

Клинико-психопатологические аспекты патоморфоза кататонических расстройств

Незнанов Н.Г., Кузнецов А.В.

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова

Резюме. Патоморфоз — важный аспект психических расстройств, затрагивающий в том числе и кататонические состояния. Изменения в клинической картине психозов лежат в основе недостаточной выявляемости кататонической симптоматики, что ведет к некорректной диагностике и терапевтической тактике. Целью данного исследования являлось изучение клинико-психопатологических аспектов психозов, протекающих с кататоническими расстройствами, и актуальных различий в клинической картине в сравнении с традиционными описаниями и более ранними клиническими случаями. Для этого было проведено обследование двух групп пациентов. В первую группу вошли пациенты, госпитализированные в связи с психотическими состояниями с кататоническими симптомами. Во вторую группу вошли архивные клинические случаи пациентов, проходивших лечение с 1969 по 1972 годы, до введения в клиническую практику атипичных антипсихотиков.

Ключевые слова: кататония, психоз, шизофрения, аффективные расстройства

Clinical and psychopathological aspects of catatonia pathomorphosis

Neznanov NG, Kuznetsov AV

I.P. Pavlov First St. Petersburg State Medical University

Summary. Over the last century frequency of diagnosed catatonic states continuously decreased. This phenomenon can be explained through hypothesis of pathomorphosis of psychiatric diseases. Pathomorphosis is an important aspect of mental diseases, including catatonic states, especially therapeutic pathomorphosis. Changes in clinical presentation of psychosis led to under-recognition of catatonic signs, that cause incorrect diagnostic and treatment tactics. The aim of this study is to investigate clinical and psychopathological features of psychosis with catatonic features and actual differences in clinical presentation compared to traditional descriptions and earlier clinical cases. Two groups of patients was explored. First is patients, which admitted to psychiatric hospital due to psychosis with catatonic features. Second group contains archival clinical cases of patients, which were treated since 1969 to 1972, before introduction of atypical antipsychotics to clinical practice.

Keywords: catatonia, psychosis, schizophrenia, affective disorders

Сложность и многообразие причин, приводящих к изменению клинической картины, течению и исходам заболевания формируют устойчивый интерес исследователей к данным проблемам. Вопросы патоморфоза психических расстройств уже длительное время обсуждаются в психиатрическом сообществе.

В отечественной литературе понятию патоморфоза подробно освещалось Г.Я. Авруцким (Авруцкий Г.Я., 1975) и рядом других авторов (Пападопулос Т.Ф., 1970; Двирский А.Е., 1985 и др.). Выделяют несколько аспектов, лежащих в основе патоморфоза психических расстройств. Факторы внешней среды, по мнению Г.Я. Авруцкого, оказывали как положительное влияние на течение заболеваний (рост общего благосостояния, усовершенствование методов лечения, большая доступность медицинской помощи), так и отрицательное, связанное с возрастающим темпом жизни, прогрессирующей урбанизацией, загрязнением окружающей среды. Значительное место автор отводил явлениям терапевтического патоморфоза, в результате которого отмечаются как «сдвиг» синдромов на более доброкачественный «регистр», так и неравномерная редукция его отдельных составных частей [1].

Несмотря на значимость процессов терапевтического патоморфоза в изменении структуры психических расстройств, он не объясняет многих наиболее значимых изменений в течении заболеваний. Такие аспекты психических расстройств, как возраст начала болезни, характеристика манифестных проявлений, а также изменения соотношений форм психических расстройств, не могут быть следствием лекарственного патоморфоза, так как формируются до проведения терапевтических интервенций [2].

Многими авторами отмечены положительные стороны патоморфоза шизофрении, такие, как уменьшение удельного веса гебефрено-кататонической симптоматики, снижение яркости классических проявлений, улучшение социального функционирования пациентов, смещение симптоматики от параноидного спектра в аффективный, а также широкое распространение редуцированных форм заболевания [3, 4, 5]. В этом контексте патоморфозу психических расстройств, сопровождающихся кататонической симптоматикой, психиатры уделяют пристальное внимание. Прежде всего, речь идет об особенностях синдромокинеза и синдромотаксиса кататонии в клинической картине различных психопатологических состояний.

У патоморфоза, в частности, кататонических расстройств имеются и отрицательные стороны. Так, в качестве одной из возможных причин гиподиагностики кататонической симптоматики являются сложившиеся стереотипы о проявлениях кататонического синдрома, не учитывающих его изменения. В частности, случаи, не соотносящиеся с традиционными представлениями о кататоническом ступоре либо возбуждении, зачастую остаются недиагностированными.

Существуют различные гипотезы, пытающиеся объяснить снижение встречаемости кататонической симптоматики. В качестве основных причин рассматриваются: недооценка вариабельности кататонических расстройств и большое количество случаев, отличающихся от классических представлений о кататоническом синдроме, сужение диагностических рамок кататонических расстройств, положительный эффект от фармакотерапии [6]. По данным некоторых исследователей, число больных с кататонической симптоматикой, определяющей картину заболевания, значительно не изменилось с момента введения в широкую практику нейролептиков, на что указывают масштабные когортные исследования больных с шизофренией. По мнению ряда авторов, низкая частота постановки диагноза «кататонической шизофрении» также связана с расхожим представлением о том, что кататония является редким состоянием. Было проведено исследование, в ходе которого пациенты, проходящие лечение с диагнозом «шизофрения», были оценены при помощи стандартизированных методик. В то время как при рутинном обследовании только 5% пациентов имели диагноз кататонической шизофрении, в ходе инструментальной оценки соответствие критериям данного состояния было выявлено у 43% обследованных [7].

Таким образом, в настоящее время многие аспекты видоизменения клинической картины и диагностики психических расстройств остаются неясными. Такие факторы, как естественный и терапевтический патоморфоз, оказывают значимое влияние на структуру психических расстройств, а также их выявляемость.

Целью данной работы являлось изучение патоморфоза психических расстройств, сопровождающихся кататонической симптоматикой.

В рамках исследования были выдвинуты следующие задачи:

- рассмотрение клинико-психопатологических особенностей кататонических расстройств в рамках острых психотических состояний
- изучение архивной документации с целью определения клинических особенностей кататонической симптоматики
- сравнение полученных данных для выявления основных тенденций в патоморфозе кататонических расстройств.

Основным аспектом, затронутым в исследовании, является клинико-психопатологическая характеристика психотических состояний, сопровождающихся кататоническими расстройствами, оценка особенностей синдромальных образова-

ний, их динамики и взаимодействия с другими психопатологическими феноменами.

Материалы и методы

Было обследовано 150 пациентов, в возрасте от 19 до 80 (средний возраст $42,83 \pm 14,65$ лет). В выборке равномерно были распределены пациенты, страдающие шизофренией, биполярным аффективным расстройством и шизоаффективным расстройством (в каждой группе количество наблюдений составило 50 пациентов). Для исследования отбирались пациенты, поступающие в порядке экстренной госпитализации в психиатрический стационар. Отбор осуществлялся при помощи скринингового блока верифицированной шкалы Bush Fransis Catatonia Rating Scale (BFCRS), разработанной в 1996 году. Данная шкала широко применяется для оценки выраженности и скрининга кататонических расстройств. Она состоит из двух блоков и включает в себя помимо пунктов, направленных на оценку степени тяжести кататонии, инструмент для скрининга кататонических расстройств — Bush Fransis Catatonia Screening Instrument (BFCSI). Несмотря на то, что наличие кататонических расстройств может констатироваться всего двумя симптомами из скринингового блока, в качестве порога включения использовался результат в 4 балла с целью исключить наблюдения, обладающие неоднозначной выраженностью кататонических расстройств.

Критериями включения являлись: диагноз из группы эндогенных психических расстройств (шизофрения, шизоаффективное расстройство, биполярное аффективное расстройство); наличие 4 и более баллов по результатам скринингового блока BFCRS; наличие добровольного согласия на участие в исследовании.

Критериями исключения являлись: наличие выраженной коморбидной органической и наркологической патологии.

Для сравнения особенностей клинической картины и течения кататонии были проанализированы 150 архивных историй болезни за период с 1969 по 1972 г. Данный временной диапазон выбран в связи с отсутствием в тот период во врачебной практике атипичных антипсихотических препаратов, которые оказали значительное влияние на терапию и течение психических расстройств, являясь возможным фактором их патоморфоза. Критериями включения являлись: наличие диагностированной кататонической шизофрении, либо кататонического синдрома в рамках любой другой нозологии. При рассмотрении данных случаев также проводилась их клинико-психопатологическая оценка, с последующим сравнением с активной группой пациентов. Для описания качественных данных использовались абсолютные значения и доли (в процентах).

Результаты

В группу активного наблюдения вошли 150 пациентов, среди которых 20,7% (31 человек) обсле-

дованных перенесли первый психотический эпизод, 8% (4 человека) — больных шизофренией, 36% (18 человек) — пациентов с биполярным аффективным расстройством и 18% (9 человек) — больных шизоаффективным расстройством.

Шизофрения. У пациентов, страдающих шизофренией, наряду с изолированными кататоническими состояниями отмечались кататонопараноидные приступы, кроме того, у части из них доминировала параноидная симптоматика, на фоне которой имели место кататонические включения той или иной степени выраженности. Средний возраст на момент обследования составил $43,36 \pm 13,51$ лет, средний возраст дебюта заболевания — $27,90 \pm 11,57$ лет, длительность болезни — $17,59 \pm 10,97$ лет, средняя длительность госпитализации — $76,61 \pm 19,14$ дней.

Развитию очерченного кататонического состояния предшествовало проявление отдельных кататонических симптомов, возникавших задолго до острого психотического приступа. На протяжении нескольких дней, а в ряде случаев и недель, отмечались кратковременные эпизоды двигательного возбуждения, порой сопровождавшегося разрушительными действиями. Иной психопродуктивной симптоматики на этом этапе не обнаруживалось. В части случаев, напротив, имели место кратковременные эпизоды застываний с мутизмом. Пациенты внезапно прекращали общение с близкими, не вступали в речевой контакт, отказывались от приема пищи, воды. Данная симптоматика носила нестойкий, ундулирующий характер. В ряде ситуаций дальнейшее развитие приступов происходило постепенно, на фоне углубляющихся кататонических расстройств, постепенно доходящих до степени очерченного кататонического синдрома. На фоне нарастающей кататонической симптоматики появлялись диффузная тревога, подозрительность, бредовые идеи персекуторного круга в адрес близких, псевдогаллюцинаторные расстройства. В других наблюдениях после периода синдромально незавершенных кататонических расстройств отмечалось стремительное формирование кататонопараноидных, либо кататонических состояний.

При оценке обратного развития кататонических расстройств на фоне терапии отчетливых закономерностей выявлено не было. В случае ступорозных состояний на фоне исчезновения идеомоторной заторможенности, мутизма, появления спонтанной двигательной, речевой активности зачастую сохранялись прочие кататонические симптомы, такие как эхолоалии, эхопраксии, двигательные и речевые стереотипии, в то время как в других нозологических группах данные симптомы редуцировались в первую очередь. У больных в состоянии кататонического возбуждения они нередко сохранялись после купирования идеомоторного возбуждения. Это иллюстрирует присущую кататонической симптоматике в рамках шизофрении негармоничность, отсутствие единого стереотипа развития.

Выявлены значительные различия в характере критической оценки больными кататонических расстройств. Критическое отношение к имеющимся кататоническим расстройствам у больных шизофренией, как правило, отсутствовало как в остром периоде заболевания, так и на постпсихотическом этапе. Ряд больных, переносящих тяжелые ступорозные состояния с негативизмом, мутизмом, отказом от еды, в дальнейшем не обнаруживали критического отношения к имевшимся кататоническим расстройствам, не понимали причин госпитализации. При расспросах относительно имевшегося состояния они давали формальные ответы («не хотелось ни с кем говорить», «хотел полежать», «захотелось замкнуться» и т.д.). Сохраняющаяся на определенном этапе выздоровления у больных микрокататоническая симптоматика (преимущественно, представленная стереотипиями, манерностью, эхо-симптомами) не получала какой-либо критической оценки со стороны пациентов. Данные особенности моторики оставались незамеченными для пациента и носили, как бы, «автоматический» характер.

В ряде случаев больные после снижения интенсивности кататонической симптоматики осуществляли активную идеаторную проработку имевшихся двигательных расстройств. В высказываниях звучали бредовые идеи отравления, внешнего воздействия, при помощи которых они объясняли предшествовавшее изменение состояния. У части пациентов параноидная симптоматика имела тенденцию к прогрессированию и начинала преобладать в клинической картине. По мере купирования бредовых расстройств у больных формировалось правильное отношение к перенесенному состоянию, кататоническая симптоматика в таких случаях расценивалась как проявление болезненного состояния.

Наиболее высокий уровень критики к имевшимся нарушениям отмечался у больных с кататоническими нарушениями, вторичными по отношению к галлюцинаторным расстройствам. После выхода из острого состояния больные расценивали предшествовавшее состояние как болезненное, связывали его с имевшимися галлюцинаторными расстройствами, отмечали улучшение состояния, проявляли заинтересованность в лечении.

Таким образом, повсеместно отмечалась синдромальная незавершенность клинической картины, отсутствие четкого динамического стереотипа развития кататонической симптоматики. Появление и исчезновение отдельных симптомов носило хаотичный характер, мало коррелировало с общим психическим состоянием. На этапе стабилизации состояния имела место резидуальная симптоматика.

Биполярное аффективное расстройство. Преобладающей являлась аффективно-бредовая симптоматика. Наиболее часто встречались депрессивно-бредовые, маниакально-бредовые приступы, смешанные аффективные состояния, а также приступы, носящие крайне атипичный характер, приближающиеся к шизоаффектив-

ным. Средний возраст на момент обследования составил $39,90 \pm 13,14$ лет, средний возраст дебюта — $31,56 \pm 11,09$ лет, средняя длительность болезни — $9,54 \pm 11,30$ лет, средняя длительность госпитализации — $48,27 \pm 16,85$ дней.

Динамический стереотип формирования и развития кататонических расстройств в структуре приступа отличался от характерного для шизофрении. Психомоторные нарушения на ранних этапах развития приступов обладали чертами, позволяющими связать их с имеющимися аффективными нарушениями (скорбное лицо при депрессивном ступоре, повышенный фон настроения, радостная мимика при маниакальном возбуждении). Имевшаяся «полярность» кататонических расстройств, а также такие особенности симптоматики, как мимические, пантомимические особенности, гармонично сочетались с текущим аффективным состоянием. В то же время постепенно, с течением развития приступа кататоническая симптоматика, приобретая все большую выраженность, утрачивала прежнюю специфичность и приобретала стереотипный, неспецифический характер.

У больных, переносящих классические депрессивные состояния, первоначально имело место снижение настроения, с дальнейшим присоединением диссоматических нарушений, снижения аппетита, витальных проявлений депрессии. Постепенно присоединялись сверхценные и бредовые идеи депрессивного содержания, одновременно с чем отмечалось углубление идеомоторной заторможенности. На этом этапе впервые появлялись кататонические расстройства, первоначально являвшиеся следствием депрессивной симптоматики. На основании двигательной заторможенности постепенно формировались субступорозные, а позднее ступорозные состояния, сопровождавшиеся всеми облигатными признаками кататонического ступора. Наряду с этим формирование кататонического симптомокомплекса происходило за счет присоединения таких симптомов как стереотипии, эхо-симптомы, каталепсия. Развитие двигательных нарушений происходило непрерывно, в отличие от больных шизофренией, у которых формирующееся кататоническое состояние носило нестойкий, ундулирующий характер.

При маниакальных состояниях кататоническая симптоматика также являлась «продолжением» имевшихся аффективных расстройств. На фоне нарастающих явлений идеомоторного возбуждения, ускорения темпа двигательных и мыслительных процессов отмечалось развитие очерченного кататонического возбуждения, в ходе которого постепенно в структуре состояния появлялись симптомы, не вытекающие из аффективных нарушений, такие как стереотипии, эхо-симптомы и т.д. Сходный стереотип развития кататонических нарушений наблюдался у больных с тревожно-депрессивными (с формированием психомоторного возбуждения на пике тревоги, т.н. *gartus melancholicus*) и смешанными состояниями.

В данной группе наблюдались четкие закономерности, в соответствии к которым проис-

ходил регресс кататонического образования под действием терапии. Первоначально отмечалось исчезновение таких симптомов как стереотипии, эхо-симптомы, негативизм. Состояние приобретало характер ступора или возбуждения, не сопровождающегося кататоническими симптомами. Снижалась выраженность возбуждения либо ступора, приобретая характер идеомоторной заторможенности или оживления. Двигательные нарушения полностью купировались, на первый план в клинической картине выходили аффективные либо аффективно-бредовые расстройства.

У больных, страдающих аффективной патологией, формирование критического отношения к перенесенному кататоническому состоянию имело закономерности, отличные от характерных для больных шизофренией. Часть больных, переносивших маниакальные и смешанные приступы, сопровождавшиеся выраженным кататоническим возбуждением, по мере редукции психотической симптоматики, находясь в маниакальном состоянии, бравировали своим состоянием. В дальнейшем формирование критики происходило несколькими путями. В случае относительно кратковременных и неглубоких кататонических расстройств, больные могли расценивать их как следствие имевшихся расстройств настроения, таким образом, включая в восприятие болезни перенесенное состояние. В случае же, когда кататонические расстройства носили массивный, длительный характер, обладали широким спектром представленных симптомов, пациенты разграничивали их от непосредственно аффективного психоза. Так, они отчетливо описывали свое восприятие кататонической симптоматики, как чего-то «чуждого», обнаруживали некоторую тревогу в связи с возникновением подобного состояния. Несмотря на высокий уровень критики к непосредственно маниакально-бредовому состоянию, оно вызывало меньшее беспокойство у больных, чем этап кататонических нарушений.

Переносящие депрессивные состояния пациенты после выхода из острого состояния обнаруживали критику к перенесенным психомоторным расстройствам. У части пациентов кататоническая симптоматика расценивалась как отдельный феномен, развившийся в дополнение к уже имеющимся аффективным расстройствам. Пациенты ретроспективно описывали крайне тяжелые депрессивные состояния в период нахождения в кататоническом ступоре. Часть больных при описании многочасовых эпизодов кататонического ступора отмечали переживания, характерные для идеомоторной заторможенности, проявлений витальной депрессии («тяжело было встать и куда-то пойти», «не мог собраться с мыслями», «не было сил», «собирался немного отдохнуть, а потом взяться за дело» и т.д.). Эта ситуация отличалась от психологизации кататонических расстройств депрессивными больными, кататонические феномены воспринимались больными не в качестве следствия расстройств настроения, а как видоизмененное проявление одного из симптомов

депрессии. С учетом подобного переплетения симптоматики депрессивных и кататонических расстройств, можно предположить, что взаимосвязь между данными симптомокомплексами носит, вероятно, более нелинейный характер, нежели параллельное и последовательное сосуществование. Косвенно об этом говорит характерная для фазных психозов возможность взаимного «замещения» аффективных и кататонических приступов.

Таким образом, динамические характеристики приступа были наиболее приближены к традиционным представлениям о течении острых эндогенных психозов, однако, зачастую отдельные кататонические симптомы проявлялись уже на ранних стадиях приступа. Кататонические расстройства отмечались на высоте приступа, быстро редуцировались под влиянием терапии, некоторое время сохраняясь в рудиментарной форме в виде транзиторных кататонических включений. Резидуальной кататонической симптоматики не отмечалось.

Шизоаффективное расстройство. В этой группе средний возраст на момент обследования — $38,92 \pm 13,76$ лет, средний возраст дебюта составил $28,48 \pm 8,39$ лет, средняя длительность заболевания — $11,24 \pm 11,28$ лет, средняя длительность госпитализации — $54,35 \pm 16,45$ дней.

Большая часть проявлений кататонических состояний у больных шизоаффективным расстройством соответствовала таковым у лиц с аффективной патологией, однако, имела свои особенности. Состояние у большинства пациентов также определялось аффективно-бредовой симптоматикой, однако, имелись единичные случаи преобладания в острейшем периоде состояния параноидной и кататано-параноидной симптоматики. Подобные случаи отмечались у пациентов, имеющих значительные различия между преобладающей в ходе психотических приступов симптоматикой: отчетливо аффективные, либо шизоаффективные приступы чередовались с состояниями, близкими к параноидным. На фоне лечения у пациентов на первый план в клинической картине, так или иначе, выходила аффективно-бредовая симптоматика.

Несмотря на то, что у большинства пациентов стереотип развития двигательных нарушений имел характер, сходный с наблюдавшимся в группе больных аффективной патологией, у ряда пациентов данный этап также обладал своеобразием, не характерным для иных групп: развитие приступа носило своего рода «комбинированный» характер. На фоне постепенно развивающегося аффективного приступа уже на начальных этапах прослеживались кратковременные кататонические симптомы (эпизоды застываний, стереотипии, персеверации и т.д.). Таким образом, формирование кататонического симптомокомплекса и, непосредственно, аффективно-бредового состояния у больных шло параллельно. Нередко очерченное кататоническое состояние формировалось на более ранних этапах приступа, чем в аналогичной ситуации у пациентов, переносящих чисто аффективные психозы.

Характер формирования критического отношения к перенесенным кататоническим расстройствам варьировал в зависимости от особенностей перенесенного психотического состояния. Так, если в клинической картине преобладала аффективно-бредовая симптоматика, формирование критики приближалось к подобному у больных с аффективной патологией. В случае более полиморфных психотических состояний пациенты, как и в случае шизофрении, были склонны давать формальные, малосодержательные объяснения перенесенным кататоническим состояниям, либо интерпретировать двигательные расстройства в рамках персекуторной фабулы бреда с ретроспективной оценкой своего состояния, как вызванного при помощи внешних влияний.

Таким образом, в данной группе в зависимости от преобладания аффективной либо шизофренической симптоматики отмечалось различное течение приступов. В случае аффектдоминантных форм динамика приступов приближалась к таковой при аффективной патологии с чертами атипичности, в случае же шизодоминантных форм кататоническая симптоматика носила более синдромально незавершенный характер, прослеживалась не только в наиболее остром периоде, но и на большей части приступа. Прогноз носил благоприятный характер, без формирования выраженных резидуальных кататонических расстройств.

В ходе анализа архивных клинических случаев были выделены три группы. В первую группу вошли пациенты, страдающие непрерывной формой кататонической шизофрении (73 пациента), во вторую — больные, переносящие приступы онейроидно-кататонической структуры (37 пациентов), диагностированные в рамках периодической кататонии, третью группу составили пациенты, переносящие кататонические состояния в рамках экзогенных психозов (40 пациентов).

В группе больных с непрерывно протекавшей кататонической шизофренией преобладающими на всех этапах приступа являлись кататонические расстройства. Средний возраст составил $38,36 \pm 5,78$ лет, средний возраст дебюта заболевания — $26,06 \pm 5,35$ лет, средняя длительность заболевания — $10,52 \pm 4,76$ лет, средняя длительность лечения — $122,78 \pm 35,68$ дней.

Пациенты, отнесенные к первой группе, обнаруживали сходство в клинической картине и течении заболевания. Госпитализации были связаны с углублением кататонической симптоматики, при этом преобладали гипокINETические формы расстройств. В большинстве ситуаций клиническая картина на момент поступления в стационар определялась очерченным кататоническим ступором. Состояние носило традиционный характер, без выраженных признаков атипичности, структурной сложности. Ухудшения были представлены однотипной, клишированной картиной. При обострении психического состояния либо не было предикторов в отношении изменения психического состояния, либо ему предшествовало быстро развивающееся чувство диффузной тревоги, вну-

тренного напряжения. На фоне терапии кататоническая симптоматика подвергалась редукции, на первый план в клинической картине выходили изменения в эмоционально-волевой сфере, представленные, преимущественно, аутизмом, социальной отгороженностью, абулическими расстройствами. В качестве сопутствующей симптоматики отмечались эпизодически возникающие псевдогаллюцинаторные расстройства, нестойкие идеи отношения. Наряду со случаями, характеризующимися сформированным апато-абулическим дефектом, отмечались ситуации, в которых негативная симптоматика ограничивалась явлениями аутизации и социальной отгороженности. Такие больные были активны в пределах отделения, а в период нахождения за пределами стационара успешно занимались домашним хозяйством, поддерживали доброжелательные отношения с близкими. Эти наблюдения не соответствуют традиционному представлению о дефектных состояниях в рамках непрерывно текущей кататонической шизофрении. У пациентов широко была представлена резидуальная кататоническая симптоматика. Часто наблюдались такие симптомы как стереотипии, манерность, персеверации, эпизоды негативизма, а также кратковременные застывания, сопровождающиеся изменением мышечного тонуса. Проявления данной симптоматики не были связаны с общей выраженностью негативной симптоматики, исходя из чего можно предположить, что речь идет о резидуальной кататонической симптоматике как о проявлении неполной ремиссии с остаточной продуктивной симптоматикой.

В эту же группу включены пациенты, переносящие так называемые «субкататонические» приступы. У данной категории больных характер течения заболевания и его динамические характеристики соответствовали описанным выше стереотипам, но формирования кататонического синдрома в классическом представлении не отмечалось. Преобладали гипокINETические формы кататонических расстройств, представленные крайней степенью идеомоторной заторможенности с эпизодами застываний, а также переходящими явлениями каталепсии. В значительной степени были выражены немоторные кататонические симптомы, такие как эпизоды мутизма, явления активного и пассивного негативизма. По минованию острого состояния на первый план выходили дефицитарные расстройства. В период ремиссии зачастую отмечались поведенческие нарушения, злоупотребление алкоголем и психоактивными веществами, чего не отмечалось в предшествующей подгруппе.

При периодической кататонии доминирующей в клинической картине была онейроидно-кататоническая симптоматика. Диагностически данная рубрика соответствовала кататонической шизофрении с приступообразным типом течения. Средний возраст на момент обследования составил $27,40 \pm 4,43$ лет, средний возраст дебюта психического заболевания — $24,76 \pm 4,74$ года, средняя

длительность заболевания — $6,88 \pm 3,76$ лет, средняя длительность госпитализации — $162,12 \pm 58,96$ дней.

Заболевание носило приступообразный характер с ремиссиями высокого качества. При оценке постпроцессуальных изменений были зафиксированы либо явления незначительной общей астенизации, либо констатировалось наличие интермиссий. Было зафиксировано значительное число нелекарственных ремиссий. Обострения развивались остро, в течение часов либо нескольких дней. В период развития приступа фиксировались аффективные расстройства, преимущественно в виде смешанных аффективных состояний. В дальнейшем отмечалось быстрое нарастание кататонической симптоматики с развитием онейроидного помрачения сознания. Кататонические расстройства носили «гармоничный» характер: преобладающими были явления кататонического ступора с мутизмом, активным и пассивным негативизмом, восковой гибкостью, соматоневрологическими проявлениями кататонического синдрома. Течение кататонии приближалось к традиционным литературным описаниям. На фоне терапии кататоническая симптоматика подвергалась быстрой редукции, после чего на первый план в клинической картине выходили аффективно-бредовые расстройства. У значительного числа пациентов каких-либо характерных для шизофрении симптомов не отмечалось, после купирования онейроидно-кататонического состояния симптоматика была представлена классическими маниакально-бредовыми, либо депрессивно-бредовыми расстройствами. Исходя из вышесказанного, на сегодняшний день диагностически они могли бы быть расценены в рамках шизоаффективной либо чисто аффективной патологии. Резидуальных кататонических расстройств не отмечалось, присутствие кататонической симптоматики ограничивалось острым периодом заболевания. Таким образом, динамика состояния соответствовала традиционным представлениям о течении острых аффективно-бредовых психозов с характерной этапностью состояния.

Кататония на фоне экзогенных вредностей.

Этиологическими факторами являлись инфекционные заболевания, тяжелые черепно-мозговые травмы, общесоматические заболевания в период декомпенсации. Средний возраст на момент госпитализации составил $32,92 \pm 5,86$ лет, средний возраст дебюта заболевания — $28,20 \pm 7,75$ лет, средняя длительность заболевания — $7,04 \pm 2,18$ лет, средняя длительность нахождения в стационаре — $81,65 \pm 25,37$ дней.

Структура кататонических расстройств носила неоднородный характер. Наблюдались как явления кататонического ступора, так и кататонического возбуждения. Кататонические проявления носили синдромально незавершенный, атипичный характер. Помимо отрывочности симптоматики, отсутствия в большинстве случаев завершенного кататонического синдрома, данные состояния характеризовались ундулирующим течением ка-

татонических расстройств. В ряде ситуаций их выраженность была напрямую связана со степенью компенсации соматической патологии. Не встречались случаи онейроидно-кататонических состояний, психомоторные расстройства не сопровождались признаками нарушения сознания.

Длительность кататонической симптоматики варьировала в зависимости от общесоматического состояния. Наряду с затяжными кататоническими психозами отмечались многочисленные случаи одномоментной редукции кататонической симптоматики на фоне терапии. Резидуальная кататоническая симптоматика имела место при затяжном течении психозов и возникала на фоне психоорганического синдрома различной степени выраженности. Она была представлена стереотипиями, вербигерациями, персеверациями, стертыми явлениями негативизма. В случае же одномоментного «выхода» из психоза какой-либо остаточной кататонической симптоматики выявлено не было.

Проводя сравнительный анализ имеющихся расстройств в различные временные промежутки, можно сделать следующее заключение: внешние аспекты, связанные с развитием заболевания, а также условиями его протекания, основные социодемографические характеристики пациентов, по результатам сравнения, существенного влияния на представленность кататонической симптоматики и течение заболевания на оказывали. Аспекты, касающиеся лекарственного патоморфоза психических расстройств, обсуждаются ниже, однако они не объясняют изменения встречаемости различных форм заболевания, а также характеристики манифестных психотических приступов, предшествовавших терапевтическим интервенциям.

Главным отличием в течение острых онейроидно-кататонических приступов в текущей группе пациентов являлся распад целостной срезовой и динамической структуры приступа. Как и в случае с архивными данными, течение заболевания у больных носило приступообразный характер, не сопровождалось наличием выраженных постпроцессуальных изменений. Развитие психотического приступа также носило последовательный характер, однако уже на начальных этапах проявлялись черты атипичности психотического состояния. На высоте приступа феноменологическая целостность кататонического ступора также прослеживалась далеко не во всех случаях. При оценке характера редукции кататонических расстройств также была выявлена значительная гетерогенность динамической составляющей приступа. Последовательность исчезновения симптомов носила хаотичный, не подчиняющийся каким-либо закономерностям характер.

Онейроидный компонент приступа имел выраженную вариацию. В большинстве случаев, несмотря на общую тяжесть приступа и выраженность кататонических нарушений, не было оснований говорить об очерченном онейроидном помрачении сознания. В отличие от характерной для онейроидного помрачения сознания аутопси-

хической деперсонализации, зачастую изменений самосознания у пациентов в такой период не наблюдалось. Психотические переживания ограничивались фиксацией измененности окружающей обстановки, зачастую даже не сопровождаясь какой-либо бредовой интерпретацией. Таким образом, можно было наблюдать выраженную диссоциацию между развитием аффективно-бредовой и кататонической части приступов.

При оценке кататонической симптоматики в рамках непрерывно текущих форм заболевания также были выявлены изменения. Преобладающими у данной категории пациентов в обеих группах являлись гипокINETические расстройства, однако, профиль симптомов значительно отличался. Кататонический ступор носил синдромально незавершенный характер, периоды снижения двигательной активности носили кратковременный характер, в остальное время состояние определялось отсутствием речевого контакта. Характерные для кататонического ступора явления негативизма, катаlepsии и т.п. также не прослеживались. В других случаях монотонная стереотипная непродуктивная активность сопровождалась мутизмом с транзиторными периодами катаlepsии. Одновременно был представлен широкий спектр кататонических симптомов, не имеющих внутри себя единого, цельного вектора, определяющего состояние больного. Такой же характер носили и динамические свойства приступов. Вместо последовательной смены либо редукции симптомов отмечалось хаотичное чередование различных кататонических образований, за которым также не прослеживалось структурной цельности. В обеих группах отмечалась значительная выраженность резидуальной кататонической симптоматики.

В группе архивных наблюдений отмечалась значительно большая длительность госпитализаций. В основе этого, вероятно, лежат как общий патоморфоз психических расстройств, сопровождающийся все большим смещением психотических состояний в сторону аффективного регистра, так и видоизменяющиеся подходы к терапии. Значимым фактором может являться широкое использование антипсихотических препаратов атипичного ряда, в силу своих фармакологических свойств не вызывающих самостоятельно индукции и утяжеления кататонической симптоматики в той же мере, что и антипсихотические препараты первого поколения, а также обладающих собственным нормотимическим действием.

При оценке терапии в рамках ретроспективно проанализированных случаев можно отметить повсеместное использование антипсихотической терапии в качестве единственного метода лечения. В зависимости от структуры состояния использовались низкопотентные антипсихотические препараты, либо их комбинация с высокопотентными. Предположительно, именно проведение антипсихотической монотерапии являлось одним из важных факторов, обуславливающих низкий ответ на лечение и высокую длительность госпитализаций.

Обращает на себя внимание значительно большая длительность лечения у пациентов, переносящих приступообразные кататонические состояния, что противоречит традиционным представлениям об их благоприятном течении. Исходя из имеющихся данных медицинской документации, складывается впечатление о значительном весе аффективных расстройств в рамках рассматриваемых приступообразных состояний, большая часть случаев являлась, по сути, психотическими состояниями шизоаффективной либо аффективно-бредовой структуры. Вероятной причиной этого являлись как недостаточная эффективность купирующего и профилактического действия терапии, так и, возможно, непосредственное влияние антипсихотических препаратов на углубление кататонических расстройств. Таким образом, потенциально благоприятные состояния, в силу ограниченности фармакологического арсенала, протекали значительно тяжелее, чем это можно видеть в настоящее время.

Выводы

Сравнение с архивными данными показывает, что кататоническая симптоматика претерпела значительные изменения — в большинстве текущих наблюдений она была представлена атипичными, структурно неоформленными симптомокомплексами, не имеющими единого динамического стереотипа развития. Данные явления также иллюстрируют нарастающую атипичность психических расстройств. Часто наблюдаемая кататоническая симптоматика в рамках аффективной патологии связана, в том числе, и с существенным пересмотром диагностических рамок как кататонических, так и аффективных расстройств. При оценке длительности перенесенных психотических состояний выявлено снижение длительности нахождения пациентов, переносящих кататонические состояния, в стационаре, в основе чего, как можно предположить, лежит терапевтический патоморфоз, связанный с постепенным расширением использования для лечения кататонической симптоматики бензодиазепинов.

Литература / References

1. Авруцкий Г.Я., Вовин Р.Я., Личко А.Е., Смулевич А.Б. Биологическая терапия психических заболеваний. — Л.: Медицина. — 1975. — 311 с. [Avrutskiy G.Ya., Vovin R.Ya., Lichko A.E., Smulevich A.B. *Biologicheskaya terapiya psichicheskikh zabolevanij*. L.: Medicina. — 1975. — 311 p. (In Russ)]
2. Двирский, А.Е. Роль генотипических факторов в клинических проявлениях, патоморфозе и социально-трудовой реадaptации при шизофрении: автореф. дис. д-ра. мед. наук. — М. — 1985. — 49 с. [Dvirskij A.E. *Rol' genotipicheskikh faktorov v klinicheskikh proyavleniyah, patomorfoze i social'no-trudovoj readaptacii pri shizofrenii: avtoref. dis. d-ra. med. nauk*. — М. — 1985. — 49 p. (In Russ)]
3. Пападопулос Т.Ф. Психопатология депрессий при маниакально-депрессивном психозе и шизоаффективных психозах. — Вопросы клиники, психопатологии, терапии. — М.: Базель. — 1970. — С.81–89. [Papadopoulos T.F. *Psichopatologiya depressij pri maniakal'no-depressivnom psichoze i shizoafektivnyh psihozah*. — Vo-
4. Смулевич А.Б. Депрессии и шизофрения. — Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 2003. — №4. — С.4–13. [Smulevich A.B. *Depressii i shizofreniya*. — *Zhurnal nevropatologii i psichiatrii im. S.S. Korsakova*. 2003; 4:4–13. (In Russ)]
5. Geddes J., Mercer G., Frith C., MacMillan F., Owens D. & Johnstone E. Prediction of Outcome Following a First Episode of Schizophrenia: A Follow-up Study of Northwick Park First Episode Study Subjects. *British Journal of Psychiatry*. 1994; 165(5):664–668. doi:10.1192/bjp.165.5.664
6. van der Heijden FM, Tuinier S, Arts NJ, Hoogendoorn ML, Kahn RS, Verhoeven WM. Catatonia: disappeared or underdiagnosed? *Psychopathology*. 2005; 38(1):3–8. doi: 10.1159/000083964
7. Oulis P, Lykouras L. Prevalence and diagnostic correlates of DSM-IV catatonic features among psychiatric inpatients. *Journal of Nervous & Mental Diseases*. 1996; 184(6):378–379. doi: 10.1097/00005053-199606000-00010

Сведения об авторах

Незнанов Николай Григорьевич — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии и наркологии ГБОУП ВПО МЗ РФ «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова». E-mail: neznat@bekteterev.ru

Кузнецов Арсений Васильевич — очный аспирант кафедры психиатрии и наркологии ГБОУП ВПО МЗ РФ «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова». E-mail: arseny.mailbox@gmail.com