

## ОСОБЕННОСТИ ПСИХОМОТОРНЫХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ПРИ КАТАТОНОФОРМНЫХ СОСТОЯНИЯХ ДИССОЦИАТИВНОГО И НЕЙРОЛЕПТИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА

Запорожский государственный медицинский университет

**Представлено сравнительное описание эндогенного кататонического синдрома и кататоноформных состояний диссоциативного и нейролептического генеза. Выделены 12 признаков, соответствующих психомоторным и поведенческим нарушениям, используемым для формальной диагностики кататонии. Для каждого из признаков указаны отличительные особенности, характерные для его презентации при эндогенной кататонии, кататоноформных состояниях диссоциативного и нейролептического происхождения.**

*Ключевые слова:* кататония, поведенческие и психомоторные нарушения, кататоноформные состояния диссоциативного и нейролептического генеза.

Симптоматика кататонического спектра вот уже более полувека остается одним из наиболее обсуждаемых аспектов психиатрической клиники. На данный момент вопреки экспансии унифицирующих систематик и статистических классификаторов психических нарушений существует зияющий дефинитивный провал в вопросах понимания кататонических проявлений между постсоветской психиатрией, с одной стороны, и Американской психиатрической ассоциацией — с другой [1, 2].

Базовое разногласие в этом вопросе относится к представлению о кататоническом синдроме как об имманентно принадлежащем соответствующей форме шизофрении, что в значительной мере определяет психодиагностику в постсоветской психиатрической клинике. В последней также подразумеваются жесткие разграничения между различными (по клинической картине и происхождению) формами возбуждения и ступора, среди которых его кататонический вариант имеет свое специфическое место [3–6]. В данном ракурсе совершенно непонятными для представителей постсоветской психиатрии становятся исследования, посвященные различным аспектам кататонии, результаты которых публикуются в наиболее авторитетных и цитируемых научных изданиях. Так, с позиции постсоветской психиатрии, сам термин «кататония» вызывает множество противоречий. Неясно, следует ли понимать под ним кататонический синдром, названный так вследствие становления синдромальной диагностики, либо же речь идет о некоем сленговом названии одноименной формы шизофрении. Данный казус усугубляет эпидемиологическая справка, прямо указывающая на то, что большинство случаев кататонии наблюдается при аффективной патологии [7], нередко она отмечается в структуре обсессивно-компульсивного

расстройства [8] и диссоциативных/конверсионных расстройств [9–11].

Дабы несколько развеять недоразумение, следует уточнить, что современная глобализированная психиатрия подразумевает под кататонией широкий спектр психомоторных нарушений (ступора и возбуждения) в сочетании с неопределенным количеством поведенческих паттернов, которые являются крайне не специфичными, в частности импульсивностью, манерностью, постуральной вычурностью и пр. Многообразие видов ступора и возбуждения, традиционно описываемое в работах зарубежных, а следом и отечественных авторов, в настоящее время рассматривается на Западе не столь строго, коль скоро терапевтическая тактика в их отношении зачастую не имеет существенных различий [6, 12–14].

Таким образом, кататонию можно распознать в структуре кататонической шизофрении, равно как и в депрессивном ступоре, по острой психогенной реакции застывания, ритуальным действиям пациента с навязчивостями, а также истерическому припадку.

Тут скрывается еще одно из наиболее драматических противоречий, касающееся терапии кататонических проявлений. Следуя логике единства кататонического синдрома и шизофрении, отечественная психиатрическая клиника использует антипсихотики, в то время как западная — бензодиазепины. Нахождение консенсуса в данном запутанном вопросе является принципиальным прежде всего в ракурсе интеграции практического опыта мировой психиатрии. В нашей работе мы детализируем представления о клинических проявлениях тех форм психической патологии, которые объединены термином, используемым в западной психиатрии, — «кататония», указывая при этом на кататонический синдром при шизофрении как

**Пул распространенных диагностических признаков кататонии, используемых в диагностических шкалах и классификациях**

Признаки	Диагностические инструменты					
	классификации		шкалы			
	DSM-IV-TR	DSM-V	MRS	BFCRS	Fink-Taylor CRS	Kanner CRS
Амбигуальность				+	+	
Восковидная гибкость			+	+	+	+
Агрессия				+	+	
Двигательное возбуждение	+	+		+	+	
Двигательные стереотипии	+	+		+	+	
Застывание	+			+	+	
Мутизм	+	+	+	+	+	
Негативизм	+	+	+	+	+	+
Орофациальные дискинезии	+	+	+	+	+	
Пассивная подчиняемость				+	+	+
Ступор	+	+		+	+	
Эхофеномены	+	+		+	+	+

на эталон, а иные схожие формы именуя кататоническими состояниями.

Цель этого исследования — сравнительное описание кататонического синдрома эндогенного генеза (КСЭГ) и кататонических состояний диссоциативного (КСДГ) и нейролептического генеза (КСНГ).

Контингент исследования составили 158 пациентов КУ «Запорожская областная клиническая психиатрическая больница». Среди них — 32 больных с кататонической формой шизофрении, 62 — со смешанными диссоциативными расстройствами, 64 — с проявлениями поздних нейротропных нейролептических эффектов.

Использовались клинико-анамнестический, клинико-дескриптивный, клинико-психопатологический методы исследования.

Для формирования пула психопатологических проявлений, нуждающихся в сравнительном описании, был проведен анализ распространенных диагностических признаков кататонии, используемых в диагностических шкалах и классификациях: DSM-IV-TR, DSM-V, MRS, BFCRS, Fink — Taylor CRS, Kanner CRS (таблица).

Таким образом, было выделено 12 признаков, требующих дескриптивного анализа в ракурсе дифференциации между эндогенной кататонией и кататоническими состояниями диссоциативного и нейролептического генеза.

1. Амбигуальность (двойственность мотивации, отражающаяся на поведенческом уровне в противоположных паттернах поведения, реализуемых в непосредственной связи между собой):

КСЭГ — является признаком эндогенного генеза расстройства, будучи признаком когнитивного (ассоциативного) дефекта, в структуре шизофрении является факультативным феноменом, безотносительным к объекту, постоянным и имманентным;

КСДГ — является признаком диссоциации, приводящей к двойственности мотивации; имея психогенный характер, относится к эмоционально значимым объектам («люблю и ненавижу», «хочу уйти и остаться» [в отношениях] и т. д.), возникает в структуре эмоциональной экзальтации, психотравмы;

КСНГ — имеет исключительно поведенческий характер, выраженный в двигательной сфере как компонент акатезии («хочу сесть, но не могу сидеть»).

2. Восковидная гибкость (повышение пластического тонуса скелетной мускулатуры, приводящее к постуральной вычурности):

КСЭГ — факультативна, но типична, сочетается со ступором и субступорозными состояниями, является эксклюзивным симптомом кататонического синдрома, типичным для его эндогенного генеза, удовлетворяет всем диагностическим критериям при неврологическом исследовании;

КСДГ — не характерна, но может быть ошибочно идентифицирована на основании постуральной вычурности, возникающей вследствие избыточной экспрессии на высоте эмоциональной экзальтации;

КСНГ — не характерна, может быть ошибочно идентифицирована на основании постуральной вычурности, возникающей вследствие акатезии и дискинетических феноменов.

3. Агрессия (деструктивные вербальные и поведенческие паттерны в отношении третьих лиц либо неодушевленных предметов):

КСЭГ — облигатна, сочетается с психомоторным возбуждением, имеет динамическую организацию в виде смены фаз интенсивности (вербальный предметный → физический предметный → физический беспредметный), часто представлена аутоагрессией, приводящей к выраженным самоповреждениям вплоть до суицида;

КСДГ — факультативна, сочетается с психомоторным возбуждением, имеет демонстративный, чаще вербальный характер, может быть представлена аутоагрессией, тем не менее не сопровождается намеренным нанесением значимых самоповреждений;

КСНГ — не характерна.

4. Двигательное возбуждение (патологическое состояние, характеризующееся резким повышением двигательной и речевой активности):

КСЭГ — облигатно, ранние этапы имеют патетический характер, аранжированы ауто- и гетероагрессивными паттернами; по мере прогрессирования приобретает импульсивный характер с брутальностью, хаотичностью и деструктивностью двигательных актов при отсутствии модуса селекции объекта их реализации;

КСДГ — факультативно, но характерно, сочетается с гистриоидностью, манерностью и импульсивностью; гетероагрессивные паттерны эпизодичны, имеют вербальный или переадресованный характер, аутоагрессия демонстративна;

КСНГ — не характерно, не имеет целенаправленности, является производным акатезии, лишено поведенческих аранжировок (агрессии, манерности, импульсивности).

5. Двигательные стереотипии (однообразные, произвольно повторяющиеся двигательные и вербальные акты):

КСЭГ — облигатны, носят выхолощенный характер, не отражая субъективных переживаний, не имеют взаимосвязи с актуальным аффективным статусом;

КСДГ — факультативны, но характерны, представлены однообразными пантомимическими и вербальными паттернами, имеющими субъективно понятный характер, или же переадресацией аффектогенной двигательной активности на дистальные отделы тела или мимическую мускулатуру;

КСНГ — облигатны, имеют характер неврологической дисфункции (тремор, дискинезии), осознаются пациентом.

6. Застывание (кратковременные периоды акинезии):

КСЭГ — факультативны, но характерны, предшествуют ступору, не имеют аффективной

аранжировки, могут сопровождаться наплывом галлюцинаторных образов;

КСДГ — факультативны, не характерны, имеют аффективную аранжировку в виде демонстрации «эмоционального потрясения», носят гистреоидный характер;

КСНГ — факультативны, имеют характер акинетических кризов, тяжело переносимых пациентами.

7. Мутизм (отсутствие вербальной коммуникации в силу патологически измененного психического состояния при сохранном уровне сознания):

КСЭГ — облигатен в качестве проявлений негативизма, типичен для поздних этапов психомоторного возбуждения; не имеет аффективной коннотации и взаимосвязи с психической травмой;

КСДГ — факультативный диссоциативный феномен, возможный в структуре негативизма как демонстрации актуального аффективного статуса;

КСНГ — факультативный феномен, возникающий при дискинезиях орофациальной области, сопровождается признаками неврологической дисфункции.

8. Негативизм (активное либо пассивное противодействие целенаправленным внешним воздействиям, в том числе вербальным побуждениям):

КСЭГ — облигатный феномен в структуре микрократатонического комплекса нарушений, является одной из аффективных аранжировок ступора; не имеет аффективной коннотации и взаимосвязи с психической травмой, беспредметен;

КСДГ — факультативен для конфронтационного отношения к терапии, амплифицируется патоперсоналогическими характеристиками, проявляется активным избеганием психотерапевтического контакта либо конгруэнтными вербализациями, всегда предметен;

КСНГ — факультативен, может выступать обоснованной реакцией пациента на тяжело переносимые побочные эффекты терапии, субъективно понятен, предметен.

9. Орофациальные дискинезии (спастические или тонические гиперкинезы отдельных групп скелетной мускулатуры орофациальной области):

КСЭГ — облигатны для психомоторного возбуждения в виде «насильственных» моторных актов / субступорозных состояний, имеют характер парамимии;

КСДГ — облигатный компонент диссоциации психомоторных функций; наиболее характерны тикоподобные формы фациальной локализации. В качестве парамимии могут быть ошибочно идентифицированы также и гиперболизированные мимические паттерны;

КСНГ — типичный феномен в структуре нейрореплетического синдрома, не имеют аффективной

коннотиации, осознаются и тяжело переносятся пациентами.

10. Пассивная подчиняемость (беспрекословное акритическое подчинение любым целенаправленным внешним воздействиям, в том числе вербальным побуждениям):

КСЭГ — факультативный феномен, описываемый как «парадоксальный негативизм», носит пароксизмальный характер, не имеет аффективной аранжировки. Может быть ошибочно идентифицирован как признак апато-абулического состояния, как и последнее, принят за пассивную подчиняемость кататонической природы;

КСДГ — факультативный феномен, имеет аффективно детерминированную природу; подчиняемость избирательная, демонстративная («делайте со мной что хотите»), возникает на высоте эмоциональной экзальтации;

КСНГ — факультативный феномен в структуре нейролептического дефекта у пациентов с длительным стажем приема конвенционных нейролептиков, не имеет аффективной аранжировки, аналогичен апато-абулическому состоянию аналогичной поведенческой структуры.

11. Ступор (длительные периоды обездвиженности с сохранением стереотипной позы, утратой коммуникативного контакта):

КСЭГ — облигатный компонент психомоторных нарушений при кататонии, детерминирован грубыми нарушениями тонуса скелетной мускулатуры — ригидностью, повышением пластического тонуса с сохранением приданной извне позы или тотальной атонией; характерно сочетание с активным негативизмом, мутизмом, постуральной вычурностью; не имеет определенной взаимосвязи с психогенными факторами;

КСДГ — факультативно доминируют психические эквиваленты ступора, а именно: утрата вербальной коммуникации, мутизм, пассивный негативизм; нарушения тонуса скелетной мускулатуры часто парциальны, не соответствуют зонам иннервации и не достигают степени ригидности или атонии, феномены повышения пластического тонуса не регистрируются; прослеживается четкая взаимосвязь с психической травмой;

КСНГ — факультативно характерны кратковременные состояния ступора (застывания), имеющие характер акинетических кризов, которые сопровождаются повышением тонуса скелетной мускулатуры, тяжело переносятся пациентами.

12. Эхофеномены (непроизвольное копирование двигательных и вербальных актов, мимики и пантомимики окружающих):

КСЭГ — являются облигатным поведенческим паттерном в структуре микрокататонии, представлены вычурными, неестественными формами

стереотипной мимики, имеют насильственный, выхолощенный характер, не отражают субъективных переживаний;

КСДГ — факультативны в структуре оппозиционного отношения к терапии, имеют характер глумливого передразнивания, представлены гиперболизацией нормальной мимики;

КСНГ — не характерны, ошибочно могут быть идентифицированы в рамках серий дискинезий.

Таким образом, описанные признаки выступают ценными мишенями дифференциации, в процессе диагностики качественный подход к их анализу может привести к ошибочной идентификации природы психомоторных и поведенческих нарушений. В то же время понимание сходств и различий между «кататонией» эндогенного (в структуре шизофрении), психогенного (при диссоциативных расстройствах) и экзогенно-органического (в структуре поздних нейротропных нейролептических осложнений) генеза является центральным аспектом успешного выбора терапевтической тактики в условиях отечественной психиатрической клиники.

Проведенное исследование позволяет выделить 12 признаков, соответствующих психомоторным и поведенческим нарушениям, которые используются для формальной диагностики кататонии (в рамках диагностических инструментов: DSM-IV-TR, DSM-V, MRS, BFCRS, Fink — Taylor CRS, Kanner CRS), а именно: амбитендентность, восковидную гибкость, агрессию, двигательное возбуждение, двигательные стереотипии, застывание, мутизм, негативизм, орофациальные дискинезии, пассивную подчиняемость, ступор и эхофеномены.

Для каждого из признаков указаны отличительные особенности, характерные для его презентации при эндогенной кататонии, кататонотипных состояниях диссоциативного и нейролептического происхождения, установленные на основании обследования и клинко-анамнестического анализа заболевания пациентов соответствующих групп.

#### Список литературы

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: 5<sup>th</sup> ed.— Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013.— P. 5–25.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: 5<sup>th</sup> ed., Text Revision: DSM-IV-TR.— Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc., 2000.— P. 13–25.
3. Basu A. Catatonia in mixed alcohol and benzodiazepine withdrawal / A. Basu, A. Jagtiani, R. Gupta // J. of Pharmacology & Pharmacotherapeutics.— 2014.— № 5 (4).— P. 261–264.
4. Brain-behavior relationship in a case of successful

- ECT for drug refractory catatonic OCD / G. D'Urso, A. Mantovani, A. M. Barbarulo [et al.] // ECT.— 2012.— № 28 (3).— P. 190–193.
5. *Bush G.* Catatonia I: rating scale and standardized examination / G. Bush, M. Fink, G. Petrides // *Acta Psychiatr. Scand.*— 1996.— № 93.— P. 129–136.
  6. *Чугунов В. В.* Клинико-статистический и историографический анализ представлений об эпидемиологии расстройств кататонического спектра / В. В. Чугунов, Д. Н. Сафонов, А. Д. Городокин // *Acta Psychiatrica, Psychologica, Psychotherapeutica et Ethologica Tavrca.*— 2013.— № 1 (62).— P. 69–76.
  7. Catatonia: from psychopathology to neurobiology / S. Caroff, S. Mann, A. Francis, G. Fricchione, eds.— Washigton, DC: Am. Psychiatric Publishing, 2004.— 229 p.
  8. *Mukai Y.* Chronic catatonia with obsessive compulsive disorder symptoms treated with lorazepam, memantine, aripiprazole, fluvoxamine and neurosurgery / Y. Mukai, A. Two, M. Jean-Baptiste // *BMJ Case Rep.*— 2011.— № 4.— doi: 10/1136/bcr.02/2011.3858
  9. *Dabholkar P. D.* Use of ECT in hysterical catatonia. A case report and discussion / P. D. Dabholkar // *The Br. J. of Psychiatry.*— 1988.— № 153 (2).— P. 246–247.
  10. Dissociative Disorder Presenting as Catatonia / P. Sarkar, B. Patra, F. A. Sattar [et al.] // *Indian J. of Psychiatry.*— 2004.— № 46 (2).— P. 176–179.
  11. Resignation Syndrome: Catatonia? Culture-Bound? / K. Sallin, H. Lagercrantz, K. Evers [et al.] // *Front Behav. Neurosci.*— 2016.— № 29 (10).— doi: 10.3389/fnbeh.2016.00007
  12. *Jagadheesan K.* Catatonia in obsessive-compulsive disorder // K. Jagadheesan, H. Nizamie, A. Thakur // *Indian J. of Psychiatry.*— 2002.— № 44 (2).— P. 179–182.
  13. Критерии и клинический инструментарий дифференциальной диагностики эндогенной кататонии и поздних нейротропных эффектов нейролептической терапии («Шкала различения эндогенной кататонии») / В. В. Чугунов, И. В. Линский, Д. Н. Сафонов, А. Д. Городокин // *Укр. вісн. психоневрології.*— 2016.— № 1 (86).— С. 88–96.
  14. Lorazepam withdrawal catatonia: a case report / T. Sivakumar, A. Yadav, M. Sood, S. K. Khandelwal // *Asian J. Psychiatr.*— 2013.— № 6 (6).— P. 620–621.

#### ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОМОТОРНИХ І ПОВЕДІНКОВИХ ПОРУШЕНЬ ПРИ КАТАТОНОФОРМНИХ СТАНАХ ДИСОЦІАТИВНОГО ТА НЕЙРОЛЕПТИЧНОГО ГЕНЕЗУ

Д. М. САФОНОВ

**Подано порівняльний опис ендогенного кататонічного синдрому й кататоніформних станів дисоціативного та нейролептичного генезу. Виділено 12 ознак, які відповідають психомоторним і поведінковим порушенням, що використовуються для формальної діагностики кататонії. Для кожної з ознак вказано особливості, характерні для її презентації при ендогенній кататонії, кататоніформних станах дисоціативного і нейролептичного походження.**

*Ключові слова:* кататонія, поведінкові та психомоторні порушення, кататоніформні стани дисоціативного та нейролептичного генезу.

#### FEATURES OF PSYCHOMOTOR AND BEHAVIORAL DISORDERS IN CATATONIFORM STATES OF DISSOCIATIVE AND NEUROLEPTIC ORIGIN

D. M. SAFONOV

**Comparative description of endogenous catatonic syndrome and catatoniform states of dissociative and neuroleptic origin is presented. Twelve signs corresponding to the psychomotor and behavioral signs used for the formal diagnosis of catatonia were distinguished. The distinctive features of the presentation in endogenous catatonia, and catatoniform states of dissociative and neuroleptic origin were established for each sign.**

*Key words:* catatonia, behavioral and psychomotor disorders, catatoniform states of dissociative and neuroleptic origin.

Поступила 23.05.2018