Рекуррентное депрессивное расстройство с психотическими симптомами/Recurrent depressive disorder, severe depression with psychotic symptoms	4 (18,2%)	1 (2,8%)	–	5 (4,8%)
F25.1. Шизоаффективное расстройство, депрессивный тип/Schizoaffective disorder, depressive type	6 (27,3%)	18 (50,0%)	7 (15,2%)	31 (29,8%)
F20.01. Шизофрения, приступообразное течение/Paranoid schizophrenia, episodic with progressive deficit	–	12 (33,3%)	28 (60,9%)	40 (38,5%)
F20.0. Шизофрения, непрерывное течение/Paranoid schizophrenia	–	–	11 (23,9%)	11 (10,6%)
Итого/Total	22 (21,2%)	36 (34,6%)	46 (44,2%)	104 (100%)

Как уже было сказано, на основе общей тяжести психотической симптоматики и структуры бредовых расстройств было выделено три типа РДБС: I тип — с преобладанием конгруэнтного аффекту депрессивного бреда (идеи виновности, греховности, богооставленности); II тип — с острым чувственным бредом и явлениями конфессиональной амбивалентности; III тип — депрессивно-параноидные состояния с преобладанием синдрома Кандинского–Клерамбо религиозного содержания (табл. 2).

К I типу РДБС были отнесены депрессивно-бредовые состояния с преобладанием конгруэнтного аффекту бредовыми идеями религиозного содержания (греховности, самообвинения, богооставленности, неполноты или ложности веры). Формирование бреда происходило по механизмам аффективного бреда или интерпретативного бреда в сочетании с выраженными соматовегетативными нарушениями. Обязательным критерием служила относительная сохранность зависимости интенсивности бредовых переживаний от глубины аффективного фона при отсутствии признаков неконгруэнтного бреда (преследования, воздействия), галлюцинаторно-параноидных расстройств и кататонических включений.

II РДБС представляли депрессивно-бредовые состояния с острым чувственным бредом, в которых конгруэнтные и неконгруэнтные аффекту бредовые идеи (отношения и неразвернутые персекуторные идеи) преобладали над депрессивной симптоматикой. В рамках данного типа имели место депрессивно-бредовая деперсонализация и явления острой депрессивной паранойи в структуре религиозного нигилистического бреда, бреда Котара и бреда Агасфера. В клинической картине в отдельных случаях наблюдались транзиторные кататонические симптомы (мутизм, субступор) и эпизоды онейроидного помрачения сознания.

III тип РДБС включал депрессивно-параноидные состояния с преобладанием синдрома Кандинского–Клерамбо с развернутыми галлюцинаторно-параноидными состояниями с религиозным содержанием. Основными диагностическими критериями служили преобладание

интерпретативного систематизированного бреда преследования и воздействия, идеаторных, сенсорных или моторных автоматизмов, а также вербальных псевдогаллюцинаций, включая феномены одержимости и овладения, при минимальной выраженности или факультативности острого чувственного бреда.

Ретроспективную оценку религиозности проводили клинико-анамнестическим методом на основании сведений, полученных от пациентов и информантов. Использовали концепцию религиозной ориентации G.W. Allport, разграничивающую внутреннюю и внешнюю религиозность, а также вариант ее отсутствия [8, 9]. Внешняя религиозность определялась преимущественно традицией, социальными требованиями, привычкой или прагматическими мотивами; внутренняя (духовная) — осознанной потребностью выстраивать жизнь в соответствии с религиозными заповедями. Правомерность применения данного подхода в отношении представителей различных конфессий подтверждается рядом авторов [10–12]. Для детального анализа компонентов внутренней религиозности использовалась многомерная модель C.Y. Glock, позволяющая оценивать феномен в пяти аспектах: идеологическом, интеллектуальном, ритуалистическом, опытным и аспекте оценки последствий [13]. Валидность многомерного подхода для оценки религиозного мировоззрения при расстройствах шизофренического спектра и аффективной патологии подтверждена современными исследованиями [14–16].

На этапе катamnестического наблюдения ($n = 46$; средний срок катamnеза $12,24 \pm 2,7$ года) проводилась психометрическая оценка по шкале центральности религиозности S. Huber (CRS) с анализом пяти субшкал (интеллект, идеология, публичная практика, частная практика, религиозный опыт) и по шкале религиозного совладания K. Pargament [17, 18].

Клинико-социальные исходы на этапе катamnестического наблюдения оценивали по классификации, предложенной В.Г. Каледой [19] с использованием шкалы персонального и социального функционирования (*Personal and Social Performance Scale, PSP*).

Таблица 3. Доманифестная религиозная ориентация пациентов с разными типами РДБС**Table 3** Pre-manifest Religious Orientation in Patients with Different Types of RDBS

Тип религиозной ориентации/Type of religious affiliation	I тип РДБС/ Type I RDBS (n = 11)	II тип РДБС/ Type II RDBS (n = 20)	III тип РДБС/ Type III RDBS (n = 27)	Vсero/Total (n = 58)
Внутренняя/Intrinsic religious orientation	7 (63,6%)*	5 (25,0%)	3 (11,1%)*	15 (25,8%)
Внешняя/Extrinsic religious orientation	3 (27,3%)	9 (45,0%)	8 (29,6%)	20 (34,5%)
Отсутствие религиозности/No religiosity	1 (9,1%)*	6 (30,0%)	16 (59,3%)*	23 (39,7%)

Примечания: * — различия значимы при I типе vs III тип, ** — при III типе vs I тип при $p < 0,05$

Notes: * — significant differences I type vs III type, ** — III type vs I type ($p < 0,05$)

Таблица 4. Клинико-психопатологическая квалификация типа религиозной ориентации на этапе катамнеза пациентов с перенесенным РДБС**Table 4** Clinical and psychopathological classification of religious orientation types at the follow-up stage in patients with RDBS

Религиозная ориентация/Religious orientation	I тип РДБС/ Type I RDBS (n = 11)	II тип РДБС/ Type II RDBS (n = 16)	III тип РДБС/ Type III RDBS (n = 19)	Vсero/Total (n = 46)
Внутренняя/Intrinsic	9 (81,8%)*	7 (43,8%)*	2 (10,5%)	18 (39,1%)
Внешняя/Extrinsic	2 (18,2%)	4 (25,0%)	11 (57,9%)**	17 (37,0%)
Отсутствие религиозности/No religiosity	–	5 (31,3%)	6 (31,6%)	11 (23,9%)

Примечания: * — различия значимы при I типе vs III тип ($\chi^2 = 15,666$; $p < 0,001$). ** — при II типе vs III тип ($\chi^2 = 5,922$; $p = 0,052$)

Notes: * — significant differences I type vs II type ($\chi^2 = 15,666$; $p < 0,001$), ** — II type vs III type ($\chi^2 = 5,922$; $p = 0,052$)

Благоприятный исход соответствовал 71–100 баллам (стойкая ремиссия, отсутствие дефекта), относительно благоприятный — 51–70 баллам (высокая компенсация, умеренный дефект), относительно неблагоприятный — 31–50 баллам (выраженный дефект, стойкая инвалидизация), неблагоприятный — менее 30 баллов (социальная дезадаптация, госпитализации).

Статистическая обработка данных была реализована с использованием пакета IBM SPSS Statistics Base 26 путем непараметрического анализа с определением критерия χ^2 Пирсона и показателя сопряженности признаков Cramér's V.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Религиозность на доманифестном этапе

Оценка религиозной ориентации на доманифестном этапе показала, что пациенты с внешним типом религиозности составили 34,5% ($n = 20$). Внутренняя религиозность была выявлена у 25,8% ($n = 15$) больных. Более чем в трети случаев религиозные убеждения отсутствовали (39,7%, $n = 23$). Межгрупповой анализ продемонстрировал статистически значимые различия в зависимости от типологической принадлежности РДБС ($\chi^2 = 12,546$; $p < 0,05$) (табл. 3).

Общие различия между тремя группами статистически значимы ($\chi^2 = 12,546$; $p < 0,05$). Различия между I и II типами ($\chi^2 = 4,687$; $p = 0,096$) и между II и III типами РДБС ($\chi^2 = 4,154$; $p = 0,125$) не достигали уровня статистической значимости. По показателям внешней религиозности межгрупповых различий не выявлено.

У пациентов с I типом РДБС обнаружено преобладание внутренней религиозности (63,6%, $n = 7$). В большинстве наблюдений (54,5%) религиозное

мировоззрение формировалось в рамках семейных традиций, носило интегративный характер и способствовало социальной адаптации. В части случаев (36,4%) воцерковление стало адаптивным копинг-механизмом в ответ на психотравмирующие события [20]. У пациентов с II типом РДБС в 45,0% ($n = 9$) выявлена внешняя религиозная направленность, при этом у 35,0% ($n = 7$) вовлечение в духовную жизнь носило декомпенсированный характер со склонностью к метафизической интоксикации [21]. У 59,3% пациентов с РДБС III типа ($n = 16$) на доманифестном этапе сформированного религиозного мировоззрения не было. Религиозные представления возникали лишь на этапе психоза, выступая почвой для бредовых построений [22].

Динамика религиозности к моменту катамнестического обследования

Сравнительный динамический анализ выявил заметное увеличение доли лиц с глубокой внутренней религиозностью (с 24,1% в преморбиде до 39,1% на момент катамнеза). В то же время обнаружено уменьшение числа пациентов, полностью отрицающих религиозные взгляды (с 39,7% до 23,9%). Показатели внешней религиозности оставались относительно стабильными — 37,0% случаев (табл. 4). Наличие достоверной динамики религиозности на протяжении заболевания позволяет рассматривать ее не только как устойчивую личностную характеристику, но и как показатель, ассоциированный с течением эндогенного процесса ($\chi^2 = 14,872$; $p < 0,01$).

При анализе религиозности по шкале CRS были установлены важные количественные и качественные различия между выделенными типами (табл. 5).

При I типе РДБС формировалась стабильная гармоничная гиперрелигиозность (CRS 4,1 [3,89; 4,37] балла

Таблица 5. Показатели центральности религиозности (CRS, баллы) и качественная характеристика динамики религиозности по типам РДБС на катамнестическом этапе**Table 5** Centrality of Religiosity Scores (CRS, points) and quality characteristics of changes in religiosity by type of RDDS at the follow-up stage

Параметр/Parameter	I тип РДБС /Type I RDDS Me [Q1; Q3]	II тип РДБС (1-й подтип) / Type II RDDS (Subtype 1) Me [Q1; Q3]	II тип РДБС (2-й подтип) /Type II RDDS (Subtype 2) Me [Q1; Q3]	III тип РДБС /Type III RDDS Me [Q1; Q3]
Суммарный балл CRS/Total score CRS	4,1 [3,89; 4,37]	3,4 [3,33; 3,47]	4,1 [4,0; 4,2]	4,48 [4,47; 4,6]
Варианты динамики религиозности/Types of dynamics of religiosity	Гармоничная гиперрелигиозность/ Harmonious hyperreligiosity	Ослабление приверженности/ Reduced religious commitment	Сверхценная гиперрелигиозность/ Overvalued hyperreligiosity	Патологическая гиперрелигиозность/ Pathological hyperreligiosity
Распределение по субшкалам CRS/ Distribution across CRS subscales	Равномерное распределение/ Uniform distribution	—	Преобладание по шкалам публичной практики и религиозного опыта/ Predominance on public practice and religious experience subscales	Преобладание по шкалам религиозного опыта и идеологии/ Predominance on religious experience and ideology subscales
Характер религиозности/ Character of religiosity	Нормальная гармоничная/Normal harmonious	Ослабленная религиозность с формированием избегающей копинг-стратегии/Weakened religiosity with avoidance coping strategy	Сверхценная дисгармоничная/ Overvalued and disharmonious	«Лоскутная»/«patchwork»
Связь религиозности с продуктивной симптоматикой/ Religiosity association with productive symptoms	Отсутствует/None	Отсутствует/None	Отсутствует/None	Религиозность спаяна с резидуальным бредом/ Religiosity associated with residual delusions

со сбалансированным распределением по всем пяти субшкалам). Есть основания полагать, что в этих случаях религиозность выполняла протективную функцию и способствовала высокому уровню критики к перенесенному состоянию и укреплению терапевтического альянса.

При II типе наблюдалась полярная динамика, различная в зависимости от подтипа РДБС. При 1-м подтипе РДБС (37,5%; $n = 6$) отмечено ослабление религиозной приверженности по типу избегающей копинг-стратегии (CRS 3,4 [3,33; 3,47] балла — наименьший показатель в выборке). При 2-м подтипе РДБС (44,8%; $n = 7$) усиление религиозного интереса в форме положительной копинг-стратегии в ряде случаев достигало уровня сверхценной дисгармоничной гиперрелигиозности (CRS 4,1 [4,0; 4,2] балла) с максимумом по субшкалам публичных практик и религиозно-мистического опыта.

При III типе формировалась патологическая, фрагментированная религиозность по типу «лоскутной религиозности» (*patchwork religiosity*) R. Wuthnow [23]. Религиозные идеи были спаяны с резидуальной психопатологической симптоматикой (CRS 4,48 [4,47; 4,6]) балла с максимумом по субшкалам религиозно-мистического опыта и идеологического убеждения. В отдельных случаях (26,3%, $n = 5$) отказ от религии сочетался с сохранением бредовой мистической трактовки перенесенного психоза как «бесподержимости».

Клиническая квалификация религиозности как гармоничной, сверхценной или патологической основывалась не на суммарном балле, а на клинко-психопатологическом анализе. Показатели шкалы CRS

дополняли полученные данные и интерпретировались как проявления гиперрелигиозности.

Связь динамики религиозности с исходом заболевания на момент катамнестической оценки

Для оценки связи между типом РДБС и различной динамикой вариантов религиозности проведена категоризация исходов заболевания на момент катамнеза (табл. 6). Межгрупповой анализ выявил статистически значимую связь между типом РДБС и характером динамики религиозности ($\chi^2 = 38,38$; $p < 0,001$; V Крамера = 0,655), а также между типом РДБС и исходом заболевания ($\chi^2 = 28,25$; $p < 0,001$; V Крамера = 0,6).

Динамика религиозности при разных типах РДБС показала высоко значимые общие различия ($\chi^2 = 45,734$; $p < 0,001$).

По мере перехода от I к III типу последовательно нарастала доля относительно неблагоприятных и неблагоприятных исходов, что подтверждает прогностическую значимость предложенной типологии. Закономерные изменения степени выраженности и структуры религиозности свидетельствуют об ассоциации данного показателя с характером течения и исходом заболевания, что обосновывает его рассмотрение в качестве дополнительного клинического маркера прогноза.

ОБСУЖДЕНИЕ

Полученные результаты позволяют рассматривать динамику религиозности как интегративный клинический маркер, отражающий степень и глубину терапевтической трансформации личности. Выявленная

Таблица 6. Соотношение исходов заболевания за период катамнеза и динамики видов религиозности при различных типах РДБС**Table 6** Relationship between follow-up outcomes and changes of religiosity kinds in different types of RDDS

Параметр/Parameter	I тип РДБС / Type I RDDS (n = 11)	II тип РДБС / Type II RDDS (n = 16)	III тип РДБС / Type III RDDS (n = 19)	Всего/ Total (n = 46)
Исход заболевания на момент катамнестической оценки/Follow-up outcome of the disease				
Благоприятный/Favorable	10 (90,9%)*	5 (31,3%)	1 (5,3%)**	16 (34,8%)
Относительно благоприятный/Relatively favorable	1 (9,1%)	6 (37,5%)	4 (21,1%)	11 (23,9%)
Относительно неблагоприятный/ Relatively unfavorable	–	4 (25,0%)	7 (36,8%)*	11 (23,9%)
Неблагоприятный/Unfavorable	–	1 (6,3%)	7 (36,8%)*	8 (17,4%)
Варианты клинической динамики религиозности/Types of clinical dynamics of religiosity				
Нормальная/гармоничная/Normal/harmonious	9 (81,8%)*	3 (18,8%)	–	12 (26,1%)
Сверхценная гиперрелигиозность/Overvalued Hyperreligiosity	1 (9,1%)	8 (50,0%)**	–	9 (19,6%)
Патологическая/«лоскутная»/Pathological/«patchwork»	–	2 (12,5%)	14 (73,7%)+	16 (34,8%)
Понижение уровня религиозности, отход от веры/Religious decline, loss of faith	1 (9,1%)	3 (18,8%)	5 (26,3%)	9 (19,6%)

Примечания: * — по исходу заболевания различия значимые I тип vs II ($p = 0,022$), ** — I тип vs III ($p < 0,001$), *** — II vs III ($\chi^2 = 20,393$; $p < 0,001$); по динамике религиозности + — I тип vs II ($\chi^2 = 10,892$; $p = 0,012$), ++ — I vs III ($\chi^2 = 26,411$; $p < 0,001$), +++ — II vs III ($\chi^2 = 20,393$; $p < 0,001$)

Notes: * — outcomes difference significant I type vs II ($p = 0,022$), ** — I vs III ($p < 0,001$), II vs III ($\chi^2 = 8,188$; $p = 0,042$); dynamics of religiosity + — I type vs II ($\chi^2 = 10,892$; $p = 0,012$), ++ — I vs III ($\chi^2 = 26,411$; $p < 0,001$), +++ — II vs III ($\chi^2 = 20,393$; $p < 0,001$)

корреляция (Cramér's V 0,6–0,655) между типом РДБС, характером дальнейшей религиозности и исходом на момент катамнестического обследования согласуется с представлением о клинко-прогностическом значении религиозных убеждений при психозах [14, 15].

В соответствии с классической моделью религиозного копинга К. Pargament, гармоничная внутренняя эволюция веры, наблюдавшаяся при I типе РДБС, представляет собой позитивный копинг, который напрямую ассоциирован с высоким качеством терапевтического альянса, сохранностью критики и благоприятным исходом в 90,9% случаев. Напротив, «лоскутная» религиозность при III типе является отражением процессуальной и волевой дезинтеграции, развивающейся у пациентов с неблагоприятными исходами (до 73,6% сочетанных неблагоприятных и относительно неблагоприятных исходов) [3, 4]. Полярная динамика религиозности при II типе заслуживает отдельного внимания. Существование в пределах одной типологической разновидности как избегающей (с редукцией религиозности и восприятием религиозной среды как провоцирующего фактора), так и стратегии с усилением религиозной вовлеченности до уровня сверхценной, иллюстрирует амбивалентный характер религиозного копинга, описанный в современной литературе [14, 15, 17]. Данное наблюдение имеет непосредственное практическое значение, поскольку требует индивидуализированного подхода к психотерапевтическому сопровождению таких больных.

Психометрический профиль CRS подтвердил клинические наблюдения: формально сопоставимые суммарные баллы при I и II (2-й подтип) типах (4,1 балла) качественно различались по структуре субшкал. Сбалансированное распределение при гармоничной религиозности контрастировало с доминированием

субшкал публичной практики и религиозного опыта при сверхценной гиперрелигиозности. Это указывает на то, что для клинической квалификации религиозности недостаточно оценки только интегрального показателя центральности, необходим анализ ее внутренней структуры, что соответствует методологии многомерного подхода С.У. Glock и данным S. Mohr и соавт. [13, 15].

Ограничения настоящего исследования включают ретроспективный характер оценки доманифестной религиозности, малый объем катамнестических подгрупп и различия их нозологической принадлежности. В дальнейших исследованиях необходимы проспективный дизайн, расширенная выборка и многофакторный учет диагноза, возраста манифестации, длительности заболевания и терапии.

Полученные данные обосновывают включение структурированной оценки религиозности, в том числе CRS и показателей религиозного совладания К. Pargament, в комплексное обследование больных с РДБС и разработку типоспецифической терапевтической тактики.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенное исследование позволяет рассматривать религиозность не только как патопластический фактор, определяющий содержание психопатологических переживаний, но и как параметр, тесно связанный с общим прогнозом заболевания. Полученные результаты обосновывают необходимость дифференцированной терапевтической тактики с учетом религиозного мировоззрения пациента. Дальнейшие проспективные исследования предполагают направленность на разработку стандартизированных подходов к оценке

религиозности в клинической практике и интеграции специализированных терапевтических методик в систему реабилитации больных с эндогенными депрессивными расстройствами с религиозным содержанием.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ/REFERENCES

1. Попович УО, Романенко НВ, Каледа ВГ. К вопросу о патологической религиозности в контексте клинической психиатрии. *Психиатрия*. 2020;18(4):114–126. doi: 10.30629/2618-6667-2020-18-4-114-126
Popovich UO, Romanenko NV, Kaleda VG. To the Question about Pathological Religiosity in the Context of Clinical Psychiatry. *Psychiatry (Moscow) (Psikhiatriya)*. 2020;18(4):114–126. (In Russ.). doi: 10.30629/2618-6667-2020-18-4-114-126
2. Смирнова ЕВ, Алексеева АГ, Копейко ГИ, Борисова ОА, Гедевани ЕВ, Владимиров ТВ, Каледа ВГ. Психопатологические особенности депрессивно-бредовых состояний с религиозным содержанием. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски*. 2023;123(11–2):101–107. doi: 10.17116/jnevro2023123112101
Smirnova EV, Alekseeva AG, Kopeyko GI, Borisova OA, Gedevari EV, Vladimirova TV, Kaleda VG. Psychopathology of depressive-delusional states with religious content. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2023;123(11–2):101–107. (In Russ.). doi: 10.17116/jnevro2023123112101
3. Sofou N, Giannakopoulos O, Arampatzi E, Konstantakopoulos G. Religious delusions: Definition, diagnosis and clinical implications. *Psychiatriki*. 2021;32(3):224–231. doi: 10.22365/jpsych.2021.014. PMID: 33770751
4. Westhead M, Georgiades A. The Role of Spirituality and Religiosity in the Maintenance and Recovery of Psychosis: A Systematic Review. *Early Interv Psychiatry*. 2025;19(7):e70061. doi: 10.1111/eip.70061. PMID: 40605616; PMCID: PMC12223707
5. Peters E, Day S, McKenna J, Orbach G. Delusional ideation in religious and psychotic populations. *Br J Clin Psychol*. 1999;38(1):83–96. doi: 10.1348/014466599162683. PMID: 10212739.
6. Siddie R, Haddock G, Tarrier N, Faragher EB. Religious delusions in patients admitted to hospital with schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2002;37(3):130–8. doi: 10.1007/s001270200005. PMID: 11990010
7. Bhavsar V, Bhugra D. Religious delusions: finding meanings in psychosis. *Psychopathology*. 2008;41(3):165–72. doi: 10.1159/000115954. Epub 2008 Feb 11. PMID: 18264027.
8. 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
Allport G. Stanovlenie lichnosti: izbrannye trudy / per. s angl. L.V. Trubicynoj i D.A. Leonteva; pod obsh. red. D.A. Leonteva. M. Smysl, 2002:462.
9. Francis LJ. Introducing the New Indices of Religious Orientation (NIRO): Conceptualization and measurement. *Mental Health, Religion and Culture*. 2007;10(6):585–602. doi: 10.1080/13674670601035510
10. Sheldon KM. Catholic guilt? Comparing Catholics' and Protestants' religious motivations. *The International Journal for the Psychology of Religion*. 2006;16(3):209–223. doi: 10.1207/s15327582ijpr1603_5
11. Rip B, Vallerand RJ, Lafrenière MA. Passion for a cause, passion for a creed: on ideological passion, identity threat, and extremism. *J Pers*. 2012;80(3):573–602. doi: 10.1111/j.1467-6494.2011.00743.x. Epub 2012 Apr 26. Erratum in: *J Pers*. 2012 Aug;80(4):1146. PMID: 22091560.
12. Cohen AB, Mazza GL, Johnson KA, Enders CK, Warner CM, Pasek MH, Cook JE. Theorizing and Measuring Religiosity Across Cultures. *Pers Soc Psychol Bull*. 2017;43(12):1724–1736. doi: 10.1177/0146167217727732
13. Glock CY. On the study of religious commitment. *Religious Education*, 1962;57(4):98–110. doi: 10.1080/0034408620575407
14. Борисова ОА, Гусев ВВ, Двойнин АМ, Копейко ГИ. Структура и содержание ценностно-смысловой сферы психически больных с религиозным мировоззрением. *Культурно-историческая психология*. 2019;15(4):56–67. doi: 10.17759/chp. 2019150406
Borisova OA, Gusev VV, Dvoinin AM, Kopeyko GI. Structure and Contents of the Value and Meaning System of Mentally Ill Patients with the Religious Outlook. *Cultural-Historical Psychology*. 2019;15(4):56–67. (In Russ.). doi: 10.17759/chp. 2019150406
15. Mohr S, Borrás L, Betrisey C, Pierre-Yves B, Gilliéron C, Huguelet P. Delusions with religious content in patients with psychosis: how they interact with spiritual coping. *Psychiatry*. 2010;73(2):158–72. doi: 10.1521/psyc.2010.73.2.158 PMID: 20557227.
16. Ouwehan E, Zock T, Muthert J, Boeije H, Braam A. “The Awful Rowing toward God”: Interpretation of Religious Experiences by Individuals with Bipolar Disorder. *Pastoral Psychology*. 2019;68(10). doi: 10.1007/s11089-019-00875-4
17. Pearce M J., Pargament K I., Oxhandler H K., Vieten C, Wong S. A novel training program for mental health providers in religious and spiritual competencies. *Spirituality in Clinical Practice*. 2019;6(2):73–82. doi: 10.1037/scp0000195
18. Huber S, Huber OW. The Centrality of Religiosity Scale (CRS). *Religions*. 2012;3(3):710–724. doi: 10.3390/rel3030710
19. Каледа ВГ. Закономерности течения и исхода приступообразных эндогенных психозов, манифестирующих в юношеском возрасте (катамнестическое исследование) *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова* 2008;108(9):11–23.
Kaleda VG. Endogenous psychoses with a first episode at the juvenile age: course and outcome (follow-up

- study). S.S. Korsakov *Journal of Neurology and Psychiatry* 2008;108(9):11–23. (In Russ.).
20. Копейко ГИ, Борисова ОА, Казьмина ОЮ. Религиозные копинг-стратегии в реабилитации психически больных. *Психиатрия*. 2016;(71):40–49. doi: 10.30629/2618-6667-2016-70-40-49
Kopejko GI, Borisova OA, Kaz'mina OYu. Religious coping strategies in rehabilitations of mentally ill. *Psychiatry (Moscow) (Psikhiatriya)*. 2016;(71):40–49. (In Russ.). doi: 10.30629/2618-6667-2016-70-40-49
 21. Крылова ЕС. Клинико-психопатологические аспекты юношеских депрессий с картиной «метафизической интоксикации» *Психиатрия*. 2003;(6):29–35.
Krylova ES. Clinical and psychopathological aspects of youth depression with a picture of “methaphysic intoxication” *Psychiatry (Moscow) (Psikhiatriy)*. 2003;(6):29–35.
 22. Каледа ВГ, Попович УО, Романенко НВ, Копейко ГИ. Религиозный бред при юношеском эндогенном приступообразном психозе. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2017;117(12):13–20. doi: 10.17116/jnevro201711712113-20
Kaleda VG, Popovich UO, Romanenko NV, Kopeiko GI. Endogenous episodes of juvenile psychosis with religious delusions. S.S. Korsakov *Journal of Neurology and Psychiatry*. 2017;117(12):13–20. (In Russ.). doi: 10.17116/jnevro201711712113-20
 23. Wuthnow R. *After Heaven: Spirituality in America Since the 1950s*. Berkeley: University of California Press. 1998. <https://www.jstor.org/stable/jj.2711549>

Сведения об авторах

Евгения Вадимовна Смирнова, аспирант, отдел транскультуральной психиатрии, ФГБНУ «Российский научный центр психического здоровья», Москва, Россия

smirnova.ev94@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0003-3119-4226>

Анна Григорьевна Алексеева, кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник, отдел транскультуральной психиатрии, ФГБНУ «Российский научный центр психического здоровья», Москва, Россия

agalexeeva@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0001-7283-1717>

Василий Глебович Каледа, доктор медицинских наук, профессор, заместитель директора Центра по научно-организационной деятельности, заведующий отделом юношеской психиатрии, ФГБНУ «Российский научный центр психического здоровья», Москва, Россия

kaleda-vg@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0002-1209-1443>

Юлия Александровна Чайка, доктор медицинских наук, директор, ФГБНУ «Российский научный центр психического здоровья», профессор, кафедра психиатрии, наркологии и психотерапии, Российский университет медицины, Москва, Россия

berseneva76@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0001-7182-2472>

Information about the authors

Evgenia V. Smirnova, Postgraduated Student, Department of Transcultural Psychiatry, FSBSI Russian Mental Health Research Centre, Moscow, Russia

smirnova.ev94@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0003-3119-4226>

Anna G. Alekseeva, Cand. Sci. (Med.), Senior Researcher, Department of Transcultural Psychiatry, FSBSI Russian Mental Health Research Centre, Moscow, Russia

agalexeeva@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0001-7283-1717>

Vasily G. Kaleda, Dr. Sci. (Med.), Professor, Deputy Director for Scientific and Organizational Activities, Head of the Department of Youth Psychiatry, FSBSI Russian Mental Health Research Centre, Moscow, Russia

kaleda-vg@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0002-1209-1443>

Yulia A. Chaika, Dr. Sci. (Med.), Director, FSBSI Russian Mental Health Research Centre, Professor, Department of psychiatry, narcology and psychotherapy, The Russian University of Medicine, Moscow, Russia

berseneva76@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0001-7182-2472>

Вклад авторов

Смирнова Е.В. — сбор данных; создание черновика рукописи; интерпретация результатов исследования; статистическая обработка данных; написание и оформление рукописи;

Алексеева А.Г. — редактирование результатов исследования;

Каледа В.Г. — планирование исследования; организация сбора клинических данных; интерпретация результатов исследования;

Чайка Ю.А. — научное руководство исследованием; концептуализация исследования; контроль всех этапов исследования и подготовки рукописи;

Все авторы приняли участие в обсуждении результатов и согласовали окончательный текст рукописи.

Authors' contributions

Evgenia V. Smirnova — data collection; drafting the manuscript; interpretation of study results; statistical analysis of data; writing and formatting the manuscript;

Anna G. Alekseeva — editing of research results;

Vasily G. Kaleda — research planning; organization of clinical data collection; interpretation of research results;

Yulia A. Chaika — scientific supervision of the study; conceptualization of the study; oversight of all stages of the study and manuscript preparation;

All authors participated in the discussion of the results and approved the final text of the manuscript.

Конфликт интересов/Conflict of interests

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

The authors declare no conflicts of interests.

Дата поступления 18.06.2026
Received 18.06.2026

Дата рецензирования 30.07.2026
Revised 30.07.2026

Дата принятия к публикации 09.08.2026
Accepted for publication 09.08.2026