

Горшкова Ирина Валерьевна

**КОМОРБИДНЫЕ ОБСЕССИВНО-КОМПУЛЬСИВНЫЕ И  
КАТАТОНИЧЕСКИЕ СИМПТОМОКОМПЛЕКСЫ ПРИ  
ШИЗОФРЕНИИ И РАССТРОЙСТВАХ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО  
СПЕКТРА (КЛИНИКА, ТЕРАПИЯ)**

14.01.06 – Психиатрия

**Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата  
медицинских наук**

**МОСКВА – 2019**

Работа выполнена в Федеральном государственном бюджетном научном учреждении «Научный центр психического здоровья»

**Научный руководитель:**

Доктор медицинских наук, профессор

Колюцкая Елена Владимировна

**Официальные оппоненты:**

**Крылов Владимир Иванович**, доктор медицинских наук, профессор, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, профессор кафедры психиатрии и наркологии

**Бобров Алексей Евгеньевич**, доктор медицинских наук, профессор, Московский научно-исследовательский институт психиатрии филиал Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Министерства Здравоохранения Российской Федерации, руководитель отделения консультативной и дистанционной психиатрии

**Ведущая организация:**

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Министерства Здравоохранения Российской Федерации

Защита состоится «\_\_» февраля 2019 года в 11.00 на заседании диссертационного совета Д 001.028.01 в Федеральном государственном бюджетном научном учреждении «Научный центр психического здоровья» по адресу: 115522, Москва, Каширское шоссе, дом 34

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке и на сайте Федерального государственного бюджетного научного учреждения «Научный центр психического здоровья» <http://www.ncpz.ru>

**Автореферат разослан «\_\_» января 2019 г.**

**Ученый секретарь  
диссертационного совета  
кандидат медицинских наук**

**Никифорова Ирина Юрьевна**

**Актуальность исследования.** Проблема коморбидности кататонических и обсессивно-компульсивных симптомокомплексов, несмотря на длительную историю изучения, начиная с XIX века [К. Kahlbaum, 1874; В.П. Сербский., 1891], остается дискуссионной в плане целого ряда аспектов – психопатологической структуры, типологической дифференциации, нозологической принадлежности, динамики и прогноза, а также терапии. Несмотря на встречающиеся в литературе описания клинических случаев шизофрении, протекающей с кататоническими и обсессивно-компульсивными симптомокомплексами, а так же указания на частую встречаемость подобных нарушений в психиатрической клинике [S. Krueger 2000, А.К. Mittal 2013, G. Eryilmaz 2014, С. Ganos 2015, S. Gowda 2017], до настоящего времени нет единой точки зрения на типологию коморбидных обсессивно-компульсивных и кататонических расстройств. В большинстве проведенных исследований не рассмотрены психопатологические механизмы формирования обсессивно-компульсивных и кататонических симптомов в рамках шизофрении, а также клиническое значение образующихся коморбидных связей. Эндогенные заболевания, протекающие с детства и сопровождающиеся коморбидными кататоническими и обсессивно-компульсивными расстройствами, неоднократно рассматривались в литературе как одни из наиболее неблагоприятно протекающих и малоизученных феноменов [S. Wilson 2002, M. Dhossche 2015], однако проблема нозологической принадлежности подобных расстройств так же остается нерешенной. В большинстве исследований не приводятся характеристики динамики эндогенного заболевания, остается открытым вопрос прогноза данных нарушений.

Подходы к терапии шизофрении и расстройств шизофренического спектра, протекающих с кататонической и обсессивно-компульсивной симптоматикой, остаются недостаточно разработанными в силу малочисленности исследований. В последние десятилетия в литературе появляются публикации, представляющие собой анализ психофармакотерапии коморбидных ОКР и кататонии на основе отдельных клинических случаев (Н. Hermesh 1989, К. Jagadheesan 2002, L. Fontenelle 2007, Y. Mukai et al. 2011, M. Makhinson et al. 2012). Учитывая тот факт, что в цитируемых

работах речь идет о единичных наблюдениях, судить об эффективности психофармакотерапии в целом не представляется возможным.

**Степень разработки темы исследования.** К настоящему времени вопрос коморбидности обсессивно-компульсивных и кататонических расстройств в рамках шизофрении и расстройств шизофренического спектра принадлежит к числу мало разработанных проблем клинической психиатрии. Имеющиеся в литературе немногочисленные данные носят разрозненный характер и отражают отсутствие единой клинической интерпретации данного психопатологического феномена (Н. Hermesh 1989, S. Kruger 2000, S. Caroff et al. 2004, L. Fontenelle 2007). Часть исследователей рассматривает кататонические проявления в качестве вторичных по отношению к навязчивостям психопатологических образований (D. Veale 1993, T. Takeuchi 1997, R. Rotch 2004, W. Lam et al. 2008, R. Saha et al. 2015), другие, напротив, интерпретируют сходные клинические наблюдения строго в рамках кататонических стереотипий (А. Шюркуте 1987, E. Mahone et al. 2004, F. Schirmbeck and M. Zink 2012, H. Simpson et al. 2014). При этом малое число исследований, посвященных сосуществующим в рамках шизофрении и расстройств шизофренического спектра обсессивно-компульсивным и кататоническим симптомокомплексам, не позволило сформировать представление о структуре коморбидности ОКР и кататонии. Так же в приведенных исследованиях не освещаются вопросы закономерностей течения эндогенно-процессуальных заболеваний и их возможных исходов.

**Целью исследования.** Целью настоящего исследования явилась создание трансфеноменологической модели коморбидных обсессивно-компульсивных и кататонических расстройств у больных с шизофренией и расстройствами шизофренического спектра.

В соответствии с целью исследования были поставлены следующие **задачи:**

1. Анализ структуры коморбидности обсессивно-компульсивных и кататонических симптомокомплексов в рамках расстройств шизофренического спектра.
2. Определение клинических характеристик (стереотипа течения и прогноза) шизофрении и расстройств шизофренического спектра, протекающих с коморбидной обсессивно-компульсивной и кататонической симптоматикой.
3. Оценка патопсихологических и нейропсихологических показателей, характерных для коморбидных обсессивно-компульсивных и кататонических симптомокомплексов (в соответствии с разработанной типологией), в рамках шизофрении и расстройствах шизофренического спектра.
4. Разработка терапевтических и реабилитационных мероприятий при шизофрении и заболеваниях шизофренического спектра, протекающих с сочетанной обсессивно-компульсивной и кататонической симптоматикой в соответствии с предложенной типологической дифференциацией.

**Научная новизна.** В отличие от ранее проводимых исследований, посвященных анализу отдельных клинических случаев сочетанных ОКР и кататонии (K. Blacker 1966, Ratnasuria R et al. 1991, T. Takeuchi et al. 1997, L. Charlot 2002, G. Singh et al. 2003, D. Dhossche 2006, L. Fontenelle 2007, W. Lam et al. 2008, G. Eryilmaz 2014, Chr. Ganos 2015, R. Saha 2015, S. Guru et al. 2017), в настоящей работе впервые представлены результаты изучения коморбидных обсессивно-компульсивных и кататонических симптомокомплексов на основании репрезентативной выборки пациентов с шизофренией и расстройствами шизофренического спектра. Впервые разработана типология коморбидных обсессивно-компульсивных и кататонических симптомокомплексов, учитывающая не только их психопатологическую структуру, но и такие клинические характеристики как закономерности динамики и прогноз.

В дополнение к имеющимся данным о нейропсихологических особенностях заболевания, протекающего с кататоническими нарушениями (G. Northoff 2002, А.Н. Бархатова 2005) и обсессивно-компульсивными симптомами (M. Abbruzzese 1997, А.

Aycicegi 2003, A. Abramovitch 2015), в настоящей работе впервые проведено комплексное патопсихологическое и нейропсихологическое исследование коморбидных обсессивно-компульсивных и кататонических симптомокомплексов, что в сочетании с психопатологическим методом позволило сделать выводы о механизмах формирования данных расстройств и прогностических различиях в соответствии с предложенной типологической дифференциацией.

В отличие от представленных в литературе сведений о терапии двигательных расстройств, в которых кататония рассматривается в качестве отдельного синдрома (D. Blumer 1997, D. Cohen 1999, B. Hesslinger 2001, A. Dutt 2011, M. Makhinson 2012, P. Sienaert 2014), в результате проведенного исследования впервые предложены лечебные и реабилитационные мероприятия коморбидных кататонических и обсессивно-компульсивных симптомокомплексов, учитывающие особенности течения основного заболевания, в рамках которого развиваются данные нарушения, способствующие повышению эффективности лечения и социальной адаптации изученного контингента больных.

**Теоретическая и практическая значимость исследования.** В проведенном исследовании решена актуальная для современной психиатрии задача типологической дифференциации коморбидных обсессивно-компульсивных и кататонических симптомокомплексов при шизофрении и расстройствах шизофренического спектра. Теоретическая значимость исследования определяется созданием уникальной типологии, включающей оценку кататонических расстройств и их соотношение с обсессивно-компульсивными симптомами в рамках единого заболевания на основании как классического психопатологического подхода, так и психометрических и нейропсихологических методов, что является перспективным для определения патогенетических механизмов образования данных расстройств. Представленная в настоящем исследовании типология коморбидных обсессивно-компульсивных и кататонических симптомокомплексов имеет прогностическое значение, позволяя уже на ранних стадиях судить о степени прогрессивности эндогенного процесса, закономерностях динамики расстройств и исходах

заболевания. Полученные в исследовании данные способствуют своевременному началу лечения, выбору оптимальной психофармакотерапевтической стратегии и адекватной тактики психосоциальной реабилитации. Разработанные алгоритмы терапии, включающие комбинированное применение психотропных препаратов, позволяют осуществлять максимально эффективное лечение, что особенно актуально в связи с высокой резистентностью данного контингента больных к применяющимся методам психофармакотерапии. Полученные результаты могут быть использованы в подготовке врачей, проходящих обучение в области психиатрии в рамках послевузовского образования, а также в практической деятельности врачей-психиатров. Методологические принципы, на базе которых построено исследование, могут применяться для дальнейших научно-практических разработок в данной области.

**Методология и методы исследования:** Настоящее исследование выполнено в период с 2015 по 2018 гг. отделе по изучению пограничной психической патологии и психосоматических расстройств (руководитель – академик РАН, профессор А.Б. Смулевич) ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» (директор – проф. Т.П. Ключник). В исследование включено 88 пациентов (73 мужчины и 15 женщин, средний возраст – 30,39 лет) с шизофренией и расстройствами шизофренического спектра (квалифицированными в соответствии с критериями МКБ-10: F 20-21), протекающими с преобладанием обсессивно-компульсивных и кататонических симптомокомплексов.

**Критериями включения** пациентов в исследование являлись:

1. Верифицированный по отечественной версии МКБ-10 диагноз шизофрении и расстройств шизофренического спектра (F20-21).
2. Доминирование в клинической картине заболевания обсессивно-компульсивных и кататонических расстройств.
3. Возраст (на момент включения в исследование) от 18 лет до 65 лет.

**Критерии невключения:**

1. Органические поражения ЦНС.

2. Тяжелые соматические заболевания.

3. Признаки зависимости от психоактивных веществ. Алкоголизм.

В соответствии с задачами настоящего исследования применялись психопатологический, клинический, психометрический, патопсихологический, нейропсихологический, статистический методы.

Патопсихологическое и нейропсихологическое обследования и анализ полученных результатов проводились совместно с клиническим психологом, младшим научным сотрудником отдела пограничной психической патологии и психосоматических расстройств ФГБНУ НЦПЗ, Гиацинтовой Анастасией Александровной. Патопсихологическое обследование проводилось с использованием традиционных методик (С.Я. Рубинштейн 2010, В. П. Критская 2015). Оценка уровня интеллекта с использованием методики «Прогрессивные матрицы Равена» (Равен Дж.К. с соавт. 1997). Нейропсихологическое обследование проводилось по традиционной схеме нейропсихологического обследования (А.Р. Лурия, 1969).

#### **Положения, выносимые на защиту:**

1. Коморбидные обсессивно-компульсивные и кататонические симптомокомплексы, развивающиеся в рамках шизофрении и расстройств шизофренического спектра, представлены двумя однородными психопатологическими типами, имеющими в основе различные механизмы образования коморбидности.
2. Выделенные типы коморбидных симптомокомплексов выявляются в рамках различных форм эндогенного заболевания (шизофрении и расстройства шизофренического спектра, протекающих с преобладанием ОКР; рано начавшаяся шизофрения), характеризующихся доминированием на всем протяжении заболевания либо обсессивно-компульсивного либо кататонического симптомокомплексов.
3. Выбор терапевтической тактики определяется типологической принадлежностью коморбидных ОКР и кататонии, и включает комбинированную психофармакотерапию, психотерапию, психосоциальную реабилитацию.

**Достоверность научных положений и выводов** обеспечивается комплексным подходом к проведению исследования с включением клинического, патопсихологического, нейропсихологического методов, соответствующим поставленным задачам исследования, а также репрезентативностью материала выборки (88 набл.). Обоснованность полученных результатов и выводов подтверждена статистическим анализом.

**Основные положения были представлены** на Научной конференции молодых ученых, посвященной памяти академика АМН СССР А.В. Снежневского (Москва, 24 мая 2015 года), III-ей Всероссийской Костромской школе молодых ученых и специалистов в области психического здоровья (г. Кострома, 19-22 апреля 2016 года). Результаты данного исследования **внедрены** в работу ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова МЗ РФ (Сеченовский университет), Психотерапевтическое отделение УКБ № 3 ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России.

**Апробация** диссертации состоялась 30 августа 2018 г. в ФГБНУ НЦПЗ.

**Публикация результатов исследования.** Основные результаты исследования изложены в 7 научных публикациях, 2 статьи и 2 тезисов опубликованы в рецензируемых научных журналах.

**Объем и структура диссертации.** Диссертация изложена на 176 страницах машинописного текста и состоит из введения, 5 глав, заключения, выводов, списка литературы, содержащего 225 наименований (из них отечественных – 51, иностранных – 174), приложения. Диссертация иллюстрирована 11 таблицами, 12 рисунками, 3 клиническими наблюдениями.

## **РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

На основании данных исследования выборки с коморбидными обсессивно-компульсивными и кататоническими симптомокомплексами при шизофрении и расстройствах шизофренического спектра выделено два типа коморбидных симптомокомплексов, с установленными различиями в условиях формирования, стереотипе течения и исходах: синдром обсессивной замедленности и синдром кататонических компульсий.

**1 тип. Синдром обсессивной замедленности (28 набл., 21 муж., 7 женщ.)**

Доминирующие в клинической картине ОКР представлены идеаторными навязчивостями – контрастными обсессиями в форме овладевающих представлений и/или хульных мыслей, а также навязчивыми сомнениями, сопряженными с массивными ритуалами. Последние также проявляются преимущественно в идеаторной сфере либо дополняются повторными движениями. Противодействие субъективно неприятным образам или мыслям реализуется попытками переключения внимания на «нейтральные» или «положительные» представления, мысленным проговариванием определенных «опровергающих» фраз. В ряде случаев любое действие, совпавшее с возникновением контрастных обсессий, повторяется многократно, вплоть до момента их исчезновения (компульсивные ритуалы).

Кататоническая (гипокинетическая) симптоматика сопровождает обсессии и проявляется в момент выполнения идеаторных ритуалов (навязчивый счет, навязчивые воспоминания, планирование, попытки переключиться с пугающих представлений на приятные или нейтральные) больные застывают, нередко в вычурных позах и на длительный срок (вплоть до нескольких часов). Наряду с этим отмечаются внезапные задержки в движениях (по типу блокировки), связанные уже не с ритуалами, а с возникающими навязчивыми сомнениями или контрастными обсессиями. Характерная общая замедленность движений, интерпретируемая пациентами как следствие необходимости выполнять любые действия максимально правильно и четко.

В клинической картине помимо субступорозных явлений фиксируются и другие кататонические знаки – изменения мышечного тонуса, эхо-феномены, восковая гибкость. Результаты использования формального оценочного метода (BFCRS средний показатель 21.1балл) также указывает на наличие кататонической симптоматики.

Отличительной чертой наблюдений данного типа является эгодистонное отношение больных к моторным нарушениям: «застывания» и «замедленность»

воспринимаются пациентами, как одно из проявлений обсессивно-компульсивной симптоматики. Данная особенность позволяет отграничить явления обсессивной замедленности от развернутых кататонических нарушений, когда пациенты не фиксируют двигательных расстройств и не испытывают по этому поводу дискомфорта.

Синдром обсессивной замедленности наблюдается преимущественно в рамках шизофрении, протекающей с преобладанием ОКР («злокачественная болезнь навязчивостей» [Rumke H, 1967], шизо-обсессивное расстройство [Zohar G. 1998, Royurovsky M. 2003]. В дебюте заболевания обсессивно-компульсивные расстройства являются основным психопатологическим проявлением, определяющим как клиническую картину, так и уровень дезадаптации пациентов. Выраженные моторные нарушения возникают, как правило, спустя несколько лет от начала заболевания (от 3 до 10 лет с момента появления навязчивостей), и отражают нарастание прогрессивности эндогенного процесса.

Присоединение кататонических расстройств хоть и не сказывается на содержательных характеристиках ОКР, но в известной степени видоизменяют наблюдавшиеся ранее двигательные ритуалы за счет образования «общих симптомов» со субступорозными нарушениями. Отмечается прогрессирующее ухудшение социальной адаптации с резким снижением возможности в прежнем объеме справляться с профессиональной деятельностью, обучением, выполнением повседневных бытовых задач.

Характерно также быстрое нарастание негативных изменений. Последние складываются из расстройств в волевой сфере (апато-абулических по S. Galderisi 2017), возникающих в рамках синдрома «псевдопсихастении» (Пантелеева Г.П. 1965, Смулевич А.Б. с соавт. 2018). Волевые нарушения реализуются потерей инициативы и побуждений к деятельности, формированием черт зависимости с перекладыванием любых решений на ближайшее окружение. Преморбидно свойственные пациентам ананкастические черты дополняются склонностью к сомнениям и тревожным реакциям, возникающим в ситуациях выбора или необходимости смены жизненного

стереотипа. Аутистические тенденции реализуются резким ограничением внешних социальных контактов, при сохранности внутрисемейных отношений (преимущественно с лицами, обеспечивающими непосредственную поддержку больных). Признаки когнитивного снижения проявляются в виде ухудшения памяти и познавательных процессов, нарушений мышления по шизофреническому типу, а также потерей общей продуктивности и быстрой истощаемостью.

## **2 тип. Синдром кататонических компульсий (60 набл., 48 муж., 12 женщ.)**

Доминирующая в клинической картине кататоническая симптоматика представлена длительными субступорозными состояниями, чередующимися со вспышками двигательного возбуждения.

В отличие от кататонических знаков в рамках синдрома обсессивной замедленности в рассматриваемых случаях моторные нарушения выявляются как в структуре ОКР, так и вне контекста навязчивых феноменов. Внешне сходные субступорозные состояния проявляются спонтанно возникающим застыванием, не беспокоящим пациента и не замечаемым им. Также спонтанны вспышки двигательного возбуждения. В психическом статусе регистрируются нарушения моторики, мимики и жестикуляции – скованность, выраженная диспластичность, парамимия, гримасы. Объективное обследование выявляет повышение мышечного тонуса, явления восковой гибкости. В изученных наблюдениях, в отличие от синдрома обсессивной замедленности, характеризующегося преобладанием гипокинетических расстройств, доминируют гиперкинетические кататонические нарушения.

Обсессивно-компульсивный синдром представлен двумя видами расстройств: «кататонической мизофобией» (Н.А. Белова, 2012) в виде длительного монотонного мытья рук с отсутствием определенного источника загрязнения, а также компульсиями, проявляющимися повторными двигательными актами, возникающими на фоне необъяснимой тревоги или дискомфорта (нередко в сочетании с трудновербализуемым ощущением «неполноты» или «неправильности»

выполняемых движений), осуществляемыми до субъективного чувства внутреннего комфорта («чистые компульсии» по S. Rasmussen, J. Eisen, 1991).

Навязчивые сомнения, obsессии симметрии и перепроверки, выявленные также в случаях синдрома obsессивной замедленности, существенно отличаются по своей структуре. Указанные obsессивные феномены лишены интрузивности. Больные не тяготятся навязчивыми мыслями, воспринимают их как «привычные», связывают с особенностями своего характера. Сопутствующие ритуалы несут в себе черты моторных стереотипий: не сопровождаются тревогой, выполняются как привычные, автоматические (порой, не замечаемые самим пациентом) действия. Навязчивые сомнения также лишены свойственной obsессиям аффективной окраски, потребность в перепроверке действий трактуется больными как следствие забывчивости или рассеянности.

Данные психометрической оценки тяжести кататонии и obsессивно-компульсивной симптоматики указывают на большую выраженность кататонических, нежели obsессивно-компульсивных проявлений в отличие от тех же показателей в группе больных ОКР с явлениями obsессивной замедленности, демонстрирующих обратную зависимость. Так в группе пациентов с синдромом obsессивной замедленности средний показатель по шкале кататонии (BF CRS) составляет 21.1 балл, а по шкале obsессивно-компульсивных расстройств (Y-BOCS) – 32 балла. В то время как при синдроме кататонических компульсий данные показатели составляют 35 и 24 балла соответственно.

Синдром кататонических компульсий формируется в рамках рано начавшейся (детской) шизофрении (по В.М. Башиной [1977]) с быстрым нарастанием таких нарушений, как эмоциональное обеднение, задержка интеллектуального развития и аутизация. При том, что средний возраст первого обращения за психиатрической помощью составляет 10 лет, в дошкольном периоде регистрируются моторные нарушения в виде двигательной неловкости, медлительности, гримасничанья, произвольных движений.

Кататоническая симптоматика нарастает постепенно и проявляется чередованием субступорозных состояний и эпизодов двигательного возбуждения. Обсессивно-компульсивные расстройства регистрируются, начиная с пубертатного возраста. В большинстве случаев (26 наблюдений) навязчивости в момент своего появления имеют интрузивный характер, сопровождаются тревогой и выраженным дискомфортом. Однако по мере присоединения двигательных ритуалов обсессивно-компульсивная симптоматика стереотипизируется, в клинической картине начинают доминировать моторные нарушения. Двигательные ритуалы смыкаются с компульсиями и приобретают свойственный кататонии эгосинтонный характер.

В отличие от состояний первого типа синдром кататонических компульсий формируется на резидуальном этапе течения шизофрении, характеризующимся выраженными негативными изменениями. В структуре негативных расстройств доминируют явления эмоционального дефицита (уплощенный аффект по S. Galderisi 2017). При этом структура негативных изменений (обусловленная особенностями течения эндогенного заболевания) определяет клинические характеристики коморбидных синдромов рассматриваемого типа.

В зависимости от характера негативных изменений выделено 2 подтипа синдрома кататонических компульсий:

1 подтип – *негативные расстройства с явлениями когнитивного дефицита*. (26 набл., 24 муж., 2 женщ.)

Особенностью данного подтипа является раннее формирование интеллектуального дефицита, достигающим уровня легкой степени умственной отсталости (результаты теста Равена менее 80 баллов). В структуре негативных расстройств эмоциональные нарушения (отстраненное, равнодушное отношение даже к ближайшему окружению, отсутствие привязанностей) сочетаются с нарушениями в усвоении новых навыков, низкой продуктивностью. Пациенты пассивно подчиняемы, склонны к однообразным стереотипным действиям. Лишенные аффективной окраски эгосинтонные двигательные ритуалы и компульсии,

утрачивая интрузивный характер, и объединяясь с гиперкинетическими кататоническими проявлениями образуют единый симптомокомплекс.

2 подтип – *негативные расстройства с явлениями патологического рационализма* (28 наблюдений, 6 женщин, 22 мужчин, средний возраст 28.4 года).

Интеллектуальное снижение присутствует в рамках дефицитарных нарушений, однако, в отличие от первого подтипа, не достигает уровня умственной отсталости (средний бал по результатам теста «Прогрессивные матрицы Равена» 80-100 баллов, что соответствует нижней границе показателей среднего уровня интеллекта).

Негативные проявления представлены в первую очередь нарастающими эмоциональными нарушениями: эгоцентризмом с потребительским отношением к ближайшему окружению, манипулятивными и издевательскими тенденциями – синдромом патологического рационализма (Аккерман В.И. 1962, Смулевич А.Б. с соавт. 2018). Манипулятивное поведение (вовлечение ближайшего окружения в систему ритуальных действий) реализуется не только в контексте ОКР, но в структуре гиперкинетических кататонических расстройств, проявляясь вспышками психомоторного возбуждения и агрессии в ответ на отказ в выполнении ритуалов.

Полученные в ходе исследования данные позволяют сделать ряд выводов об особенностях структуры коморбидности обсессивно-компульсивных и кататонических проявлений в рамках шизофрении и расстройств шизофренического спектра.

Структура коморбидности отражает различную представленность составляющих сложного симптомокомплекса – доминирование либо обсессивно-компульсивных, либо кататонических проявлений. В рамках синдрома обсессивной замедленности преобладающие в клинической картине ОКР образуют прочные связи (на уровне общих симптомов) лишь с частью нарушений кататонического круга – преимущественно со субступорозными состояниями. В рамках синдрома кататонических компульсий доминирующие кататонические расстройства

(представленные как гипо- так и гиперкинетической симптоматикой) объединяются лишь определенными формами ОКР – компульсиями и компульсивными ритуалами.

Выделенные типы сложных синдромов выявляются в рамках различных вариантов эндогенно-процессуальных расстройств: шизо-обсессивных, протекающих с доминированием ОКР и ранней детской шизофрении с преобладанием кататонии. Выявленные закономерности указывают на то, что именно клинические характеристики эндогенного заболевания оказываются решающими в формировании обсессивно-кататонических синдромов.

Представленные типы коморбидных симптомокомплексов имеют также клиническое значение. Формирование синдрома обсессивной замедленности свидетельствует о нарастании прогрессивности эндогенного процесса, что проявляется генерализацией ОКР и их усложнением за счет коморбидных субступорозных состояний. И, напротив, развитие кататонических компульсий характерно для резидуальных состояний с доминированием выраженных негативных расстройств.

Проведенное комплексное нейропсихологическое и патопсихологическое обследование, включавшее оценку праксиса, оптико-пространственной деятельности, слухоречевой и зрительной памяти, мышления, а также произвольной регуляции деятельности и ее нейродинамических параметров, выявило различия в группах пациентов с выделенными типами коморбидных синдромов.

Нарушения динамического праксиса, характерные для пациентов обеих групп, свидетельствуют о снижении функционирования премоторной зоны коры у пациентов. При синдроме кататонических компульсий обнаруживаются достоверно более выраженные нарушения в области кинестетической афферентной основы произвольных движений, а также в зрительно-пространственной сфере. Нарушения произвольной регуляции деятельности в сочетании с нарушениями динамического, кинестетического и пространственного компонентов, снижение темпа психической деятельности также достоверно более выражены в группе пациентов с синдромом

кататонических компульсий, что свидетельствует о большей вовлеченности префронтальных отделов коры, по сравнению с состояниями первого типа.

Разработка лечебно-реабилитационных мероприятий для пациентов с коморбидной обсессивно-компульсивной и кататонической симптоматикой при шизофрении и расстройствах шизофренического спектра проведена на выборке 70 человек (32 пациента с обсессивной замедленности и 38 пациентов с синдромом кататонических компульсий). Результаты натуралистического психофармакологического исследования, проведенного в три этапа (монотерапия антипсихотиком, комбинированная терапия антипсихотиком и серотонинергическим антидепрессантом, преодоление лекарственной резистентности с использованием клозапина) выявили различную чувствительность к медикаментозному воздействию у пациентов в зависимости от выделенных типов сложных синдромов.

Средняя суммарная эффективность 9-недельной терапии составила 75.7%. Наибольшее количество нонреспондеров отмечено в группе с синдромом кататонических компульсий (21.6%). В группе наблюдений с состояниями первого типа максимальное число респондеров выявлено по результатам 2-ого этапа терапии (66.7%). В группе наблюдений с состояниями второго типа положительный эффект терапии зафиксирован на 1-ом и 3-ем этапах (39.5% и 43.8% соответственно).

Результаты проведенного исследования показали, что тактика лечения больных с синдромом обсессивной замедленности и синдромом кататонических компульсий существенно различается. Доминирование в клинической картине синдромально завершенных обсессивно-компульсивных симптомокомплексов (при состояниях первого типа) обуславливает необходимость комбинированной терапии, включающей антипсихотики и антидепрессанты с анксиолитической активностью. При синдроме кататонических компульсий (с учетом преобладающей кататонической симптоматики) введение в схему антидепрессанта не обосновано, положительный терапевтический эффект достигается монотерапией антипсихотиками (традиционными и атипичными, включая клозапин).

В комплексе лечебно-реабилитационных мероприятий также используются психотерапевтические и реабилитационные методики. Психотерапия носит вспомогательный характер. В группе пациентов с синдромом обсессивной замедленности психотерапевтические методы направлены на коррекцию обсессивно-компульсивных расстройств (редукцию защитно-ритуального поведения). Используются методы телесно-ориентированной и когнитивной психотерапии. В группе пациентов с синдромом кататонических компульсий (учитывая формирование выраженных негативных расстройств) предпочтение отдается групповым формам терапии, а также индивидуальным, с уклоном в методики, направленные на восстановление утраченных навыков и социализацию.

Уместно проведение психотерапевтической работы с родственниками пациентов, включающей вопросы психообразования и совладания с болезнью.

### **Заключение**

Результаты проведенного исследования позволяют сделать следующие выводы:

1. Коморбидные обсессивно-компульсивные и кататонические проявления в рамках шизофрении и расстройств шизофренического спектра клинически гетерогенны и представлены двумя типами сложных симптомокомплексов: синдром обсессивной замедленности и синдром кататонических компульсий.
2. Структура коморбидности отражает различную представленность составляющих сложного симптомокомплекса – доминирование либо обсессивно-компульсивных, либо кататонических проявлений.
  - 2.1. В рамках синдрома обсессивной замедленности в клинической картине доминируют ОКР.
    - 2.1.1. ОКР представлены идеаторными навязчивостями (ассоциации по контрасту, образные представления, патологические сомнения) и идеаторными ритуалами.
    - 2.1.2. ОКР образуют коморбидные связи (на уровне общих симптомов) лишь с частью нарушений кататонического круга – гипокинетическими расстройствами (субступорозные состояния, явления задержки и блокировки движений),

выявляющимися в контексте идеаторных ритуалов. Гипокинетические кататонические нарушения возникают только при обострении навязчивостей и нивелируются при их ослаблении.

2.2. В рамках синдрома кататонических компульсий доминируют явления кататонии.

2.2.1. Явления кататонии представлены гипо- и гиперкинетическими нарушениями (эпизоды ступора и возбуждения, двигательные стереотипии, негативизм, манерность).

2.2.2. Кататонические проявления образуют коморбидные связи лишь определенными формами ОКР – компульсиями и двигательными (компульсивными) ритуалами. Двигательные навязчивости амальгамируются с кататонической симптоматикой в процессе психопатологической трансформации – ОКР утрачивают интрузивность, стереотипизируются.

3. Выделенные типы сложных синдромов формируются в рамках разных вариантов эндогенных расстройств на разных этапах их динамики.

3.1. Синдром обсессивной замедленности выявляется в рамках шизо-обсессивных расстройств:

3.1.1. Заболевание дебютирует и на всем протяжении определяется обсессивно-компульсивной симптоматикой.

3.1.2. Синдром обсессивной замедленности формируется в процессе генерализации ОКР на фоне нарастания прогрессивности эндогенного заболевания.

3.2. Синдром кататонических компульсий выявляется в рамках ранней (детской) шизофрении, протекающей с преобладанием кататонических расстройств:

3.2.1. Ранний дебют заболевания характеризуется нарастанием грубых негативных изменений (с преобладанием явлений эмоционального дефицита) и задержкой интеллектуального развития. Кататоническая симптоматика регистрируется на всем протяжении заболевания.

3.2.2. Формирование синдрома кататонических компульсий характерно для резидуального этапа рано начавшейся (детской) шизофрении.

4. В зависимости от характера негативных изменений выделено 2 подтипа синдрома кататонических компульсий:

4.1 Первый подтип - негативные расстройства с явлениями когнитивного дефицита, характеризующийся ранним формированием выраженного интеллектуального снижения, достигающим уровня легкой степени умственной отсталости, преобладанием гипокинетической симптоматики.

4.2 Второй подтип – негативные расстройства с явлениями патологического рационализма, характеризующийся когнитивным дефицитом, эгоцентризмом, манипулятивными и иждевенческими тенденциями, преобладанием гиперкинетической симптоматики.

5. Нейропсихологическое и патопсихологическое исследования выявили достоверные различия в выделенных типах по основным показателям. При синдроме кататонических компульсий обнаружены достоверно более выраженные (в сравнении с ОКР первого типа) изменения в сферах произвольной регуляции поведения и динамического праксиса, а также в зрительно-пространственной сфере, свидетельствующие о дефиците высших психических функций.

6. Психотерапия – основной метод лечения шизофрении и расстройств шизофренического спектра, протекающих с коморбидной обсессивно-компульсивной и кататонической симптоматикой.

6.1. Эффективность терапии синдрома обсессивной замедленности достоверно выше (78.1 % респондеров), чем при ОКР с явлениями мягкой кататонии (68.4 % респондеров,  $p < 0,05$ ).

6.1.1. При синдроме обсессивной замедленности наиболее эффективно использование комбинированной терапии (антипсихотики в сочетании с серотонинергическим антидепрессантами).

6.1.2. При синдроме кататонических компульсий терапевтический эффект достигается монотерапией традиционными и атипичными антипсихотиками. Дополнительное назначение антидепрессантов не влияет на результат лечения.

7. Психотерапия при расстройствах шизофренического спектра, протекающих с коморбидной обсессивно-компульсивной и кататонической симптоматикой, дифференцируется в соответствии с выделенными типами обсессивно-кататонических синдромов.

7.1. При синдроме обсессивной замедленности психотерапия направлена на коррекцию защитно-ритуального поведения, социально-трудовую адаптацию.

7.2. При синдроме кататонических компульсий психотерапия ориентирована на психосоциальную реабилитацию

**Практические рекомендации и перспективы дальнейшей разработки темы:**

1. Разработанная в настоящем исследовании типологическая дифференциация коморбидных обсессивно-компульсивных и кататонических симптомокомплексов позволяет произвести своевременную диагностику данного сложных синдромов, дать прогностическую оценку состоянию пациента.
2. Результаты исследования подтверждают необходимость дифференциального подхода при выборе терапевтической тактики, обуславливают необходимость различных реабилитационных мероприятиям в отношении пациентов с коморбидными обсессивно-компульсивными и кататоническими симптомокомплексами.
3. Результаты проведенного исследования возможно использовать при подготовке и повышении квалификации врачей-психиатров, а также медицинских психологов, нейропсихологов, работающих в психиатрических больницах и диспансерах.
4. Представляется целесообразным дальнейшее изучение коморбидных кататонических и обсессивно-компульсивных феноменов не только в рамках шизофрении и расстройств шизофренического спектра, но и других психических заболеваниях психопатологическим методом, с привлечением дополнительных методов функциональной диагностики.

**СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ****Статьи в журналах, рецензируемых ВАК**

- 1) Горшкова И.В. Кататонические проявления в структуре синдрома обсессивной замедленности у больных шизотипическим расстройством / Е.В. Колюцкая, И.В. Горшкова // Психиатрия. – 2016. – Т.71. - №3. – с. 17-22.
- 2) Горшкова И.В. Нейропсихологические особенности расстройств шизофренического спектра, протекающих с кататонической и обсессивно-компульсивной симптоматикой / А.А. Гиацинтова, И.В. Горшкова // Психиатрия. – 2019. №3.

**Тезисы в журналах, рецензируемых ВАК**

- 1) Горшкова И.В. Шизотипическое расстройство с обсессивно-компульсивными и кататоническими симптомокомплексами / И.В. Горшкова // Психиатрия. – 2015.- №4. – с.58.
- 2) Горшкова И.В. Феномен обсессивной замедленности в структуре шизотипического расстройства / И.В. Горшкова, А.А. Гиацинтова, Е.В. Колюцкая // Психиатрия. – 2016. - №3. – с.52-53.

**Тезисы в других периодических изданиях:**

- 1) Горшкова И.В. Шизотипическое расстройство с обсессивно-компульсивными и кататоническими симптомокомплексами / Е.В. Колюцкая, И.В. Горшкова // В сб. Актуальные проблемы психиатрии, наркологии и психологии – грани соприкосновения – междисциплинарная интеграция для поиска решений. Материалы Второй ежегодной научно-практической конференции с международным участием «Дроздовские чтения», Москва. – 2015. – с.246-250.
- 2) Горшкова И.В. К проблеме «Мягкой кататонии» при шизотипическом расстройстве / Е.В. Колюцкая, И.В. Горшкова // в сб. Психиатрия на этапах реформ: проблемы и перспективы, Казань – 2015. – с.972
- 3) Горшкова И.В. К проблеме «обсессивной замедленности» у больных шизотипическим расстройством / И.В. Горшкова // в сб. Шизофрения: настоящее, взгляд в будущее. Материалы III-ей всероссийской Костромской школы молодых

ученых и специалистов в области психического здоровья, Кострома. – 2016. – с. 19-22.