

# Религиозность и клиническая психиатрия



Материалы  
Первой Московской  
Международной конференции

Москва, 2017

ФГБНУ «НАУЧНЫЙ ЦЕНТР ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ»  
ВСЕМИРНАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ АССОЦИАЦИЯ  
РОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО ПСИХИАТРОВ  
СОЮЗ ОХРАНЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

# **Религиозность и клиническая психиатрия**

**Материалы Первой Московской Международной  
конференции**

20-21 апреля 2017 года

Под редакцией  
Г.И. Копейко и В.Г. Каледы

Москва, 2017

**УДК 616.89**  
**ББК 56.14**

**Религиозность и клиническая психиатрия.** Материалы Первой Московской Международной конференции, 20-21 апреля 2017 года: Сборник научных трудов.– М.: «Сам Полиграфист», 2017. – 278 с., ил.

**ISBN 978-5-00077-640-7**

Настоящий сборник включает в себя материалы Первой Московской Международной конференции «Религиозность и клиническая психиатрия». В нем собраны современные научные исследования в области различных клинко-психопатологических аспектов проблемы религиозности. Рекомендуются для научных сотрудников, психиатров, психотерапевтов, психологов, а также священнослужителей и учащихся духовных учреждений, специалистов по социальной работе.

ISBN 978-5-00077-640-7



© *ФГБНУ НЦПЗ, 2017*

Подписано в печать 09.10.2017 г. Формат 60х90/16. Бумага офсетная.  
Печать цифровая. Тираж 250 шт. Заказ № 70428.

Отпечатано в типографии «OneBook.ru» ООО «Сам Полиграфист»  
109316, г. Москва, Волгоградский проспект, дом 42, корп. 5, «Технополис Москва».  
[www.onebook.ru](http://www.onebook.ru)

**Пятницкая Л.Н.**

Творчество в жизни пациентов .....240

**Рутковская Н.С.**

Суицидальное поведение и религиозность у пациентов психиатрического стационара .....242

**Семин С.А., Абриталин Е.Ю.**

Роль религии в укреплении психического здоровья военнослужащих .....245

**Слоневский Ю.А.**

Персонафицированная интегративная помощь и поддержка больных в клинике эндогенных расстройств.....249

**Соловьев А.Г., Бабкин Р.А., Игумен Феодосий (Нестеров)**

Социально-психологическое (религиозное) пространство .....258

**Тетеркина Т.И., Корсак О.В.**

Отражение языческих представлений и верований в сознании субъектов апотропеических ритуалов и пациентов с психическими расстройствами.....261

**Токарева Н.Г., Железнова Е.В.**

Эпилепсия и нравственные ценности .....267

**Худяков А.В., Урсу А.В., Сурина А.Е.**

Православная психотерапия: запрос общества или мода?.....270

**Шарипова Ф.К., Бабарахимова С.Б.**

Взаимосвязь фабулы бредовых расстройств и типологических особенностей личности женщин с шизоаффективными психозами .....274

психотерапию. Врачи не проявляют особого интереса относительно религиозных установок больных, также как и больные относительно веры врачей. Даже те врачи, которые соблюдают церковные обряды, имеют слабые знания в области религиозной литературы и крайне редко используют религиозные знания в практической работе.

УДК 616.89-02

**Шарипова Ф.К., Бабарахимова С.Б.**

**Взаимосвязь фабулы бредовых расстройств и типологических особенностей личности женщин с шизоаффективными психозами**

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт,  
Ташкент, Республика Узбекистан  
e-mail: sayorababaraximova2010@gmail.com*

**Актуальность:** психические заболевания с бредом представляют одну из основных проблем научной и практической психиатрии в связи с их широкой распространённостью, трудностями диагностических определений, сложностями терапии и особой социальной важностью их раннего распознавания и прогностической оценки. Задачи своевременности и эффективности оказания помощи больным с бредовым расстройством требуют диагностики признаков бреда на самых ранних стадиях его развития – в продроме психоза или в самом начале его манифеста [1]. Взаимодействие психогенных факторов, конституционально-личностных особенностей и шизоаффективного расстройства, равно как и других расстройств шизофренического спектра, остаются и в настоящее время одним из сложных и дискуссионных вопросов клинической психиатрии [2]. В большинстве современных источников уделяется особое внимание фабуле бредовых расстройств, усложняющих картину психоза и требующих

коррекции в рамках терапии периодов обострения [3]. Спорными вопросами до сих пор остаются различия в клинической картине и механизмах развития бреда при шизоаффективных состояниях в рамках каждой из разновидностей шизоаффективного психоза, особенности характеристик собственно бредовых расстройств, формы заболевания, а также стадии заболевания и его прогрессивности [4]. В связи с этим актуальной проблемой является анализ структуры бредообразования с учётом конституционально-личностных особенностей пациентов и уровнем аффективной патологии при шизоаффективных психозах [5].

**Цель исследования и задачи:** изучить структуру бредообразования и влияние типологических особенностей личности пациенток с шизоаффективными психозами на формирование бредовых расстройств с целью улучшения медико-психологической помощи данному контингенту больных и оптимизации психотерапевтической тактики.

**Материалы и методы исследования:** в исследование были включены 50 женщин с тревожно-депрессивными расстройствами шизоаффективного спектра, находившихся на стационарном лечении в психиатрической больнице. Обязательным критерием для отбора составляло наличие бредовой симптоматики с религиозными включениями. Ведущими методами исследования являлись клинко-психопатологический и клинко-катамнестический. В ходе исследования для оценки выраженности депрессии и тревоги применялись шкалы тревоги и депрессии Гамильтона (HDRS, HARS), опросник тревожности Спилбергера-Ханина, а для определения конституционально-личностных особенностей пациенток был использован тест Шмишека-Леонгарда.

**Результаты и обсуждения:** из 50 больных с шизоаффективными психозами, возникшими в сочетании с тревожными расстройствами, у 40% диагностирован депрессивный тип F-25.1, у 45% обследованных - маниакальный тип F-25.0, у 15% смешанный тип шизоаффективного расстройства F-25.2. В обследованной группе в результате

тестирования с помощью опросника Спилбергера-Ханина и шкал Гамильтона выявлено наличие тревожно-депрессивных расстройств различной степени выраженности у 98% пациенток, при этом проявления тревоги были отмечены у 94% исследуемых, депрессии различных степеней тяжести – у 55% обследованных; более чем у половины пациенток было отмечено наличие проявлений тревоги средней степени выраженности (55%), у 35% обследуемых – без клинически значимой тревоги и у 10% пациенток – констатировалась выраженная тревога. При исследовании конституционально-личностных особенностей пациенток с помощью теста Шмишека-Леонгарда было выявлено, что личностные особенности обследованных не достигали степени психопатии (личностного расстройства), однако во всех случаях можно было отметить акцентуации тех или иных черт характера. Среди всех обследованных демонстративный тип личности встречался у 5 больных (10%), застревающий тип личности у 14 больных (28%), дистимический тип был выявлен в 40% случаев (20 обследованных), тревожно-боязливый тип у 6 больных (12%), в 10% случаев был выявлен эмотивный тип личности. Анализ структуры бредаобразования выявил, что религиозная тематика отличалась полиморфизмом и своеобразием содержания. В бредовых переживаниях не наблюдалась системная интерпретация какой либо одной религиозной конфессии, выявлялось своеобразное взаимопроникновение друг в друга всех мировых религий, преобладали сюжеты католического содержания. Среди обследованных 28% больных были зарегистрированы в Интернете на сайтах религиозного направления, откуда извлекали доступную информацию, вели активную переписку, участвовали в обсуждениях. Установлена прямая корреляционная взаимосвязь между типом личности пациенток и клинико-динамическими особенностями бредаобразования. Так, у исследуемых с дистимическим типом личности наблюдалось развитие на высоте аффективного состояния бреда воздействия, депрессивных идей осуждения и самообвинения, которые в большинстве случаев формировались после

эмоционально значимых экзогенных вредностей. Бредовые расстройства в картине шизоаффективных состояний этого типа личностей наиболее часто (в 95 % случаев) формировались на фоне депрессивного аффекта. В содержании бредовых идей включались сюжеты религиозного содержания, причём отмечалось переплетение различных религиозных течений, отсутствовала систематика бреда, имело место преобладание образно-чувственного компонента. Для пациенток с тревожно-боязливым типом личности было характерно развитие фрагментарных неаффективных бредовых расстройств. Отсутствовали какие-либо определенные и существенные признаки законченной фабулы бреда, доминировал аффект напряжения, глобальной подозрительности, недоверия, ощущения надвигающейся опасности своему существованию, что и позволило отнести это состояние к «бредовому настроению». Отличительной особенностью расстройств на этапе неаффективного бреда был преходящий, транзиторный характер их проявлений, от нескольких дней до 2 недель. Демонстративному типу личности было свойственно развитие бредовых переживаний с ощущением розыгрыша, переживанием внешней измененности обстановки и поведения окружающих с характером неестественности, ощущения сделанности, подстроенности, что и позволило рассматривать данное бредовое состояние в рамках бреда инсценировки. Фабула бредовых переживаний на высоте аффекта принимала мегаломанический характер с идеями особого значения, миссии, величия; больные обнаруживали у себя «дар предвидения, способности, возможности общения с Богом». У пациенток с эмотивными чертами характера формировался ипохондрический бред при отсутствии отчетливой взаимосвязи с полюсом или типологической структурой предшествующих ему аффективных расстройств. Сюжеты бредовых переживаний были связаны с «ниспосланной по воле Божьей карой за содеянные грехи в прошлой жизни», включались элементы нигилистического характера, своеобразная трактовка тематики неправильных умозаключений была свойственна данному типу личности. В результате активной фармакотерапии наблюдалась редукция



бредовых переживаний с формированием формальной критики у обследованных пациенток.

**Выводы:** таким образом, анализ структуры бредообразования с учётом конституционально-типологических особенностей личности пациенток шизоаффективного регистра даёт возможности определить полиморфизм клиники, прогнозировать фабулу и динамику бредообразования, является фактором предупреждения неблагоприятного исхода заболевания, позволяет более дифференцированно осуществлять лечебно-реабилитационную помощь и оптимизировать психотерапевтический подход в выборе методов психокоррекционного воздействия с учётом личностных особенностей.

### **Список литературы**

1. Дереча В.А. Исследование синдроменеза при бредовых психозах // Научно-практическая конференция, посвященная 90-летию со дня рождения профессора Б.А. Лебедева «Научное наследие профессора Б.А. Лебедева», Санкт-Петербург, 15-16 апреля 2015 года, тезисы / Под редакцией Н.Г. Незнанова, Н.Н. Петровой; – Санкт-Петербург.– 2015 – 252 стр.
2. Бологов П.В. К вопросу о нозологической дифференциации шизоаффективного психоза и периодической шизофрении / П.В. Бологов, Г.П. Пантелеева // Совр. асп. клиники и терапии эндогенных психических расстройств.- СПб., 2003.- С. 37-40.
3. Ротштейн В.Г. Теоретический аспект эпидемиологии тревожных и аффективных расстройств / Ротштейн В.Г., М.Н.Богдан, М.Е.Суетин // Психиатрия и психофармакология. 2005. - Т.7, №2.
4. Baethge C. Long-term treatment of schizoaffective disorder: review and recommendations / C. Baethge // Pharmacopsychiatry-2003.-Mar-Apr V. 36, № 2 - P. 45-56.
5. Danileviciute V. Schizoaffective disorder: clinical symptoms and present-day approach to treatment / V. Danileviciute // Medicine (Kaunas).-2002-V. 38, № 11- P. 1057-1065.



ФГБНУ  
«НАУЧНЫЙ ЦЕНТР  
ПСИХИЧЕСКОГО  
ЗДОРОВЬЯ»



ВСЕМИРНАЯ  
ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ  
АССОЦИАЦИЯ  
(WPA)



РОССИЙСКОЕ  
ОБЩЕСТВО  
ПСИХИАТРОВ



СОЮЗ  
ОХРАНЫ  
ПСИХИЧЕСКОГО  
ЗДОРОВЬЯ

ISBN 978-5-00077-640-7



9 785000 776407