

Клиническая типология и прогноз синдрома овладения религиозного содержания при шизофрении

Самсонов И.С., Копейко Г.И., Борисова О.А., Гедевани Е.В., Каледа В.Г.

ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия

ОРИГИНАЛЬНОЕ
ИССЛЕДОВАНИЕ

Резюме

Обоснование: исследование синдрома овладения религиозного содержания (СОРС) при шизофрении сопряжено с определенными сложностями, заключающимися в недостаточной изученности и низкой распознаваемости этих состояний, несмотря на значительную их тяжесть, имеющуюся социальную опасность и известную резистентность к проводимой психофармакотерапии. **Цель исследования:** разработать клиническую типологию СОРС при шизофрении, основанную на психопатологических особенностях и патокинезе данного синдрома, и персонифицированные критерии диагностики и прогноза заболевания. **Пациенты и методы:** обследовано 36 пациентов, страдающих шизофренией (F20.0, F20.01, F20.02 по МКБ-10), в клинической картине которой наблюдался СОРС. В исследовании применялись клиничко-психопатологический, клиничко-катамнестический, психометрический (PANSS) методы. **Результаты:** синдром овладения религиозного содержания (СОРС) определяется устойчивой бредовой убежденностью пациентов в воздействии на них некой бесплотной «духовной сущности», осуществляющей контроль над умом и телом и полностью трансформирующей их личность. СОРС является психопатологически сложным и полиморфным образованием и формируется по закономерностям развития синдрома Кандинского–Клерамбо. В соответствии с особенностями бреда воздействия при шизофрении описаны два клинических типа СОРС: интернальный (1-й тип) и экстернальный (2-й тип), различающиеся характером переживаемого воздействия — инвазивного или извне. **Заключение:** два типа СОРС имеют различный клинический и социальный прогноз и наблюдаются при разных по прогрессивности формах течения шизофрении.

Ключевые слова: синдром овладения религиозного содержания; бред одержимости религиозного содержания; типология; интернальный и экстернальный типы; религиозность, шизофрения.

Для цитирования: Самсонов И.С., Копейко Г.И., Борисова О.А., Гедевани Е.В., Каледа В.Г. Клиническая типология и прогноз синдрома овладения религиозного содержания при шизофрении. *Психиатрия*. 2019;17(4):15–24. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2019-17-4-15-24>.

Конфликт интересов отсутствует

The Syndrome of Possession with Religious Content in Schizophrenia: Clinical Typology and Prognosis

Samsonov I.S., Kopeyko G.I., Borisova O.A., Gedevari E.V., Kaleda V.G.

FSBSI «Mental Health Research Centre», Moscow, Russia

RESEARCH

Summary

Background: The study of the syndrome of possession with religious content (SPRC) in schizophrenia is associated with certain difficulties, such as insufficient study and low recognition of these conditions. These disorders appear to be very severe due to existing social risk and certain resistance to psychopharmacotherapy. **The aim:** to conduct clinical and psychopathological differentiation of SPRS in schizophrenia, based on psychopathological features and pathogenesis of the syndrome, to develop personalized criteria for diagnosis and prognosis of the disease. **Patients and methods:** a total of 36 patients suffering from the SPRS in schizophrenia (F20.0, F20.01, F20.02 according to ICD-10) were examined. The research methods were used in the study: clinical-psychopathological, follow-up, and psychometric (PANSS) methods. **Results:** syndrome of possession with religious content SPRC is persistent delusional patient's conviction in the impact on him carried out by some immaterial «spiritual entity», which involves control under his/her mind and body, and leads to total transformation of personality. SPRS is psychopathologically complex and polymorphic formation and is developed according to the laws of the Kandinsky–Clérambault syndrome. Due to psychopathological features two different types of this syndrome were identified: internal (type 1) and external (type 2). Differentiation of these forms was based on difference in character of affection's sense noted by patients (invading or from the outside). **Conclusion:** two types of SPRS have different clinical and social prognosis and are observed in different progressive forms of schizophrenia.

Keywords: syndrome of possession with religious content; delusion of possession with religious content; hallucinations of common sense; religiosity; schizophrenia; internal and external types of syndrome of possession with religious content.

For citation: Samsonov I.S., Kopeyko G.I., Borisova O.A., Gedevari E.V., Kaleda V.G. The syndrome of possession with religious content in schizophrenia: clinical typology and prognosis. *Psychiatry*. 2019;17(4):15–24. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2019-17-4-15-24>.

There is no conflict of interest

ВВЕДЕНИЕ

В ранее проведенном исследовании [1, 2] была установлена чрезвычайная сложность и полиморфность психопатологических характеристик синдрома овладения религиозного содержания (СОРС). Было отмечено, что специфическим ядром синдрома является бредовое убеждение больного об инвазии/вторжении в его личность и тело некой бесплотной «духовной сущности», в результате чего происходит полное завладение им. При этом характер описываемой «духовной сущности» мог быть как враждебным, «бесовским», так и благожелательным, «божественным». Наряду с бредом одержимости религиозного содержания структура СОРС была представлена рядом других психопатологических расстройств, выступающих во взаимосвязи друг с другом. К ним относятся иные сверхценные или бредовые религиозные идеи, идеи порчи, колдовства, бредовые построения ипохондрического содержания с видоизменением в бредовую деперсонализацию (физического «Я» и психического «Я»), бред метаморфоза, галлюцинации общего чувства, гаптические и обонятельные галлюцинации с присоединением различных психических автоматизмов и псевдогаллюцинаций, а также особые бредовые формы защитного поведения. Несмотря на полиморфизм психопатологической картины синдрома, практически во всех случаях развитие СОРС соответствовало закономерностям поэтапного формирования параноидального синдрома Кандинского–Клерамбо.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Разработка клинической типологии СОРС при шизофрении, основанной на психопатологических особенностях и патокинезе данного синдрома, персонифицированных критериев диагностики и прогноза заболевания.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ

Обследовано 36 больных (19 женщин; 17 мужчин), средний возраст которых на момент манифестации составлял $28 \pm 9,5$ года. У всех больных диагностирован синдром овладения религиозного содержания в рамках шизофрении (F20,0 по МКБ-10). Выборка была сформирована из числа пациентов, обследованных в период с 1994–2019 гг. в группе по изучению особых форм психической патологии клинического отдела по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний (руководитель — академик РАН А.С. Тиганов), а также из пациентов, находящихся на лечении в клинике ФГБНУ НЦПЗ. Пациенты обследованы клини-

ко-психопатологическим, клинко-катамнестическим, статистическим (с использованием критерия Манна–Уитни), психометрическим (по PANSS) методами.

Исследование проведено в соответствии с Хельсинской декларацией 1975 г. и ее пересмотренным вариантом 2000 г., одобрено Локальным этическим комитетом ФГБНУ НЦПЗ. Всеми пациентами было подписано информированное согласие на участие в исследовании.

На этапе включения в исследование обследование больных (28 человек; 77,8%) осуществлялось с использованием клинко-психопатологического и психометрического (PANSS, PSP) методов. При наличии СОРС в анамнезе (8 больных; 22,2%) применялись клинко-психопатологический и клинко-катамнестический методы. В период выхода из острого состояния в терапевтическую ремиссию и при дальнейшем катамнестическом наблюдении каждые 6 месяцев проводилось обследование при помощи клинко-психопатологического и психометрического методов.

Критерии включения больных в исследование: манифестация заболевания в зрелом возрасте (от 20 до 55 лет); диагноз шизофрении (F20.0 по МКБ-10); наличие синдрома овладения религиозного содержания.

Критериями не включения: тяжелые соматические и неврологические заболевания в стадии декомпенсации; органические поражения ЦНС; эпилепсия; злоупотребление психоактивными веществами.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Клинко-психопатологическое исследование СОРС обнаружило определенные различия психопатологической картины синдрома овладения религиозного содержания в зависимости от направленности переживаемого воздействия «духовной сущности», которое пациенты характеризовали как внутреннее или внешнее. На основании этих различий были выделены 2 типа синдрома овладения религиозного содержания:

- **интернальная** форма синдрома овладения религиозного содержания (1-й тип) представлена бредовой убежденностью больного в инвазии посторонней «духовной сущности» внутрь организма, и изнутри оказывающей воздействие на его тело и душу, с развитием вторичного бреда воздействия, возникающего на основе галлюцинаций общего чувства (галлюцинаторного бреда);
- **экстернальная форма** синдрома овладения религиозного содержания (2-й тип) заключается в бредовой убежденности больного в том, что «духовная сущность», находясь за пределами физического организма, воздействует на его тело и психику извне. Бред носит характер первичного бреда воздействия.

Эти два типа синдрома овладения религиозного содержания, которые наблюдались в рамках эндогенного заболевания (шизофрении), имели различия, касающиеся формы течения заболевания, степени его прогрессирующей, а также клинико-психопатологических особенностей на разных этапах заболевания.

Особенностью **интернальной формы (1-го типа)** синдрома овладения религиозного содержания (19 больных, 52,8% от общего количества случаев) являлось бредовое убеждение пациента о внедрении некой чуждой духовной сущности («беса») непосредственно в его физическое тело, а через тело — в психическую сферу, вследствие чего осуществлялось управление его психическим и соматическим состоянием. Галлюцинации общего чувства являлись ведущим психопатологическим образованием и основой для формирования интернальной формы синдрома овладения религиозного содержания и сопровождалась появлением особых автоматизмов в структуре данного синдрома. С галлюцинациями общего чувства в разной степени были связаны особенности всех остальных психопатологических расстройств в динамике синдрома овладения религиозного содержания: формирование самого бреда одержимости и метаморфоза с «перевоплощением в беса» (5 больных, 26,3%), бреда греховности (17 больных, 89,4%), бредовых идей порчи или колдовства (7 больных, 36,8%). Имевшие место галлюцинации (3 больных, 15,8%) и обонятельные (2 больных, 10,5%) галлюцинации, а также аффективные расстройства так же были тесно связаны по своему содержанию с галлюцинациями общего чувства. В отдельных наблюдениях (4 больных, 21,1%) отмечалось преобладание бредовых ипохондрических построений над другими видами бредовых расстройств. В этих случаях ипохондрические идеи так же в значительной степени были спаяны с галлюцинациями общего чувства, и носили постоянный характер. Как уже упоминалось ранее, возникновение синдрома овладения религиозного содержания происходило остро, и вслед за этим появлялась бредовая убежденность в одержимости нечистой силой («бесом») как бесспорная очевидность, не подлежащая никаким логическим обоснованиям или сомнениям. Отмечалось полное отсутствие критики к описанным расстройствам. Галлюцинации общего чувства служили источником для формирования бредового поведения, представляющего собой особые формы «защиты от бесов», нередко с использованием оккультно-магических, эзотерических ритуалов, альтернативных канонам традиционной религии.

При манифестации заболевания **экстернальной формой (2-м типом)** синдрома овладения религиозного содержания (17 больных, 47,2% от общего числа наблюдений), в отличие от интернальной формы синдрома, бред одержимости формировался в соответствии с закономерностями острого чувственного бреда, когда источник воздействия, ощущаемого пациентами, проецировался вовне. Феномен галлюцинаций общего чувства в картине синдрома овладения

религиозного содержания 2-го типа отличался эпизодичностью и меньшей интенсивностью, а в некоторых случаях (7 больных, 41,2%) он полностью отсутствовал, тогда как на первый план в картине состояния выходили массивные психические автоматизмы. Пациенты заявляли об имеющемся духовном поражении, причиной чему считали завладение их личностью негативной или же положительной духовной сущностью. Характерными особенностями 2-го типа синдрома можно назвать выраженный полиморфизм и острота представленных в картине заболевания расстройств. Помимо различных видов психических автоматизмов, часто наблюдался антагонистический бред (8 больных, 47,1%), явления синдрома инсценировки (10 больных, 58,8%), вплоть до состояний, приближающихся по своим психопатологическим характеристикам к редуцированному онейроидному помрачению сознания. В рамках экстернальной формы синдрома овладения религиозного содержания также можно было наблюдать формирование так называемых вторичных идей одержимости, представленных несистематизированными интерпретативными бредовыми расстройствами, связанными с бредом овладения: «беременность от беса», «заполнение тела червяками, которых бес заставлял поедать» (5 больных, 29,4%). Имели место аффективные нарушения, которые наиболее часто были представлены тревожными расстройствами, а также несистематизированные и мало разработанные политематические интерпретативные бредовые идеи порчи и колдовства, отравления или преследования.

Полиморфизм расстройств дополнялся другими расстройствами небредового регистра. В структуре синдрома овладения религиозного содержания одновременно могли присутствовать псевдогаллюцинаторные расстройства и все виды автоматизмов (3 больных; 17,6%). В некоторых случаях бредовые идеи инсценировки были лишены чувственного компонента, приобретая интерпретативный характер (5 больных, 29,4%). Также наблюдалась проекция антагонистического бреда в саму личность пациента, непосредственно в которой и происходило столкновение двух начал (бесовского и божественного), с превалированием одного из них (3 больных, 17,6%). Политематичность бредовых расстройств, как правило, проявлялась наряду с бредом одержимости «бесом» в структуре транзиторных психотических приступов, представленных иной тематикой бреда, например идеями ревности, отравления, преследования (12 больных; 70,6%).

Прогностические особенности 1-го и 2-го типов СОРС при шизофрении

Манифестация синдрома овладения религиозного содержания **1-го типа (интернальная форма)** отмечалась в среднем в возрасте 27 лет ($SD = 7,7$ года), спустя 11,5 года ($SD = 5,4$ года) после появления инициальных признаков болезни.

На этапе манифестации заболевания можно было отметить его определенное своеобразие, заключавшееся в сочетании психопатологических расстройств,

отражающих непрерывный характер эндогенного заболевания (сверхценные увлечения религиозного характера, сверхценные религиозные построения) с расстройствами, характерными для приступообразного течения (галлюцинаторная симптоматика, явления острого чувственного бреда, выраженные аффективные расстройства). Исходом психотического состояния являлось лишь некоторое снижение интенсивности галлюцинаторно-бредовой симптоматики и явлений психического автоматизма. Описанные явления носили персистирующий характер, полной их редукции не наступало никогда, в том числе и при наличии достаточно интенсивной нейролептической терапии. Была характерна малая доступность в отношении бредовых расстройств, критика к которым практически не формировалась. Течение заболевания в данной группе в большей степени приближалось к непрерывному (F20.00 по МКБ-10).

Особого внимания заслуживала глубина выраженности негативных расстройств, что проявлялось в эмоциональной бедности, ригидности и обстоятельности, а также в значительном снижении энергетического потенциала. С течением заболевания полностью изменялся жизненный уклад этих пациентов, которые переставали справляться с элементарными бытовыми делами, следить за своим внешним видом, интересоваться жизнью семьи, постепенно переходя к затворническому образу жизни.

При сравнительном анализе социально-трудовых характеристик больных данной группы в большинстве наблюдений (12 больных; 63,2%) отмечалась утрата трудоспособности, когда больные вынуждены были находиться на иждивении родственников и близких, оформляли инвалидность (результаты представлены в табл. 3).

На доманифестном этапе преморбидный склад личности больных с СОРС 1-го типа отличался преобладанием шизоидных (12 больных, 63,2%) и истерошизоидных (7 больных; 36,8% от общего числа) черт характера. В большинстве случаев (11 больных; 57,9%) на доманифестном этапе заболевания имели место аутохтонные, субклинические аффективные расстройства, которые характеризовались лабильностью как в отношении глубины их проявления, так и продолжительности. Аффективные расстройства, как правило, носили атипичный характер и были представлены монополярными тревожно-апатическими, адинамическими или дисфорическими проявлениями (13 больных; 68,4%). В ряде случаев наряду с депрессивными расстройствами отмечалось развитие маниакальных состояний (5 больных; 26,3%), реже наблюдались сдвоенные биполярные фазы (3 больных; 15,8%). В отдельных наблюдениях (2 больных; 10,5%) маниакальные фазно-аффективные расстройства сочетались с отчетливыми психопатоподобными проявлениями, что выражалось в злоупотреблении алкоголем или ПАВ, беспорядочных половых связях. Наряду с этим имела склонность к образованию сверхценных комплек-

сов (9 больных; 52,9%), когда отмечался повышенный интерес, например, к мистическим или эзотерическим знаниям, что в некоторых случаях (3 больных; 15,7%) приближалось к состоянию метафизической интоксикации. В 5 случаях (26,3%) отмечалось формирование сверхценного интереса к религии, начинающегося, как правило, в пубертатном периоде.

Формирование религиозности пациентов 1-го типа СОРС начиная с доманифестного периода заболевания и на этапе, непосредственно предшествующем развитию синдрома овладения религиозного содержания, также имело свои особенности. Обращение к религии, как правило, было связано с некими психотравмирующими событиями или развитием соматической патологии (6 больных; 31,6%) либо происходило под влиянием религиозной среды, со стороны родственников или ближайшего окружения (13 больных; 68,4%). В большинстве наблюдений отмечалось формирование сверхценных идей греховности (10 больных; 52,6%), несистематизированных бредовых идей отношения религиозного содержания (9 больных; 47,4%), сверхценных эсхатологических идей, не достигавших на этом этапе уровня бредовых расстройств. В единичных случаях (4 больных; 21,1%) религиозность формировалась постепенно, и к моменту ее полного становления характеризовалась определенной зрелостью (с точки зрения священнослужителей) и не теряла связи с традиционными церковными канонами. В последующем, на этапе манифестации заболевания, своеобразное религиозное мировоззрение оказывало выраженное влияние на процесс бредообразования. В связи с устойчивостью бредовых идей религиозного содержания и малой динамикой состояния внешние проявления религиозности значительно не изменялись на протяжении заболевания.

Таким образом, в клиническом развитии заболевания при 1-м типе СОРС стержневыми расстройствами являются монотематические сверхценные и бредовые идеи религиозного содержания, которые наблюдаются на всех его этапах. На доманифестном этапе формирование религиозности сопровождалось элементами сверхценных идей греховности, сверхценными эсхатологическими идеями, несистематизированными бредовыми идеями религиозного содержания. На манифестном этапе развития болезни имел место религиозный бред одержимости, религиозный бред деперсонализации и метаморфоза. В периоды между эксацербациями наблюдались остаточные резидуальные бредовые идеи религиозного содержания и полное отсутствие критического отношения к своим переживаниям.

Манифестация синдрома овладения религиозного содержания **2-ого типа (экстернальная форма)** СОРС отмечалась в среднем в возрасте 32 лет ($SD = 13,2$ года), спустя в среднем 16 лет ($SD = 11,5$ года) после появления инициальных признаков болезни.

Течение шизофрении при 2-м типе СОРС носило приступообразно-прогредиентный характер и отличалось более благоприятным характером по сравнению

с 1-м типом (F20.02 по МКБ-10). Границы приступов характеризовались четкой очерченностью. После перенесенного психоза только в редких случаях (3 больных; 17,6%) отмечалось появление критического отношения к болезненным расстройствам. В межприступный период явления резидуальной бредовой симптоматики встречались крайне редко, обычно в стертой форме. Отсутствовали и значительные негативные личностные изменения после перенесенного приступа. При сравнительном анализе социально-трудового статуса у больных этой группы в большинстве случаев (14 больных; 82,4%) не отмечалось потери квалификации и снижения профессионального уровня (см. табл. 3).

На доманифестном этапе заболевания шизофренией 2-го типа СОРС преморбидный склад личности больных был близок к паранойяльному (10 больных; 52,9%) и к шизоидному (7 больных; 29,4%).

Так же как и при 1-м типе СОРС, доманифестный этап болезни в случае экстернальной формы СОРС характеризовался наличием аффективных расстройств (15 больных; 88,2%) в виде монополярных тревожно-апатических, адинамических или дисфорических субдепрессивных проявлений (9 больных; 52,9%), гипоманиакальных состояний (3 больных; 17,6%) или сдвоенных биполярных фаз (5 больных; 29,4%). Характерными особенностями доманифестного этапа заболевания при 2-м типе синдрома овладения религиозного содержания являлось, в первую очередь, отчетливое сочетание описанных аффективных расстройств с психопатоподобными проявлениями (12 больных; 63,2%), что выражалось в прогулах школьных или институтских занятий, конфликтах со старшими людьми, злоупотреблении алкоголем, употреблении каннабиноидов, опиатов и других психоактивных веществ и в беспорядочных половых связях, приводящих, в частности у пациенток, к нежелательным беременностям и абортам. Наряду с этим отмечались явления дисморфобии (6 больных; 31,6% от числа больных со 2-м типом), сопровождающиеся нарушениями пищевого поведения, когда больные долгое время ограничивали себя в пище, прибегали к искусственному вызыванию рвоты, употребляли слабительные средства. В 2 наблюдениях (10,5% больных от числа больных 2-го типа), реже чем при 1-м типе синдрома, отмечались явления метафизической интоксикации, тогда как формирования сверхценного отношения к религии практически не наблюдалось.

У большинства пациентов 2-го типа СОРС на доманифестном этапе религиозность либо не наблюдалась (13 больных; 76,5%), либо носила упрощенный характер, внешне проявлялась редким, формальным, поверхностным выполнением религиозных обрядов, без глубокого сознательного усвоения церковных канонов и не определяла их образ жизни (4 больных; 23,5%). Непосредственно обращение к религии при экстернальной форме синдрома овладения религиозного содержания происходило в начальный период острого психотического состояния при формировании

СОРС. Приход к вере бывал достаточно внезапным, был связан с борьбой с первыми проявлениями заболевания (сенестопатическими нарушениями, расстройствами мышления) и основывался на некотором субъективном уменьшении интенсивности симптоматики во время религиозной службы. Мотивацией для дальнейшего включения в религиозную жизнь было именно спасение и облегчение неприятных, тягостных ощущений. Формирование религиозности происходило в ускоренном темпе, негармонично.

Религиозность больных при этом носила внешний, несколько гиперболизированный характер, отличалась нестойкостью и несистематизированностью, однако вместе с этим в канонических пределах. При этом формирования зрелого религиозного мировоззрения, так же как и в большинстве наблюдений 1-го типа синдрома, не происходило. Наступление ремиссии после перенесенного психоза у большинства больных, как правило, сопровождалось значительным снижением как псевдорелигиозности, так и традиционной религиозности (13 больных; 76,5%).

В редких случаях по мере развития заболевания происходило значительное изменение личности (2 больных; 11,8%) в виде значительного сглаживания психопатических черт характера. На доманифестном этапе заболевания у пациентов нередко имели место те или иные антисоциальные поступки, однако после манифестации психоза постепенно происходило значительное изменение поведения больных, приобретенная псевдорелигиозность особым образом встраивалась в их личность, что сопровождалось некоторой трафаретностью проявлений религиозного образа жизни.

При сравнительной оценке выраженности психопатологической симптоматики у больных с разными типами СОРС были использованы данные психометрического исследования с использованием шкалы PANSS, проведенного на момент максимальной выраженности психопатологических симптомов СОРС обоих типов. Ввиду того что 8 больных из 2-й группы были обследованы на момент прекращения приступа, в структуре которого наблюдался СОРС, их данные не могли быть включены в представленную *табл. 1*.

Из приведенной выше таблицы следует, что значимые различия между группами испытуемых наблюдаются по нескольким показателям.

Позитивный фактор: П-1 (бред), П-2 (расстройства мышления), П-3 (галлюцинации), П-6 (идеи преследования), П-7 (враждебность), а также суммарный балл.

Фактор общепсихопатологических симптомов: Г-2 (тревога), Г-3 (чувство вины), Г-5 (манерность и позирование), Г-9 (необычное содержание мыслей), Г-13 (расстройство воли), Г-15 (загруженность психическими переживаниями), Г-16 (активная социальная устранимость), а также суммарный балл.

По всем указанным шкалам более высокие показатели отмечаются в группе испытуемых со 2-м типом СОРС, особенно это касается позитивного фактора, где такие различия наблюдаются практически во всех шкалах.

Таблица 1. Оценка показателей PANSS у больных с 1-м и 2-м типами СОРС на момент максимальной выраженности психопатологической симптоматики с использованием критерия Манна–Уитни (непараметрический критерий для независимых выборок)

Table 1. Assessment of PANSS indicators in patients with 1 and 2 SPRC types at the point of the maximum severity of psychopathological symptoms based on Mann–Whitney U-test

Показатель/Characteristics	1-й тип/1 type (n = 19)	2-й тип/2 type (n = 9)	p
П-1 (бред)/P1 (Delusions)	5,7 ± 0,48	6,0 ± 0,67	0,061815*
П-2 (расстройства мышления)/P2 (Conceptual disorganization)	4,2 ± 0,5	5,0 ± 0,5	0,000792*
П-3 (галлюцинации)/P3 (Hallucinations)	4,1 ± 0,62	5,2 ± 0,44	0,000149*
П-4 (возбуждение)/P4 (Excitement)	3,3 ± 0,41	3,2 ± 0,31	0,548713
П-5 (идеи величия)/P5 (Grandiosity)	2,8 ± 0,24	3,0 ± 0,32	0,639014
П-6 (подозрительность)/P6 (Suspiciousness/persecution)	3,6 ± 0,53	4,6 ± 0,48	0,009215*
П-7 (враждебность)/P7 (Hostility)	2,7 ± 0,44	3,9 ± 0,61	0,000569*
Суммарный балл/Score	26,3 ± 3,18	30,9 ± 4,05	0,000055*
Н-1 (притупленный аффект)/N1 (Blunted affect)	4,0 ± 0,33	4,2 ± 0,97	0,538184
Н-2 (эмоциональная отгороженность)/N2 (Emotional withdrawal)	3,6 ± 0,62	4,1 ± 0,58	0,075920*
Н-3 (трудности в общении)/N3 (Poor rapport)	3,6 ± 0,6	3,8 ± 0,83	0,724177
Н-4 (пассивно-апатическая социальная отгороженность)/N4 (Passive/apathetic social withdrawal)	3,3 ± 0,47	3,4 ± 0,39	0,170585
Н-5 (нарушение абстрактного мышления)/N5 (Difficulty in abstract thinking)	3,1 ± 0,28	3,2 ± 0,36	0,234008
Н-6 (нарушение спонтанности и плавности речи)/N6 (Lack of spontaneity and flow of conversation)	3,41 ± 0,6	3,8 ± 0,93	0,204272
Н-7 (стереотипное мышление)/N7 (Stereotyped thinking)	3,4 ± 0,99	3,7 ± 0,45	0,102434
Суммарный балл/Score	24,4 ± 3,49	25,8 ± 2,8	0,211264
Г-1 (соматическая озабоченность)/G1 (Somatic concern)	3,7 ± 0,43	4,1 ± 0,51	0,190358
Г-2 (тревога)/G2 (Anxiety)	3,7 ± 0,62	5,1 ± 0,67	0,000216*
Г-3 (чувство вины)/G3 (Guilt feelings)	3,4 ± 0,63	4,2 ± 0,58	0,027286*
Г-4 (напряженность)/G4 (Tension)	3,9 ± 0,44	4,1 ± 0,39	0,447449
Г-5 (манерность и позирование)/G5 (Mannerisms and posturing)	3,5 ± 0,51	2,8 ± 0,83	0,021431*
Г-6 (депрессия)/G6 (Depression)	4,0 ± 0,72	4,8 ± 0,5	0,062952*
Г-7 (моторная заторможенность)/G7 (Motor retardation)	2,8 ± 0,31	3,0 ± 0,4	0,674724
Г-8 (малоконтактность)/G8 (Uncooperativeness)	3,1 ± 0,27	3,3 ± 0,36	0,276894
Г-9 (необычное содержание мыслей)/G9 (Unusual thought content)	3,8 ± 0,5	4,3 ± 0,67	0,057205*
Г-10 (дезориентированность)/G10 (Disorientation)	2,8 ± 0,42	2,7 ± 0,31	0,682100
Г-11 (нарушение внимания)/G11 (Poor attention)	3,4 ± 0,53	3,9 ± 0,61	0,107625
Г-12 (снижение критичности к своему состоянию)/G12 (Lack of judgment and insight)	5,7 ± 0,46	5,4 ± 0,52	0,358796
Г-13 (расстройство воли)/G13 (Disturbance of volition)	3,4 ± 0,69	4,0 ± 0,51	0,079919*
Г-14 (агрессивность)/G14 (Poor impulse control)	1,9 ± 0,31	2,2 ± 0,39	0,403895
Г-15 (загруженность психическими переживаниями)/G15 (Preoccupation)	3,6 ± 0,71	4,2 ± 0,82	0,010402*
Г-16 (активная социальная устранимость)/G16 (Active social avoidance)	3,6 ± 0,48	4,2 ± 0,37	0,078101*
Суммарный балл/Score	55,9 ± 5,11	62,3 ± 6,02	0,024789*
Общий суммарный балл/Total score	106,6 ± 11,4	121,0 ± 12,8	0,000342*

Примечание. *p < 0,05.

Таким образом, на момент обследования в период максимальной выраженности симптомов в обеих группах испытуемых можно говорить о большей остроте и выраженности психопатологической симптоматики (особенно позитивной) у больных с 2-м типом СОРС.

Дальнейшие исследования с использованием PANSS проводились для сравнительной оценки психопатологических расстройств в ремиссии психозов с СОРС двух описанных типов (табл. 2).

В данной таблице показаны различия показателей ремиссии, определенных на 10-й зимней сессии семинара по проблемам шизофрении в 2006 г. в городе Давос, Швейцария [3]. В таблице использовались данные 12-месячного катamnестического исследования, в котором были выделены 3 точки, во время которых группы больных обследовались с применением шка-

лы PANSS. Для определения качества ремиссии были выделены 8 показателей шкалы, а также суммарные баллы этих показателей.

Из приведенных в таблице данных можно выделить различие между показателями у больных шизофренией с 1-м и 2-м типами СОРС. При первом обследовании наблюдались значимо более высокие показатели по позитивному и общепсихопатологическому фактору для больных со 2-м типом СОРС. Однако при оценке динамики этого типа в течение года обнаружено статистически значимое снижение выраженности по всем шкалам позитивного, дезорганизованного и негативного факторов по сравнению с больными СОРС 1-го типа. Наиболее значительные различия отмечены по субшкалам, входящим в позитивный фактор, который включает в себя симптомы бреда, галлюцинаций

Таблица 2. Оценка показателей PANSS на стадии становления ремиссии с использованием критерия Манна-Уитни (непараметрический критерий для независимых выборок)**Table 2.** Assessment of PANSS indicators at the point of the remission onset based on Mann-Whitney U-test

Показатель/тип СОРС/PANSS/type of SPRC	1-й тип/1 type (n = 19)	2-й тип/2 type (n = 17)	p
Значения психометрической оценки состояния больного по шкале PANSS на момент начала выхода в ремиссию/Significance of psychometric characteristics in patient status based on PANSS scale at the point of the remission onset			
Позитивный фактор/Positive factor			
П-1 (бред)/P1 Delusions	5,68 ± 0,48	6,0 ± 0,67	0,061815*
П-3 (галлюцинации)/P3 Hallucinatory behavior	4,05 ± 0,62	5,22 ± 0,44	0,000149*
Г-9 (необычное содержание мыслей)/G9 Unusual thought content	3,84 ± 0,5	4,32 ± 0,67	0,057205*
Дезорганизованный фактор/Disorganized factor			
П-2 (расстройства мышления)/P2 Conceptual disorganisation	4,16 ± 0,5	5 ± 0,5	0,000792*
Г-5 (манерность и позирование)/G5 Mannerisms & posturing	3,47 ± 0,51	2,78 ± 0,83	0,021431*
Негативный фактор/Negative factor			
Н-1 (притупленный аффект)/N1 Blunted affect	4 ± 0,33	4,22 ± 0,97	0,538184
Н-3 (социальная отгороженность)/N3 Poor rapport	3,63 ± 0,6	3,77 ± 0,83	0,724177
Н-6 (нарушение спонтанности и плавности речи)/N6 Lack of spontaneity & flow of conversation	3,42 ± 0,6	3,77 ± 0,97	0,204272
Суммарный балл/Score	32,25 ± 0,76	34,98 ± 0,67	0,110724
Значения психометрической оценки состояния больного по шкале PANSS через полгода после выхода в ремиссию/Significance of psychometric characteristics in patient status based on PANSS scale in half-year after the point of the remission onset			
Позитивный фактор/Positive factor			
П-1 (бред)/P1 Delusions	5,26 ± 0,65	3,78 ± 0,44	0,000012*
П-3 (галлюцинации)/P3 Hallucinatory behavior	3,95 ± 0,71	3,29 ± 0,71	0,000041*
Г-9 (необычное содержание мыслей)/G9 Unusual thought content	3,26 ± 0,73	2,53 ± 0,71	0,007031*
Дезорганизованный фактор/Disorganized factor			
П-2 (расстройства мышления)/P2 Conceptual disorganisation	3,68 ± 0,58	2,33 ± 0,5	0,000088*
Г-5 (манерность и позирование)/G5 Mannerisms & posturing	3,29 ± 0,57	2,53 ± 0,71	0,000102*
Негативный фактор/Negative factor			
Н-1 (притупленный аффект)/N1 Blunted affect	3,42 ± 0,51	2,89 ± 0,6	0,032415*
Н-3 (социальная отгороженность)/N3 Poor rapport	3,84 ± 0,5	3,13 ± 0,87	0,113429
Н-6 (нарушение спонтанности и плавности речи)/N6 Lack of spontaneity & flow of conversation	3,47 ± 0,84	2,69 ± 1,05	0,066324*
Суммарный балл/Score	30,17 ± 0,73	22,77 ± 0,43	0,055621*
Значения психометрической оценки состояния больного по шкале PANSS через год после выхода в ремиссию/Significance of psychometric characteristics in patient status based on PANSS scale in a year after the point of the remission onset			
Позитивный фактор/Positive factor			
П-1 (бред)/P1 Delusions	4,95 ± 0,62	1,86 ± 0,53	0,000010*
П-3 (галлюцинации)/P3 Hallucinatory behaviour	3,58 ± 0,84	1,71 ± 0,33	0,000015*
Г-9 (необычное содержание мыслей)/G9 Unusual thought content	3,21 ± 0,71	1,84 ± 0,53	0,000051*
Дезорганизованный фактор/Disorganized factor			
П-2 (расстройства мышления)/P2 Conceptual disorganisation	3,53 ± 0,61	1,51 ± 0,22	0,000009*
Г-5 (манерность и позирование)/G5 Mannerisms & posturing	3,23 ± 0,5	1,72 ± 0,44	0,000036*
Негативный фактор/Negative factor			
Н-1 (притупленный аффект)/N1 Blunted affect	3,1 ± 0,65	2,1 ± 0,71	0,001309*
Н-3 (социальная отгороженность)/N3 Poor rapport	3,34 ± 0,6	1,67 ± 0,5	0,005589*
Н-6 (нарушение спонтанности и плавности речи)/N6 Lack of spontaneity & flow of conversation	3,26 ± 0,56	1,63 ± 0,5	0,000271*
Суммарный балл/Score	28,2 ± 0,72	14,04 ± 0,27	0,003183*

Примечание. *p < 0,05.

и необычного содержания мыслей. Таким образом, через год после первого обследования состояние ремиссии у этих больных можно расценивать как гораздо более благоприятное, чем у испытуемых с 1-м типом СОРС. Для больных с 1-м типом СОРС также наблюдается уменьшение выраженности исследуемых симптомов, однако в целом для этой группы картина подвергается незначительным изменениям.

Полученные данные могут свидетельствовать о формировании ремиссии более высокого качества

у больных со 2-м типом СОРС, что позволяет предполагать более благоприятный прогноз для таких больных по сравнению с пациентами, у которых наблюдается СОРС 1-го типа.

Данные табл. 3 отражают различия социально-трудовых характеристик у больных с разными типами СОРС на момент начала обследования и на момент окончания катамнестического обследования. Как видно из приведенных данных, у больных с 1-м типом СОРС на момент окончания катамнестического обследования

Таблица 3. Сравнительная динамика социально-трудовых характеристик у больных с СОРС-1 ($n = 19$) и больных с СОРС-2 ($n = 17$)

Table 3. Comparative dynamics of social and employment characteristics in patients with SPRC 1 type ($n = 19$) and patients with SPRC 2 type ($n = 17$)

Параметры/Parameters	Момент начала развития СОРС/Start point of SPRC's initiation				Окончание катamnестического обследования/Ending of follow-up study			
	1-й тип СОРС/1 type of SPRC ($n = 19$)		2-й тип СОРС/2 type of SPRC ($n = 17$)		1-й тип СОРС/1 type of SPRC ($n = 19$)		2-й тип СОРС/2 type of SPRC ($n = 17$)	
	Число больных/Number of patients	%	Число больных/Number of patients	%	Число больных/Number of patients	%	Число больных/Number of patients	%
Уровень образования/Education level								
Среднее/Secondary-level education	4	21,1	0	0	4	21,1	0	0
Среднее специальное/Special secondary education	1	5,3	5	29,4	1	5,3	5	29,4
Неполное высшее/Uncompleted higher education	2	10,5	7	41,2	2	10,5	7	41,2
Высшее/Higher education	12	63,1	5	29,4	12	63,1	5	29,4
Социально-трудовой статус/Social and employment status								
Работают в соответствии с полученным образованием/Working in accordance with the education	6	31,6	7	41,4	1	5,3	8	47,0
Работают не в соответствии с полученным образованием (без снижения профессионального уровня)/Working without accordance with the education (no decreasing of professional level)	5	26,3	3	17,6	3	15,8	6	35,3
Работают не в соответствии с полученным образованием (снижение профессионального уровня)/Working without accordance with the education (decreasing of professional level)	2	10,5	1	5,9	3	15,8	2	11,8
Не работают (на иждивении)/Not working (at expense)	4	21,1	0	0	9	47,3	1	5,9
Не работают (инвалиды II группы)/Not working (disabled person of group II)	0	0	0	0	3	15,8	0	0
Студенты/Students	2	10,5	6	35,3	0	0	0	0

Примечание. Статистически значимое различие между группами ($p \leq 0,05$).

в большинстве случаев отмечается снижение работоспособности с последующей ее потерей, в отличие от больных со 2-м типа СОРС, у которых на момент окончания катamnестического обследования отмечается сохранение трудового статуса на прежнем уровне.

ОБСУЖДЕНИЕ

Имеющиеся на настоящий момент исследования, касающиеся бреда «бесодержимости», как отечественные, так и зарубежные, крайне малочисленны. Отсутствуют работы, описывающие синдром овладения религиозного содержания в его полноте, акцент делается лишь на отдельных составляющих этого сложного и полиморфного синдрома.

В настоящем исследовании по существу впервые проведен тщательный анализ клинико-психопатологических особенностей синдрома овладения религиозного содержания (СОРС) у больных шизофренией, который показал его специфичность, заключающуюся в наличии устойчивой бредовой убежденности больных в овладении их личностью и телом некой бесплотной «духовной сущностью», имеющей враждебную или благожелательную настроенность. Отличительной особенностью синдрома является то, что вне зависимости от принадлежности «духовной сущности» позитивному или негативному полюсу, имеет место бредовая

убежденность в тотальном завладении личностью или поражении ее, а в большинстве случаев и в полном контроле над физическим телом. Несмотря на специфичность СОРС, обусловленную его сложностью и полиморфизмом в психопатологическом смысле, нами отмечено, что формирование его происходит соответственно закономерностям развития классического синдрома Кандинского–Клерамбо.

Более детальный анализ синдрома овладения религиозного содержания выявил его психопатологическую неоднородность, что позволило выделить два типа, которые различаются психопатологическими особенностями, их динамикой и видоизменением в течении заболевания. Первый тип, интернальную форму синдрома, характеризует убежденность в физическом внедрении враждебной/благожелательной «духовной сущности», воздействующей как на физическое тело больного, так и на его личностную сферу. Определяющим психопатологическим источником бредобразования при 1-м типе синдрома являются галлюцинации общего чувства.

Главными особенностями второго типа, экстернальной формы синдрома, является убежденность в воздействии враждебной/благожелательной «духовной сущности» извне, полиморфизм и острота психопатологических расстройств. Здесь наблюдается сочетание псевдогаллюцинаций и всех видов психических

автоматизмов, что придает синдрому овладения характер тотальности воздействия.

1-й и 2-й типы синдрома овладения религиозного содержания имеют разный клинический и социальный прогноз и наблюдаются при разных по прогрессивности формах течения шизофрении: близком к непрерывному и к приступообразному. В своей структуре на всех этапах заболевания при 1-м типе сохраняется монотематичность бредовых расстройств (религиозная), в том числе и в картине резидуального бреда при неполной ремиссии, а при 2-м типе на всех этапах развития заболевания преобладает политематичность бредовых расстройств.

Религиозный характер бреда овладения по-разному отражает реальное религиозное поведение больных и может развиваться как на фоне обычной религиозности, так и на фоне псевдорелигиозности, представляющей собой сверхценное или бредовое расстройство, уменьшаясь по мере редукции отдельных компонентов

параноидного синдрома, или может сохраняться в виде остаточного бреда при отсутствии критического отношения к нему.

Следует отметить, что на настоящий момент было изучено 36 пациентов, что составляет не столь многочисленную выборку и предполагает дальнейшую исследовательскую работу по изучению СОРС.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенное исследование направлено на изучение и описание психопатологических особенностей синдрома овладения религиозного содержания и его динамики при шизофрении. Выделенные два типа СОРС имеют разный клинический и социальный прогноз. Полученные данные способствуют осуществлению персонифицированного подхода к разработке тактики терапевтического вмешательства при СОРС в рамках шизофрении.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Копейко ГИ, Борисова ОА, Гедевани ЕВ. Особенности психопатологии и феноменологии бреда одержимости религиозного содержания при шизофрении. *Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. 2018;118(4):30–35. <https://doi:10.17116/jnevro20181184130-35>.
2. Копейко ГИ, Борисова ОА, Гедевани ЕВ и др. Психопатологические особенности синдрома овладения религиозного содержания. *Психиатрия*. 2019;3:24–29 (в печати).
3. Копейко ГИ, Борисова ОА, Гедевани ЕВ, et al. The Syndrome of Possession with Religious Content in Schizophrenia: Clinical and Psychopathological Features. *Psychiatry*. 2019;3:24–29 (in press). (In Russ.).
4. Определение ремиссии при шизофрении. По материалам 10-й зимней сессии семинара по проблемам шизофрении. Давос, 2006 г. *Психиатрия и психофармакотерапия*. 2006;8(3):44–46.
5. Каменева ЕН, Кудипов АИ. Об архаических формах бреда. *Труды 1-й Московской психиатрической больницы*. М.;1940;3:439–450.
6. Каменева ЕН, Кудипов АИ. Об архаических формах бреда. *Труды 1-й Московской психиатрической больницы*. М.;1940;3:439–450. (In Russ.).
7. Каменева ЕН. Клиника и механизмы шизофренического бреда. Под ред. проф. Д.Д. Федотова. М.;1957.
8. Каменева ЕН. Клиника и механизмы шизофренического бреда. Под ред. проф. Д.Д. Федотова. М.;1957. (In Russ.).
9. Пашковский ВЭ. Психические расстройства с религиозно-мистическими переживаниями: Краткое руководство для врачей. СПб.: Издательский дом СПбМАПО;2006:144.
10. Пашковский ВЭ. Психические расстройства с религиозно-мистическими переживаниями: Краткое руководство для врачей. СПб.: Издательский дом СПбМАПО;2006:144. (In Russ.).
11. de Menezes A, Moreira-Almeida A. Differential diagnosis between spiritual experiences and mental disorders of religious content. *Revista de psiquiatria clinica*. 2009;36(2):69–76. <https://doi:10.1590/S0101-60832009000200006>.
12. Onchev G. Heterogeneity of the possession experiences: A case study from Pemba. *European journal of psychiatry*. 2001;15(4):217–224.
13. Irmak MK. Schizophrenia or Possession? *Journal of Religion and Health*. 2014;53(3):773–777. <https://doi.org/10.1007/s10943-015-0027-4>.
14. Majid Z, Haider A, Kapadia HF. Schizophrenia. *The Professional Medical Journal*. 2016;23(06):760–762. <https://doi:10.17957/TPMJ/16.3318>.
15. Ventriglio A, Bonfitto I, Ricci F, et al. Delusion, possession and religion. *Nordic journal of psychiatry*. 2018;72(suppl1):13–15. <https://doi:10.1080/08039488.2018.1525639>.

Информация об авторах

Самсонов Иван Сергеевич, аспирант, ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия. <https://orcid.org/0000-0002-3753-5661>
E-mail: ivansamson@yandex.ru

Копейко Григорий Иванович, кандидат медицинских наук, ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия. <http://orcid.org/0000-0002-1209-1443>

E-mail: gregory_kopeyko@mail.ru

Борисова Ольга Александровна, кандидат медицинских наук, ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия. <http://orcid.org/0000-0002-7429-7244>

E-mail: olga.borisova@gmail.com

Гедевану Екатерина Владимировна, кандидат медицинских наук, ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия. <https://orcid.org/0000-0001-8829-3191>

E-mail: gedevani@hotmail.com

Каледва Василий Глебович, доктор медицинских наук, заместитель директора, ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия. <http://orcid.org/0000-0002-8580-9890>

E-mail: kaleda-vg@ncpz.ru

Information about the authors

Ivan S. Samsonov, Postgraduate Student, «Mental Health Research Centre», Moscow, Russia. <https://orcid.org/0000-0002-3753-5661>

E-mail: ivansamson@yandex.ru

Grigoriy I. Kopeyko, PhD, MD, Cand. of Sci. (Med.), Chief Researcher, Deputy Director of Research of «The Mental Health Research Centre», Moscow, Russia. <http://orcid.org/0000-0002-1209-1443>

E-mail: gregory_kopeyko@mail.ru

Olga A. Borisova, PhD, MD, Cand. of Sci. (Med.), Leading Researcher, «Mental Health Research Centre», Moscow, Russia. <http://orcid.org/0000-0002-7429-7244>

E-mail: olga.borisova@gmail.com

Ekaterina V. Gedevani, PhD, MD, Cand. of Sci. (Med.), Senior Researcher, «Mental Health Research Centre», Moscow, Russia. <https://orcid.org/0000-0001-8829-3191>

E-mail: gedevani@hotmail.com

Vasiliy G. Kaleda, PhD, MD, Dr. of Sci. (Med.), Deputy Director, «The Mental Health Research Centre», Moscow, Russia. <http://orcid.org/0000-0002-8580-9890>

E-mail: kaleda-vg@ncpz.ru

Автор для корреспонденции/Corresponding author

Самсонов Иван Сергеевич/Ivan S. Samsonov

E-mail: ivansamson@yandex.ru

Дата поступления 09.08.2019

Date of receipt 09.08.2019

Дата принятия 10.09.2019

Accepted for publication 10.09.2019