https://doi.org/10.17116/jnevro20181184130-35

Особенности психопатологии и феноменологии бреда одержимости религиозного содержания при шизофрении

Г.И. КОПЕЙКО*, О.А. БОРИСОВА, Е.В. ГЕДЕВАНИ

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия

Цель исследования. Психопатологический анализ религиозного бреда одержимости при шизофрении, его место в психопатологической структуре клинического синдрома и прогностическое значение в рамках эндогенного заболевания. **Материал и методы.** Клинико-психопатологическим и клинико-катамнестическим методами проведено изучение феномена религиозного бреда одержимости у 13 религиозных больных шизофренией, наблюдавшихся в период с 1994 по 2016 г. **Результаты и заключение.** Было установлено, что главную роль в клинической картине в изученных случаях играют галлюцинации общего чувства, с которыми связаны все остальные психопатологические нарушения — бредовые расстройства (бред одержимости, порчи, колдовства, бредовые построения ипохондрического содержания, бред метаморфоза — «перевоплощение в беса»), бредовое поведение (особые формы защиты), гаптические, обонятельные галлюцинации, а также аффективные проявления (депрессивные нарушения, суицидальное поведение). Шизофрения с религиозным бредом одержимости может протекать как непрерывно, так и приступообразно-прогредиентно. Тип течения болезни с религиозным бредом одержимости в большинстве наблюдений соответствует стереотипу развития расстройств при параноидной шизофрении. Своеобразие течения заболевания у больных заключалось в сочетании на манифестном этапе заболевания расстройств психопатологических, отражающих непрерывный характер эндогенного заболевания (интепретативные бредовые идеи, сверхценные религиозные построения), с характерными для приступообразного течения (явления острого чувственного бреда, выраженные аффективные расстройства). В отличие от классического галлюцинаторного варианта параноидной шизофрении заболевание в ряде изученных наблюдений начиналось с биполярных аффективных расстройств. Исход манифестного психоза, как правило, неблагоприятный.

Ключевые слова: *религиозный бред, религиозность, бред одержимости, психопатология, шизофрения.*

Psychopathology and phenomenology of religious delusion of possession in schizophrenia

G.I. KOPEYKO, O.A. BORISOVA, E.V. GEDEVANI

Mental Health Research Center, Moscow, Russia

Objective. To analyze psychopathological features of religious delusion of possession, determine the place of this phenomenon in psychotic syndrome, and identify the prognosis and dynamics of schizophrenia due to this disorder. **Material and methods.** Thirteen patients with religious delusion of possession were examined in 1994—2016 by psychopathological and follow-up methods. **Results and conclusion.** Hallucinations of a general feeling are the crucial psychopathological phenomenon of states with religious delusion of possession. Other delusional disorders (delusion of possession itself or metamorphosis — «reincarnation in a demon», delusions of spoilage, witchcraft or hypochondriacal delusion) and delusional behavior (special forms of defense), haptic, olfactory hallucinations, and affective (depressive) disorders, suicidal activity are connected with this phenomena. Disease course is either continuous or attack-like. The type of disease course in most cases is complied with the development of stereotype of paranoid schizophrenia. A characteristic feature of disease was the combination of psychopathological disorders, reflecting the continuous nature of the endogenous disease (interpretive delusions, overvalued religious constructions) with disorders, that are more representative for the paroxysmal course (the phenomena of acute sensual delusions, expressed affective disorders), at the manifest stage of the disease. However, in most cases, unlike the classical hallucinatory type of paranoid schizophrenia, the disease began with circular bipolar affective disorders. In most cases, outcome of a manifesting psychosis is unfavorable.

Keywords: *religious delusions, religiosity, delusional possession, psychopathology, schizophrenia.*

Бред одержимости при шизофрении является не только достаточно редким, но и малоизученным психопатологическим феноменом, особенно у религиозных больных.

Различные донаучные описания одержимости бесами встречались в текстах Священного писания, преданиях, патериках, житиях святых. Первые упоминания бреда одержимости можно найти в немногочисленных работах немецких, французских и русских психиатров середины — конца XIX века, в которых описаны истории болезни лиц, убежденных в том, что в них вселилась нечистая сила, которая дает себя знать в тягостных телесных ощущениях и галлюцинаторных расстройствах. Несмотря на то что психиатры, описывавшие больных с бредом одержимости,

© Коллектив авторов, 2018

*e-mail: gregory_kopeyko@mail.ru

относились к разным клиническим школам, встречаются сходные описания этого состояния.

Так, бред одержимости упоминал W. Griesinger в монографии «Душевные болезни» (1886) [1]. Он выделял так называемую «демономеланхолию». Описывая состояние больных, он особо подчеркивал наличие «анормальных» ощущений, локализующихся в различных частях тела и сопровождающее их разотождествление с собственной двигательной и психической активностью. W. Griesinger также указывал на низкий уровень образования у пациентов с бредом одержимости. Похожие состояния, которые W. Griesinger называл «демономаническим помешательством», были описаны и H. Schüle [2], который допускал возможность как спонтанного выздоровления некоторых из этих больных, так и переход заболевания в хроническую форму.

С.С. Корсаков [3] в качестве иллюстрации бреда одержимости приводил клинический случай, в котором присутствовало достаточно отчетливое описание «внедрения инородной сущности» («бес») в тело больной: «будучи в церкви, она вдруг почувствовала, что в нее «что-то вошло» и поместилось в подложечной области... С тех пор она не находит себе покоя: чувствует, что дьявол сидит в ней, что временами он движет хвостом как раз под сердцем, и тогда ей становится так невыносимо, что она предпочла бы умереть».

R. Kraft-Ening в учебнике психиатрии для практических врачей и студентов, опубликованном в 1882 г. [4], акцентировал внимание на сопутствующем бреду одержимости бредовом поведении больных, которые с целью избавиться от мучающего их «беса» «отказываются от пищи, налагают на себя безусловное молчание, истязают себя до искалечения вследствие переживаемой предсердечной тоски и дьявольских видений».

K. Jaspers [5], проанализировав с психопатологической точки зрения состояния с бредом одержимости, впервые пришел к выводу, что бред одержимости — сборное понятие, которое включает в себя отличающиеся по психопатологическим проявлениям нарушения и «стоящая за ними клиническая реальность отнюдь не однородна». Он подчеркивал, что состояние одержимости с измененным сознанием у личностей истерического круга совершенно не похоже на бред одержимости шизофренической природы.

Наиболее детально данные расстройства описаны психиатрами французской школы, использовавшими такие термины, как «демонопатия» и «демономания» (démonopathie, démonomanie) [6—8]. M. Macario [7] подчеркивал тесную связь бредовой убежденности пациентов в наличии демонов в их теле с ипохондрическим бредом, висцеральными, а также зрительными и обонятельными галлюцинациями. При этом отмечалась высокая суицидальная опасность у этих больных и возможность совершения гетероагрессивных поступков.

В XX веке, который характеризовался значительным развитием научных представлений и атеистических естественнонаучных подходов в исследованиях, преобладающей стала точка зрения об архаичности данной формы бредовых расстройств. Среди отечественных психиатров можно выделить исследование Е.Н. Каменевой [9, 10], которая отмечала большую редкость состояний с бредом одержимости. По ее мнению, бредовые идеи одержимости в отличие от других видов бреда носят примитивный магический характер и являются выражением своеобразной регрессии мышления. В подтверждение этого положения автор приводила данные о частом сочетании бреда одержимости с другими видами бредовых расстройств, содержание которых также соответствовало примитивным формам мышления (бредовые идеи порчи, колдовства, волшебства) при незначительной выраженности традиционных видов бредовых построений (бред отношения, преследования, отравления). Данная концепция обосновывалась тем, что у народов с представлениями в виде примитивного магического мышления в норме в период манифестных психозов достаточно часто имеют место проявления бреда одержимости или бредовая убежденность во внедрении в их тело живого существа. Е.Н. Каменева относила бред одержимости к особой разновидности ипохондрического бреда.

В.Э. Пашковский [11], который занимался исследованием психических расстройств с религиозно-мистическим содержанием, выделял различные варианты симптомокомплекса бредового феномена одержимости. В структуре выделенного им «параноидно-ипохондрического» варианта на первый план выступало описание бредовой ипохондрии и сенестопатических расстройств, а в «галлюцинаторно-бредовом» варианте — синдром Кандинского—Клерамбо с бредом овладения нечистой силой.

Зарубежные исследования данной проблемы последних лет немногочисленны и выполнены не в традициях клинико-психопатологического анализа. В этих работах обсуждаются вопросы дифференциального диагноза между духовными переживаниями и психическими расстройствами с религиозным контентом [12], нозологической оценки состояний одержимости [13, 14], распространенности религиозных убеждений в реальности демонической одержимости у небредовых больных [15]. Ряд исследователей психоаналитического направления [16] подчеркивают, что в возникновении бреда одержимости решающую роль играет психическая травма в форме сексуального насилия в детском возрасте и диссоциативные нарушения.

Анализ данных литературы по рассматриваемой теме показывает малочисленность соответствующих исследований и отсутствие единой точки зрения. Одни исследователи основополагающим в его клинической картине считают сенесто-ипохондрический синдром, другие — синдром овладения, некоторые ученые наиболее важной полагают оценку преморбидного личностного склада больных. Такая неоднородность данных указывает не только на малую изученность, но и достаточную сложность психопатологических характеристик данного феномена. Отсутствие четких клинико-психопатологических характеристик религиозного бреда одержимости служит основанием для его дальнейшего изучения.

Цель настоящего исследования — психопатологический анализ бреда одержимости при шизофрении, изучение его места в психопатологической структуре психотического синдрома в целом, а также оценка прогностического значения в рамках эндогенного заболевания.

Материал и методы

Клинико-психопатологическим и клинико-катамнестическим методами было проведено изучение феномена одержимости у религиозных больных, наблюдавшихся в

период с 1994 по 2016 г. Исследование было осуществлено в группе по изучению особых форм психической патологии Отдела по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний (руководитель — академик РАН, проф. А.С. Тиганов) Научного центра психического здоровья (директор — проф. Т.П. Клюшник).

Диагностика заболевания проводилась по МКБ-10. Во всех случаях речь шла о параноидной шизофрении (рубрики F20.01, F20.02).

Критерии включения больных в исследование были следующие: наличие бреда одержимости, формирующегося в рамках шизофрении; возраст пациентов — 20—60 лет.

Критериями исключения являлись наличие на момент исследования тяжелых соматических заболеваний в стадии декомпенсации, органических поражений ЦНС, эпилепсии или злоупотребления психоактивными веществами; детский, подростковый и старческий возраст.

Клиническая выборка состояла из 13 больных, 8 женщин и 5 мужчин в возрасте от 20 до 65 лет (средний — 32,84 года, *SD*=7,96).

В клинической картине шизофрении у всех больных на момент обследования имел место бред одержимости, отражавший убежденность пациента во внедрении внутрь его тела чужеродной «живой сущности». Состояние одних пациентов было проанализировано непосредственно на момент обследования, других — ретроспективно.

В **таблице** представлены основные социодемографические показатели исследованной группы. Из нее видно примерно равный возрастной состав больных мужского и женского пола и преобладание мало адаптированных в социальном плане пациентов. Можно также отметить меньшую социальную реализацию женщин.

Результаты и обсуждение

В подавляющем большинстве случаев начало заболевания удалось проследить с пубертатного периода, когда у больных появлялись амбулаторные аутохтонные аффективные расстройства разной глубины и продолжительности. Как правило, аффективные расстройства носили атипичный характер и были представлены отдельными де-

Социодемографическая характеристика клинической выборки

Показатель	Всего		Мужчины		Женщины	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
	13	100	5	38,5	8	61,5
Средний возраст больных в начале инициального этапа, годы	17,77±5,43		17,4±5,08		18±5,65	
6—9	1	7,7	1	7,7	0	—
10—15	6	46,1	4	30,8	2	15,3
16—20	5	38,5	—	—	5	38,5
20—26	1	7,7	—	—	1	7,7
Средняя продолжительность инициального этапа, годы	13,7±6,24		10±4,18		16±6,11	
Средний возраст больных к периоду манифестации психоза, годы	32,84±7,96		28,6±5,85		35,5±8,2	
20—30	6	46,1	4	30,8	2	15,3
31—40	5	38,5	1	7,7	4	30,8
41—50	1	7,7	0	—	1	7,7
51—65	1	7,7	0	—	1	7,7
Семейное положение						
в браке	5	38,5	3	23,2	2	15,3
не состояли	6	46,1	2	15,3	4	30,8
овдовели	1	7,7	0	—	1	7,7
разведен	1	7,7	0	—	1	7,7
Образование						
среднее	1	7,7	0	—	1	7,7
среднее специальное	10	76,9	4	30,8	6	46,1
высшее	1	7,7	0	—	1	7,7
ученая степень	1	7,7	1	7,7	0	—
Профессиональный статус						
работает	5	38,5	4	30,8	1	7,7
не работает	6	46,1	0	—	6	46,1
инвалидность по психическому заболеванию	1	7,7	0	—	1	7,7
монашество	1	7,7	1	7,7	0	—
Профессиональный маршрут						
повышение квалификации	1	7,7	1	7,7	0	—
без изменений	5	38,5	4	30,8	1	7,7
снижение квалификации	7	53,8	0	—	7	53,8

прессивными состояниями с тревожно-апатическими, адинамическими или дисфорическими проявлениями, реже маниакальными состояниями с расторможенностью влечений и непродуктивностью в учебе или сдвоенными биполярными расстройствами. Отличительной особенностью было то, что во всех случаях аффективные нарушения сочетались с отчетливыми психопатоподобными проявлениями, которые выражались в злоупотреблении алкоголем, каннабиноидами, опиатами, прогулах занятий, конфликтах со старшими, беспорядочных половых связях, приводивших у женщин к нежелательным беременностям и абортам. У большинства больных религиозность на этом этапе заболевания полностью отсутствовала или внешне носила формально-обрядовый характер. У 2 больных уже в детском и раннем подростковом возрасте имели место эпизоды навязчивых страхов, сопровождавшихся ритуальным поведением, которые в дальнейшем обошлись без лечения.

По миновании подростково-юношеского возраста у больных появлялись сверхценные увлечения, отражающие как экзистенциальные проблемы, так и концепции религиозного и оккультного характера, их сопровождали малоразработанные несистематизированные интерпретативные бредовые идеи отношения, преследования, порчи и ипохондрического содержания. На этом этапе заболевания происходило постепенное формирование религиозного мировоззрения, толчком к формированию которого служило влияние окружающих родственников, примеры друзей и знакомых, беседы со священнослужителями, посещение храмов и монастырей. При этом не наблюдалось единовременного заметного снижения социальной адаптации больных, а в отдельных случаях имел место профессиональный рост.

Манифестный психоз у больных возникал в среднем в возрасте около 30 лет, спустя 10—16 лет после появления инициальных признаков болезни. Психические расстройства начинались остро, нередко по механизму озарения. Больные внезапно ощущали, что в их тело «вошел бес» в виде «энергетического сгустка», «в груди появлялся тайфунчик, там сатана правил бал», все больные физически чувствовали внутри себя движения другого, чуждого им живого существа, некоторые описывали его как «беса с длинным хвостом». Присутствие беса ощущалось в разных по локализации частях тела, он проникал в глаза, уши, перемещался внутри тела, обвивал конечности своими пальцами «словно прутьями». В других случаях бес в виде существа со щупальцами сидел внутри грудной клетки, двигался, периодически «перекрывал щупальцами горло, засовывал туда червей», которых больные при глотании воспринимали как реальных чужеродных существ. Одни больные чувствовали, что бес двигался в грудной клетке, под ребрами, «присасывался под сердце, пил кровь и отнимал энергию». Некоторые пациенты описывали как бес перемещался по телу, локализуясь то в животе, то в ногах, «хватал» за половые органы, «брал за молочные железы», насиловал, вызывал у больных сексуальные ощущения, «доводил до оргазма».

После появления у больных убежденности в физическом внедрении беса в тело начиналось возникновение «чужих мыслей», которые «посылались тем дьяволом, что внутри» них. В их голове насильственно возникали оскорбительные фразы в адрес окружающих, навязывались насильственно мысленные диалоги, нецензурная брань; иногда им запрещали употреблять еду и воду, по ночам показывали «издевательские сны».

В случае нарастания остроты психотических проявлений больные чувствовали, что после вхождения в их тело беса в форме животного, его «энергетическая сущность» полностью их захватывала, и тогда под влиянием беса они превращались в иное существо. Некоторые описывали себя как «козла с рогами», чувствовали, что их «скрутило, съежило», они не могут пошевелиться, ощущали свои конечности как копыта, а себя — «в бесовской шкуре в звериной одежде». При этом бес «запрещал» двигаться, заставлял молчать, так что больной не мог разговаривать, глотать еду. В некоторых наблюдениях после внедрения беса возникало ощущение присутствия в теле двойника в виде «второго черного человека в душе», происходило разотождествление с собственной психической деятельностью. Нередко больные воспринимали беса «в виде сгустка энергии», который передвигался внутри тела, вызывая боли во внутренних органах, при этом он стремился поразить как можно больше внутренних органов «выжигал тело» так, что при этом даже появлялся запах гари.

Больные сообщали, что бес воздействовал не только на тело, но и волю, внушал мысли хульного содержания, выкрикивал внутри головы матерные слова, оскорбления, давал приказы императивного характера, насильственно «раскручивал греховные воспоминания», приказывал покончить с собой, бросившись с высоты. Они слышали бесов внутри головы, которые «вопили и выли разными голосами», указывали на грехи больных, нецензурно бранились и тем самым мешали молиться. Часто возникали эпизоды, когда пациенты чувствовали, что бес управлял их речью, показывал зрительно сцены эротического непристойного содержания. В некоторых случаях больные сообщали, что бес, находящийся внутри них, оказывал воздействие на окружающих людей, заставляя их зевать, кашлять, нарушать формы приличного поведения. Больные чувствовали, что из них исходила «бесовская энергия», которая передавалась близким, и у последних появлялись «пагубные страсти».

В 2 наблюдениях содержание бредовых расстройств приобрело грандиозный, мегаломанический характер. Так, одна больная ощущала, что живущий внутри нее бес оказывал на нее сексуальное воздействие, «заставлял» испытывать интимные ощущения во время половых актов с ним, тем самым насильно вызвал «беременность от дьявола». Больная ощущала, что «маленький антихрист» внутри нее «растет не по дням, а по часам», чувствовала, как в течение месяца «ребенок переворачивался внутри живота и толкал ножками». Другая пациентка сообщала, что бес воздействовал на нее, «исцеляя все болезни и оживляя для того, чтобы она вечно жила и мучилась». При этом она чувствовала, что «в мирской жизни живая, а внутри — духовно мертвая».

Больные изобретали особые способы борьбы с бесом, воздействия на него или защиты от него. Чаще всего боролись с бесом с помощью «религиозных приемов»: «поста и молитвы», чтения специальных «акафистов-бесогонов», резкого ограничения себя в еде и потреблении жидкости, для «умертвления беса» устраивали рвоту или даже полностью отказывались от еды, что приводило к резкому истощению и необходимости госпитализации в реанимационное отделение для оказания необходимой соматиче-

ской помощи. Некоторые пациенты с целью избавления от беса неоднократно посещали сеансы экзорцизма в монастырях (одна больная — свыше 20 раз) без всякого улучшения состояния. Другие — ездили по церквям, монастырям в поисках чудотворных икон, купались в святых источниках, окунались на Крещение в проруби. Некоторые больные расширяли средства борьбы за рамки чисто религиозных и пользовались языческими методами: совершали магические обряды для защиты от беса, чертили на полу круг из соли и подолгу стояли внутри него, произнося молитвы и заклинания.

Психопатологический анализ показал, что в изученных случаях главную роль в клинической картине играли галлюцинации общего чувства, являющиеся важнейшим и центральным психопатологическим феноменом, с которым так или иначе связаны все остальные психопатологические нарушения: бредовые расстройства (бред одержимости, порчи, колдовства, бредовые построения ипохондрического содержания, бред метаморфоза — «перевоплощение в беса»), бредовое поведение (особые формы защиты), гаптические, обонятельные галлюцинации, а также аффективные проявления (депрессивные нарушения, суицидальное поведение). Одновременно с появлением галлюцинаций общего чувства возникала бредовая убежденность в одержимости нечистой силой («бесом»). Патологическое восприятие внедрившегося в тело пациентов «духовного существа» носило конкретный сенсорно-пространственный характер, воспринимаемые феномены концентрировались в области внутренней висцеральной чувствительности (внутри тела), больные могли определить величину, консистенцию, вес внедрившегося в них живого существа. Галлюцинации общего чувства (внедрившийся «бес») воспринимаются с ощущением объективной реальности, как чувственная очевидность, материальный объект, имеющий определенную форму, размеры. Убежденность во внедрении «беса» в тело отличалась особой стойкостью, некорригируемостью, полным отсутствием критики.

Дальнейшая динамика болезненных расстройств с формированием синдрома Кандинского—Клерамбо протекала остро, через состояние тревожно-боязливого возбуждения, нередко с элементами острого чувственного бреда. Наряду с бредом одержимости возникали идеаторные, сенестопатические, реже кинестетические автоматизмы, псевдогаллюцинаторные расстройства и формировался развернутый синдром Кандинского—Клерамбо с полным набором психических автоматизмов, вербальными, гаптическими и обонятельными псевдогаллюцинациями и автоматизмами. У 2 больных имел место инвертированный вариант синдрома.

В некоторых случаях можно было наблюдать картину тотальной бредовой деперсонализации. Так, у одного больного на высоте острого психотического состояния бред одержимости бесом с бредовой деперсонализацией достигли уровня бреда метаморфоза с фантастическими галлюцинациями общего чувства («полностью превратился в беса в форме козла»). При этом бред одержимости был тесно спаян с синдромом Кандинского—Клерамбо, галлюцинациями общего чувства и бредовыми деперсонализационными расстройствами. Описанное состояние представляет собой дальнейший этап развития синдрома Кандинского—Клерамбо, его особую фабульную разновидность.

Несмотря на небольшое количество наблюдений, представляется возможным высказать предположение о некоторых тенденциях развития заболевания. Анализ течения эндогенного заболевания показал, что у большинства больных тип его течения соответствовал стереотипу развития расстройств при параноидной шизофрении: начало со сверхценных образований, далее появление интерпретативного бреда, затем расширение интерпретативных бредовых идей и появление политематического интерпретативного бреда (бредовые идеи отношения, порчи, сочетающиеся с бредом эсхатологического содержания) с последующей трансформацией в развернутый синдром Кандинского—Клерамбо. Однако в отличие от классического галлюцинаторного варианта параноидной шизофрении здесь имелись случаи эндогенного заболевания, начинавшегося с циркулярных биполярных аффективных расстройств, потом в их картине появлялись интерпретативные сверхценные и бредовые идеи, приобретавшие впоследствии постоянный характер, а затем возникал массивный психоз с синдромом Кандинского—Клерамбо, неизменной составной частью которого является бред одержимости.

Возникает закономерный вопрос о клинических особенностях эндогенного заболевания, протекающего с преобладанием бреда одержимости бесом. Наиболее тяжелым вариантом синдрома Кандинского—Клерамбо в прогностическом отношении, согласно мнению психиатров XX века [17], считается бред одержимости, что, видимому, связано с наибольшей степенью выраженности чувства воздействия на тело больного при этом варианте синдрома. Характерной особенностью является также и значительная глубина поражения личности.

Как показало проведенное исследование, синдром Кандинского—Клерамбо с бредом одержимости бесом в фабуле бредовых переживаний мог наблюдаться при разных вариантах эндогенного заболевания, с разным течением, исходом и прогнозом.

В большинстве (11 случаев) наблюдений синдром бреда одержимости бесом находился в тесной связи с другими формами бредовых расстройств (систематизированные бредовые идеи отношения, преследования, порчи или систематизированный ипохондрический бред). Своеобразие течения заболевания заключалось в сочетании на манифестном этапе психопатологических расстройств, отражающих непрерывный характер эндогенного заболевания (интепретативные бредовые идеи, сверхценные религиозные построения) с расстройствами, характерными для приступообразного течения (явления острого чувственного бреда, выраженные аффективные расстройства). Исходом манифестного психоза являлось некоторое снижение интенсивности галлюцинаторно-бредовой симптоматики с явлениями психического автоматизма, которая сохранялась постоянно. У больных полностью отсутствовала критика в отношении бредовых расстройств, устанавливался достаточно формальный контакт с врачом. Обращала на себя внимание глубина выраженности негативных расстройств, проявлявшаяся в снижении энергетического потенциала, эмоциональной бедности, ригидности и обстоятельности. Полностью изменялся и жизненный уклад, становясь затворническим. Больные переставали справляться с элементарными бытовыми делами, следить за своим внешним видом, проявляя полное равнодушие к жизни семьи. В 7 случаях отмечалась

утрата трудоспособности, больные находились на иждивении родственников и близких или оформляли инвалидность.

В 2 случаях, когда синдром Кандинского—Клерамбо развивался в тесной связи с проявлениями острого чувственного бреда, выраженным аффективным компонентом тревоги, в сочетании с несистематизированными и мало разработанными бредовыми идеями порчи, отравления или преследования, эндогенное заболевание протекало приступообразно, границы приступов были хорошо очерчены, у больных быстро восстанавливалось критическое отношение к перенесенному психозу, резидуальный бред в межприступный период полностью отсутствовал. Значительного углубления негативных личностных изменений после перенесенного приступа у этих больных не наблюдалось. Сохранялась привязанность к близким, не подлежали изменениям их семейный и социальный статусы. После перенесенного приступа больные возвращались к своим профессиональным обязанностям, потери квалификации не отмечалось. Наряду с этим появлялись некоторая замкнутость, снижение интереса к общению с прежними знакомыми.

Как показало проведенное исследование, при изучении религиозных больных, страдающих шизофренией с религиозным бредом одержимости, протекающей как непрерывно, так и приступообразно-прогредиентно, имеет место ряд особенностей синдрома Кандинского—Клерамбо, связанных, по нашему мнению, с влиянием фактора религиозности на проявления и содержание психических расстройств. Во-первых, в этих случаях бред одержимости неразрывно спаян с галлюцинациями общего чувства и имеет галлюцинаторный характер. Во-вторых, бредовое воздействие направлено на больного изнутри него, а не снаружи, как это бывает при традиционном развитии синдрома Кандинского—Клерамбо. В-третьих, в изученных случаях имела место так называемая вторичная одержимость (например, «беременность от беса», «бес заставлял глотать червяков»). В-четвертых, проявления психических автоматизмов у больных носили тотальный характер и развивались в определенной, свойственной этому варианту последовательности: вначале массивные сенсорные, затем идеаторные, а в дальнейшем в меньшей степени кинестетические автоматизмы.

Таким образом, в проведенном исследовании были описаны и изучены важные психопатологические особенности и оттенки особого варианта галлюцинаторно-бредового синдрома с религиозной фабулой, который чрезвычайно редко встречается в обычной психиатрической практике. Полученные данные способствуют расширению наших представлений о психопатологическом разнообразии синдромов с религиозной тематикой.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Гризингер В. Душевные болезни. Пер. с нем. Изд. 3-е. СПб. 1867. [Griesinger W. Dushevnye bolezni. Per. s nem. Izd. 3-eSPb. 1867. (In Russ.)].
2. Шюле Г. *Руководство к душевным болезням.* Пер с немецк. Харьков. 1880. [Schüle H. *Rukovodstvo k dushevnym boleznjam*. Per s nemeck. Har'kov. 1880. (In Russ.)].
3. Корсаков С.С. *Курс психиатрии.* Изд. 3. Т. 1. М. 1913. [Korsakov SS. *Kurs psihiatrii.* Izd. 3. T. 1. M. 1913. (In Russ.)].
4. Крафт-Эбинг, Р. *Учебник психиатрии для практических врачей и студентов*. Пер. с нем. В 3 томах. Т. 2. СПб. 1882. [Kraft-Ebing R. *Uchebnik psihiatrii dlya prakticheskih vrachey i studentov*. Per. s nem. V 3-h tomah. T. 2. SPb. 1882. (In Russ.)].
5. Jaspers K. *Allgemeine Psychopathologie*. Berlin: Springer-Verlag Heidelberg GMBH; 1923.
6. Esquirol J-ED. *Des maladies mentales.* Consideerees sous les rapports. Tome premier. Paris. 1838.
7. Macario M. *Etude clinique sur la démonomanie.* Article parut dans les Annales médico-psychologiques. T. 1. Paris. 1843.
8. Séglas J. Les hallucinations psychomotorices verbales. *Progress medical.* 1888;2(53):137-139.
9. Каменева Е.Н., Кудипов А.И. *Об архаических формах бреда*. Труды 1-й Московской психиатрической больницы. М. 1940;3:439-450. [Kameneva EN, Kudipov AI. *Ob arhaicheskih formah breda.* Trudy 1-y Moskovskoy psihiatricheskoy bol'nicy. M. 1940;3:439-450. (In Russ.)].
10. Каменева Е.Н. *Клиника и механизмы шизофренического бреда*. Под ред. проф. Федотова Д.Д. М. 1957. [Kameneva EN. *Klinika i mehanizmy shizofrenicheskogo breda*. Pod red. prof. Fedotova D.D. M. 1957. (In Russ.)].
11. Пашковский В.Э. *Психические расстройства с религиозно-мистическими переживаниями.* Краткое руководство для врачей. СПб.: Издательский дом СПбМАПО; 2006. [Pashkovskiy VYe. *Psihicheskie rasstroystva s religiozno-misticheskimi perezhivaniyami.* Kratkoe rukovodstvo dlya vrachei. SPb.: Izdatel'skiy dom SPbMAPO; 2006. (In Russ.)].
12. 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.org/10.1590/S0101-60832009000200006
13. Onchev G. Heterogeneity of the possession experiences: A case study from Pemba. *European journal of psychiatry.* 2001;15(4):217-224.
14. Irmak MK. Schizophrenia or Possession? *Journal of Religion and Health.* 2014;53(3):773-777. https://doi.org/10.1007/s10943-015-0027-4
15. Pfeifer S. Demonic Attributions in Nondelusional Disorders. *Psychopathology.* 1999;32:252-259.
16. Goff DC, Brotman AW, Kindlon D, Waites M, Amico E. The delusion of possession in chronically psychotic-patients. *Journal of nervous and mental disease.* 1991;179(9):567-571.
17. Claude H. Mechanisms des hallucinations. Syndrome d'action exterieure. *L'Encephale.* 1925;5:345-359.