

На правах рукописи

**Горшкова Ирина Валерьевна**

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

14.01.06 – Психиатрия

Диссертация на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук

Научный руководитель –  
д.м.н., профессор  
Е.В. Колюцкая

Москва 2018

## Оглавление

Список использованных сокращений .....	3
Введение .....	4
Глава 1 Обзор литературы.....	11
Глава 2 Характеристика материала и методы .....	31
Глава 3 Типология коморбидных обсессивно-компульсивных и кататонических синдромов в рамках шизофрении и расстройств шизофренического спектра .....	38
Глава 4 Нейропсихологические и патопсихологические характеристики коморбидных обсессивно-компульсивных и кататонических расстройств .....	91
Глава 5 Терапия коморбидных обсессивно – компульсивных и кататонических расстройств .....	109
Заключение .....	130
Выводы .....	142
Список литературы .....	146
Приложения .....	169

## **Список сокращений**

МКБ 10 – международная классификация болезней 10 пересмотра

МРТ – магнитно-резонансная томография

НЦПЗ – Научный Центр Психического Здоровья

ОКР – обсессивно-компульсивное расстройство

ПАВ - психо-активные вещества

РАН – российская академия наук

РАС – расстройства аутистического спектра

СДВГ - синдрома дефицита внимания с гиперактивностью

СИОЗС – селективные ингибиторы обратного захвата серотонина

ТЦА – трициклические антидепрессанты

ЦНС – центральная нервная система

ЭЭГ – электроэнцефалография

BFCRS – Bush Francis Catatonia Rating Scale

DSM-5 - The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition

CGI-I – шкала общего клинического впечатления (подшкала I– improvement – оценка динамики состояния пациента)

PANSS – шкала оценки позитивных и негативных симптомов

Y-BOCS – Yele - Braun obsessive - compulsive scale

## **Введение.**

**Актуальность темы исследования.** Изучение психопатологических особенностей шизофрении и расстройств шизофренического спектра, протекающего с коморбидными кататоническими и обсессивно-компульсивными нарушениями, имеет продолжительную историю, однако, к настоящему времени нет четкой концепции.

Стоит отметить, что критерии диагностики и оценки кататонических состояний остаются не окончательно ясными. Данный вопрос сохраняется дискуссионным также ввиду новой позиции кататонии в классификации DSM-V [Mirella Stuivenga 2014, G. Parker 2014, Gabor S. Ungvari 2014].

Остается актуальной проблема дифференциальной диагностики навязчивостей и кататонических стереотипий, привлекавшая внимание исследователей с конца XIX века. В 1890 году В.П. Сербский описывает навязчивости, встречающиеся у больных кататонией и лишенные яркой аффективной окраски. В дальнейшем данный вопрос неоднократно освещался в литературе и не нашел окончательного решения [А.А. Шюркуте 1987, Н. А. Белова 2012, В.И. Крылов 2017].

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]. Авторы указывают на необходимость дальнейшего изучения проблемы, создания соответствующей типологии и оптимальных терапевтических подходов.

Некоторые исследователи предлагают рассматривать ОКР и двигательные нарушения в рамках «обсессивной замедленности» [S. Rachman 1974, G.Singh et al. 2003, R. Saha et al. 2015, Chr. Ganos 2015, Guru S. Gowda et al. 2017]. Данный

синдром характеризуется проявлением моторных нарушений, включающих кататонические знаки, на высоте навязчивостей, с образованием «общих симптомов». В литературе так же неоднократно фигурируют понятия первичных и вторичных по отношению к навязчивостям двигательных расстройств, обращающие внимание на необходимость дифференциальной диагностики обсессивной замедленности и иных форм сочетания кататонических расстройств и навязчивостей [S. Krueger 2000, A.K. Mittal 2013, G. Eryilmaz 2014, C. Ganos 2015, S. Gowda 2017].

Таким образом, до настоящего времени нет единой точки зрения на типологию коморбидных обсессивно-компульсивных и кататонических расстройств, в проведенных ранее исследований не рассмотрены психопатологические механизмы формирования обсессивно-компульсивных и кататонических симптомов в рамках шизофрении, клинического значения образующихся коморбидных связей. Остается нерешенным вопрос терапевтической тактики лечения больных с данным расстройством.

**Цель и задачи 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 сочетанной обсессивно-компульсивной и кататонической симптоматикой.

3. Оценка патопсихологических и нейропсихологических показателей, характерных для сочетанных 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 полученных данных, отражающих только описания отдельных клинических случаев заболевания, протекающего с двигательными расстройствами и ОКР (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 проведенном исследовании впервые представлена типологическая дифференциация коморбидных кататонических и обсессивно-компульсивных симптомокомплексов при шизофрении и расстройствах шизофренического спектра.

На основании имеющихся в литературе ограниченные сведения о моторных нарушениях при ОКР в рамках «обсессивной замедленности» (S. Rachman 1974, G. Singh et al. 2003, G. Eryilmaz et al. 2014), удалось провести анализ данного феномена, определить его психопатологические характеристики, диагностические критерии.

В отличие от представленных ранее данных о нейропсихологических особенностях заболевания, протекающего с кататоническими нарушениями (G. Northoff 2002, А.Н. Бархатова 2005), а также обсессивно-компульсивными симптомами (M. Abbruzzese 1997, A. Aycicegi 2003, A. Abramovitch 2015), в настоящей работе проведено комплексное патопсихологическое и нейропсихологическое обследования коморбидных обсессивно-компульсивных и

кататонических симптомокомплексов, что в сочетании с психопатологическим методом исследования позволило сделать выводы о механизмах формирования данных расстройств, 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 мягких кататонических расстройств и их соотношение с обсессивно-компульсивными симптомами в рамках единого заболевания на основании как классического психопатологического метода, так и психометрического и нейропсихологического, что является перспективным для определения патогенетических механизмов образования данных расстройств.

Настоящее исследование предоставляет возможность дифференциально-диагностической и прогностической оценки заболевания. Результаты исследования позволяют уже на ранних стадиях разграничить заболевания, протекающие с ОКР и кататонией по степени тяжести, характеру исхода, что

способствует своевременному началу лечения, выбору правильной тактики психосоциальной реабилитации.

Разработанные алгоритмы и схемы 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.

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.

#### **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. Типологическая специфика представленных типов коморбидности ОКР и кататонии имеет различную прогностическую и дифференциально-диагностическую значимость для заболевания, в рамках которого они регистрируются.



3. Выбор терапевтической тактики определяется типологической принадлежностью коморбинных ОКР и кататонии, и включает комбинированную 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.

**Апробация результатов исследования.** Основные результаты исследования изложены в 7 научных публикациях, 2 тезисов и 2 статьи опубликованы в рецензируемых научных журналах. Основные положения были апробированы 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).

Объем и структура диссертации. Диссертация изложена на 176 страницах машинописного текста и состоит из введения, 5 глав – «Обзор литературы», «Характеристика материала и методы исследования», «Типология коморбидных обсессивно-компульсивных и кататонических синдромов при шизофрении и расстройствах шизофренического спектра», «Нейропсихологические и патопсихологические характеристики коморбидных кататонических и обсессивно-компульсивных расстройств», «Терапия коморбидных обсессивно-компульсивных и кататонических расстройств при шизофрении и расстройствах шизофренического спектра», – а также заключения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы, содержащего 226 наименований (из них отечественных - 52, иностранных – 174). Диссертация иллюстрирована 13 таблицами, 11 рисунками, 3 клиническими наблюдениями. Диссертация выполнена в Федеральном государственном

бюджетном научном учреждении «Научный центр психического здоровья»  
(ФГБНУ НЦПЗ).

## **1 глава.**

### **Обзор литературы.**

Проблема изучения сочетанных обсессивно-компульсивных и кататонических проявлений имеет длительную историю. Однако к настоящему времени существуют лишь единичные исследования, направленные на анализ коморбидных соотношений ОКР и кататонии [ S. Kruger 2000, S. Rachman 1974, G. Eryılmaz 2014, R. Saha 2015 и др.]. Большинство же работ о коморбидности этих двух видов психической патологии, посвящены, в первую очередь, либо анализу собственно кататонической симптоматики [ Fink, Taylor 2001, 2010, Hirjak D et al. 2015, Michael T. Compton et al. 2015 и др], либо моторным нарушениям, интерпретируемым в рамках расстройств обсессивно-компульсивного спектра (компульсии, двигательные ритуалы, тики и др.) [E.Mahone et al.2004, R. Freeman et al. 2010, H. Simpson et al. 2014 и др.]. Данное обстоятельство связано, по всей вероятности, с тем, что в течение длительного времени двигательные расстройства, относящиеся к кататонии, рассматривались преимущественно в рамках кататонической формы шизофрении, в клинической картине которой не предполагалось наличия сопутствующих расстройств более легкого («невротического») регистра.

### **I Концепции кататонии и ее «мягких» форм**

История изучения кататонии отражает различный подход к психопатологической интерпретации двигательных нарушений, традиционно относимых к кататоническим.

Еще в 1911 году E. Bleuler отметил достаточно высокую встречаемость кататонии – приблизительно, у половины пациентов, страдающих шизофренией. В дальнейшем на протяжении всего периода изучения кататонии были представлены различные данные о частоте выявления данного расстройства. D. Blumer (1997) отметил, что не смотря на снижение распространенности кататонической формы шизофрении в середине прошлого столетия, у 10%

пациентов, госпитализированных в психиатрических стационар, в той или иной степени присутствуют симптомы кататонии. А. Dutt (2011) обследовал 1056 пациентов психиатрического стационара в возрасте от 13 до 69 лет, среди которых кататония встречалась в 4.8% случаев. W. Jaimes-Albornoz (2013) обнаружил кататонию у 8.9 % пациентов старше 65 лет, обратившихся за психиатрической помощью в городскую клинику. Можно заметить, что расхождения между приводимыми исследователями данными связаны не только с неоднородностью диагностических критериев, но и гетерогенностью исследованных групп больных.

Следует также отметить, что показатели распространенности кататонии у пациентов с психической патологией могут существенно измениться при учете не только развернутых кататонических проявлений, но и так называемых мягких форм кататонии. Последние годы появились исследования, указывающие на высокую встречаемость кататонических симптомов при расстройствах аутистического спектра. D. Dhossche (2015) выявил кататонию у 12-17 % пациентов с различной степенью тяжести аутизма, в исследовании J. Breen (2017) этот показатель оказался еще выше – 20.2 %.

Неразвернутые формы кататонии, обозначаемые в литературе как «малая», а также «мягкая» кататония, традиционно привлекают внимание исследователей [F. Heijden et al., 2005, N.P. Rao et al. 2012, Иванова Л.А. с соавт. 2012, Болгов М.И.2014, Hirjak D et al. 2015, Michael T. Compton et al. 2015 и др.].

Термин «мягкая кататония» принадлежит К. L. Khalbaum, в 1874 г. выделившему сложный симптомокомплекс (впоследствии названный кататонией), включающий сочетание психических, моторных и вегетативных симптомов. В своей монографии Кататония (1874) Khalbaum приводит описания 26 клинических случаев, выделяя при этом три группы кататонических расстройств: *catatonia mitis*, *catatonia gravis*, *catatonia protracta*. Следует отметить, что согласно автору, именно *catatonia mitis* (мягкая кататония) встречается наиболее часто.

Данная группа характеризуется периодически возникающими симптомами и имеет наиболее благоприятный прогноз. Однако этой форме в литературе уделялось гораздо меньше внимания в отличие от развернутых форм кататонии. Стоит также отметить, что в приводимых клинических описаниях Khalbaum упоминает о совершаемых пациентами «нелепых движениях», которые в дальнейшем рассматривались в литературе так же как кататонические стереотипии или навязчивые движения [В.П.Сербский 1890].

В дальнейшем Е. Краепелин (1896) выделяет кататонию в качестве подтипа *dementia praecox* (раннее слабоумие). Однако автор подчеркивает, что к *dementia praecox* следует относить только случаи выраженной кататонии с длительно сохраняющимися симптомами – *catatonia protracta* (затяжная кататония), в терминологии Khalbaum. При этом Краепелин отмечает у многих пациентов особую вычурность моторики и мимики, отсутствие плавности движений, обозначив данные проявления как «потерю грации». Данные нарушения автор выявляет не только у больных с ранним слабоумием, но также при олигофрении и других психических расстройствах.

Позже Е. Bleuler (1911) определил кататонию как подтип шизофрении, и в последующие годы кататония в виде тяжелых двигательных нарушений и, в основном, ассоциировалась с манифестными формами шизофрении. Понятие «мягкая кататония», напротив, крайне редко использовалось в литературе и не имело четких диагностических критериев. При этом интерес к кататоническим феноменам, не укладывающимся в рамки диагностических критериев кататонической шизофрении (DSM-IV, МКБ-10), существенно возрос в последние десятилетия. Многие исследователи высказывались против сужения диагностических рамок кататонии уже с учетом того, что помимо синдромально завершенных форм этого расстройства существуют состояния, представленные отдельными кататоническими знаками при различных психических патологиях [Fink 2009, Pommeroy N. et al. 2002, M. Taylor et al. 2010].

Так, в частности, многочисленные споры относительно нозологической принадлежности вызывал синдромом истерокататонии [S. Spence 2000 et al., M. Broome 2004, E. Shorter 2006]. Отдельные преходящие симптомы кататонии, такие как каталепсия и мутизм у больных в неврологической клинике, выявленные еще Ж. Шарко (1878) и Ж. Бабинским (1901), традиционно объяснялись следствием «внушения и убеждения». Изначально предполагалось, что данные психопатологические феномены проявляются исключительно в рамках истерических расстройств. Несмотря на то, что в дальнейшем многие исследователи признали, что описанные ранними авторами двигательные нарушения выходят за рамки психогенных реакций и имеется достаточно оснований для их интерпретации в рамках кататонии [Baruk H. 1970, P. Dabholkar 1988, P. Sarkar 2004, E. Shorter 2013], с точки зрения действующих классификаций психических заболеваний данный симптомокомплекс не соответствовал критериям кататонической шизофрении.

В последнем издании DSM-V (2013) нашло отражение современное представление о кататонии как о психопатологическом феномене, который может наблюдаться не только при шизофрении, но и при других расстройствах. В итоге в DSM-V кататония представлена в отдельной секции тремя формами: «Кататония связанная с психическими расстройствами», «Кататония вследствие других медицинских состояний» и «Кататония без дополнительных уточнений». Диагностические критерии кататонии в DSM-V вызвали критику у некоторых исследователей [Mirella Stuivenga 2014, G. Parker 2014, Gabor S. Ungvari 2014] в связи с неточностью оценки взаимодействия кататонии с другими психическими расстройствами, отсутствием возможности подобрать соответствующую стратегию терапии. S. Ungvari(2014) пишет об «отсутствии фундаментальной концепции современной кататонии», автор указывает на чрезмерно широкое понятие кататонии в DSM-V, не способствующее своевременному выявлению кататонии. Тем не менее, расширение границ кататонии за пределы кататонической формы шизофрении способствовало тому, что многие

двигательные нарушения, не имевшие ранее диагностических рубрик в официальных классификациях, стали квалифицироваться как кататонические. Таким образом, в настоящее время создались предпосылки для углубленного изучения не только «мягкой» кататонии, но и широкого круга коморбидных состояний, формирующихся с участием кататонических расстройств.

## **II Мягкая кататония, с началом заболевания в раннем возрасте**

Моторные нарушения, сходные с кататонией, возникающие уже в детском возрасте впервые были описаны К. Ponitz в 1913 г. и названы ранней кататонией (*early catatonia*). Учитывая, что возможность проявления кататонии в течение длительного периода времени рассматривалась только в рамках шизофрении, к данной группе больных относили детей, страдающих кататонической формой шизофрении.

В последние десятилетия интерес к кататонии возрос в связи с тем, что некоторые авторы [M. Barnes et al. 1986, J. Lee et al. 1997, J. Lai et al. 2004] стали обращать внимание на случаи кататонии, регистрирующейся не только при шизофрении. Наличие в клинической картине субступорозных состояний, эхо-феноменов, явлений восковой гибкости и других кататонических знаков зачастую квалифицируется в рамках моторных нарушений расстройств аутистического спектра, что при отсутствии единой классификации, а так же четкой стратегии диагностики, существенно затрудняет выявление кататонических симптомов. [Dhossche DM 2010].

Термин «аутистическая кататония» (*autistic catatonia*) встречается в работах L. Wing , A. Shah (2000) , Dougal Julian Hare et al. (2004), L. Mazzone (2014). Для определения неразвернутых кататонических расстройств у детей в литературе использовалась различная терминология: «моторная дебилность» [«*debilite motrice*» по К. Dupre (1907)], «двигательный инфантилизм» [А. Номбургер 1926], фронтальная недостаточность [М.О. Гуревич, Н.И. Озерецкий 1930]. Эти виды

моторного недоразвития чаще всего наблюдаются у пациентов с детского возраста, сопровождаются интеллектуальным недоразвитием по олигофреническому типу, однако, в негрубой форме подобные нарушения встречаются и при других видах психического недоразвития [В. Лебединский 1980]. В терминологии некоторых авторов они фигурируют так же как кататонотипные [Н. Озерский 1938], кататонотипные [В.М. Башина 1989, М. Belfer 1971], кататонические [Klaus-Jürgen Neumärker 2006] в связи со сходством клинической картины данных моторных нарушений с кататонией. В работе В.М. Башиной (1964), основанной на материалах катамнестического обследования лиц, заболевших в подростковом и детском возрасте, выделен наиболее частый исход шизофрении в виде конечных состояний с кататоническими расстройствами.

U. Neumärker (2001) предлагал рассматривать кататонию, как патогномичный симптом раннего проявления аутизма. Моторные нарушения в виде дисгармонии и несовершенства движений, медлительности, нарушений координации и др. описаны Tine Van Damme et al. (2015) у пациентов с расстройствами аутистического спектра и с синдромом дефицита внимания и гиперактивности. Вопрос кататонических нарушений при расстройствах аутистического спектра остаётся актуальным и дискуссионным до настоящего времени [Н.В. Симашкова 2016].

E. Shorter and L. E. Wachtel в 2013 году опубликовали работу, в которой кататонические, аутистические и галлюцинаторно-бредовые проявления предложено рассматривать как «устойчивую триаду» («Iron Triangle»), в рамках единого психопатологического процесса. Авторы указали на то, что «так или иначе при описании отдельных заболеваний данные симптомы рассматриваются как совместно проявляющиеся знаки, признаки, включения, соответственно, можно предположить, что эти симптомы уместно рассматривать в рамках одного диагноза». M. Dhossche (2015) в литературном обзоре, указывая на частое сосуществование аутистического и кататонического расстройств, приводит клинический случай заболевания аутистического спектра, протекающего с



параноидной, обсессивно-компульсивной и кататонической симптоматикой. В указанных работах авторы приводят клинические примеры, в которых навязчивости выступают как проявление аутизма и не рассматривают обсессивно-компульсивные расстройства в качестве независимых факторов, влияющих на течение и прогноз заболевания.

Как следует из приведенных выше данных явления «мягкой» кататонии характерны для психических расстройств, начавшихся в раннем возрасте. В этой связи уместно предположить, что проявления ОКР (также нередко манифестирующие в детстве) могут сосуществовать в клинической картине с неразвернутой кататонической симптоматикой. В последние годы сложилась точка зрения, что диагностика обсессивно-компульсивной симптоматики при заболеваниях, начавшихся в детском возрасте, существенно затруднена. Использование наиболее распространенного метода объективной оценки выраженности обсессивно-компульсивных симптомов шкала Yale—Brown obsessive-compulsive scale ( Y-BOCS) [Wayne K. 1989] не всегда эффективна из-за клинических особенностей ОКР в детском возрасте: изменчивости симптоматики, доминирования двигательных расстройств, недостаточной критики к своему состоянию. Особые трудности возникают при дифференциации навязчивостей с синдромом Туретта [Christine A. Conelea, 2014], тикозным гиперкинетическим расстройством [H. Prado 2008, B. Browne et al. 2014, Ch. Ganos et al. 2017] и другими заболеваниями, встречающимися в педиатрической практике [Inouye E 1965, A. Iervolino 2011].

Ряд авторов приводит клинические наблюдения случаев манифестации обсессивно-компульсивной симптоматики у больных с заболеваниями, сопровождающимися интеллектуальным снижением (аутизм, врожденное нарушение развития) [K. Wiener 1993, M.S. Bhatia 2000, S. J. Maikandaan et al. 2009]. По мнению исследователей трудности диагностики ОКР у таких больных обусловлены отсутствием критического («эгодистонного») отношения пациентов к навязчивостям.

При том, что до настоящего времени не существует исследований, направленных на изучение кататонических проявлений у взрослых пациентов с расстройствами аутистического спектра, в литературе содержатся данные о случаях ОКР, развившихся на фоне кататонических расстройств, впервые манифестирующих в рамках раннего детского аутизма [ S. Wilson 2002, Белова 2012, Ganos 2015].

### **III Мягкая кататония в структуре двигательных нарушений при ОКР**

Тесная связь обсессивно-компульсивных симптомокомплексов с разнообразными моторными нарушениями отмечается исследователями на всем протяжении изучения навязчивых расстройств. Однако до настоящего времени не решен вопрос разграничения двигательных нарушений непосредственно связанных с ОКР с теми, что сосуществуют с ними в клинической картине относительно независимо. Соответственно, в литературе, затрагивающей проблему коморбидности кататонических и обсессивно-компульсивных проявлений, психопатологическая интерпретация двигательных нарушений (в том числе и явлений мягкой кататонии) имеет существенные различия.

Первые описания коморбидных навязчивых и кататонических расстройств появились уже в XIX век. Так, D. Esquirol (1820) разбирая клинический случай пациентки с навязчивостями («одержимой мономанией», в терминологии автора), указывает на сопутствующие обсессиям двигательные расстройства: «больная неподвижна, прикована к своим действиям». Legrand Du Saulle (1883) приводит данные о 27 пациентах с «нетипичной симптоматикой» - обсессивно-компульсивными проявлениями, обозначенными автором как «insanity with insight» («осознанное безумие»). По наблюдениям Legrand Du Saulle в случаях тяжелого течения заболевания (обычно начинающегося в раннем возрасте) отмечается двигательная заторможенность, переходящая в «обсессивный паралич» (obsessional paralysis). У обследованных пациентов так же выявлялись «эксцентричное поведение», импульсивные поступки, возбуждение и другие

симптомы, сходные с кататоническими. Физическую и психическую заторможенность больных с навязчивостями отметил также Lowenfeld (1904).

Следует отметить, что в работах, в той или иной мере отражающих аспекты коморбидности кататонии и ОКР, можно выделить два основных подхода к психопатологической интерпретации двигательных нарушений сопряженных с обсессивными феноменами. Первый подход основан на представлении о том, что обсессивно-компульсивные симптомокомплексы могут утяжеляться за счет расстройств имеющих клиническое сходство с кататоническими («кататоноформные» проявления). Второй подход, напротив, предполагает совместную манифестацию обсессивно-компульсивных и кататонических проявлений.

Первый подход, в большинстве случаев, основан на анализе закономерностей динамики навязчивых расстройств: постепенное снижение аффективной насыщенности obsessions, доминирование двигательных расстройств, приобретающих сходство со стереотипиями.

Так Heilbronner (1912) приводит описания случаев заболевания, начинающегося в детском возрасте с обсессивно-компульсивных симптомов, переходящих в хронические состояния с утяжелением симптоматики, сопровождающиеся моторной заторможенностью и кататоноподобными включениями. Данное состояние названо автором «прогрессирующий компульсивный психоз» (Progressive Zwangspsychose).

Bumke (1928) указывает, что диагностика навязчивостей у больных шизофренией представляет значительные трудности из-за их клинического сходства со стереотипиями. Rumke (1967) приводит описания «злокачественной болезни навязчивостей»: obsessions имеющие на начальных этапах заболевания тенденцию к выраженной генерализации в последующим стереотипизируются и приобретают черты кататонических расстройств.

На возможность присоединения к обсессиям стереотипных двигательных расстройств указывают многие авторы [Р.А. Наджаров 1956, Д.С.Озерецковский 1959, Л.И. Головань 1965, К. Blacker в 1966, Rumke 1967, S. Rachman 1979, Y. Michael et al. 2006, F. Schirmbeck and M. Zink 2012]. В качестве предикторов такой динамики (по данным разных исследователей) выступают: аффективное обеднение, снижение критики навязчивостям, формирование изменений личности.

Подобная динамика обсессивно-компульсивных симптомокомплексов была выявлена и в исследованиях, посвященных проблеме шизофрении, протекающей с преобладанием навязчивых феноменов. В этих работах приводятся описания ОКР с быстрым нарастанием изменений личности, характерных для негативных проявлений шизофрении, включающим интеллектуальное снижение, наряду с которым наблюдается изменения в виде эгоцентризма, манерности, вычурности поведения. Нередко состояние утяжеляется присоединением более тяжелой симптоматики, в рамках которой рассматриваются не только галлюцинаторно-бредовые, но и кататонические расстройства [Джерин И. Гоклер Е. 1903, С.Н. Давиденков 1918, Straus 1938].

А.А. Шюркуте (1987) в работе «Психопатология и клиника шизофрении, протекающей с навязчивостями» изучила 96 больных шизофренией, в клинической картине которых преобладали навязчивости. В результате выделено два типа обсессий: навязчивости с целенаправленными мерами защиты и навязчивости с развитием расстройства приобретающих «внешнее сходство с кататоническими стереотипиями». Видоизменению навязчивостей второй группы предшествуют ритуалы, целеноправленные меры защиты и другие навязчивости, при которых у больных сохранялась достаточная критика на начальном этапе проявления болезни. Со временем навязчивости приобретают механический, ритуализированный характер, способствующие «чисто внешнему сходству» (в терминологии автора) с кататоническими стереотипиями. А. Шюркуте так же отмечает в этой группе наблюдений наличие субступорозных состояний,

развивающихся на высоте обсессивных проявлений – «больные часами простаивали в однообразной позе, выравнивая складки одежды, ощупывали крючки ... больные, занимающиеся симметричным раскладыванием предметов застывали, будто прикованные к ним». Стоит отметить, что начало заболевания в данной группе больных, как и в описанных ранее исследованиях, приходится на детский и подростковый возраст. Прогноз заболевания подтверждает результаты более ранних исследований - на отдаленных стадиях течения патологического процесса отмечены более выраженные негативные изменения, по сравнению с группой пациентов, у которых навязчивости протекали без двигательных расстройств, полные ремиссии отсутствовали, что отразилось на значительно более низкой социальной адаптации.

Сходные данные получены в исследовании М.В. Железновой (2008), отметившей на отдаленных этапах неврозоподобной шизофрении (с преобладанием ОКР) видоизменение психопатологической структуры двигательных навязчивостей (компульсий и двигательных ритуалов) за счет присоединения моторных нарушений, сходных с кататоническими стереотипиями.

Следует отметить, что многие исследователи старались максимально разграничить стереотипизированные двигательные навязчивости и собственно стереотипии, основываясь на традиционно выделяемых признаках стереотипных движений: длительные, повторяющиеся моторные акты, легко прерываемые, не доставляющие больному дискомфорта [В.Д. Москаленко 1985, E.Mahone et al.2004, R. Freeman et al. 2010, H. Simpson et al. 2014]. Вышеперечисленные авторы, характеризуют моторные стереотипии, (в отличие от навязчивостей), как стабильные нарушения, тяжесть которых определяется лишь временем, которое больные тратят на совершение движений, сложностью совершаемых двигательных актов. Однако, с учетом приводимых авторами описаний, двигательные навязчивости на различных этапах динамики у больных в той или иной мере сохраняют аффективный компонент в виде чувства дискомфорта,

тревоги при невозможности совершить движения, что не позволяет полностью идентифицировать их с моторными стереотипиями.

За возросшим в последние десятилетия вниманием к клинике двигательных нарушений при хронических обсессивно-компульсивных расстройствах последовало множество дискуссионных и до настоящего времени нерешенных вопросов. К их числу, в первую очередь, относится проблема дифференциации (в особенности при проявлении в рамках единого заболевания) обсессивно-компульсивных симптомов, моторных стереотипий и психопатологических феноменов, сходных с кататоническими. Так же следует отметить, что высокая распространенность двигательных нарушений при ОКР диктует необходимость дальнейших исследований, особенно в случаях сочетания навязчивостей и кататонии.

Так в исследовании S. Kruger с соавт. [2000] двигательные расстройства (в том числе, кататоноформных) в сочетании с ОКР выявлены у 12 из 76 изученных пациентов, страдающих шизофренией (15.8%). Исследователи отмечают, что практически у всех обследованных моторные симптомы наблюдаются с детства и имеют тенденцию к ухудшению во взрослом возрасте. Более того, по данным авторов, частота двигательных расстройств у больных ОКР оказалась значимо выше, чем в общей выборке пациентов с шизофренией.

R. Belinda et al. (2002) указывают на недостаточную диагностику двигательных расстройств при различных психических заболеваниях. Авторы отмечают, что многие психиатрические состояния инвалидизируют пациентов в основном за счет замедленности, измененности движений, в том числе обсессивно-компульсивные расстройства нередко сопровождаются различными моторными нарушениями.

Некоторые авторы склонны рассматривать различные кататоноформные симптомы в картине ОКР в качестве вторичных психопатологических

образований. Такое предположение в разное время высказывали Hermesh (1989), Rachman (1974), G. Eryilmaz (2014) и R. Saha (2015).

Непосредственно связанные с ОКР моторные нарушения нередко фигурируют в современной литературе как «Обсессивная замедленность» (Obsession slowness). Данный термин впервые введен S. Rachman (1974), обозначившим комплекс двигательных нарушений в рамках ОКР как «Primary obsession slowness» (первичная обсессивная замедленность). S. Rachman не приводил классификацию данных расстройств, подчеркивая, что его основная задача состояла в том, чтобы привлечь внимание к проблеме нарушений моторики у больных с ОКР .

В дальнейшем случаи обсессивной замедленности в виде чрезмерной медлительности, склонности к стереотипному повтору действий, сопровождающиеся изменением мышечного тонуса, фиксировались и другими исследователями у пациентов с хроническими и неблагоприятно протекающими ОКР [G.Singh et al. 2003, G. Eryilmaz et al. 2014, Е.В. Колюцкая 20016].

По данным публикаций отдельных клинических случаев [Ratnasuria R et al. 1991, T. Takeuchi et al. 1997, Charlot L 2002, G.Singh et al. 2003, Lam W et al. 2008, Christos Ganos 2015, Guru S. Gowda et al. 2017] динамика данных расстройств различна: после нескольких месяцев стационарного лечения у части пациентов отмечается редукция навязчивостей, однако, сохраняется замедленность действий, в других же наблюдениях в процессе терапии редуцируются как навязчивости, так и явления замедленности. Подобного рода находки позволили D.Veale (1993) предложить разделение моторных нарушений при ОКР на два типа: непосредственно связанные с ОКР и на существующие относительно независимо («вторичная» и «первичная» обсессивная замедленность). Однако, подобное подразделение, по мнению ряда авторов, не раскрывает природу указанного психопатологического феномена. Более того, по мере накопления данных, сложилось представление о том, что в формировании обсессивной

замедленности помимо собственно ОКР участвует широкий круг других двигательных нарушений (тики, моторные стереотипии, кататонические феномены).

G. Eryilmaz (2014) приводит клинический случай, иллюстрирующий, возможность сочетания обсессивно-компульсивных расстройств со вторичными (в терминологии автора) кататоническими проявлениями. R. Saha с соавт. (2015) обращают внимание на необходимость дифференциальной диагностики «обсессивной замедленности» и кататонической шизофрении. В качестве примера, приводится история болезни пациента с длительно существующими ОКР и выраженными нарушениями моторики, сопоставимыми с кататонической симптоматикой. О выявлении «вторичных» кататонических знаков в структуре обсессивной замедленности говорится в работах S. Krueger (2000), A.K. Mittal (2013), C. Ganos (2015). S. Gowda (2017).

Chr. Ganos (2015) представил данные исследования, включающего три клинических случая «обсессивной замедленности», анализ которых был сопоставлен с 77 наблюдениями, отчет о которых имелся в литературе. В своей работе автор указывает на то, что в настоящее время не существует единого подхода к диагностике и пониманию психопатологии обсессивной замедленности. У одного из обследованных пациентов замедленность была связана с заболеванием аутизмом и характерными для этого заболевания кататоническими включениями, в связи с чем диагноз был пересмотрен. Суммируя выводы прошлых исследований, автор отмечает, что в них используется гетерогенный клинический материал. Разные исследователи по-разному интерпретируют феномен обсессивной замедленности: как следствие трудности переключения пациента с одного вида деятельности на другой, результат скрытых идеаторных компульсий, рассеянности внимания нарастающей астении или одновременного проявления обсессивно-компульсивных и кататонических нарушений. Проводя анализ собственных клинических случаев, автор делает вывод о полном совпадении клинических проявлений моторных нарушений с диагностическими



критериями кататонического синдрома. Так же в работе отмечено, что кратковременные проявления двигательного беспокойства соответствуют больше реакциям кататонического возбуждения, чем аффективным колебаниям вне кататонии. Указав на наличие аутизма, диагностированного с раннего детства у одного из пациентов, автор говорит о важности диагностики коморбидных кататонии и навязчивостей при расстройствах аутистического спектра.

Исследования, посвященные коморбидности ОКР и кататонии, также имеют длительную историю. О возможности сочетания обсессивно-компульсивных симптомов с кататонией упоминали в своих работах К. Kahlbaum (1874), Е. Kraepelin (1928), Е. Bleuler (1930).

В.П. Сербский (1890) в своей работе «Формы психического расстройства, описываемые под названием кататонии» обращает внимание на «странные и непонятные движения, совершаемые кататониками». Автор указывает на то, что данные нарушения не являются типичными навязчивыми движениями, так как не носят насильственный характер и не могут быть четко объяснены пациентом. При этом Сербский интерпретирует их как возможно вторичные психопатологические образования по отношению к навязчивостям, которые «сделались менее сложными, упростились».

В работе, посвященной клинике обсессивно-компульсивных расстройств при шизофрении Озерецковский (1924) приводит три клинических случая сосуществования обсессий с кататонической симптоматикой. Согласно предложенной автором типологии навязчивостей (группа эмоционально окрашенных навязчивостей и группа навязчивых явлений, лишенных какой-либо эмоциональной окраски) приведенные клинические наблюдения иллюстрируют группу расстройств сходных по своей структуре с «шизофреническими автоматизмами».

К. Kleist и К. Leonhard (1957) выделяют отдельный тип систематических кататоний, включающий 6 подтипов, в том числе, «манерную кататонию» (*manneristic catatonia*). В рамках манерной кататонии обсессивные проявления (манифестирующие, как правило, в детском возрасте) в динамике видоизменяются за счет нарастания вычурного поведения, присоединения стереотипий и нелепых двигательных ритуалов. О наличии ОК симптомов в структуре манерной кататонии позже упоминает G. Stöber (2012)].

В исследовании типологии и динамики контаминационных обсессий Н.А. Беловой (2012) выделен особый тип – «кататоническая мизофобия», представленный доминированием двигательных навязчивостей. Помимо стереотипных защитных ритуалов (имеющих черты кататонических стереотипий) автор также регистрирует расстройства кататонического круга: эпизоды моторной заторможенности, вплоть до ступора, вспышки двигательной активности, застывшая мимика, монотонность речи. В преобладающем числе наблюдений (63%) кататоническая симптоматика развивается на фоне процессуального детского аутизма в форме негативизма, эхололий, эпизодов психомоторного возбуждения и ступора. Обсессивные расстройства манифестируют значительно позже (в пубертате), перекрываясь с симптомами кататонии, и выявляются на протяжении многих лет, с периодами послабления симптоматики и эксацербаций. Автор подчеркивает, что в изученных ею случаях ОКР развиваются «как продолжение кататонических явлений», а их выраженность четко коррелирует с интенсивностью кататонической симптоматики (коморбидность с образованием общих симптомов). Учитывая малый объем выборки (20 наблюдений) Н.А. Белова не делает однозначных выводов о структуре коморбидности навязчивостей и кататонии, но, по всей вероятности, в изученных ею наблюдениях речь идет об обсессивных расстройствах, формирующихся на фоне длительно существующих кататонических.

Как видно из приведенных выше данных, цитируемые исследования не имели своей основной целью анализ коморбидных соотношений ОКР и

кататонии. Работы последних десятилетий представлены преимущественно описанием отдельных клинических случаев [К. Jagadheesan et al. 2002, Fontenelle 2007, Y. Mukai et al. 2011, A. Sachdeva et al. 2015]. В обсуждении приведенных клинических наблюдений авторы указывают на необходимость создания четких критериев для диагностики кататонических знаков при ОКР. Так же было отмечено, что, не смотря на клинические сходства навязчивостей с кататоническими стереотипиями, у изученных больных, двигательные нарушения имеют особенности, более характерные для обсессивно-компульсивных расстройств – «повторяющиеся движения и фразы совершаются в определенном порядке, больной осознаёт насильственный характер совершаемых действий, искусственное прерывание создаёт дискомфорт для больного» [Harvey S., 2009, Z. Péter, 2017].

Значительно большее число исследований посвящено обсуждению возможных патогенетических механизмов, лежащих в основе совместной манифестации ОКР и кататонии. До настоящего времени не существует единой точки зрения на то, представляют ли собой обсессивно-компульсивные и кататонические симптомокомплексы психопатологические образования с общим патогенезом, либо речь идет о независимых расстройствах, обнаруживающих лишь временные коморбидные связи.

В исследованиях современных зарубежных авторов встречаются работы, предполагающие две основные тенденции взаимодействия этих двух групп психопатологических явлений:

1. Наличие этиологически и патогенетически сходных механизмов возникновения кататонии и ОКР (на основании патофизиологической и нейробиологической теорий), в результате чего данные симптомы протекают относительно независимо в рамках единого расстройства.

2. Возникновение кататонических симптомов в качестве вторичных психопатологических образований по отношению к ОКР.

Одна из интерпретаций коморбидности ОКР и кататонии – единство происхождения данных симптомов на основании патофизиологической теории. А. Moskowitz (2004) предположил, что кататония может быть следствием генетически заложенного «инстинкта к оцепенению» в ситуациях выраженного стресса, страха, угрозы. Дальнейшая разработка данной теории нашла отражение в экспериментах Т. Batler с соавт. В данной работе используется метод функциональной магнитно-резонансной томографии для регистрации снижения активности моторного участка коры головного мозга и повышения активности в области базальных ганглиев в период ожидания пациентом электрической стимуляции кожи, которые пациенты характеризовали как «периоды страха, предчувствие дискомфорта». На основании полученных результатов авторы делают выводы о возникновении двигательных нарушений при психических расстройствах, связанных с чувством страха, тревоги, «внутреннего дискомфорта», вследствие вовлечения соответствующих анатомических зон. Данную теорию так же можно трактовать как возможность возникновения вторичных двигательных расстройств в результате диффузного влияния на кору головного мозга.

К настоящему времени наиболее популярная гипотеза, объясняющая патогенетическое сходство кататонии и ОКР основано на представлении о том, что в их возникновении играет роль дезрегуляция обмена допамина, а также общая локализация поражения – базальные ганглии [U. Hegerl 1999, P. Mavrogiorgou et al. 2001, G. Northoff 2002, Nicholson et al. 2007, Alessandro De Nadai et al. 2011, Haack et al. 2014].

Данная гипотеза до настоящего времени не получила достоверного подтверждения, хотя некоторые исследователи предпринимали попытки доказать ее на клиническом уровне. Так Y. Mukai (2011) приводит анализ случая длительного расстройства, проявляющегося кататоническими и обсессивно-компульсивными симптомами. На основании положительного терапевтического ответа на комплексную терапию (включающую антидепрессант, антипсихотик,

анксиолитик и ноотропный препарат), автор делает вывод, что совместная редукция как обсессивно-компульсивной, так и кататонической симптоматики является следствием воздействия на общий патофизиологический фактор обоих расстройств. При этом автор не исключает, что положительный терапевтический эффект мог быть обусловлен и тем, что обсессивно-компульсивная или кататоническая симптоматика могут быть вторичными психопатологическими образованиями по отношению друг к другу, в связи с чем редукция одних симптомов вызывает ослабление или редукцию других.

Теория патогенетического сродства обсессивно-компульсивных и кататонических расстройств подвергается сомнению и результатами других нейробиологических исследований. Так выявленные ранее признаки дисфункции психомоторной зоны коры и подкорковых образований, оказались характерными не только для кататонии и ОКР, но так же для болезни Паркинсона [M. Rolinski et al. 2016] и других психических и неврологических заболеваний [B. Bogerts 1985, J. Gorman 2000].

Анализ проблемы коморбидности обсессивно-компульсивных и кататонических расстройств показывает, что к настоящему времени существуют лишь единичные, не согласующиеся между собой исследования, направленные на изучение отдельных аспектов данной сочетанной патологии. Указанное обстоятельство обусловлено не только отсутствием единого методологического и концептуального подходов, затрудняющим обобщение результатов, но и тем фактом, что кататонические симптомы, выявляющиеся совместно с ОКР, по всей вероятности, представляют собой гетерогенную группу расстройств.

Существующие в настоящее время расхождения в оценке психопатологии двигательных нарушений при ОКР (определение их целиком в рамках обсессивно-компульсивного синдрома либо кататонии) может быть обусловлено различной структурой коморбидных соотношений. Кроме того, использование (в качестве методологической основы) концепции «мягкой» кататонии позволит

разработать более надежные дифференциально-диагностические критерии сочетанных навязчивых и кататонических симптомокомплексов.

## **Глава 2. Характеристика материала и методы исследования**

Настоящее исследование выполнено в 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). Была обследована группа больных из 88 пациентов (73 мужчины и 15 женщин; средний возраст – 30,39 лет) с диагнозом шизофрения и расстройства шизофренического спектра, установленным в соответствии с критериями МКБ-10 (F 20-21), протекающим с преобладанием обсессивно-компульсивных симптомокомплексов и кататонических нарушений. Понятие транссиндромальной коморбидности представляется наиболее уместным в данной работе в связи со сложившимся в последние годы мнением исследователей о понятии коморбидных расстройств, как о патогенетически связанных состояниях, проявляющихся в рамках единого заболевания. (А. К. Нургазизова 2014).

Выборка сформирована из пациентов, обследованных стационарно в период 2015-2018 гг. в клинике НЦПЗ. В качестве синдромологического диагностического инструмента для диагностики обсессивно-компульсивной симптоматики использовались критерии МКБ-10, соответствующие различным вариантам обсессивно-компульсивных расстройств (F42), психометрическая шкала Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale [Wayne K. 1989] (См. Приложение 1), для выявления кататонии использовались диагностические критерии DSM-V, психометрическая шкала Bush-Francis Scale [Bush G. et al. 1996] (См. Приложение 2).

### **Критерии включения:**

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.

Социо-демографическая характеристика изученной выборки приводится в таблице 1

**Таблица 1.**

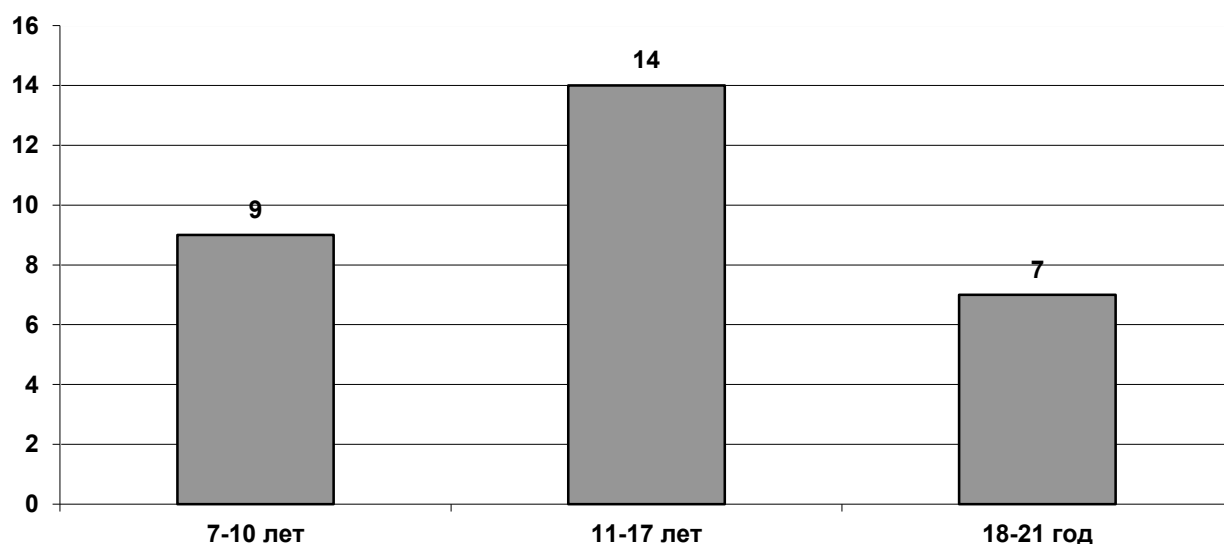
**Социодемографические характеристики выборки (N — 88)**

	Абсолютное число	%
Пол:		
Мужчины:	73	82,95
Женщины:	15	17,05
Профессиональный статус:		
Работают, учатся:	22	25
не работают:	18	20,45
инвалиды:	48	54,54
Семейный статус		
Состоят в браке:	19	21,6
Не состоят в браке:	69	78,41



Анализ социо-демографических показателей выявил невысокий уровень адаптации больных. Значительная часть пациентов к моменту обследования стойко утратили трудоспособность, 41 из них (60,3%) являлись инвалидами по психическому заболеванию, 59 (86,8%) не состояли в браке, находились на иждивении родственников.

Возраст начала заболевания и длительность болезни определялись с момента манифестации кататонической или обсессивно-компульсивной симптоматики. Следует отметить, что в большинстве изученных случаев манифест заболевания приходится на ранний детский и дошкольный возраст, а также подростковый. Данные о возрасте манифестации расстройств, представлены на Рис. 1.



**Рис. 1. Возраст манифестации обсессивно-компульсивной или кататонической симптоматики (по оси абсцисс – возраст манифестации расстройств, по оси ординат – число наблюдений).**

Сопоставляя данные о начале заболевания с социодемографическими показателями можно говорить о раннем начале болезни и быстром нарастании инвалидизирующих изменений. Показатели частоты и длительности стационарирования больных так же отражают неоднозначность течения заболевания и прогноза в изученных группах. Длительность обсессивно-компульсивных расстройств и кататонических симптомов варьировалась от 1 до 35 лет, средняя

частота госпитализаций в год составила 1,3, средняя продолжительность госпитализации 2,2 месяца.

### **Методы исследования:**

В качестве основного метода исследования был избран клинико-психопатологический (с привлечением данных катамнеза).

Оценка психопатологических нарушений у обследуемых пациентов проводилась поэтапно. На первом этапе проводилось непосредственное обследование больных при условии их добровольного согласия. Использовались объективные сведения, полученные у пациентов, их родственников, данные медицинской документации (истории болезни, выписки, амбулаторные карты). Наряду с клиническим методом, в работе были привлечены данные катамнеза пациентов. Непосредственное катамнестическое обследование пациентов проводилось спустя 1-2 года, ввиду ограниченного срока проведения исследования, так же учитывались данные медицинской документации, что позволило установить прогностическое значение изученных состояний.

Для каждого пациента осуществлен сбор доступной информации о родственниках, принималось во внимание наличие семейного отягощения для оценки предпосылок возникновения у пациента изученных нарушений. В большинстве случаев один из родственников обследован лично, при невозможности непосредственного обследования ближайших родственников, суждение о перенесенном расстройстве основывалось на данных, полученных от самого больного и медицинской документации.

В ходе обследования, помимо психопатологической квалификации психического статуса, каждый пациент проходил всестороннее обследование соматического и неврологического состояния с привлечением лабораторных (клинические анализы крови и мочи, биохимический анализ крови) и инструментальных (электрокардиография) методов. В части случаев, когда стандартное обследование оказывалось недостаточным, для полного исключения

сопутствующих соматических и неврологических заболеваний исследование дополнялось данными ЭЭГ и МРТ обследования. На основании совместного с квалифицированным врачом-неврологом анализа результатов клинико-неврологического обследования во всех случаях был исключен диагноз органического заболевания ЦНС.

На втором этапе клинические материалы на всех пациентов представлялись на расширенную консультацию, обсуждение и верификацию клинических наблюдений с участием руководителя Отдела по изучению пограничной психической патологии и психосоматических расстройств НЦПЗ, академика А.Б. Смулевича и профессора Е.В. Коллюцкой, в результате которого формулировалось окончательное диагностическое заключение. В последующем все пациенты продолжали стационарное лечение или наблюдение в амбулаторных условиях с получением поддерживающей терапии.

В рамках настоящего исследования проведено комплексное исследование, направленное на разработку методов лечения, а также оптимизации лечебно-реабилитационных мероприятий для изученного контингента пациентов. Натуралистическое исследование эффективности разных видов психотерапии проведено в 3 этапа. Длительность 1 этапа составила 3 недели, второго этапа – 4 недели, 3 этапа – 2 недели. По завершении каждого из этапов проводилась промежуточная оценка эффективности терапии. В ходе исследования применялась Шкала общего клинического впечатления (CGI — Clinical Global Impression), показатели которой отражают изменения состояния в процессе лечения (CGI-I - Clinical Global Impression-Improvement) по 5 параметрам («выраженное улучшение», «улучшение», «незначительное улучшение», «без изменений», «ухудшение»). В качестве дополнительного психометрического метода использовалась шкала PANSS (Шкала оценки позитивных и негативных синдромов – The Positive and Negative Syndrome Scale) [Kay S. Et al. 1987]. Критериями положительного ответа на проводимое лечение являлось 20% снижение среднего балла по Шкале Yale-Brown, 30% снижение

среднего балла по Шкале BFCRS, показатель «улучшение» или «выраженное улучшение» по шкале CGI-I.

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]. Подробное описание методик и результатов патопсихологического и нейропсихологического исследований приводится в четвертой главе.

Выполнена статистическая обработка данных, полученных в результате исследования в соответствии со стандартными методиками, с помощью программы SPSS Statistic 20.0. Оценивались стандартные показатели описательной статистики - среднего арифметического, медианы, нормальность распределений, установление среднеквадратичного отклонения для каждого из изученных показателей. Для оценки достоверности различий между группами был использован t-критерий Стьюдента, для параметров, не имеющих нормального распределения, в независимых группах применялся непараметрический тест Манна-Уитни. Различия считались статистически значимыми при  $p < 0,05$ .

Обобщая данные, характеризующие по ряду параметров изученную выборку, можно постулировать ее гетерогенность как по социо-демографическим характеристикам, так и по показателям, отражающим особенности течения заболевания. Методологические подходы настоящего исследования обеспечивают

возможность решения поставленных задач, что позволяет рассчитывать на надежность выводов, полученных по ее результатам

### **3 глава.**

#### **Типология коморбидных обсессивно-компульсивных и кататонических синдромов в рамках шизофрении и шизотипического расстройства.**

Как показал анализ публикаций XX-XXI веков посвященных сочетанию кататонических и обсессивных расстройств в рамках единого заболевания, вопрос типологической дифференциации данных сложных синдромов до настоящего времени не решен. В частности, остается открытой проблема разграничения двигательных навязчивостей с ритуалами, лишенными выраженного аффективного компонента (В.П. Сербский 1890, Д.С. Озерковский 1924, Bumke 1928, Rumke 1967, Шюркуте 1987, Белова 2012, Крылов 2017). К настоящему моменту показана неоднородность сложных синдромов, включающих кататонию и навязчивости, проявляющихся с раннего возраста в рамках единого заболевания, но нет единой точки зрения, относительно трансформации данного симптомокомплекса у взрослых, характера взаимодействия составляющих его симптомов (J. Maikandaan et al. 2009, L. Wachtel 2013, M. Dhossche 2015).

В рамках настоящего исследования проведен психопатологический анализ обсессивно-компульсивных и кататонических нарушений, проявляющихся в рамках единого заболевания. Результаты исследования подтвердили, что динамика развития обсессивно-компульсивной и кататонической симптоматики различна, в зависимости от проявления основного заболевания и характера негативных изменений.

Установлено, что коморбидная обсессивно-компульсивная и кататоническая симптоматика выявляется в рамках разных вариантов расстройств шизофренического спектра: шизофрения, протекающая с доминированием ОКР (шизо-обсессивные расстройства) и детская (рано начавшаяся) шизофрения с доминированием негативных расстройств. При этом в качестве наиболее значимых факторов типологической дифференциации изученных расстройств выступают такие клинические характеристики как стереотип течения заболевания, возраст начала, доминирующая симптоматика, особенности

формирующихся негативных изменений, а также психопатологическая структура обсессивно-компульсивных и кататонических проявлений.

В результате проведенного исследования выделено два типа синдромов, включающих коморбидные кататонические и обсессивно-компульсивные расстройства: синдром обсессивной замедленности и кататонические компульсии.

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

Для данного синдрома характерно доминирование идеаторных навязчивостей – контрастных obsessions в форме овладевающих представлений и/или хульных мыслей, а также навязчивых сомнений, сопряженных с массивными ритуалами. Последние также проявляются преимущественно в идеаторной сфере либо дополняются повторными движениями. Так 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 obsessions, повторяется многократно, вплоть до момента их исчезновения (компульсивные ритуалы). Так же часто встречающимися (см. табл.3) навязчивостями являлись мизофобия (страх загрязнения, сопряженный с ощущением незавершенности действий и повторяющимися очистительными мероприятиями) и бытовые перепроверки, сопряженные с чувством незавершенного двигательного акта.

Реже всего наблюдаются обсессивно-компульсивные расстройства в виде навязчивого счета и навязчивого «планирования» - патологического стремления подчинять повседневный уклад определенной последовательности действий, с многократным их повторением в случаях, когда последовательность была нарушена.

Кататоническая (гипокинетическая) симптоматика сопровождает obsessions 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). Также отмечаются внезапные задержки в движениях (по типу блокировки), связанные уже не с ритуалами, а с возникающими навязчивыми сомнениями или контрастными obsессиями. Характерна также общая замедленность движений, обусловленная потребностью выполнять любые действия максимально правильно и четко, наиболее выраженная у пациентов с навязчивыми сомнениями, мизофобией и навязчивым планированием.

Данные моторные феномены (несмотря на их тесную связь с ОКР) уместно трактовать как кататонические с учетом того, что в клинической картине помимо субступорозных явлений фиксируются и другие кататонические знаки, выявляемые объективно – изменения мышечного тонуса, эхо-феномены, восковая гибкость. Результаты использования формального оценочного метода (BFCRS средний показатель для типа 21,1балл) также указывает на наличие кататонической симптоматики легкой степени тяжести.

Отличительной чертой наблюдений данного типа является эгодистонное отношение больных к имеющимся моторным нарушениям: «застывания» и «замедленность» ощущаются, как следствие obsессивно-компульсивной симптоматики. Данный факт позволяет отграничить явления obsессивной замедленности от развернутых кататонических нарушений, когда пациенты не фиксируют двигательных расстройств и не испытывают по этому поводу дискомфорта.

Синдром obsессивной замедленности наблюдается преимущественно в рамках шизофрении, протекающей с преобладанием ОКР («злокачественная болезнь навязчивостей» [Rumke H, 1967], шизо-obsессивное расстройство [Zohar G. 1998, Royurovsky M. 2003]. В преморбиде пациентов, как правило выявляются тревожные и анакастические черты, что соответствует заболеванию с преобладанием obsессивно-компульсивных нарушений [А.К. Гомозова 2010]. Так



же с детства у больных отмечались нарушения в виде диспластичности, медлительности, что можно трактовать как «потерю грации» [Е. Краепелин 1910, С.Г. Жислин 1928], предшествующую развитию кататонических нарушений. Продромальный этап заболевания соответствует позднему пубертатному возрасту (14-16 лет) в этот период больные отмечают появление субсиндромальных навязчивостей – помимо воли возникают негативные образы, навязчивые мысли контрастного содержания, однако, данные расстройства имеют кратковременный характер и не служат поводом для обращения к психиатру. Дебют заболевания приходится на ранний юношеский возраст (17-20 лет). На данном этапе 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.

Для этапа развития гипокинетических расстройств 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.

Психопатологические характеристики синдрома обсессивной замедленности иллюстрирует следующее клиническое наблюдение:

### **Клиническое наблюдение №1**

Г. И. В., 1993 г.р., находился на стационарном лечении в НЦПЗ с 03.04.2015 по 12.05.2015

Наследственность отягощена по линии матери:

Двоюродный брат – 26 лет, наблюдается у психиатра по поводу обсессивно-компульсивного расстройства, проявляющегося в виде мизофобии. Проживает один, работает кладовщиком.

Бабка – умерла в 75 лет. Работала бухгалтером. Отличалась особой скрупулезностью, часами задерживалась на работе, перепроверяя бухгалтерские отчеты. Дома соблюдала идеальную чистоту, несколько раз подряд мыла пол дезинфицирующими средствами, поддерживала безукоризненный порядок в вещах, требовала того же от домочадцев.

Мать – 50 лет. Работает товароведом. Себя характеризует как человека ответственного, трудолюбивого. С особой тщательностью следит за своим здоровьем, питается экологически чистыми продуктами. Дома тщательно следит

за чистотой, при приготовлении пищи моет овощи и фрукты щеткой с мыльным раствором.

Отец – 54 года. Работает экономистом. По характеру тревожный, гиперответственный. Часто задерживается на работе, перепроверяет работу сотрудников.

**Пробанд.** Родился от нормально протекавших беременности и родов. Раннее развитие соответствовало возрастным нормам. Детский сад посещал с 3-х лет, адаптировался легко, завел нескольких приятелей. В свободное время предпочитал собирать конструктор, рисовать. В течение нескольких лет успешно занимался английским языком, сдал все необходимые экзамены по окончании дополнительных курсов. Любил ухаживать за бездомными кошками, кормил их во дворе.

С раннего детства был медлительным, неуклюжим, не удавалось принимать участие в спортивных играх, дольше сверстников одевался, принимал пищу. С дошкольного возраста поддерживал безукоризненный порядок в личных вещах, расставлял игрушки особым образом, содержал в чистоте одежду – отказывался надевать вещь, если замечал даже малейшее загрязнение. На улице переступал трещины в асфальте, предпочитал ездить на автобусах только зеленого цвета. В возрасте 4-х лет, после того, как резко напугали деревенские гуси, стало беспокоить непреодолимое желание совершать ритмичные покачивания головой, воспринимал эти движения, как происходящие против воли, тяготился ими, обследовался у невролога, патологии обнаружено не было, состояние обошлось самостоятельно спустя 6 месяцев. В течение года, с 5-6 лет и до школьного возраста, отмечал, что периодически возникают мысли о том, что может причинить вред матери – ударить, укусить, пугался подобных представлений, старался отвести взгляд. При этом возникала тревога, однако, родителям не жаловался, считал, что подобные мысли возникают у всех людей, старался подавить их усилием воли.

В школу пошел с 7 лет. В новом коллективе адаптировался быстро, подружился с одним из одноклассников, со всеми старался поддерживать ровные отношения, не выделяться. В начальной и средней школе успевал на «хорошо» и «отлично». Интересы ни к одному из школьных предметов не проявлял, заучивал необходимый материал наизусть, тщательно готовил письменные задания. Испытывал тревогу перед ответами у доски, до урока несколько раз повторял выученный материал. Часто возникала тревога, о том, что мог что-нибудь забыть из школьных принадлежностей, проверял содержимое портфеля несколько раз. По инициативе отца непродолжительное время посещал секцию плавания, спортивной борьбы, однако, по причине неловкости, медлительности, не получалось соответствовать требованиям тренера. В старших классах (15 лет) хуже успевал, не мог до конца усвоить материал, усилилась медлительность, не всегда успевал вовремя справиться с работой. Однако, из-за прилежности в приготовлении домашнего задания, старательности, примерного поведения, выделялся учителями, получал хорошие оценки, окончил школу на «четверки».

В 17 лет поступил в экономический ВУЗ. Во время обучения на первом курсе изменился по характеру - тяготился общением со сверстниками, держался отгорожено, все свободное время проводил за компьютерными играми. Появилась тревога по поводу того, что забыл закрыть входную дверь, не выключил электроприборы, свет. После выхода из дома должен был вспомнить, как закрывал дверь, в какой последовательности выключил имеющиеся дома устройства. Со временем навязчивые мысли усложнились – вспоминал, как именно выключал электроприборы определенное количество раз, проговаривал про себя счет. Если этого не делал, испытывал выраженную тревогу, внутренний дискомфорт. Несмотря на беспокоившие навязчивости, продолжал учебу в институте, тратил много времени на заучивание материала, не всегда понимал суть преподаваемых предметов, особого интереса к будущей профессии не испытывал. После учебного дня чувствовал усталость, необходимость прилечь.

В 19 лет внезапно возникла мысль, что во время кормления кошек, наступил на одну из них. Образно представлял, как та лежит на асфальте в крови, появились опасения, что причинил вред кошке – задел её миской, уронил на нее какой-либо предмет. Понимал абсурдность таких мыслей, однако, ощущал необходимость проверить, не произошло ли это на самом деле. Постепенно присоединились навязчивые мысли о том, что во время прогулки казалось, что задел прохожего, несколько раз оборачивался, чтобы удостовериться, что это не так. Подолгу мысленно воспроизводил свои действия, убеждал себя, что не причинил никому вреда. Для того чтобы уменьшить интенсивность тревоги, воспроизводил счет – складывал и вычитал числа до ощущения комфорта, старался мысленно «переключиться на положительный образ», например, картину красивого пейзажа. Навязчивости беспокоили практически в течение всего дня – не мог ни на чем сосредоточиться, постоянно возникали «отрицательные образы», в которых представлял себе сцены причинения вреда окружающим людям и животным. Был вынужден подолгу воспроизводить мысленно счет, пытаться «перекрыть» отрицательный образ, при этом находился в неподвижном положении вплоть до нескольких часов, чувствовал напряжение мышц, не смел пошевелиться вплоть до ощущения ослабления навязчивостей.

С 3 курса (20 лет) перестал посещать занятия из-за постоянно беспокоивших навязчивостей. Решил устроиться на работу курьером, однако спустя несколько месяцев был уволен - не успевал развозить заказы, подолгу стоял неподвижно, был крайне медлительным. Обратился к психиатру, принимал амбулаторно лечение (Olanzapin до 10 мг), в результате чего почувствовал облегчение, навязчивости значительно уменьшились, стал активнее, подвижнее, устроился работать продавцом-консультантом в магазин цифровой техники. Спустя 2 месяца по совету матери прекратил прием поддерживающей терапии. Состояние вновь ухудшилось – возобновились навязчивости в виде постоянно беспокоивших «негативных образов» - казалось, что разбил в магазине витрину, в результате чего пострадали люди, продолжительное время стоял неподвижно, не

мог пошевелиться, не реагировал на обращения покупателей и начальства. По настоянию руководителя уволился с работы, больше попыток трудоустройства не предпринимал.

В последующие два года находился дома. Ссылаясь на страх спровоцировать усиление навязчивостей, почти не выходил на улицу, лишь изредка непродолжительное время гулял в сопровождении матери. Пассивно соглашался на такие прогулки, хотя удовольствия от них не испытывал. Не тяготился вынужденным одиночеством, хватало общения с матерью. На нее же переложил решение всех семейных вопросов. Иногда выполнял несложные поручения по хозяйству, от более интенсивных нагрузок отказывался, боясь не справиться. Практически в течение всего дня беспокоили навязчивости, часами сидел неподвижно, пытаясь «вызвать в голове положительный образ», воспроизводил навязчивый счет. Не реагировал на обращенную к себе речь матери. Ощущал выраженное напряжение в мышцах, со слов матери, при попытках сдвинуть с места «становился как каменный», смотрел в одну точку. Из-за постоянно беспокоивших навязчивостей не всегда регулярно принимал пищу, пренебрегал личной гигиеной. По инициативе матери обратился в НЦПЗ, был госпитализирован.

Соматическое состояние. Кожные покровы сухие, нормальной окраски, видимые слизистые не изменены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. PS 80 ударов в 1 мин., АД 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень не выступает из под края реберной дуги. Селезенка не увеличена. Дизурических явлений нет.

Данные лабораторных и инструментальных исследований: ЭКГ – Синусовый ритм, ускоренный. Нормальное положение электрической оси сердца. Клинический анализ крови: Hb - 140 г/л, эритроциты - 5,4 млн в куб.мл, лейкоциты - 7100 в куб.мл, из них п/я - 2%, с/я - 58%, лимфоциты - 31%, эозинофилы - 2%, базофилы - 1%, моноциты - 3%. *Общий анализ мочи:* удельный вес - 1018; сахар, белок, ацетон, желчные пигменты

отсутствуют, лейкоциты - 2-3 в поле зрения, соли, бактерии отсутствуют. *Биохимический анализ крови* (трансаминазы, белок и белковые фракции, печеночные пробы, сахар крови) без отклонений от нормы. Сахарная кривая с двойной сахарной нагрузкой нормальная. *Рентген органов грудной клетки* без патологических изменений.

Заключение терапевта: Данные объективного и параклинических методов исследования позволяют исключить заболевание внутренних органов.

Заключение окулиста: Зрачковых и глазодвигательных нарушений нет. На глазном дне: диски зрительных нервов с четкими границами, сосуды сетчатки не изменены.

По консультации невролога: Дермографизм красный, нестойкий, симметричный. Зрачки правильной формы, d=s. Носогубные складки симметричны. Язык по средней линии. Нарушений чувствительности не выявлено. Сухожильные и надкостничные рефлексы оживлены, симметричны. Хоботковый рефлекс отрицательный. КТ головы: Очаговых изменений в веществе мозга нет. Электроэнцефалограмма: Отмечаются нерезкие диффузные изменения электроактивности мозга. Знаков судорожной готовности нет. Заключение: знаков органического заболевания мозга не выявлено.

Нейропсихологическое и патопсихологическое обследование: При исследовании нейродинамических показателей психической деятельности отмечаются трудности сосредоточения, колебания продуктивности работы. В когнитивной сфере темп деятельности средний: задание «Выполнение последовательных счетных операций» выполняет за 40 секунд при норме до 1 минуты. Отмечаются трудности включения в задание (в методике «таблицы Шульте» на выполнение первой таблицы уходит 57 секунд, далее – 38 секунд); темп умственной деятельности находится в пределах среднего.

В регуляторной сфере отмечаются отдельные сложности, так, при повторении движений в «пробах Хеда» присутствуют отдельные проявления

эхопраксии, однако после однократного указания специалиста на ошибку пациент самостоятельно ее исправляет. В пробе «Реакция выбора» также выявляются проявления эхопраксии с самокоррекцией.

В сфере динамического праксиса при выполнении пробы на реципрокную координацию пациент повторяет движения правильно, однако после инструкции ускорить движения у пациента возникают сбои. Также обращают на себя внимание трудности при выполнении графической пробы – отдельные сложности при переключении с одного элемента узора на другой («горизонтальная площадка»), проявления микрографии.

В сфере кинестетического праксиса при выполнении пробы на «праксис позы пальцев» выявляются сложности в виде поисковых движений, а также отдельных «первичных» ошибок в сенсibilизированных условиях (сложности повторения позы без зрительного контроля), что указывает на трудности опоры на кинестетическую афферентацию при совершении движений.

В зрительно-пространственной сфере присутствуют некоторые трудности пространственного анализа и синтеза (так, при копировании фигуры Рея-Тейлора отмечаются отдельные метрические ошибки, которые пациент впоследствии самостоятельно замечает и исправляет). При воспроизведении фигуры Рея-Тейлора по памяти пациент утрачивает отдельные детали зрительного стимула. В отдельных случаях при выполнении двигательных проб возникают пространственные ошибки, так, при выполнении «проб Хеда» в наиболее сложных вариантах пациент не может найти правильно положение рук в пространстве, справляется с заданием с помощью специалиста.

При исследовании слухоречевой памяти объем памяти находится пределах среднего: кривая запоминания в методике «Десять слов»: 8,9,9,8,9; отсроченное воспроизведение – 9 слов. В задании на заучивание двух фраз запоминает их правильно, воспроизводит с некоторыми неточностями (путает порядок слов).



При исследовании интеллектуальной сферы фоне достаточного интеллектуального уровня (105 баллов по тесту «Прогрессивные матрицы Равена») выявляются нарушения мышления по типу искажения в виде опоры на латентные, вычурные признаки при обобщении (в предметной классификации объединяет транспорт с книгами, говорит, что это «плоды творчества человека, талант надо иметь», вязкости, резонерства (пересказывая басню «Галка и голуби», говорит, что это рассказ «о конъюнктурных делах, галка пыталась выбрать компанию по материальным ценностям, а не по духовным»)).

Заключение: Таким образом, на фоне среднего интеллектуального уровня отмечаются искажения мышления в виде соскальзывания на латентные связи при обобщении, вязкости мышления, проявлений резонерства. В эмоциональной сфере отмечается обеднение мимики и жестикуляции, эмоциональная дистанцированность, отстраненность. Выявляется недостаточность в волевой сфере в виде апатии, снижения инициативы и общей продуктивности работы. Присутствуют трудности включения в деятельность, неравномерность ее темпа, истощаемость. Отмечаются трудности регуляции произвольных движений (проявления эхопраксии, невозможность ускорения движений по инструкции). Выявляется некоторая недостаточность динамического, кинестетического и пространственного компонентов произвольных движений. Нейропсихологический синдром характеризуется снижением функций лобных (префронтальных и премоторных), переднетеменных и теменно-затылочных отделов коры в сочетании с легкой недостаточностью функций подкорковых структур.

Сравнительный анализ результатов нейропсихологического обследования в выборке в целом представлен в гл 4.

### **Психический статус на момент поступления:**

После приглашения на беседу некоторое время неподвижно стоит возле кровати, смотрит в одну точку, при повторном приглашении просит подождать,

еще некоторое время стоит неподвижно, после чего самостоятельно начинает движение. Походка медленная, диспластичен, отсутствуют содружественные движения конечностей. Во время беседы положение тела не меняет, не жестикулирует, периодически подергивает плечами. Лицо гипомимично, избегает зрительного контакта. Речь тихая, замедленная, стереотипно улыбается. Периодически тихим шепотом в точности повторяет ранее сказанные фразы. Ответы в плане заданного, не всегда по существу, соскальзывает, склонен к рассуждательству. С трудом предоставляет сведения о себе, ссылаясь на плохую память, не всегда понимает суть вопроса, интересуется, для чего врачу нужны эти сведения. Настороженно относится к психотропным препаратам, многократно повторяет, что предпочитает лечиться психотерапией.

Жалуется на многочисленные навязчивости – образно представляет себе, что мог нанести вред животным, окружающим людям. Представления вызывают тревогу, ощущения внутреннего дискомфорта, для уменьшения которых испытывает непреодолимое желание проверить, не совершил ли этого на самом деле, в деталях вспоминает свои действия определенное количество раз. При невозможности проверить, пытается «переключиться на положительные» мысли – представить себе сцены красивого пейзажа, приятные воспоминания из детства, так же для облегчения состояния воспроизводит навязчивый счет, складывая то четные, то нечетные числа.

Во время воспроизведения навязчивостей подолгу стоит неподвижно, не может пошевелиться, ощущает напряжение в мышцах. Описывая данное состояние, говорит, что чувствует «как будто навязчивости парализовали», при этом не реагирует на обращенную речь, не может начать движение, пока не вызовет в голове положительный образ.

Настроение характеризует как немного сниженное, без суточных колебаний. Appetit достаточный, сон с эпизодическими пробуждениями.

На фоне лечения (Risperidoni 6 mg) пациент спустя несколько дней почувствовал некоторое улучшение – навязчивости беспокоили реже, сократились эпизоды ступора, однако, в течение последующих двух месяцев периодически отмечались состояния, когда в течение нескольких минут не мог пошевелиться, при этом мышечный тонус был резко повышен, больной не реагировал на обращенную речь, впоследствии рассказывал, что «не мог шевелиться из-за навязчивостей», казалось, что выходя из палаты, ударил кого-то из больных, для снижения тревоги воспроизводил навязчивый счет. После изменения схемы терапии (присоединения 100 мг Sertralini) состояние значительно улучшилось, практически полностью редуцировались навязчивости, эпизоды ступора. Тем не менее сохранялись жалобы на слабость, быструю утомляемость, трудности концентрации внимания. Сохранялись нарушения памяти как на текущие, так и давние события, планов на будущее не строил.

#### Катамнез (длительность 2 года, больному 24 года)

После выписки поддерживающую терапию принимал нерегулярно. Состояние было нестабильным – при прекращении приема терапии возобновлялись навязчивости с эпизодами ступора. Сразу после выписки по протекции матери устроился работать в близлежащий магазин, однако, спустя две недели был уволен из-за медлительности. Более попыток трудоустроиться не совершал, объясняя свое поведение наличием серьезного заболевания, физической слабостью. Вел уединенный образ жизни, кроме семейных событий ничем не интересовался. Отношения поддерживал только с матерью и несколькими родственниками (беседовал по телефону). Попыток расширить круг общения не предпринимал. В настоящее время обратился в НЦПЗ амбулаторно для коррекции терапии.

#### Разбор:

Приведенный клинический случай отражает особенности шизофрении, протекающей с синдромом обсессивной замедленности. Как следует из

приведенного наблюдения, состояние больного на момент исследования определяется синдромом злокачественных навязчивостей (по Н. Rumke 1967). Обсессивная составляющая, как и в большинстве наблюдений данной группы, представлена выраженными идеаторными навязчивостями с доминированием ретроспективных контрастных obsessions (С.Ю. Стась 2008), достигающими на высоте проявления феномена «принятия невероятного за действительное (К. Jaspers 1923) – больной испытывает выраженное желание проверить, не нанес ли он вред окружающим, при этом беспокоят образные представления следствия совершенных им действий. Для уменьшения тревоги совершаются идеаторные ритуалы в виде навязчивых воспоминаний последовательности своих действий, дополняющихся счетом, вызывания образов «положительных мыслей».

Наряду с обсессивными симптомами в статусе отмечаются двигательные нарушения с признаками кататонии – ступорозные состояния, изменения мышечного тонуса, явления восковой гибкости, блокировки, эхо-феномены. Двигательные нарушения соответствуют кататоническим расстройствам, однако, отсутствует сочетание эпизодов ступора и возбуждения, что соответствует классическому варианту кататонической шизофрении (E. Bleuler 1911), а также наблюдается нестойкость проявления кататонических симптомов, что не позволяет рассматривать больных представленного типа в рамках кататонической шизофрении. В отличие от других типов сочетания ОКР и кататонии, у пациентов с обсессивной замедленностью сохраняется осознанность моторных нарушений – в представленном клиническом наблюдении больной рассказывает, что навязчивости «парализуют» его, вызывают ступор. Моторные нарушения так же выступают одной из существенных причин социальной дезадаптации пациента, как и в других наблюдениях представленного типа расстройств, больной не справляется с работой из-за эпизодов «застывания» на рабочем месте, не успевает выполнить работу в срок из-за медлительности.

В преморбиде пациента выявляются тревожные и анакастические черты, типичные для больных представленного типа. В детстве отмечалась реактивная

лабильность, известно о проявлении в дошкольном возрасте продолжительной тревожно-депрессивной реакции, сопровождающейся преходящими двигательными навязчивостями, имел место период неразвернутых контрастных навязчивостей в раннем детстве.

Продромальный период заболевания относится к возрасту 15 лет, в этот период состояние характеризуется появлением негативных симптомов: апатоабулических расстройств, явлений нарастающей аутизации, а также снижением психической и физической активности, астеническими явлениями, неразвернутыми обсессивно-компульсивными симптомами в виде бытовых перепроверок.

Манифестация заболевания относится к 17 годам, когда возникают навязчивые сомнения, бытовые перепроверки, сопровождающиеся идеаторными ритуалами. В 19 лет присоединяются контрастные обсессии. Отличительной особенностью обсессивной симптоматики является формирование сложной системы идеаторных ритуалов: помимо навязчивого счета, больной пытается вызвать «положительный образ». Спустя 2 года от начала заболевания возникают двигательные нарушения в виде «мягких» кататонических расстройств, возникающие на высоте проявления навязчивостей. Наряду с утяжелением обсессивно-компульсивной симптоматики происходит нарастание негативной симптоматики с изменениями в волевой сфере (пассивность, безинициативность, беспомощность в бытовых вопросах) и формированием псевдопсихастении с чертами зависимости (отказ от самостоятельной активности, неуверенность, склонность к сомнениям) [Смулевич А.Б. с соавт. 2018]. В структуре дефицитарных расстройств также следует отметить когнитивное снижение и нарушения мышления по шизофреническому типу.

В данном случае синдром обсессивной замедленности проявляется в рамках непрерывно текущей шизофрении. Доказательством процессуальной природы заболевания является его прогрессивное течение с усложнением и

утяжелением обсессивно-компульсивной симптоматики, выявлением кататонических знаков, а также формированием дефицитарных расстройств.

Наследственность в изученном наблюдении характеризуется наличием у родственников по линии матери анаканстических черт, двоюродный брат больного наблюдается психиатром с диагнозом ОКР. Похожие результаты были обнаружены и в других наблюдениях представленного типа в 11 случаях (50% наблюдений) у родственников 1-ой степени родства отмечались анаканстические черты, 8 пациентов (36.4% наблюдений) имели родственников 2-ой и 3-ей степени родства с диагнозом ОКР, что свидетельствует о достаточно высокой степени частоты наследования заболевания.

Таким образом, диагноз можно сформулировать следующим образом: шизофрения непрерывно протекающая, начавшаяся в юношеском возрасте, с доминированием обсессивно-компульсивной симптоматики в сочетании с отдельными кататоническими феноменами (F 20.8004).

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

Для данного синдрома характерно раннее начало заболевания с доминированием кататонической симптоматики и присоединением ОКР в пубертатном возрасте.

Кататонические знаки при состояниях рассматриваемого типа представлены длительными субступорозными состояниями, явлениями восковой гибкости, повышением мышечного тонуса, манерностью, негативизмом, вспышками двигательного возбуждения (табл.2.).

**Таблица 2.** Распространенность кататонических симптомов при выделенных типах ОКР (N — 88)

Симптомы	Число пациентов				Значимость различий между группами (U-критерий Манна-Уитни)
	1 тип N-28		2 тип N-60		
	Абсолютное	Относительная доля, %	Абсолютное	Относительная доля, %	
Сост. ступора \ субступора	28	100	60	100	1,000
Изменения мышечного тонуса	21	75	53	66,25	0,113
Восковая гибкость	19	67,86	51	85	0,065
Манерность	6	21,43	55	91,67	0,000*
Возбуждение	5	17,86	58	96,67	0,000*
Негативизм	0	0	50	83,3	0,000*
Гримасничанье	0	0	48	80	0,000*
Эхо-феномены	7	25	60	100	0,000*

\* различия достоверны,  $p < 0,05$

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

длительные субступорозные состояния проявляются спонтанно возникающим застыванием, не беспокоящим пациента и не замечаемым им. Также спонтанны кратковременные вспышки двигательного возбуждения. В психическом статусе обращают на себя внимание особенности моторики, мимики и жестикуляции – скованность, выраженная диспластичность, парамимия, гримасы. Объективное обследование выявляет во всех изученных случаях повышение мышечного тонуса, явления восковой гибкости. В изученных наблюдениях, в отличие от синдрома обсессивной замедленности, характеризующегося преобладанием гипокинетических расстройств, доминируют гиперкинетические кататонические нарушения.

У больных, отнесенных к ОКР данного типа навязчивые феномены представлены преимущественно двумя видами расстройств: «кататонической мизофобией» (Н.А. Белова 2012) в виде длительного монотонного мытья рук с отсутствием определенного источника загрязнения, ощущением необъяснимого чувства дискомфорта, 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» («pure compulsions») по S. Rasmussen, J. Eisen 1991).

Другие обсессивно-компульсивные симптомы наблюдаются значительно реже (в отличие от ОКР с обсессивной замедленностью), как это представлено в таблице 3.



**Таблица 3.** Распространенность обсессивно-компульсивных симптомов при выделенных типах ОКР (N — 88)

Симптомы	Число пациентов			
	1 тип N-28		2 тип N-60	
	Абсолютное	Относительная доля, %	Абсолютное	Относительная доля, %
Контрастные навязчивости	19	67,86	5	8,33
мизофобия	8	28,57	48	80
Компульсии	0	0	53	88,33
Навязчивые сомнения	15	57,69	7	11,67
Бытовые перепроверки	15	57,69	10	16,67
Симметрия	5	19,23	30	50
Навязчивое планирование	9	34,62	0	0

\* различия достоверны  $p < 0,05$

Навязчивые сомнения, обсессии симметрии и перепроверки, выявленные также в случаях синдрома обсессивной замедленности, существенно отличаются от последних по своей структуре. Указанные обсессивные феномены характеризует, в первую очередь, особое эгосинтонное восприятие их со стороны пациентов. Больные, как правило, не тяготеют к навязчивым мыслям, воспринимают их как «привычные», связывают с особенностями своего

характера. Сопутствующие им 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 обсессиям аффективной окраски, потребность в перепроверке действий обычно трактуется больными как следствие забывчивости или рассеянности. Также характерно перекрывание патологических сомнений с объективно регистрируемыми нарушениями мышления (обрывами мысли, чувством «пустоты в голове») и снижением памяти.

Данные психометрической оценки тяжести кататонии и обсессивно-компульсивной симптоматики указывают на большую выраженность кататонических, нежели обсессивно-компульсивных проявлений в отличие от тех же показателей в группе больных с синдромом обсессивной замедленности, демонстрирующих обратную зависимость (табл.4.)

**Таблица 4.** Оценка выраженности кататонии и обсессивно-компульсивной симптоматики по шкалам Bush-Francis Scale (BF CRS) и Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS).

Средняя сумма баллов по шкалам	Обсессивная Замедленность	Мягкая Кататония
BF CRS	21	35
Y-BOCS	32	24

\* различия достоверны,  $p < 0,05$

Анализ динамики расстройств при синдроме кататонических компульсий выявил раннее начало заболевания. Развитие кататонической симптоматики наблюдается уже в детском возрасте. При том, что средний возраст первого обращения за психиатрической помощью составляет 10 лет, характерны регистрируемые уже в дошкольном периоде (родителями или детскими неврологами) моторные нарушения в виде двигательной неловкости, медлительности, гримасничанья, произвольных движений. В большей части изученных случаев уже в детском возрасте пациенты наблюдаются педиатрами с

различными диагнозами: отставания в развитии, расстройства аутистического спектра, СДВГ, умственная отсталость.

Кататоническая симптоматика нарастает постепенно и проявляется чередованием субступорозных состояний и эпизодов двигательного возбуждения. В дальнейшем нарушения моторики усугубляются. Присоединение обсессивно-компульсивной симптоматики регистрируется в пубертате или раннем юношеском возрасте. В большинстве случаев (26 наблюдений) навязчивости (мизофобия, патологические сомнения, обсессии симметрии) 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 пяти наблюдениях отмечено постепенное развитие ОК симптомов, уже изначально имеющих стереотипный, монотонный 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-й подтип – негативные расстройства с явлениями когнитивного дефицита, 2-й подтип – негативные расстройства с явлениями патологического рационализма.

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

Особенностью данного подтипа является раннее формирование выраженного интеллектуального дефицита, достигающим уровня легкой степени умственной отсталости (результаты теста Равена менее 80 баллов).

Дебют заболевания относится к младшему дошкольному возрасту (в половине случаев до 3-х летнего возраста). В этот период преобладают нарушения психофизического развития, эмоциональное обеднение, аутизация. Кататонические симптомы, в этот период представлены преимущественно ступорозными состояниями: пациенты застывают, глядя в одну точку, после чего отмечается психомоторное возбуждение, бег по кругу, стереотипное раскачивание. В дальнейшем, к 8-9 годам, к периодам ступора могут присоединиться развернутые приступы возбуждения. Повторяющиеся вспышки возбуждения выявлены в половине наблюдений (13 случаев) и представлены развернутыми приступами, в 8 случаях из анамнеза известно о недобровольной госпитализации в состоянии возбуждения. В раннем возрасте формируются негативные расстройства, в структуре которых преобладают эмоциональные нарушения (отстраненное, равнодушное отношение даже к ближайшему окружению, отсутствие привязанностей), сочетающиеся 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, объединяясь с гиперкинетическими кататоническими проявлениями образуют единый симптомокомплекс. Далее приводится клиническое наблюдение, иллюстрирующее основные характеристики 1-го подтипа синдрома кататонических компульсий:

### **Наблюдение №2**

К.А.С. 1994 г.р.. Находился на стационарном лечении в ФГБНУ НЦПЗ с 08.02.2017 по 21.04.2017.

Наследственность отягощена по линии отца:

Дед по линии отца – 78 лет. С подросткового возраста наблюдается психиатром с диагнозом: приступообразно-прогредиентная шизофрения, проходил лечение в остром отделении психиатрической больницы. Племянник – 9 лет. С 3-х летнего возраста наблюдается психиатром с диагнозом ранний детский аутизм, обучается в специализированной школе для детей с отставанием в развитии.

**Пробанд** Беременность и роды матери без осложнений. Раннее физическое и психическое развитие с некоторым отставанием. С детства медлительный, диспластичный, до 6 лет не питался самостоятельно (из-за моторной неловкости при пользовании ложкой). До школьного возраста, нуждался в посторонней помощи при выполнении элементарных бытовых действий: не мог застегнуть одежду, заправить кровать и пр. С раннего детства присутствовала эмоциональная отгороженность от матери, в течение первых месяцев жизни отсутствовал «комплекс оживления» при её появлении. Периодически возникали эпизоды беспричинного двигательного беспокойства, плача. В 2-х летнем возрасте неврологом была диагностирована пирамидная недостаточность, ДЦП? Назначено физиотерапевтическое лечение, рекомендовано обращение к психиатру.

Детский сад посещал с 2 лет. Адаптировался с трудом, с детьми не общался, не выполнял требования воспитателей, «передразнивал» их, несколько раз повторяя одну и ту же фразу, сказанную педагогом. С раннего детства испытывал тревогу в присутствии других людей, при этом конкретной угрозы никогда не ощущал, сам считал, что он чересчур стеснительный, беспокоил дискомфорт, когда на него обращали внимание. Детскими играми не интересовался, стереотипно складывал игрушки ровными рядами, подолгу играл с водой, переливая её из стакана в стакан. Первое обращение к психиатру – в 5 лет, с жалобами матери на присутствующие у ребенка отставание в развитии, нарушения моторики, социальную дезадаптацию, стереотипные «потряхивания»

кистей рук, гримасничанье. Получал амбулаторное лечение Sulpiridi, различные препараты из группы ноотропных средств, без существенного эффекта.

В школу, по совету психолога, пошел на год позже (с 8 лет), с трудом усваивал учебный материал, не мог освоить математические задачи в 2 действия, выполнял домашнее задание только с помощью матери. Адаптировался плохо, не мог наладить отношения с детьми, учителями, боялся общаться, был скован, заторможен, стеснялся пользоваться туалетом, принимать пищу. При необходимости отвечать у доски, ощущал тревогу, боясь быть осмеянным, не шевелился в течение нескольких минут. Дома так же был крайне медлительным, при совершении бытовых действий, сборов в школу нуждался в помощи матери, в противном случае не успевал на урок.

Со школьного возраста стали возникать приступы возбуждения, когда при незначительном событии (например, получив плохую оценку, или, если ломалось что-либо из бытовой техники) начинал громко кричать, бил себя по голове, обвинял в никчемности. Становился моторно расторможен, говорил, что не хочет жить, просил «выбросить его на помойку», при этом кидал стулья в стену, с трудом удерживался родителями. Спустя несколько минут успокаивался, просил прощения, говорил, что делал это неосознанно, по причине расстраивающих неприятных событий, вызывающих прилив энергии. К 12 годам состояние значительно ухудшилось, отказывался идти в школу, говорил, что испытывает слишком сильный страх, тревогу, не мог объяснить их содержание. Для уменьшения тревоги дотрагивался несколько раз до мебели, поворачивался вокруг себя, повторял эти действия до ощущения «внутреннего комфорта», успокоения. В 14 лет врачом ПНД был направлен на госпитализацию в ЦМОК ПБ. Находился на стационарном лечении 3.5 месяца с диагнозом «шизофрения, детский тип», оформлена инвалидность, переведен на домашнее обучение. На домашнем обучении успеваемость несколько улучшилась – выполнял необходимые требования, однако отставал от школьной программы. Со

сверстниками не общался, периодически пассивно соглашался на прогулки с бывшими одноклассниками.

В 15 лет, услышав от матери, что, если не помыть руки после прогулки, на них останутся микробы, испытал страх заражения, сопряженный с необходимостью несколько раз намылить руки. С тех пор регулярно подолгу стоял у раковины, говорил, что не может до конца очистить руки, чувствует, что они еще грязные. В течение последующих лет сохранялось желание вымыть руки несколько раз подряд, мог простоять возле раковины до 1 часа, сопротивлялся в случае, если мать пыталась насильно увести от крана, говорил, что должен почувствовать, что руки стали чистыми.

По окончании обучения в школе в течение 3-х лет находился дома, играл в компьютер, выходил из дома только по просьбе матери, на улице чувствовал тревогу, скованность, боялся попасть в неловкую ситуацию. Дома так же периодически испытывал тревогу, для облегчения которой переставлял вещи, дотрагивался до предметов, не мог объяснить свои действия, по-прежнему часто и подолгу мыл руки до ощущения «их полной чистоты». В возрасте 17 и 20 лет был дважды недобровольно госпитализирован в психиатрические больницы. Поводом для госпитализаций послужили приступы психомоторного возбуждения – крушил мебель, нецензурно бранился, бился головой о стену. При этом наблюдалось повышение мышечного тонуса, появлялась несвойственная ранее физическая сила, не удерживался родственникам. Вне обострений отмечались кратковременные эпизоды ступора. От лечения отказывался, поскольку не считал имеющиеся расстройства проявлением болезни.

По инициативе матери с 20 до 21 года обучался в ПТУ, в специальной группе для инвалидов по психическому заболеванию. Спустя год отказался посещать занятия. Последний год не учился, не работал, время проводил дома. В течение дня, в основном спал, ночью играл в компьютерные игры. Под давлением родителей периодически принимал поддерживающую терапию, однако, вскоре бросал под предлогом «многочисленных побочных эффектов». Последний

приступ возбуждения за 6 месяцев до настоящей госпитализации, когда, после прекращения приема терапии, назначенной участковым психиатром, царапал себя ногтями, наносил самоповреждения. Последние месяцы стал тратить больше времени на мытье рук, не прекращал очистительные мероприятия даже после выраженных повреждений кожного покрова. Был направлен в НЦПЗ врачом диспансера.

Соматическое состояние. Кожные покровы гиперемированы, отмечается шелушение, видимые слизистые не изменены, В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца несколько приглушены, ритмичные. Пульс 85 ударов в 1 мин., АД 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Селезенка не увеличена. Дизурических явлений нет.

По консультации терапевта: Патологии со стороны внутренних органов не выявлено.

По консультации невролога — очаговой неврологической симптоматики не обнаружено. Зрачки правильной формы,  $d=s$ . Носогубные складки симметричны. Язык по средней линии. Нарушений чувствительности не выявлено. Сухожильные и надкостничные рефлексы оживлены, симметричны. Хоботковый рефлекс положительный. Выявлен повышенный мышечный тонус верхних и нижних конечностей по пластическому типу. Заключение: Очагового поражения ЦНС не выявлено.

Данные лабораторных и инструментальных исследований – клинический анализ крови – Нв - 138 г/л, эритроциты - 4,8 млн в куб.мл, лейкоциты — 6 тыс. в куб.мл, из них п/я - 4%, с/я - 59%, лимфоциты - 30%, эозинофилы - 2%, базофилы - 1%, моноциты - 5%; биохимический анализ крови (трансаминазы, белок и белковые фракции, печеночные пробы, сахар крови) – без отклонений от нормы;



Общий анализ мочи – удельный вес - 1026; сахар, белок, ацетон, желчные пигменты отсутствуют, лейкоциты - 1-2 в поле зрения, соли, бактерии отсутствуют.

ЭКГ обследование – Синусовый ритм 85 в мин. Нормальное положение ЭОС.

Рентгенологическое обследование органов грудной клетки: без особенностей.

МРТ обследование – признаки наружной и внутренней сообщающейся гидроцефалии.

ЭЭГ обследование – Локального патологического очага не выявлено. Отчетливых эпилептиформных знаков в фоне и после гипервентиляции не выявлено.

Нейропсихологическое и патопсихологическое обследование: При исследовании нейродинамических показателей психической деятельности у пациента отмечаются выраженные трудности концентрации внимания, легкая отвлекаемость. Выявляются трудности включения в задание как в двигательной, так и в интеллектуальной сфере. Присутствует отчетливое снижение темпа психической деятельности, так, при выполнении методики «таблицы Шульте» пациент затрачивает на выполнение одной таблицы в среднем 68 секунд при норме до 45 секунд. Также отмечается умственная утомляемость, спустя 30 минут работы начинает жаловаться на то, что «устал думать», просит сделать паузу для отдыха.

Выявляются выраженные нарушения функции регуляции и контроля психической деятельности. В пробе «кулак-ребро-ладонь» пациент испытывает трудности при повторении серии движений, отмечаются ошибки по типу упрощения программы. При выполнении проб Г. Хеда присутствуют проявления эхопраксии, пациент зеркально повторяет движения за специалистом, при этом своих ошибок не замечает. В методике «Кубики Кооса» затрудняется составить программу для решения задачи, пытается выложить узор методом «проб и ошибок», хаотично перебирая кубики.

В сфере динамического праксиса также выявляются отчетливые сложности. В пробе на реципрокную координацию пациент начинает выполнять обеими руками одинаковые движения, после повторной демонстрации усваивает алгоритм движений, однако их темп остается замедленным (выполняет 10 движений за минуту при норме 21). При выполнении как этой, так и других двигательных проб обращает на себя внимание отсутствие плавности движений.

При исследовании кинестетического праксиса отмечается снижение кинестетической основы произвольных движений: при выполнении пробы «праксис позы пальцев» пациент затрудняется повторить позу за специалистом, особенно отчетливо эти трудности проявляются в сенсibiliзирoванном варианте пробы (без зрительного контроля).

В зрительно-пространственной сфере отмечается снижение объема зрительной памяти, так, в задании на запоминание невербализуемых фигур пациент утрачивает большую часть зрительных стимулов. При воспроизведении фигуры «Рея-Тейлора» отмечаются ошибки по типу искажения элементов зрительного образа. При выполнении двигательных проб присутствуют нарушения пространственного компонента движений, например, при выполнении пробы «кулак-ребро-ладонь» пациент неправильно размещает свою ладонь в пространстве (кладет ее на стол тыльной стороной вниз).

При исследовании слухоречевой памяти объем памяти ниже нормы (кривая воспроизведения в методике «Десять слов»: 5,6,7,6,7, отсроченное воспроизведение – 5 слов).

При исследовании мыслительной сферы выявляется низкий уровень интеллекта, так, по тесту «Прогрессивные матрицы Равена» результат составляет 76 баллов, что соответствует небольшой степени слабоумия.

Заключение: наряду со снижением объема запоминания и уровня интеллекта, отмечаются нарушения мышления в виде разноплановости, вязкости мышления, соскальзываний с заданной темы, обрывов мыслей. В ходе беседы

выявляется стереотипность эмоциональных реакций, эмоциональная монотонность, сужение круга интересов. Присутствуют выраженные волевые нарушения в виде апатии, снижения инициативы, нарушения работоспособности. Нарушения также проявляются в трудностях планирования деятельности, снижения критики к ее результатам. Присутствует существенное замедление темпа психической деятельности. В двигательной сфере отмечается отчетливая замедленность движений, отсутствие плавности, диспластичность, проявления эхопраксии. Выявляются значимые нарушения динамического, кинестетического и пространственного компонентов движений. Данные проявления указывают на нарушение функций лобных (префронтальных и премоторных), переднетеменных и теменно-затылочных отделов коры в сочетании с выраженной недостаточностью функций подкорковых структур.

#### **Психическое состояние на момент поступления:**

Выглядит младше своего возраста. Походка и движения замедленны, диспластичны, отсутствуют содружественные движения конечностей. Обращает на себя внимание мацерация кожи ладоней вследствие частого мытья рук. Во время беседы сидит в однообразной позе, положение тела не меняет, не жестикулирует, отмечается повышенный мышечный тонус рук и ног, явление восковой гибкости. Выражение лица отстраненное, гипомимично, избегает визуального контакта. Голос тихий, маломодулированный, темп речи замедленный, с продолжительными паузами. Словарный запас ограничен, изъясняется короткими фразами, в речь изобилует сорными словами, звучащими паузами. Демонстрирует почти полную неосведомленность о событиях в стране и мире, из телевизионных передач смотрит только развлекательные. Школьную программу не помнит, книг не читает. Не интересуется семейными делами, о близких отзывается безразлично, ничего не знает об их проблемах.

Фон настроения характеризует как ровный. Объективно отмечается инверсия сна – бодрствует в течение ночи, спит большую часть дня.

Жалуется на тревогу, возникающую в обществе незнакомых людей, в ситуациях общения с ними, при этом ощущает выраженную скованность, практически не может двигаться. Чтобы снизить тревогу ритмично дотрагивается до мебели, несколько раз поворачивается вокруг своей оси. Повторяет эти действия до ощущения чувства внутреннего комфорта, при необходимости (например, если рядом присутствуют посторонние люди) может сдерживать себя.

Так же отмечается навязчивое мытье рук - до 20 раз в сутки подолгу находится в ванной, намыливая руки, не может объяснить своих действий, страх заражения микробами отрицает, говорит, что ощущает, что «руки все еще грязные». Навязчивостями не тяготится, считает их чертой характера, проявлением чистоплотности.

Об эпизодах возбуждения рассказывает неохотно, сообщает, что в эти моменты испытывает раздражение, желание двигаться, конкретнее объяснить не может. Приступы ступора сам не замечает, отрицает их наличие, хотя за время беседы несколько раз застывает на 2-3 минуты, глядя в одну точку. При расспросе сообщает, что задумался. Критики к состоянию нет, больным себя не считает, не видит смысла в лечении, но соглашается на него, ссылаясь на мнение родителей.

Проводилась терапия Risperidoni до 6 мг\сут., Aripiprazoli до 20 мг\сут., Olanzapini до 20 мг\сут. За время лечения сохраняется скованность, заторможенность, подолгу проводит время за мытьем рук, многократно их намыливая. Не опрятен, совершает гигиенические процедуры после напоминания мед. персонала, не всегда выполняет требования врача, не понимая сути сказанного.

На фоне лечения (Haloperidoli 15 мг\сут.) наблюдалось некоторое уменьшение скованности, стал активнее. Пациент отметил, что тревога возникает реже, в связи с чем стал меньше времени проводить за мытьем рук.

**Катамнез (длительность 2 года, больному 25 лет)**

После выписки регулярно принимал поддерживающую терапию (Haloperidoli 7,5 мг/сут.) под контролем матери. Вспышек возбуждения не отмечалось, сохранялась скованность, заторможенность, подолгу сидел неподвижно, не меняя позы. Фон настроения сохранялся ровным, жалоб на тревогу не предъявлял, практически не беспокоили навязчивые движения в виде поворотов вокруг себя, не испытывал необходимости дотрагиваться до окружающих предметов. Однако несколько раз в день подолгу мыл руки, испытывал необходимость намыливать и смывать их несколько раз подряд, своих действий объяснить не мог. Время проводил, в основном, дома, за просмотром развлекательных телепередач. Иногда, по инициативе матери, посещал столярную мастерскую, организованную сообществом инвалидов; особого интереса к ремеслу не испытывал, не общался с ровесниками. Амбулаторно обратился в НЦПЗ для коррекции терапии.

#### **Психическое состояние на момент катamnестического обследования**

Больной сидит в скованной позе, не жестикулирует, лицо амимично. Периодически стереотипно повторяет последнюю фразу, сказанную врачом или матерью. Жалоб не предъявляет, сообщает, что чувствует себя хорошо, фон настроения ровный, сон достаточный. Соглашается, что иногда подолгу моет руки, намыливая их несколько раз. Причины объяснить не может, рассказывает, что должен их мыть, пока не почувствует, что они стали чистыми. Со слов матери, даже при небольшом беспокойстве, например, необходимости посещения врача или походе в магазин за одеждой, испытывает необходимость мыть руки чаще, больше времени проводит у раковины. По наблюдениям родных, в целом, тратит меньше времени на очистительные процедуры, чем раньше, приступы возбуждения отсутствуют. Почти все время проводит дома, не испытывает потребности в общении даже с близкими родственниками, игнорирует их просьбы и замечания. При этом не конфликтен. Со слов матери, словно не замечает домочадцев, контактирует с ними только в случаях, когда это нужно ему самому, делами в семье по-прежнему не интересуется. Пассивно соглашается с

продолжением приема терапии. Рекомендовано увеличение Haloperidoli до 10 мг\сут.

### **Разбор**

Статус больного на момент первичного осмотра определяется кататонической симптоматикой, а также обсессивно-компульсивными симптомокомплексами. Навязчивости, представленные у данного больного мытьем рук, носят стереотипизированный характер, однако, в отличие от кататонических стереотипий, имеют слабовыраженный аффективный компонент – пациент чувствует тревогу, дискомфорт, для устранения которых совершает очистительные процедуры, которые сводятся к стереотипному намыливанию рук. Отдельные навязчивости в виде компульсий, когда больной многократно повторяет движения до ощущения «внутреннего комфорта», так же описываются пациентом, как совершаемые для «уменьшения чувства тревоги». Данные нарушения имеют клинические сходства с проявлением тикозного расстройства, однако, в представленном случае присутствует функция частичного контроля своих действий – больной может удержаться от совершения движений в присутствии посторонних людей, так же важно, что после совершения движений происходит редукция тревоги, эти особенности позволяют говорить об обсессивной природе двигательных нарушений (В.И. Крылов 2017).

Кататонические симптомы на момент осмотра представлены субступорозным состоянием, изменением мышечного тонуса, явлением восковой гибкости.

Таким образом, в отличие от синдрома обсессивной замедленности, навязчивости преимущественно реализуются в двигательной сфере, не имеют сложной системы и не сопровождающиеся выраженными аффективными нарушениями. Динамика кататонической симптоматики не обнаруживает связи с обсессиями на начальном этапе заболевания, спустя некоторое от присоединения обсессивно-компульсивной симптоматики, навязчивости практически полностью

утрачивают аффективный компонент, объединяясь с проявлениями кататонических стереотипий.

Приведенный клинический случай отражает особенности динамики коморбидных обсессивно-компульсивных и кататонических расстройств рассматриваемого подтипа. Характерно раннее начало заболевания (до 3-х летнего возраста) с быстрым нарастанием когнитивных нарушений, что соответствует описанию детской шизофрении с началом заболевания до 3-х летнего возраста (В.М. Башина 1970, М.Ш. Вроно 1983). Первые признаки заболевания проявляются задержкой психического и физического развития (отставания в приобретении навыков самообслуживания, нарушений моторики, эмоциональных нарушений - отсутствия привязанности к матери. В дальнейшем сохраняется эмоциональная отгороженность, замкнутость. Когнитивный дефицит так же способствует социальной дезадаптации пациента, не позволяет завершить обучение, получить профессию, приводит к ранней инвалидизации.

Двигательные расстройства, появляющиеся в дошкольном периоде в виде беспричинного беспокойства, сменяющего состояние адинамии, постепенно трансформируются в очевидные кататонические приступы оцепенения и возбуждения, периодически возникающие на всем протяжении болезни.

Помимо моторных нарушений в виде замедленности и возбуждения, в раннем детском возрасте присоединяются такие симптомы кататонии как негативизм, гримасничанье, эхо-феномены. Подобная динамика двигательных расстройств характерна для шизофрении, начавшейся в детском возрасте (В.М. Башина 1971). Присоединение отчетливой обсессивной симптоматики, в виде мизофобии со стереотипными ритуалами очищения, приходится на подростковый возраст (14 лет), до этого периода больной так же совершал различные действия (дотрагивался до предметов мебели, поворачивался вокруг себя) для уменьшения проявления тревоги, что уместно трактовать, как проявление субсиндромальных навязчивостей в виде компульсивных действий.

В приведенном клиническом случае диагноз формулируется следующим образом: шизофрения, детский тип (F20.8003) – рано начавшаяся, протекающая с явлениями кататонии и рудиментарными ОКР на фоне грубых эмоциональных изменений и выраженного когнитивного дефицита.

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

Для наблюдений данного подтипа также характерно раннее формирование негативных изменений. 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 иждевенческими тенденциями – синдром патологического рационализма (Аккерман В.И. 1962, Смулевич А.Б. с соавт. 2018). Манипулятивное поведение реализуется как в контексте obsessions, так и кататонии. Больные вовлекают близких родственников в систему защитных ритуалов, заставляя их часами выполнять собственные требования, и реагируя вспышками психомоторного возбуждения и агрессии в ответ на отказ в выполнении ритуалов.

Сходные наблюдения ранее представлены в работе А.В. Шахламова (1989), при обследовании больных шизофренией с obsessive-фобической симптоматикой, автору удалось выделить группу больных с выраженными манипулятивными тенденциями (подчинение уклада жизни родственников и сослуживцев своим интересам, активному их вовлечению в систему ритуалов).



Описанную группу автор отнес к заболеванию, протекающему с изменениями личности шизоистерической структуры [А.В. Шахламов 1989].

С раннего детства у больных данного подтипа отмечается дисгармоничность физического развития в виде диспластичности, порывистости движений, чередования двигательной расторможенности с медлительностью. Уже к раннему подростковому возрасту выявляются негативные изменения в виде эмоционального дефицита, отчужденности от окружающих, отсутствия интереса к социальной жизни, эгоцентризма, инфантильной привязанности к матери (реже другим родственникам).

Кататоническая симптоматика (по сравнению первым подтипом синдрома кататонических компульсий) представлена доминированием симптомов возбуждения над ступорозными состояниями. Вспышки повышенной двигательной активности (с элементами агрессивного и аутоагрессивного поведения), хотя и не достигают по степени выраженности (в отличие от первого подтипа) развернутого кататонического возбуждения, отличаются большей частотой возникновения.

Обсессивно-компульсивные симптомы (присоединяющиеся в позднем пубертате) представляют собой стереотипные бесцельно повторяющиеся фразы и действия. В большинстве наблюдений навязчивости имеют характер защитных ритуалов, при невыполнении которых возникает страх нелепого содержания, например, «заражение парами металла», «разрушение родственников до неопределенной субстанции» и т.д.

Подобная динамика психопатологических проявлений совпадает с описанием ранней детской шизофрении с кататоническими расстройствами (по В.М. Башиной, 1977). Как и характерно для данного вида заболевания, кататоническая симптоматика на всем протяжении заболевания не претерпевает существенных изменений и представлена чередованием непродолжительных субступорозных состояний с приступами агрессивного возбуждения.

Двигательные ритуалы, сформировавшиеся уже в подростковом возрасте, не имеют тенденции к дальнейшему развитию, но образуют тесные коморбидные связи (на уровне общих симптомов) как с кататоническими проявлениями, так и с негативными расстройствами.

Особенности сочетания кататонии и навязчивостей данного подтипа представлены следующим клиническим наблюдением.

### **Клиническое наблюдение №3.**

Г.И.В. 1988 г.р. Находился на стационарном лечении в  
ФГБНУ НЦПЗ с 05.12.2016 по 23.12.2016

Наследственность отягощена по обеим линиям:

Отец – умер в 52 года от инсульта. Работал художником в различных издательствах. По характеру был вспыльчивым, раздражался, устраивал скандалы по незначительному поводу, на высоте раздражения мог ударить детей. Со слов родственников известно, что в детстве и подростковом возрасте лечился у психиатра недобровольно, госпитализировался по поводу «возбуждения», более точных данных нет.

Тетка по материнской линии – 56 лет, домохозяйка. Известно, что около 20 лет страдает от навязчивых мыслей – вынуждена по несколько раз проверять, выключены ли электроприборы, свет, газ, из-за чего не может на долго выйти из дома. Во время перепроверок совершает ряд ритуалов – должна дотронуться определенное количество раз до выключателя, проговорить определенные фразы. К психиатру никогда не обращалась.

Мать – 60 лет. Работает редактором местной газеты. По характеру тревожная, исполнительная, ответственная.

**Пробанд.** Беременность и роды матери без особенностей. Раннее развитие соответствовало возрастным нормам – реагировал на дискомфорт, присутствовал

«комплекс оживления» на появление матери. Научился ходить своевременно, с 2,5 лет сформировалась фразовая речь. Детский сад посещал с 2-х лет.

Адаптировался быстро, принимал участие в коллективных играх. В близких друзьях не нуждался, предпочитал играть самостоятельно. С раннего детства родители и педагоги замечали дисгармоничность движений: был неповоротлив, не удавалось принимать участие в спортивных играх. Периодически был задумчив – несколько минут неподвижно стоял у окна, не откликаясь на обращения взрослых. В характере отмечался негативизм, принципиально не выполнял просьбы родителей и воспитателей, старался все сделать наоборот. В отношениях со сверстниками проявлял своенравность.

Дома часами был занят однообразной работой, например, рисованием, с трудом переключался на другое занятие. Если мать пыталась прервать этот процесс, устраивал истерики. Любил расставлять игрушки в ряд определенным образом, подолгу их выравнивал, не разрешал близким нарушать установленный порядок. В дошкольном возрасте непродолжительное время отмечались тики лицевой мускулатуры, редуцировавшиеся самостоятельно к семи годам.

В школу пошел с 7 лет. В детском коллективе адаптировался быстро, близких друзей не заводил. Отличался конфликтностью, часто вступал в драки со сверстниками по незначительному поводу. В школе учителя отмечали медлительность ребенка, сообщали матери, что все необходимые задания выполнять не успевает, при этом раздражается, требует, чтобы учителя диктовали для него диктанты по второму разу.

Материал усваивал с трудом, любимых предметов не выделял, тем не менее, успевал на удовлетворительные оценки. В школу ходил, в основном, в сопровождении матери, говорил, что так «чувствует себя комфортнее».

С 12 лет появились эпизоды выраженной двигательной расторможенности, когда без видимой причины возбуждался – бегал по комнате, бился головой о стену, громко кричал. Подобные приступы продолжались несколько минут,

проходили самостоятельно. Иногда, после эпизода возбуждения, в течение некоторого времени сидел неподвижно, раскачиваясь корпусом, не отвечал на обращенную речь. С этого возраста успеваемость резко снизилась, с трудом усваивал материал, быстро забывал прочитанное. Дома был крайне капризным, раздражительным, отказывался посещать школу. С учителями конфликтовал, мешал проводить уроки – выкрикивал с места, требовал особого к себе отношения. При насмешках со стороны одноклассников, вступал в драки, был вербально и физически агрессивным.

В восьмом классе (13 лет) в связи с вышеописанными нарушениями, а также неуспеваемостью, по настоянию учителя был переведен на домашнее обучение. В том же возрасте впервые осмотрен психиатром ПНД, по его направлению был госпитализирован в психоневрологический интернат, где проживал круглосуточно в течение полугода, принимал лечение (Alimemazini до 10 мг, Amitriptylini до 50 мг). После возвращения вновь посещал общеобразовательную школу. Во время учебы не выполнял требования преподавателей, терпел насмешки со стороны одноклассников, вступал в драки. Считал, что является жертвой социальной несправедливости, и что претерпевает гонения из-за низкой материальной обеспеченности. Сохранялась медлительность, по несколько минут стоял неподвижно, не реагируя на обращенную речь. Общеобразовательную школу закончил без экзаменов на основании справки из ПНД. В дальнейшем нигде не учился, не работал.

В 14 лет после мытья рук возникло ощущение, что не до конца закрыл водопроводный кран, несколько раз включал и выключал воду, пытаюсь убедиться, что закрыл кран окончательно. При этом испытывал выраженный внутренний дискомфорт, раздражение, сломал смеситель. С тех пор считал, сколько раз выключил и включил воду, только после этого успокаивался. Подобные симптомы стали беспокоить во время совершения других бытовых действий - когда выходил из дома поворачивал ключ в замке несколько раз,

только после этого убеждался, что дверь закрыта. Расставлял симметрично предметы на столе, мог провести за этим занятием до двух часов, не принимал пищу, пока не добивался идеального расположения столовых приборов, испытывал тревогу, чувство «внутреннего дискомфорта», переставлял предметы с места на место. Состояние продолжалось около 2-х лет, от посещения психиатра отказывался. Стал совершать определенные действия для уменьшения чувства тревоги, так, если чувствовал, что водопроводный кран не закрыт до конца, или предметы на столе расположены в неправильном порядке, открывал и закрывал кран, ритмично стучал определенное количество раз по мебели, воспроизводя определенный счет, после чего чувствовал облегчение. К 18 годам большую часть дня проводил за совершением подобных нелепых действий, жаловался, что не может остановиться, при попытках матери переключить на другую деятельность становился агрессивным. Участились приступы возбуждения, во время которых мог сломать телефон, разбить бытовую технику, говорил, что виной этому навязчивости, вызывающие сильное раздражение. После долгих уговоров матери согласился на обращение в ПНД, по направлению психиатра был госпитализирован в психиатрическую больницу, получал лечение (Olanzapini до 10 мг, Clomipramini до 100 мг) без существенного эффекта, была оформлена группа инвалидности. По возвращении домой отказался принимать поддерживающую терапию. По-прежнему постоянно совершал навязчивые действия. Эпизоды возбуждения сменялись непродолжительным ступором. По характеру стал еще более конфликтным, негативистичным. Ввел дома определенный режим, позволял матери выходить из комнаты в строго отведенные для этого часы, чтобы та не мешала воспроизводить ритуалы. Запрещал посещать кухню в свое отсутствие, опасаясь, что мать нарушит установленный порядок расположения предметов. Иногда по несколько дней не возвращался домой, бесцельно бродил по улицам, употреблял с малознакомыми людьми алкогольные напитки, спал в подъездах.

С 20 лет постепенно изменился по характеру – стал плаксивым, жаловался матери на постоянную слабость, говорил, что устал от навязчивостей. Перестал ходить на прогулки, практически все время проводил дома. Навязчивости беспокоили в течение всего дня, отмечал выраженную физическую утомляемость при их совершении, просил выполнить действия за него, в случае отказа возбуждался, становился агрессивен. Так, в течение дня мать должна была определенное количество раз переставлять на столе предметы, только после этого принимал пищу, а также несколько раз открывать и закрывать водопроводный кран после его использования. При совершении гигиенических процедур требовал, чтобы в ванной комнате полотенце, шампунь и мыло лежали в определенном порядке, следил за тем, чтобы мать во время совершала требуемые действия. Участились эпизоды возбуждения, которые преимущественно провоцировались отказом матери от выполнения навязчивых действий, «ошибками» в последовательности их воспроизведения, при этом бил себя по голове, стучал ногой по мебели, после чего успокаивался, около 30 минут сидел неподвижно. Время проводил, в основном, за просмотром развлекательных телепередач.

Настоящее ухудшение с октября 2016 года (28 лет), когда участились вспышки возбуждения. Нарушился ночной сон, не давал спать матери, заставляя её совершать вместо себя навязчивые действия. Изучал симптомы своего заболевания в интернете, пытался самостоятельно принимать лечение, учитывая советы других больных в социальных сетях, почувствовал ухудшение, обратился в НЦПЗ, был госпитализирован.

Соматическое состояние. Кожные покровы бледные, отмечается выраженный гипергидроз, акне. Кожа рук гиперемирована. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. PS 90 ударов в 1 мин., АД 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень не выступает из под края реберной дуги. Селезенка не увеличена. Дизурических явлений нет.

Данные лабораторных и инструментальных исследований: ЭКГ - Синусовая тахикардия. Вертикальное положение электрической оси сердца. Клинический анализ крови: Нб - 138 г/л, эритроциты - 5,2 млн в куб.мл, лейкоциты - 7100 в куб.мл, из них п/я - 2%, с/я - 56%, лимфоциты - 33%, эозинофилы - 2%, базофилы - 1%, моноциты - 4%. *Общий анализ мочи:* удельный вес - 1020; сахар, белок, ацетон, желчные пигменты отсутствуют, лейкоциты - 2-3 в поле зрения, соли, бактерии отсутствуют. *Биохимический анализ крови* (трансаминазы, белок и белковые фракции, печеночные пробы, сахар крови) без отклонений от нормы. Сахарная кривая с двойной сахарной нагрузкой нормальная. *Рентген органов грудной клетки* без патологических изменений.

Заключение терапевта: Данные объективного и параклинических методов исследования позволяют исключить заболевание внутренних органов.

Заключение дерматолога: Вульгарные угри кожи лица, спины. Простой контактный дерматит кожи рук.

Заключение окулиста: Зрачковых и глазодвигательных нарушений нет. На глазном дне: диски зрительных нервов с четкими границами, сосуды сетчатки не изменены.

Заключение отоларинголога: Органической патологии со стороны ЛОР органов не выявлено.

По консультации невролога: Глазные щели симметричны. Реакция зрачков на свет живая, содружественная. Зрачки правильной формы, нистагма нет. Легкая асимметрия носогубных складок, язык по средней линии. Точки выхода V пары черепных нервов безболезненны. Глотание не нарушено, слух сохранен. Нарушений чувствительности не выявлено. Сухожильные и надкостничные рефлексы оживлены, симметричны. Хоботковый рефлекс положительный. Парезов нет. Мышечный тонус умеренно повышен в верхних и нижних конечностях по пластическому типу. Объем движений в суставах достаточный.

При ходьбе отмечается отсутствие содружественных движений конечностей, координаторных нарушений нет, в позе Ромберга устойчив. Пальце-носовую, коленно-пяточную пробу выполняет удовлетворительно. Тремора нет.

Дермографизм красный, стойкий, симметричный.

КТ головы: Очаговых изменений в веществе мозга нет.

Электроэнцефалограмма: Отмечаются нерезкие диффузные изменения электроактивности мозга. Знаков судорожной готовности нет. Заключение: неврологической патологии на момент осмотра не выявлено.

Нейропсихологическое обследование: При исследовании нейродинамических показателей психической деятельности отмечаются выраженные трудности концентрации внимания, так, в задании «Выполнение последовательных счетных операций» (вычитание из 100 по 7), часто сбивается: «девятью три минус будет восемьдесят..., не могу сконцентрироваться... в голове пустота...». Отмечается выраженное замедление темпа психической деятельности, на решение данной задачи пациент затратил 2 минуты 13 секунд (при норме до 1 минуты).

Присутствуют нарушения функции регуляции и контроля психической деятельности. В пробе «кулак-ребро-ладонь» повторяет серию движений правильно, однако после инструкции специалиста: «пожалуйста, остановитесь» продолжает выполнять действия, объясняет это тем, что ему «хочется делать все наоборот». Критика к своим трудностям снижена, своих ошибок не замечает, при указании специалиста на ошибку, говорит: «я считаю, что и так нормально».

В сфере динамического праксиса: в графической пробе при рисовании узора отмечаются отсутствие плавности при переключении с одного элемента на другой, симптом «горизонтальной площадки», «уподобление» друг другу разных элементов узора. В речи присутствуют заикания на согласных звуках (например, произносит слово «девятнадцать»: «де-де-вятнадцать» и т.д.).

При исследовании кинестетического праксиса в пробе «праксис позы пальцев» присутствуют трудности повторения даже простых поз за специалистом,



что проявилось особенно ярко при необходимости ориентироваться только на кинестетическую афферентацию (при отсутствии зрительного контроля).

В зрительно-пространственной сфере отмечаются выраженные трудности пространственного анализа и синтеза, так, при выполнении методики «Кубики Кооса» пациент не может решить даже самые простые задачи (выложить узор из 4 элементов), отмечаются грубые ошибки, в том числе, масштабные (в задании, где нужно выложить узор из 4 кубиков (квадрат), выкладывает 6 кубиков (прямоугольник), при этом данную ошибку не замечает. При воспроизведении фигуры Рея-Тейлора часть деталей воспроизводит с пространственными нарушениями (координатными ошибками), другие детали вовсе не воспроизвел.

При исследовании слухоречевой памяти отмечается выраженное снижение объема памяти (кривая запоминания в методике «Десять слов»: 4,5,6,7,7, отсроченное воспроизведение – 5 слов). Обращают на себя внимание явления повышенной тормозимости следов памяти интерферирующими воздействиями, так, в задании на заучивание двух фраз пациент не мог правильно воспроизвести материал – после короткой интерференции он утратил большую часть материала, кроме того, возникали явления контаминации (смешение элементов двух фраз): фразу «в саду за высоким забором росли яблони» воспроизвел как «в лесу у опушки стоял дом»; а фразу «на опушке леса охотник убил волка» - «охотник с собакой гулял в лесу».

При исследовании мыслительной сферы выявляется низкий уровень интеллекта, в процессе обследования с трудом понимает инструкции, требуется их многократное разъяснение; по тесту «Прогрессивные матрицы Равена» результат составляет 90 баллов (при среднем уровне 100-110 баллов).

Заключение: при выраженном замедлении темпа умственной деятельности отмечается нарушение регуляции психической деятельности в сочетании с нарушением динамического и кинестетического праксиса и зрительно-пространственных функций, что указывает на симптомы со стороны префронтальных, премоторных, переднетеменных и теменно-затылочными

отделами коры больших полушарий в сочетании со снижением функций подкорковых структур мозга.

**Психическое состояние на момент поступления:**

В кабинет входит неуверенной походкой, диспластичен, отсутствуют содружественные движения конечностей. Сидит в однообразной позе, положение тела во время беседы не меняет, периодически ритмично раскачивает туловище. Жестикуляция отсутствует, лицо амимично, глаза широко открыты. При обследовании выявляется повышенный мышечный тонус в верхних и нижних конечностях, явления восковой гибкости. Речь в медленном темпе, с продолжительными паузами. На вопросы отвечает не по существу, не всегда понимает суть вопроса, иногда повторяет последнюю, сказанную врачом фразу. С врачом держится без дистанции, требует «немедленно озвучить диагноз», затрудняется предоставить анамнестические данные, ссылаясь на «ненужность» этой информации. Словарный запас бедный, в речи доминируют простонародные выражения, активно использует нецензурную лексику. Круг интересов ограничен собственными потребностями, делами семьи, событиями в стране не интересуется. Не испытывает необходимости в социальных контактах, редко выходит из дома. Грубо отзывается о матери, винит ее в том, что не может обеспечить ему комфортные условия, «ленится» помогать в выполнении ритуалов.

Рассказывает, что в течение многих лет беспокоят навязчивости: чувствует необходимость расставлять вещи определенным образом, не может добиться «идеального расположения предметов. Для облегчения состояния стереотипно стучит по мебели ногой определенное количество раз, переключает водопроводный кран. При совершении бытовых действий не может убедиться, что выполнил их правильно, должен повторить одно и то же действие несколько раз. При этом выраженной тревоги не ощущает, выполняет действия, пока не почувствует, что выполнил их правильно, в достаточном объеме. Заявляет, что последние несколько лет испытывает выраженную слабость, усталость при выполнении навязчивостей, в связи с чем

требует, чтобы все навязчивые действия совершала мать, контролирует правильность выполнения действий. Установил в доме определенный режим, так, разрешает матери посещать кухню в определенные черты, сожаления по этому поводу не испытывает, говорит, что «того требует болезнь».

Из объективных данных известно, что периодически находится в однообразной, причудливой позе, не шевелится, при попытках сдвинуть с места раздражается, просит оставить в покое. Периодически эпизоды ступора сменяются возбуждением, во время которого ведет себя агрессивно, ломает вещи. Приступ возбуждения так же может быть спровоцирован конфликтом, неподчинение матери его требованиям. На лечение согласился после долгих уговоров.

В отделении отказывался принимать большинство препаратов, считал, что они для него «слишком тяжелые». Анамнестические сведения предоставлял с трудом, говорил, что не желает «участвовать в допросах», использует клинику «только как гостиницу», чтобы отдохнуть от матери. Получал лечение Haloperidoli до 15 мг\сут., Fluvoxamini 200 мг\сут. Отмечал побочные эффекты в виде тремора конечностей, дистонии, терапия изменена на Clozapini 100мг/сут., вследствие чего несколько уменьшилась тревога, реже беспокоили навязчивости. Спустя 2 недели был выписан по собственной инициативе, с рекомендацией приема поддерживающей терапии: Clozapini 75 мг в сут.

### **Катамнез (длительность 2 года, больному 30 лет)**

После выписки принимал поддерживающую терапию нерегулярно. Состояние несколько улучшилось – упорядочилось поведение, стал менее агрессивным, возбуждение ограничивалось двигательным беспокойством, редуцирующимся самостоятельно спустя несколько минут. Периодически испытывал необходимость симметрично расставить предметы, повторить несколько раз действия, при этом ритмично стучал по мебели до ощущения «внутреннего комфорта». Часто жаловался матери на слабость, требовал осуществить навязчивые действия, в случае отказа становился раздражительным, однако выраженной агрессии, наблюдавшейся до лечения, не возникало, легче удавалось отвлечь на другую деятельность. Спустя 2 года амбулаторно обратился

в НЦПЗ для коррекции терапии. Из объективных данных известно, что стал менее агрессивным, требовательным по отношению к матери, однако, периодически настаивает, чтобы та осуществляла навязчивые действия, при отказе плачет, жалуется на недостаточное внимание, заботу.

**Психическое состояние на момент катанестического исследования :**

Сидит в застывшей позе, стереотипно раскачиваясь на стуле. Лицо амимично, жестикуляция отсутствует. Жалуется на навязчивости, когда возникает мысль о том, что выполнил бытовое действие не до конца, не правильно, расставил вещи недостаточно ровно, симметрично, при этом возникает раздражительность, чувство внутреннего «дискомфорта», испытывает необходимость выполнить действия еще раз совершить действия, несколько раз ритмично постучать по столу.

Периодически беспокоит слабость, не может самостоятельно совершать навязчивые действия, просит об этом мать. Все время проводит за просмотром телевизора, смотрит в окно, из дома практически не выходит. Интересы к семейным делам не проявляет.

**Разбор**

Приведенное клиническое наблюдение отражает характеристики обсессивно-компульсивной и кататонической симптоматики, свойственные наблюдениям рассматриваемого подтипа. Обсессивно-компульсивная симптоматика (на момент катанестического обследования) представлена, в основном, компульсивными ритуалами – движениями, в том числе деструктивного характера, совершаемыми в следствие ощущения не до конца выполненного действия. Кататонические расстройства в виде частых вспышек возбуждения, провоцируются либо конфликтными ситуациями, либо невозможностью выполнить ритуал, но также возникают аутохтонно. Стоит отметить, что в наблюдениях данного подтипа вспышки кататонического возбуждения нередко объединялись с обсессивно-компульсивными феноменами и возникали при отказе родственников выполнить требуемые пациентами ритуалы. На всем протяжении болезни так же регистрируются непродолжительные

эпизоды ступорозных состояний, не имеющих связи с динамикой обсессивно-компульсивных расстройств: эхо-феномены, негативизм, кататонические стереотипии. Обращает на себя внимание отсутствие осознания двигательных нарушений, характерное для больных представленного типа.

С раннего детства у больного отмечаются двигательные расстройства, представленные сменой субступорозных эпизодов и приступов возбуждения, а также общей медлительностью, дисгармоничностью, негативизмом. Так же в дошкольном возрасте присутствует эмоциональная уплощенность – отсутствие близких друзей, безразличие к матери. Данные расстройства совпадают с описанием детской шизофрении с преобладанием кататонических расстройств (В.М. Башина, 1971).

Манифестация кататонической симптоматики приходится на возраст 12 лет – приступы двигательного возбуждения, сопровождающиеся агрессивным поведением и нанесением самоповреждений, сменяются субступорозными состояниями. Обращает на себя внимание уже в подростковом возрасте быстрое нарастание негативных изменений - эмоционального уплощения, эксплозивности, манипулятивного поведения, эгоцентризма, социальной дезадаптации. Регистрируемую по жалобам больного астеническую симптоматику, проявляющуюся с подросткового возраста, уместно трактовать в рамках манипулятивного поведения – больной предъявляет жалобы на слабость с целью управления родственниками, в случае их отказа от выполнения требований, астенические жалобы усиливаются. Эмоциональные изменения, объединяясь с обсессивно-компульсивной симптоматикой, представленной сложной системой защитных ритуалов, формируют комплекс манипулятивно-потребительского поведения, характерный для синдрома «патологического рационализма» (Аккерман В.И., 1962, Смулевич А.Б. с соавт. 2018). Для всех больных представленного подтипа сочетания ОКР и кататонии, характерно вовлечение в процесс осуществления ритуалов близких родственников, что существенно снижает уровень жизни не только самого больного, но и других членов семьи.

Наследственность в представленном клиническом случае имеет отягощение ананкастическими чертами, вспышками возбуждения, агрессивным поведением. Есть указания на наличие обсессивно-компульсивных симптомов у тети пациента, а также эпизодов кататонического возбуждения, психопатической измененности у отца. Похожая наследственность обнаруживается у других пациентов изученной группы: 18 больных (64.3% от выборки) имели родственников с анакастическими чертами, заболеваниями шизофрении, шизотипического расстройства, обсессивно-компульсивного расстройства, что подтверждает данные литературы о частой наследственной отягощенности при раноначавшейся шизофрении (В. Fish 1971, Г.Е. Сухарева 1974, В.В. Ковалев 1977, Е. Moran 2017).

Сочетание кататонической и обсессивно-компульсивной симптоматики, нарастание негативных изменений, снижение уровня интеллекта позволяют сформулировать диагноз: шизофрения, детский тип (F20.8003) – рано начавшаяся, протекающая с явлениями кататонии и ОКР (с доминированием защитных ритуалов) на фоне эмоциональных изменений и психопатоподобных нарушений в рамках синдрома патологического рационализма.

Разработанная типология отражает не только психопатологическую дифференциацию коморбидных обсессивно-компульсивных и кататонических расстройств, но и характеристику эндогенного заболевания, в рамках которого они выступают.

Синдром обсессивной замедленности представлен шизофренией, протекающей с преобладанием ОКР («злокачественная болезнь навязчивостей» [Rumke Н. 1967], шизо-обсессивное расстройство [G. Zohar 1998, Poyurovsky M. et al. 2003]). Неблагоприятный прогноз в этих случаях определяется не только хронически персистирующими обсессивными феноменами с защитно-ритуальным поведением, но формирующимися дефицитарными изменениями по типу псевдопсихастении. Тем не менее, в сравнение с пациентами второго типа,

можно говорить об относительно более благоприятном прогнозе заболевания (см. Табл. 5).

**Таблица 5. Средняя длительность заболевания и стационаризований в изученных группах больных.**

Выделенные типы сочетания кататонии и ОКР	1 тип	2 тип	
		1 подтип	2 подтип
Средняя длительность заболевания (лет)			
Госпитализации:			
Средняя частота (число в год)			
Средняя длит. госпитализаций (мес)			
Доля пациентов с установленной инвалидностью в группе (%)			

Как видно из представленных данных большинство показателей, отражающих тяжесть течения заболевания достоверно ниже при синдроме обсессивной замедленности. Это обстоятельство можно объяснить с одной стороны возрастом начала заболевания (подростковый или юношеский), а также доминированием в клинической картине обсессивно-компульсивных расстройств. При синдроме обсессивной замедленности кататонические явления манифестируют уже на фоне длительно существующих навязчивостей и, более того, выявляются исключительно в контексте обсессий. При синдроме кататонических компульсий, напротив, навязчивые феномены включаются в клиническую картину, определяющуюся доминированием кататонической симптоматики.

При синдроме кататонических компульсий кататонические симптомокомплексы формируются в рамках рано начавшейся (детской) шизофрении (по В.М. Башиной [1977]) с быстрым нарастанием таких нарушений, как эмоциональное обеднение, задержка интеллектуального развития и аутизация. Появляющиеся в более позднем возрасте обсессивно-компульсивные симптомы в известной степени редуцированы и не оказывают выраженного влияния на общую тяжесть течения заболевания. Таким образом, нарушения социального функционирования пациентов второго типа в большей степени определяются дефицитарными изменениями.

Структура негативных расстройств при синдроме кататонических компульсий также отражается на уровне социального функционирования пациентов – максимальные нарушения выявляются в случаях выраженного интеллектуального снижения (1-ый подтип), в рамках рано начавшейся шизофрении (см. табл. 5). Наблюдения второго типа, с формированием патологического рационализма (2-ой подтип) демонстрируют несколько менее выраженные нарушения социального функционирования, но при этом достоверно тяжелее нежели состояния первого типа (синдром обсессивной замедленности).

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

Явления кататонии, регистрируемые в изученной выборке, представлены расстройствами, характеризующимися различной степенью сродства с разными вариантами обсессивно-компульсивных симптомокомплексов. Так, в рамках синдрома обсессивной замедленности кататонические знаки выявляются на высоте таких obsessions, как контрастные навязчивости, патологические сомнения, мизофобия (связанная с чувством незавершенности действий), бытовые перепроверки. Можно предположить, что тесные коморбидные связи с проявлениями ОКР обнаруживает лишь часть нарушений кататонического круга, а именно, преимущественно субступорозные состояния. По всей вероятности,



именно они, объединяясь с моторными нарушениями, характерными для ОКР (идеаторными и двигательными ритуалами), образуют феномен обсессивной замедленности.

Полученные данные согласуются с точкой зрения ряда исследователей, предполагающих, что обсессивная замедленность является сложным симптомокомплексом, включающим помимо ОКР ряд других двигательных расстройств [S. Kruger 2000, R. Saha 2015]. В случаях ОКР у пациентов первого типа, в качестве такого дополнительного психопатологического проявления выступает субступорозная кататония, сосуществующая с навязчивостями в рамках единого симптомокомплекса.

Иные закономерности выявлены при синдроме кататонических компульсий. Если в случаях первого типа наблюдаются только отдельные кататонические феномены, то для кататонических компульсий характерен широкий круг моторных нарушений, включающих (помимо субступорозных симптомов) вспышки двигательного возбуждения, негативизм, манерность и др. Спектр обсессивно-компульсивных нарушений, напротив, представлен лишь ограниченным числом навязчивых феноменов – преимущественно компульсий и двигательных ритуалов.

При том, что во всех изученных случаях коморбидные соотношения представлены перекрыванием навязчивых и кататонических феноменов с образованием общих симптомов, структура коморбидности при разных типах ОКР имеет существенные отличия.

В случаях синдрома обсессивной замедленности субступорозные нарушения включаются в структуру идеаторных и двигательных ритуалов, усложняя их клиническую картину и утяжеляя ОК симптоматику в целом. При синдроме кататонических компульсий двигательные навязчивости дополняют доминирующие кататонические расстройства, но не оказывают существенного влияния на стереотип их развития. Напротив, обсессивно-компульсивная

симптоматика, имевшая в момент своего формирования интрузивный характер, в процессе динамики трансформируется в эгосинтонные (не доставляющие дискомфорта) ритуалы, смыкающиеся с двигательными стереотипиями.

Оценивая влияние коморбидной кататонической симптоматики на динамику обсессивно-компульсивных симптомокомплексов, можно говорить о различных тенденциях. Формирование синдрома обсессивной замедленности свидетельствует о генерализации обсессивно-компульсивной симптоматики. При синдроме кататонических компульсий навязчивости не претерпевают существенного развития.

Данные особенности стереотипов развития ОКР и кататонии в пределах сложных синдромов имеет клиническое значение в плане разработки дифференцированного подхода к их терапии (см. гл. 5).

#### **4 глава.**

### **Нейропсихологические и патопсихологические характеристики коморбидных кататонических и обсессивно-компульсивных расстройств.**

Сочетание кататонии и ОКР в рамках единого заболевания, по мнению многих авторов является важным и недостаточно изученным психопатологическим феноменом [D. Veale 1993, G. Singh et al. 2003, G. Eryilmaz et al. 2014]. Диагностика таких расстройств зачастую затруднена из-за недостаточной критики больных к своему состоянию, что приводит к несвоевременному началу лечения, очевидна необходимость привлечения дополнительных методик, включающих психометрическое, патопсихологическое и нейропсихологическое обследование.

В последние десятилетия возрос интерес к изучению особенностей когнитивного функционирования при шизофрении. В настоящее время когнитивная дисфункция рассматривается как одно из важнейших звеньев этиопатогенеза шизофрении [Иванов М.В. 2008]. Для уточнения механизмов когнитивного функционирования пациентов, страдающих шизофренией в ряде исследований использовался нейропсихологический метод, который позволяет соотнести нарушение высших психических функций с функционированием определенных областей коры головного мозга и его подкорковых структур [Ткаченко С.В., Бочаров А.В. 1991, Зайцева Ю.С. 2011, Янушко М.Г., Иванов М.В. 2014, Корсакова Н.К. 2014]. Были получены результаты, указывающие на снижение контроля за деятельностью у больных шизофренией, что коррелирует с функцией лобных отделов коры [Корсакова Н.К. 2014]; снижение произвольной регуляции деятельности и ее нейродинамических параметров, а также зрительной и слуховой памяти, что соотносится с функционированием лобных, височных и затылочных отделов коры, а также подкорковых структур мозга [Зайцева Ю.С. 2011]; в целом, в большинстве

исследований у больных шизофренией выявлялся когнитивный дефицит, обусловленный вовлечением большого числа мозговых структур [Иванов М.В. 2008].

В литературе также существуют описания нейропсихологических особенностей у больных как с кататонией, так и с обсессивно-компульсивным расстройством [G. Northoff 2002, M. Abbruzzese 1997, A. Abramovitch 2015, Кутлубаев М.А. 2016]. Однако среди накопленных данных отсутствуют исследования клинических случаев сочетания кататонии и ОКР при шизофрении.

Дифференциальная диагностика кататонии и иных двигательных нарушений, связанных с неврологическими заболеваниями или аффективными нарушениями остается актуальной до настоящего времени и требует тщательного анализа не только непосредственно двигательных расстройств, но и клинической картины в целом. Стоит отметить, что большинство авторов, изучающих кататонию, указывали на необходимость комплексного обследования пациентов, включая нейропсихологическую диагностику для уточнения связи структуры и функционирования головного мозга с клиническими проявлениями психических нарушений [D. Rogers 1985]. По определению А. Shah (2017) кататония - это комплексное нейропсихологическое расстройство, которое приводит к нарушениям двигательной, волевой, речевой и поведенческой сфер. G. Northoff (2003), резюмируя результаты, проведенных в последние десятилетия исследований, делает выводы об отличительных особенностях корково-подкорковых взаимодействия при кататонии, так, в отличие от болезни Паркинсона, когда происходит первичное нарушение базальных ганглиев и соответственно подкорково-кортикальной связи (нарушение «вертикальной восходящей модуляции»), при кататонии двигательные нарушения связаны с дисфункцией в первую очередь орбито-фронтальной и теменной зоны («горизонтальная модуляция»), что приводит к дисфункции корково-подкорковой связи по типу «нисходящей вертикальной модуляции», клинические же проявления двигательных нарушений при кататонии и болезни Паркинсона во

многим сходны, что связано с дисфункцией базальных ядер в обоих случаях. В своем исследовании G. Northoff (1999) обнаружил существенные нарушения у пациентов с кататонией в зрительно-пространственной сфере, что указывает на дисфункцию правой теменной зоны. В работе А.Н. Бархатовой (2005) были обследованы пациенты с эндогенным юношеским приступообразным психозом с кататоническими расстройствами в структуре манифестного приступа, по результатам нейропсихологического обследования у данных пациентов так же выявлена недостаточность пространственных и квазипространственных представлений, что соответствует билатеральной дисфункции теменно-затылочных регионов с акцентом на правую гемисферу. В целом у всех обследованных больных с кататоническим синдромом изменения были связаны, в основном, с функциями лобных долей головного мозга, что указывает на снижение функционирования префронтальных отделов коры больших полушарий.

Данные нейропсихологического обследования больных с обсессивно-компульсивным расстройством немногочисленны, их результаты разрознены. При диагностике данного расстройства была обнаружена неоднородность показателей произвольной регуляции психической деятельности, проявляющаяся такими нарушениями, как торможение реакции, принятие решений, переключение с одного задания на другое, планирование и др. [А. Аусисеги 2003, Кутлубаев М.А. 2016]. А. Аусисеги (2003) отметил, что показатели значительно различаются в зависимости от сопутствующего диагноза.

По данным А. Abramovitch (2017) дефицит интеллекта у больных с ОКР, по результатам исследований, выполненных в последние десятилетия, связан прежде всего со снижением скорости обработки информации, об этом говорит отсутствие стойко сниженного показателя IQ у обследованных больных. В мета-аналитической работе А. Abramovitch (2015) отметил, большинство авторов, обследуя больных с клинически проявляющейся замедленностью и ОКР, указывали на снижение «скорости обработки информации» («Processing speed»),

как следствие «нейрокогнитивного дефицита», в то время как является необходимым более детальное изучение больных ОКР с моторными нарушениями для уточнения, являются ли двигательные нарушения следствием обсессивно-компульсивных симптомов или других психопатологических нарушений.

Исследование высших психических функций представляет интерес в связи с возможностью интерпретации клинических проявлений медлительности и заторможенности, у больных с ОКР. По представленным в литературе данным основные нарушения больных ОКР проявляются в мнестической сфере в виде существенных нарушений визуальной памяти, что по мнению ряда авторов может обуславливать медлительность и неравномерность темпа деятельности (Rotch et al. 2004, N. Shin 2013). Нейропсихологическое обследование, включающее 165 пациентов с ОКР, проведенное N. Намо с соавт. (2018) показало, что у данных пациентов наиболее существенными оказались нарушения памяти.

Применение метода нейропсихологического обследования в данном исследовании представляется важным в связи с необходимостью получения дополнительных данных, необходимых для дифференциации нозологических форм сочетания кататонии и обсессивно-компульсивных феноменов. Нейропсихологическое и патопсихологическое обследование было выполнено научным сотрудником отдела по изучению пограничной психической патологии и психосоматических расстройств (руководитель – академик РАН Смулевич А.Б.) Научного центра психического здоровья (ФГБНУ НЦПЗ, директор – профессор Т.П. Ключник) Гиацинтовой А.А.

### **Описание методического комплекса**

Оценка состояний ВПФ проводилась по традиционной схеме нейропсихологического обследования больных (Лурия, 1969). Было проведено комплексное нейропсихологическое и патопсихологическое обследования, включавшее оценку праксиса, оптико-пространственной деятельности,

слухоречевой и зрительной памяти, мышления, а также произвольной регуляции деятельности и ее нейродинамических параметров. Для оценки различных компонентов высших психических функций использовалась количественная нейропсихологическая шкала, по которой была произведена оценка степени выраженности нарушений тех или иных функций баллах (Глозман, 2012).

При исследовании слухоречевой памяти использовался набор проб, включавший заучивание 10 слов с непосредственным и отсроченным (через 40 минут) воспроизведением, запоминание 2 групп по 3 слова, запоминание 2 фраз. Для изучения зрительной памяти и оптико-пространственных функций использовалась методика запоминания 5 невербализуемых фигур, копирование и воспроизведение по памяти фигуры Рея-Тейлора, методика «Кубики Кооса» (пациенту предлагалось проанализировать зрительный образец и собрать соответствующий узор на столе из кубиков). Исследование праксиса включало пробы на динамический праксис (проба Озерецкого на реципрокную координацию, проба «кулак-ребро-ладонь», графическая проба «Заборчик»). Кинестетический праксис исследовался с помощью пробы «праксиса позы пальцев рук». Пространственный праксис изучался с помощью проб Г. Хеда. Мышление пациентов исследовалось с помощью методики «Прогрессивные матрицы Равена», где способность к решению логических задач оценивалась в баллах. Оценка способности к произвольной регуляции деятельности производилась на основе анализа возникающих трудностей в процессе выполнения перечисленных заданий, оценивалась способность выстроить стратегию деятельности, проанализировать результаты своей деятельности и исправить ошибки. Для исследования нейродинамических показателей психической деятельности использовалась методика «таблицы Шульте», а также учитывались такие особенности выполнения заданий, как особенности включения в задание, характеристики темпа работы, симптомы нарушения избирательности психических процессов и конфабуляции.

Математико-статистическая обработка данных проводилась с помощью программы IBM SPSS Statistics 20.0.0.2. Проверка гипотез о различиях между группами проводилась с помощью *U*-критерия Манна-Уитни.

### **Описание выборки**

Всего было обследовано 60 пациентов (51 мужчина и 9 женщин; средний возраст – 43 года). Первую группу составили пациенты с синдромом обсессивной замедленности (22 пациента). В данной группе в начале заболевания на первый план выходили обсессивно-компульсивные расстройства. Кататоническая симптоматика сопровождала обсессии и преимущественно проявлялась в момент выполнения ритуалов либо в связи с навязчивыми сомнениями. С течением болезни моторные нарушения становились более выраженными и начинали охватывать все сферы деятельности пациентов.

Вторую группу составили пациенты с синдромом кататонических компульсий (38 пациентов). В данной группе пациентов моторные нарушения выявлялись вне контекста навязчивых феноменов, сами обсессии воспринимались пациентами как эго-синтонные и выполнялись ими автоматически, без критики. Спонтанно возникающие субступорозные состояния не тяготили пациентов и не замечались ими. Данная группа отличалась большей степенью выраженности кататонической симптоматики, чем обсессивно-компульсивных проявлений, в отличие от тех же показателей в группе больных с синдромом обсессивной замедленности, демонстрирующих обратную зависимость.

### **Результаты нейропсихологического обследования пациентов с синдромом обсессивной замедленности.**

При исследовании функций программирования, произвольной регуляции и контроля у пациентов данной группы были обнаружены отчетливые трудности



произвольной регуляции поведения. При выполнении проб Г. Хеда у пациентов часто отмечались явления эхопраксии, в ряде случаев они воспроизводили позу, повторяя ее за специалистом зеркально. При выполнении пробы на динамический праксис, когда пациентам предлагалось задание повторить серию последовательных движений «кулак-ребро-ладонь», больные затруднялись запомнить и повторить двигательную программу, у некоторых пациентов отмечалась тенденция к сужению программы (утрачивали один из элементов) или к ее расширению (добавляли лишний элемент). Трудности произвольной регуляции проявлялись также при исследовании мыслительной сферы: при решении логических задач пациенты были склонны к перепроверкам (решив задачу, по несколько раз возвращались к ней, чтобы проверить правильность решения), что снижало темп и общую продуктивность деятельности. При выполнении методики «Кубики Кооса» пациенты часто были склонны к использованию одного и того же способа деятельности, затрудняясь переключиться на другой тип задачи. Например, собрав несколько узоров в форме квадрата, при переходе к заданию, где необходимо было собрать узор в форме ромба, пациенты продолжали собирать его в форме квадрата.

При исследовании динамического праксиса наблюдались трудности при выработке сложных двигательных навыков, снижение плавности при выполнении двигательных проб. При выполнении графической пробы «Заборчик», где требовалось повторить рисунок из двух сменяющих друг друга элементов, пациенты испытывали затруднения при переключении с одного элемента рисунка на другой. При выполнении пробы «кулак-ребро-ладонь» в ряде случаев также отсутствовала плавность, движения были резкими, отрывистыми. Кроме этого, у некоторых пациентов отмечались затруднения в экспрессивной речи в виде трудностей переключения с одной артикуляции на другую, что может говорить о патологической инертности возникших артикуляционных стереотипов.

У пациентов данной группы присутствовали также определенные сложности в сфере кинестетического праксиса. При выполнении пробы «праксис позы пальцев рук» у пациентов в некоторых случаях отмечались первичные ошибки, когда пациент затруднялся повторить за специалистом определенные позы, совершая поисковые движения или воспроизводя позу с ошибкой. Наиболее отчетливо это проявлялось в сенсibilизированном варианте пробы при переносе позы без зрительного контроля (когда рука пациента была закрыта от него экраном). Это указывает на некоторые трудности кинестетической афферентации при выполнении произвольных движений.

У пациентов данной группы также отмечались трудности в зрительно-пространственной сфере. При запоминании 5 зрительных стимулов отмечалось сужение объема непосредственного воспроизведения. Помимо этого в большинстве случаев при воспроизведении этих стимулов отмечались первичные пространственные ошибки, в первую очередь, координатные (нарушение воспроизведения пространственного расположения стимула по осям право-лево, верх-низ). В других случаях при воспроизведении зрительных стимулов пациенты путали их порядок.

При этом темп психической деятельности у пациентов данной группы находился в пределах нормы либо был незначительно снижен. Помимо этого, отмечались трудности включения в задание, что проявилось как в двигательной, так и в интеллектуальной сфере. Так, при выполнении «пробы Озерецкого» на реципрокную координацию рук отмечалось замедление формирования двигательного навыка. В когнитивной сфере отмечались трудности сосредоточения, колебания внимания. При запоминании 10 слов в отдельных случаях отмечались колебания продуктивности запоминания, когда объем воспроизведения снижался после 3 или 4 воспроизведения.

При исследовании интеллектуальной сферы способность к логическому мышлению у пациентов данной группы была относительно сохранна. По

результатам теста Равена средний уровень интеллекта составил по группе 95 баллов, что соответствует среднему уровню.

Таким образом, при обследовании нейропсихологическим методом пациентов с синдромом обсессивной замедленности у них было отмечено снижение способности к произвольной регуляции деятельности в сочетании с некоторыми трудностями в сфере динамического праксиса, зрительно-пространственного восприятия и кинестетической афферентации произвольных движений. Помимо этого, было выявлено некоторое снижение нейродинамических параметров психической деятельности, что проявлялось в первую очередь трудностями сосредоточения и колебаниями работоспособности. Согласно отечественной и зарубежной нейропсихологии, данные симптомы коррелируют с функциональным состоянием лобных, переднетеменных и теменно-затылочных отделов коры больших полушарий головного мозга. Выявленное снижение нейродинамических параметров соотносится с функционированием подкорковых отделов больших полушарий.

### **Результаты нейропсихологического обследования пациентов с синдромом кататонических компульсий.**

При исследовании произвольной сферы у пациентов данной группы были обнаружены достаточно выраженные трудности произвольной регуляции психической деятельности. При выполнении проб Г.Хеда у пациентов отмечались эхопраксические повторения. При этом обращало на себя внимание снижение критики, нарушение способности к анализу собственных действий, пациенты часто не замечали своих ошибок. Введение развернутой речевой инструкции (такой, например, как: «я поднимаю правую руку – ваша правая рука находится наперекрест к моей – вам нужно поднять именно эту руку») помогало пациенту скорректировать ошибку, но последующие задания также выполнялись с явлениями эхопраксии. В отдельных случаях выполнение заданной программы замещалось всплывающими инертными стереотипами, возникшими на более

ранних этапах в ходе исследования больного. Например, в при выполнении пробы «кулак-ребро-ладонь» пациент начинал выполнять движения из предыдущей пробы на кинестетический праксис. При выполнении проб на динамический праксис («кулак-ребро-ладонь») у них также возникали значительные трудности: пациенты путали порядок элементов, сужали либо расширяли программу движений руки. При исследовании мыслительной сферы больные часто не могли выстроить определенную программу решения задачи. Так, в задании «Кубики Кооса», где предлагалось выложить узор из кубиков по образцу, пациент пытался решить задачу путем проб и ошибок, хаотично перебирая кубики, пока случайно не находил нужную комбинацию элементов. В ряде случаев отмечалась потеря контроля над собственными движениями. Так, некоторые пациенты отмечали, что «рука перестала слушаться». В других случаях пациент после просьбы психолога остановить выполнение рисуночной пробы продолжал рисовать узор, говоря при этом, что он «не может остановиться».

Трудности в сфере динамического праксиса отмечались при выполнении большинства двигательных проб. Так, при выполнении графической пробы «Заборчик» некоторые пациенты не могли выполнить узор, возникали явления «уподобления» элементов, трудности переключения с одного элемента рисунка на другой. В процессе выполнения графических проб отмечались персеверации, когда пациент обводил один и тот же элемент рисунка, например, круг, много раз. В экспрессивной устной речи отмечались запинки на согласных звуках.

При исследовании кинестетического праксиса были выявлены первичные ошибки, которые указывали отчетливое снижение кинестетической афферентной основы произвольных движений.

У пациентов данной группы выявлены значительные затруднения в зрительно-пространственной сфере. При воспроизведении зрительных стимулов выявлялись многочисленные координатные, метрические и в отдельных случаях проекционные ошибки. При копировании фигуры Рея-Тейлора у пациентов

наблюдались метрические ошибки (трудности оценки длины и ширины элементов рисунка), пациенты часто воспроизводили стимул со значительным искажением структуры зрительного образа, утрачивали многие элементы исходного стимула. При выполнении методики «Кубики Кооса» наблюдались метрические и масштабные ошибки, ошибки по типу инверсии цвета.

У пациентов данной группы было выявлено выраженное снижение темпа психической деятельности. Отмечались явления нарушения избирательности психических процессов. Кроме того, отмечались явления тормозимости следов памяти интерферирующими воздействиями, которые были выражены во всех сферах. Так, в задании на повторение фраз, после короткой интерференции у пациентов отмечалась практически полная утрата материала, например, повторив первую фразу «В саду за высоким забором росли яблони», а потом вторую «На опушке леса охотник убил волка», пациент, в ответ на просьбу снова повторить первую фразу, говорит: «не помню... про яблоки...»; забывает также и вторую фразу: «убил волка?». В других случаях отмечались контаминации – смешение элементов двух фраз (первую фразу воспроизводит как «в лесу у опушки стоял дом», вторую – «охотник с собакой гулял в лесу»).

При исследовании интеллектуальной сферы в данной группе пациентов средние показатели интеллекта были ниже нормы (85 баллов по тесту «Прогрессивные матрицы Равена»).

Таким образом, при обследовании нейропсихологическим методом пациентов с синдромом кататонических компульсий у них было отмечено отчетливое снижение способности к произвольной регуляции деятельности в сочетании с трудностями в сфере динамического праксиса, а также нарушения в зрительно-пространственных функциях и отчетливые трудности кинестетической афферентации произвольных движений. Помимо этого, было выявлено отчетливое снижение нейродинамических параметров психической деятельности, что проявлялось в первую очередь значительным замедлением темпа деятельности,

снижением общей продуктивности работы. Выявленные симптомы свидетельствуют об отчетливом снижении функций лобных, переднетеменных, теменно-затылочных отделов коры и подкорковых отделов больших полушарий головного мозга.

### **Сравнительная характеристика групп синдром обсессивной замедленности и синдром кататонических компульсий.**

Нейропсихологическое обследование второй группы показало более тяжелые расстройства психической деятельности по сравнению с пациентами первой группы. При исследовании произвольной сферы у пациентов второй группы регуляторные ошибки по типу эхопраксий встречались чаще, чем у пациентов первой группы. При исследовании мыслительной сферы больные с кататоническими компульсиями испытывали сложности произвольной регуляции, которые проявлялись иначе, чем у пациентов с синдромом обсессивной замедленности: у пациентов 1-го типа отмечались сложности переключения с одного способа решения задачи на другой, сомнения в правильности принятого решения, перепроверки, у пациентов второй группы – хаотичность деятельности, снижение критики к ее результатам, в отдельных случаях - потеря контроля над собственными движениями; подобных проявлений у пациентов первой группы не отмечалось.

При нейропсихологическом исследовании психомоторной сферы трудности в сфере динамического праксиса наблюдались у пациентов обеих групп. При этом у пациентов с синдромом обсессивной замедленности на первый план выходили такие проявления, как отсутствие плавности, отрывистость движений при выполнении двигательных проб. У пациентов второй группы трудности в сфере динамического праксиса были более отчетливыми: отмечались персеверации, выраженные трудности при переключении с одного элемента программы на другой, явления уподобления элементов при выполнении пробы «Заборчик» (см. Рис. 2).

## Образец



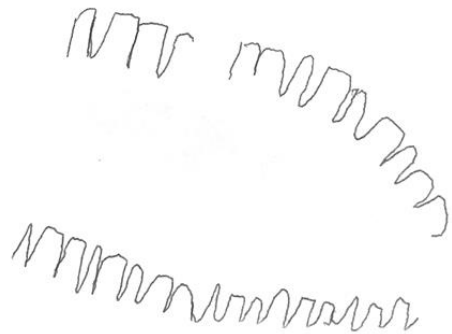
Выполнение пробы пациентом из группы

«ОКР с явлениями обсессивной замедленности»



Выполнение пробы пациентом из группы

«ОКР с явлениями мягкой кататонии»



**Рис. 2. Примеры выполнения графической пробы на переключение пациентами двух групп.**

Также у пациентов обеих групп была выявлена недостаточность кинестетической афферентной основы произвольных движений. У пациентов обеих групп при выполнении проб на кинестетический праксис отмечались первичные ошибки, при этом у пациентов второй группы они встречались значительно чаще ( $p=0,009$ ) (см. Таблицу 6).

**Таблица 6. Результаты выполнения нейропсихологических проб пациентами первой и второй группы.**

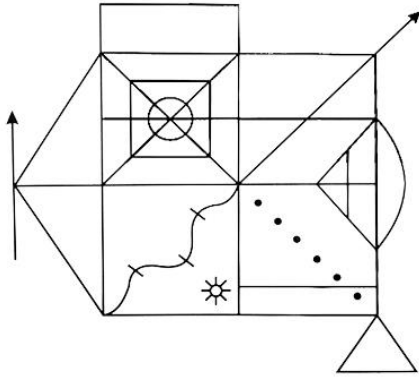
Методика	Синдром обсессивной замедленности	Синдром кататонических компульсий	Различия (критерий Манна-Уитни)
Праксис позы пальцев рук	0,8 балла	1,2 балла	p=0,009
Пробы Г. Хеда	0,9 балла	1,4 балла	p=0,037

*Шкала: 0 – полностью правильное выполнение, 3 – наиболее выраженные нарушения психической деятельности.*

Помимо этого, для пациентов обеих групп были характерны достаточно выраженные трудности в зрительно-пространственной сфере: при выполнении зрительно-пространственных задач у пациентов обеих групп отмечались координатные ошибки, при этом у пациентов второй группы помимо координатных выявлялись метрические, масштабные и проекционные ошибки, а также ошибки по типу инверсии цвета. При выполнении задания на воспроизведение зрительно-пространственного стимула по памяти у пациентов с синдромом кататонических компульсий отмечались ошибки по типу искажения структуры исходного стимула, чего не было отмечено у пациентов с синдромом обсессивной замедленности (см. Рис. 3).

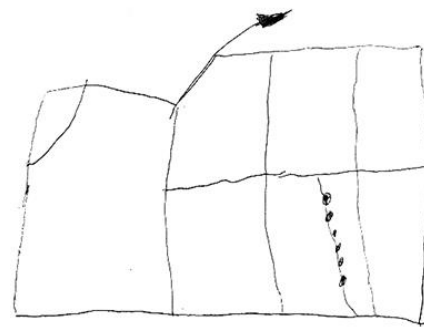
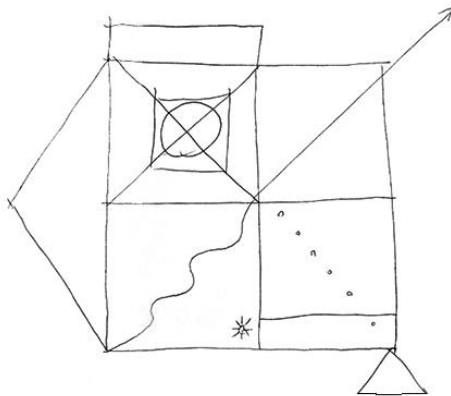
Образец





Выполнение пробы пациентом из группы  
«ОКР с явлениями обсессивной замедленности»

Выполнение пробы пациентом из группы  
«ОКР с явлениями мягкой кататонии»



**Рис. 3. Примеры выполнения задания на отсроченное воспроизведение зрительного стимула (фигуры Рея-Тейлора) пациентами двух групп.**

Снижение способности к пространственной организации движений (пространственные ошибки в пробах Г. Хеда) также обнаружилось в обеих группах, при этом у пациентов второй группы данные сложности были значительно более выражены ( $p=0,037$ ) (см. Таблицу 6).

При исследовании нейродинамического компонента психической деятельности у пациентов второй группы было выявлено выраженное снижение темпа психической деятельности, в то время как показатель умственной работоспособности у пациентов с синдромом обсессивной замедленности

находился на уровне нижней границы нормы. Различия в темпе психической деятельности у пациентов этих двух групп были статистически достоверными ( $p=0,039$ ) (см. Таблицу 7).

**Таблица 7. Результаты выполнения методики «таблицы Шульте» пациентами первой и второй группы.**

Методика	Показатель	Синдром Обсессивной замедленности	Синдром кататонических компульсий
Таблицы Шульте	Среднее время выполнения 5 таблиц	48 сек	61 сек

Кроме того, у пациентов второй группы были более выражены трудности включения в задание. Так, при выполнении методики «Запоминание 10 слов» трудности включения чаще отмечались у пациентов второй группы ( $p=0,017$ ).

Также у пациентов второй группы чаще встречались ошибки, связанные с нарушением избирательности мнестических процессов ( $p=0,000$ ).

При исследовании слухоречевой памяти у пациентов второй группы было выявлено более выраженное снижение продуктивности запоминания по сравнению с пациентами первой группы (см. Таблицу 8). При оценке уровня интеллекта у пациентов первой группы этот показатель находился в пределах нормы (95 баллов по тесту Равена «Стандартные прогрессивные матрицы»). У пациентов второй группы было отмечено снижение по сравнению с нормой (86 баллов по тесту Равена).

**Таблица 8. Ошибки при выполнении методики «Запоминание 10 слов» пациентами первой и второй группы.**

Методика	Показатель	Синдром обсессивной замедленности	Синдром кататонических компульсий	Различия (критерий Манна- Уитни)
Запоминание 10 слов	Трудности включения в задание	У 45% пациентов	У 76% пациентов	p=0,017
	Среднее число побочных вплетений (число слов)	0,3 слова	2 слова	p=0,000
	Снижение продуктивности запоминания	0,6 балла	0,9 балла	p=0,018

*Шкала: 0 – полностью правильное выполнение, 3 – наиболее выраженные нарушения психической деятельности.*

В целом, у пациентов с синдромом кататонических компульсий были отмечены отчетливые трудности произвольной регуляции поведения, недостаточность кинестетической основы произвольных движений, нарушения зрительно-пространственных функций, которые оказались более выражены, чем у пациентов с синдромом обсессивной замедленности. У пациентов второй группы также было отмечено более выраженное снижение нейродинамических параметров психической деятельности, что выражалось, главным образом, в значительном замедлении темпа деятельности, нарушении избирательности психических процессов и трудностях включения в деятельность. Помимо этого, у пациентов второй группы отмечалось более отчетливое снижение в сфере памяти и интеллекта по сравнению с пациентами первой группы.

Таким образом, при анализе результатов нейропсихологического обследования в двух группах пациентов был отмечен ряд общих черт, характерных для кататонических расстройств (нарушения произвольной

регуляции и зрительно-пространственной сферы), что соответствует данным, ранее описанным в литературе (G. Northoff 2002, А.Н. Бархатова 2005). При этом были выявлены различия между этими двумя группами – у пациентов второй группы нарушения психической деятельности во многих сферах были более выраженными. Регистрируются более отчетливые трудности произвольной регуляции поведения, отмечаются более выраженные нарушения в зрительно-пространственной сфере, более отчетливо проявилась недостаточность кинестетической афферентной основы произвольных движений, кроме того, отмечено более выраженное снижение нейродинамических показателей психической деятельности. Также у пациентов второй группы отмечалось значительное снижение интеллектуальных способностей, достигающее у некоторых пациентов уровня умственной отсталости.

Таким образом, у пациентов обеих групп было выявлено сочетание симптомов, которые в соответствии с принятой системой их нейропсихологической квалификации (по А.Р. Лурия) коррелируют с функционированием лобных, переднетеменных, теменно-затылочных отделов коры, а также подкорковых структур больших полушарий, при этом у пациентов второй группы эти симптомы оказались значительно более выраженными. Полученные данные соотносятся с выявленными клинически более тяжелыми нарушениями у больных с синдромом кататонических компульсий. Таким образом, установлено, что выделенные в результате психопатологического и клинического анализа два типа сложных симптомокомплексов (представленных коморбидными кататоническими и обсессивно-компульсивными нарушениями) дифференцируются и по своим нейропсихологическим показателям, что подтверждает диагностическую надежность представленной типологии.

## **5 Глава.**

### **Терапия сочетанных обсессивно-компульсивных и кататонических расстройств в рамках шизофрении и расстройств шизофренического спектра.**

Подходы к терапии шизофрении, протекающей 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 приведенных работах речь идет о единичных наблюдениях, судить об эффективности психофармакотерапии в целом не представляется возможным. Однако в публикациях содержатся некоторые общие выводы. Авторы сходятся в том, что наиболее предпочтительны комбинированные методики, включающие антипсихотики и антидепрессанты.

Представленные выше данные отражают современное состояние проблемы сочетанных обсессивно-компульсивных и кататонических расстройств – несмотря на появившийся интерес к разработке методов лечения данных сложных симптомокомплексов эффективность той или иной терапевтической тактики не апробировалась даже на небольших выборках. Говоря о возможных подходах к психофармакотерапии коморбидных ОКР и кататонии можно оперировать лишь данными фармакологических исследований либо обсессивно-компульсивных либо кататонических расстройств.

Терапевтические подходы к лечению ОКР в течение последних десятилетий строятся на преимущественном использовании препаратов с серотонинергической активностью в связи с гипотезой об исключительной роли дисфункции

серотонина в формировании обсессивно-компульсивной симптоматики [D. Denys 2006, Kellner M. 2010, P. Alonso et al. 2015]. В качестве наиболее предпочтительных лекарственных средств традиционно рассматриваются селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС) в связи с их высокой серотонинергической активностью, а также относительной безопасностью при долгосрочном применении [W. Goodman 1997, R. Bergeron. et al., 2002, T. Nakamae 2011, Michael H. Bloch 2016]. Использование других серотонинергических антидепрессантов лимитируется либо недостаточными данными об их антиобсессивной активности, либо (как в случае трициклических антидепрессантов) сложностями длительного применения в виду возникновения побочных эффектов [L. Koran 2006, R. Ulloa et al., 2007, W. Karameh 2016].

Однако, не смотря на доказанную эффективность терапии ОКР серотонинергическими антидепрессантами, 40-60 % больных остаются резистентными к данному виду терапии, что обуславливает необходимость присоединения к схеме терапии антипсихотика [С. McDougle 2000, М. Bloch 2006, К. Komossa et al. 2010, D. Veale 2014].

В работах, рассматривающих вопросы психофармакотерапии шизофрении с доминированием ОКР, большинство исследователей предлагает комбинированные подходы к лечению, включающие назначение антипсихотика и антидепрессанта. [Завидовская Г.И., 1971, Н.М. Асатиани, 1965; Ю.Т. Джангильдин, 1982; Шюркуте А.А, 1987; Воронцова К.А., 1988; Колюцкая Е. В., 2002, Загороднова Ю.Б. 2010]. При этом, антипсихотики используются уже не как средство преодоления лекарственной резистентности, а в качестве основного лечения шизофрении.

Распространенный в отечественной психиатрии подход к терапии кататонических расстройств также строится на приоритетном использовании антипсихотиков [М.Я. Цуцульковская 1968, А.Н. Бархатова 2005, В.Г. Каледа 2006, А.Г. Алексеева 2016, И.В. Доровских и др. 2016]. Однако тенденция

рассматривать кататонию в качестве психопатологического образования характерного не только для кататонической шизофрении породила альтернативный подход, предполагающий симптоматическое лечение с применением производных бензодиазепаина [Fink M, Taylor MA 2003, A. Unal 2013]. Тем не менее, данная позиция не находит подтверждения во многих исследованиях. G. Ungvari (1999), проведя двойное слепое, плацебо контролируемое исследование по лечению хронической кататонии у больных шизофренией получил результаты, не обнаружившие терапевтического эффекта бензодиазепинов по сравнению с плацебо. Результаты части исследований свидетельствуют об эффективности монотерапии антипсихотком в случаях кататонической шизофрении [M. Menard et al. 2013, Y. Bai 2018]. Так же в литературе представлены данные, доказывающие эффективность клозапина при лечении кататонической шизофрении [S.Dursun 2005, S.Chattopadhyay et al. 2012, K. Tabbane 2016]. Проанализировав более 3000 публикаций, A. SM Pelzer (2018) делает вывод о том, что, не смотря на преобладающее количество исследований о воздействии производных бензодиазепаина на кататонию, данная терапевтическая тактика не является приоритетной схемой лечения пациентов, страдающих шизофренией и имеющих кататонические симптомы.

В рамках настоящей работы проведено психофармакологическое исследование, основанное на предположении, что выделенные типы коморбидных обсессивно-компульсивных и кататонических симптомокомплексов (см. гл.3) дифференцируются и в аспекте терапевтических подходов.

Целью настоящего исследования явилась разработка тактики лечения больных с шизофренией и расстройствами шизофренического спектра, протекающими с навязчивостями и кататонией, а также определение круга психотропных препаратов, предпочтительных для купирования каждого из выделенных симптомокомплексов.

Началу исследования предшествовал анализ медицинской документации (частота и длительность госпитализаций, проводимая ранее психофармакотерапия) пациентов, вошедших в изученную выборку. Установлено, что лишь 6 больных до момента обследования не получали психиатрической помощи. Остальные 82 пациента наблюдались в ПНД и получали специализированную терапию, 59 из них имели группу инвалидности по психическому заболеванию. Данные о длительности амбулаторного и стационарного лечения в изученной выборке представлены в табл. 9.

**Таблица 9.**

**Длительность терапевтических курсов у больных с учетом типа коморбидных обсессивно-компульсивных и кататонических расстройств (n=82).**

Тип сочетания ОКР и кататонии	Число больных, получавших лечение		Средняя длительность курсов терапии (мес.)
	стационарное	амбулаторное	
Синдром обсессивной замедленности	24	4	1,7
Синдром кататонических компульсий	52	2	2,6
Всего	82	6	2,2

Как видно из представленных данных, во всех группах пациентов выявлено частое обращение за специализированной помощью с преимущественно стационарным лечением. Наибольшая продолжительность терапевтических курсов отмечена в группе больных с кататоническими компульсиями, наименьшее - у пациентов с синдромом обсессивной замедленности, что



позволило предположить различия в чувствительности к психофармакотерапии у выделенных групп пациентов.

Согласно данным, полученным в исследованиях, проведенных ранее в отделе по изучению пограничной психической патологии и психосоматических расстройств ФГБНУ НЦПЗ (2005-2017) на выборках больных шизофренией, протекающей с доминированием ОКР, длительность курсов комбинированной психофармакотерапии составляла 6-9 недель с выявлением достаточно высокой резистентности больных к проводимому лечению [Стась С.Ю., 2008; Загороднова Ю.Б., 2010, Белова Н.А. 2012]. Учитывая значительную выраженность обсессивно-компульсивных расстройств в сочетании с кататонией, заранее предполагался высокий процент нонреспондеров, в связи с чем курс терапии составил 9 недель.

Разработка лечебно-реабилитационных мероприятий для контингента пациентов, сочетающих ОКР с кататонией в рамках шизофрении и расстройств шизофренического спектра проведена на выборке – 70 наблюдений (18 человек из 88 больных изученной группы по разным причинам не смогли пройти полный девятинедельный курс) с различными типами симптомокомплексов: 32 - с синдромом обсессивной замедленности; 38 – с синдромом кататонических компульсий.

Натуралистическое исследование эффективности разных видов психофармакотерапии проведено в 3 этапа. Длительность 1 этапа составила 3 недели, второго этапа – 4 недели, 3 этапа – 2 недели. По завершении каждого из этапов проводилась промежуточная оценка эффективности терапии.

Степень выраженности обсессивной симптоматики и ее динамика определялись по Шкале Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS) для обсессий и компульсий [Goodman W.K. et al, 1989]. Учитывая наличие в психическом статусе больных кататонических расстройств, оценивалась

динамика показателей по шкале Bush-Francis Catatonia Rating Scale (BF CRS) для кататонии [Bush G. et al. 1996].

В ходе исследования применялась Шкала общего клинического впечатления (CGI — Clinical Global Impression), показатели которой отражают общую тяжесть наблюдаемого расстройства до начала терапии (CGI-S - Clinical Global Impression-Severity) и изменения состояния в процессе лечения (CGI-I - Clinical Global Impression-Improvement) по 5 параметрам («выраженное улучшение», «улучшение», «незначительное улучшение», «без изменений», «ухудшение»). Критериями положительного ответа на проводимое лечение являлось 20% снижение среднего балла по Шкале Yale-Brown, 30% снижение среднего балла по Шкале BF CRS, показатель «улучшение» или «выраженное улучшение» по шкале CGI-I.

Пациенты с положительным ответом на любом из этапов лечения продолжали прежнюю терапию с возможной коррекцией суточной дозы, нонреспондеры переходили на следующий этап исследования.

В исследовании использовались антидепрессанты - кломипрамин, флувоксамин, эсциталопрам, пароксетин, и антипсихотики (как традиционные, так и атипичные) – галоперидол, зуклопентиксол, клозапин, кветиапин, оланзапин, рисперидон, арипипразол (средние суточные дозы указаны в Табл. 10). В качестве корректора экстрапирамидных расстройств применялся тригексифенидил, в отдельных случаях к терапевтической схеме присоединялись транквилизаторы – диазепам и клоназепам.

Лечение осуществлялось преимущественно лекарственными таблетированными формами. В случаях, требующих более высокой терапевтической активности в максимально короткие сроки, а также для минимализации экстрапирамидных побочных явлений, применялись парентеральные способы введения препаратов.

Таблица 10.

Психотропные средства, их средние суточные дозы (ССД) и пути введения, использованные при лечении больных, включенных в исследование (n=70).

Препарат	Суточные дозы (мг/сут):	
	минимальные и максимальные; путь введения	
	перорально	парентерально
<b>Антипсихотики</b>		
<i>Традиционные:</i>		
Галоперидол	5-15	5-20
Зуклопентиксол	10-50	
<i>Атипичные:</i>		
Клозапин	100-200	
Кветиапин	150-600	
Рisperидон	2-6	
Арипипразол	5-30	
Оланзапин	5-20	
<b>Антидепрессанты</b>		
<i>ТЦА:</i>		
Кломипрамин	75-250	75-150
<i>СИОЗС:</i>		
Флувоксамин	100-200	
Эсциталопрам	10-20	
Пароксетин	20-60	
<b>Анксиолитики</b>		
Клоназепам	0,5-2	
Диазепам	10-20	10-20

На 1 этапе (длительностью 3 недели) всем пациентам назначался антипсихотик, выбор которого определялся индивидуальными особенностями пациента (спектр нежелательных явлений на предшествующей терапии, наличие аллергических реакций в анамнезе, результаты лабораторных и

инструментальных обследований). В 20 наблюдениях схема дополнялась парентеральным введением диазепама (ССД=12,5 мг). Необходимость дополнительного назначения анксиолитика в подавляющем большинстве случаев была обусловлена инсомнией, а также эпизодическими усилениями тревоги.

На 2 этапе (продолжительностью 4 недели) пациентам с отрицательным ответом на терапию, проводилось дополнение схемы лечения СИОЗС или кломипрамином (при отсутствии эффекта на СИОЗС).

На 3 этапе, длительность которого составила 2 недели, учитывая терапевтическую резистентность, используемый антипсихотик заменялся на клозапин [Kane J. et al., 1989; Christison G.W. et al., 1991; Bressan R.A. et al., 2001, F. Schirmbeck and M. Zink 2012].

Результаты исследования представлены в Табл. 11.

**Таблица 11. Число респондеров в группах пациентов с обсессивной замедленностью и мягкой кататонией с учетом этапов исследования.**

ЭТАПЫ ИССЛЕДОВАНИЯ						
Тип симптомо- комплекса	1-й – 3 нед.		2-ой – 4 нед.		3-й – 2 нед.	
	включено	респондеры абс. (%)	Включено	респондеры абс. (%)	Включено	респондеры абс. (%)
Синдром обсессивной замедленности	32	8 (25%)	24	16 (66,7%)	8	1 (12,5%)

Синдром кататонических компульсий	38	14 (36,84%)	24	4 (16,66%)	20	7 (35 %)
ВСЕГО	70	22 (31,43%)	48	20 (41,67%)	28	8 (28,57%)

По результатам 1 этапа положительный ответ на терапию (галоперидол в ССД= 10 мг, зуклопентиксол в ССД=40 мг, рисперидон в ССД=6 мг, оланзапин в ССД=20 мг, кветиапин в ССД=600 мг, арипипразол ССД=15 мг) зафиксирован у 22 пациентов (31,43 %). Респондеры распределялись следующим образом: 8 – синдром обсессивной замедленности, 14 — синдром кататонических компульсий. Отличия эффективности терапии в двух группах статистически значимы ( $p < 0,05$ ).

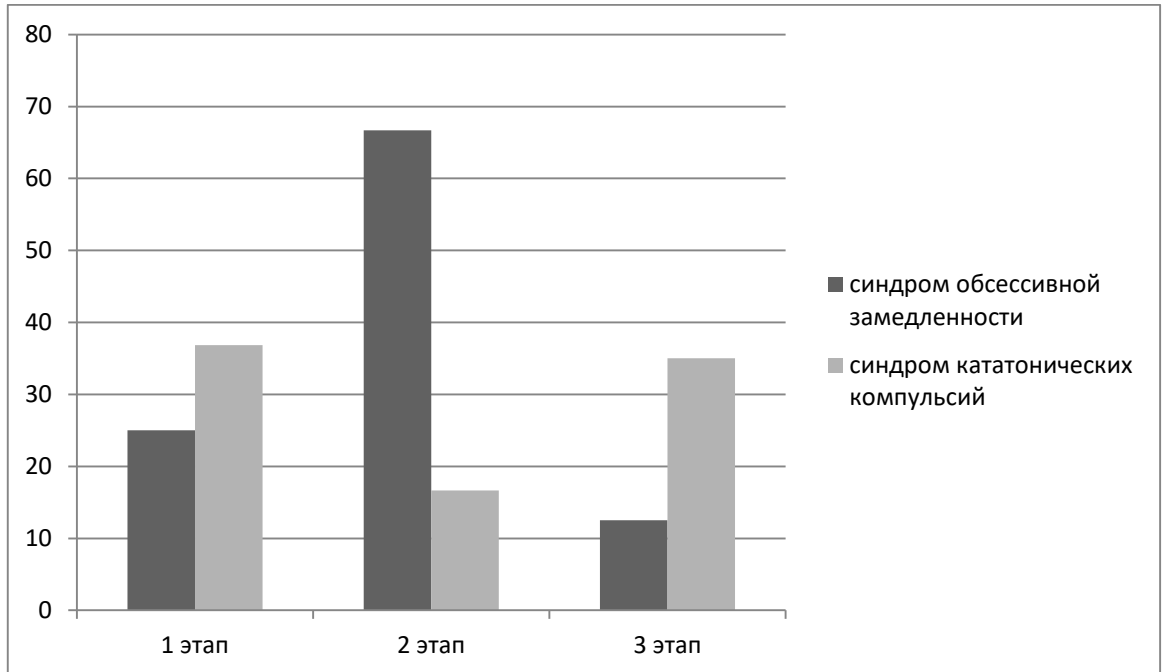
Респондеры, положительно ответившие на терапию антипсихотиком, (большинство из которых оказались пациенты с синдромом кататонических компульсий), продолжили дальнейшее лечение назначенным препаратом.

На 2 этап исследования переводились нонреспондеры 1-го этапа (48 пациентов). Терапия была дополнена СИОЗС (флувоксамин в ССД=200 мг, пароксетин в ССД=40 мг, эсциталопрам в ССД=15 мг) при отсутствии эффекта был назначен кломипрамин. Эффективность 2 этапа терапии в исследуемой группе в целом составила 41,67% (положительный ответ у 20 пациентов). Среди респондеров было 16 пациентов с синдромом обсессивной замедленности. Эффективность второго этапа терапии статистически значимо отличалась в двух группах. Все респондеры второго этапа продолжили дальнейшее лечение антипсихотиками в сочетании с антидепрессантами.

На 3 этапе исследования с участием 28 больных респондеры составили 8 больных (28,57%) - 1 пациент с синдромом обсессивной замедленности и 7 — с синдромом кататонических компульсий. Эффективность терапии третьего этапа статистически значимо ( $p < 0,05$ ) была ниже у пациентов с синдромом

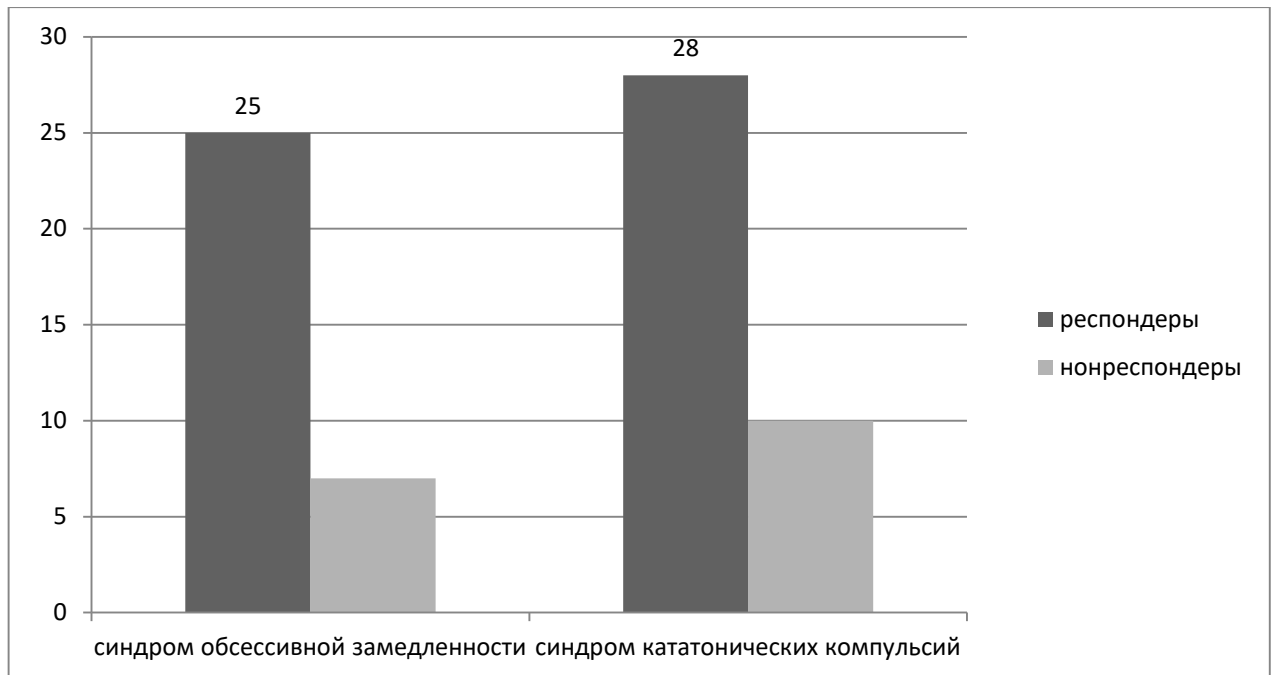
обсессивной замедленности по сравнению с синдромом кататонических компульсий. Клозапин применялся в ССД=300 мг.

Обобщенные данные об эффективности терапии (с учетом этапа исследования) представлены на Рис. 4



**Рисунок 4. Респондеры (в %) в группах больных с синдромом обсессивной замедленности и синдромом кататонических компульсий на трех этапах исследования.**

Средняя суммарная эффективность 9-недельной терапии составила 75,7% (рис. 5). Проведенный анализ общего терапевтического ответа в изученных группах выявил различную чувствительность к медикаментозному воздействию у пациентов с синдромом обсессивной замедленности и с синдромом кататонических компульсий.



**Рисунок 5. Эффективность 9-ти недельного курса терапии с учетом % респондеров и нонреспондеров в выделенных группах больных к завершению исследования.**

Приведенные данные позволяют судить об уровне лекарственной резистентности в выделенных группах пациентов. К завершению исследования наибольший уровень лекарственной резистентности оказался в группе больных с синдромом кататонических компульсий – 26,3% нонреспондеров. Максимальная результативность терапии в указанной группе больных выявилась при лечении антипсихотиками (43,2 % респондеров).

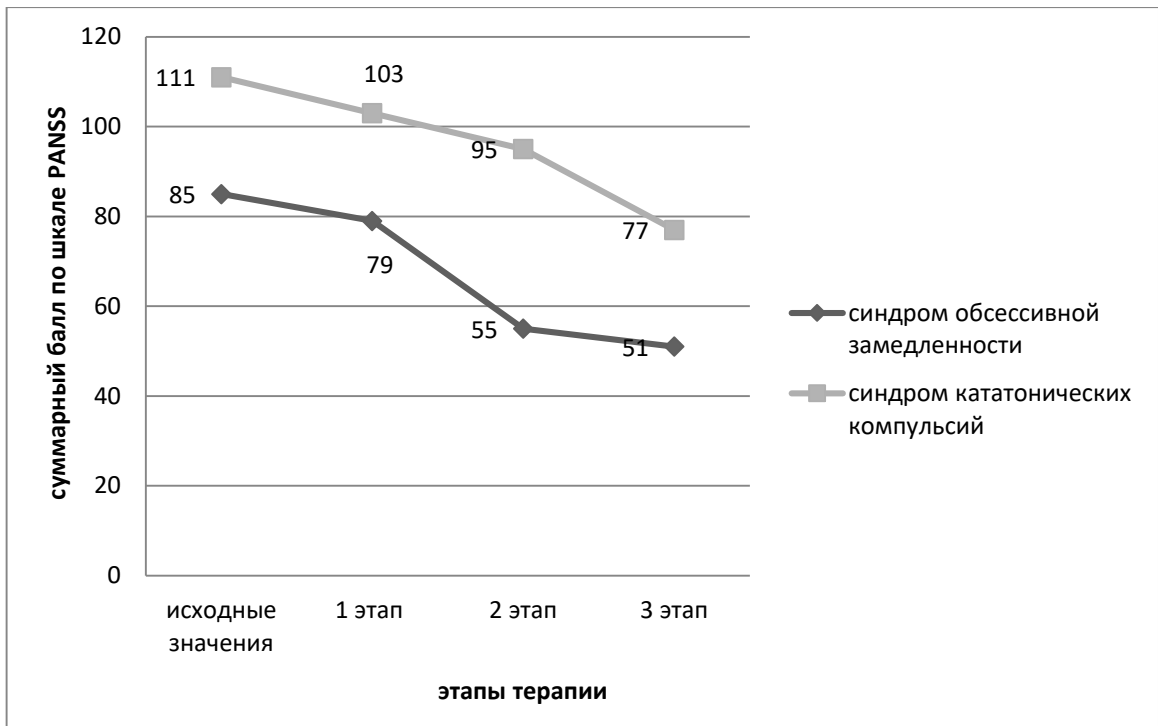
Следует отметить, что в группе больных с синдромом кататонических компульсий процент нонреспондеров к завершению исследования составил 26,3%, однако «улучшение» по CGI-I значительно преобладало над «выраженным улучшением» и отмечено у 70,0% и от количества респондеров. Наибольший эффект лечения достигнут у пациентов данной группы на 1-м и 3-м этапе. Наименьшее количество респондеров на 2-м этапе лечения (16,7% респондеров), что свидетельствует о наличии иных механизмов, задействованных в патогенезе заболевания, антидепрессанты не являются препаратом выбора при лечении больных данной группы. Эффект у пациентов с синдромом кататонических компульсий отмечен при монотерапии традиционными и атипичными

антипсихотиками, а также при использовании клозапина. Полученные данные соответствуют имеющимся в литературе сведениям. Наиболее эффективным антипсихотическим препаратом для лечения кататонии многие авторы признали клозапин (D. Naber et al. [1992], R. Benatov et al. 1996, S. Dursun [2005], J. Strawn [2007], M. England [2011], S. Chattopadhyay et al. [2012]). Положительный ответ симптомов кататонии на рисперидон отмечен в исследованиях E.H. Cook с соавторами [1996], L.C. Korala с соавторами [1998], E.C. Lauterbach [1998], M. Bahro с соавторами [1999], B. Hesslinger с соавторами [2001], A. Valevski с соавторами [2001], F. van der Heijden с соавторами [2002], на оланзапин – в исследовании F. Martényi с соавторами [2001], на арипипразол – в исследовании R.J.Aaron [2014], Vörös V, Tényi T. [2010] .

В группе пациентов с синдромом обсессивной замедленности отмечен лучший ответ на терапию, традиционно применяющуюся для лечения шизофрении с ОКР (антидепрессант в сочетании с антипсихотиком), что подтверждает высказанное ранее предположение о преимущественном участии обсессивного компонента в этой группе.

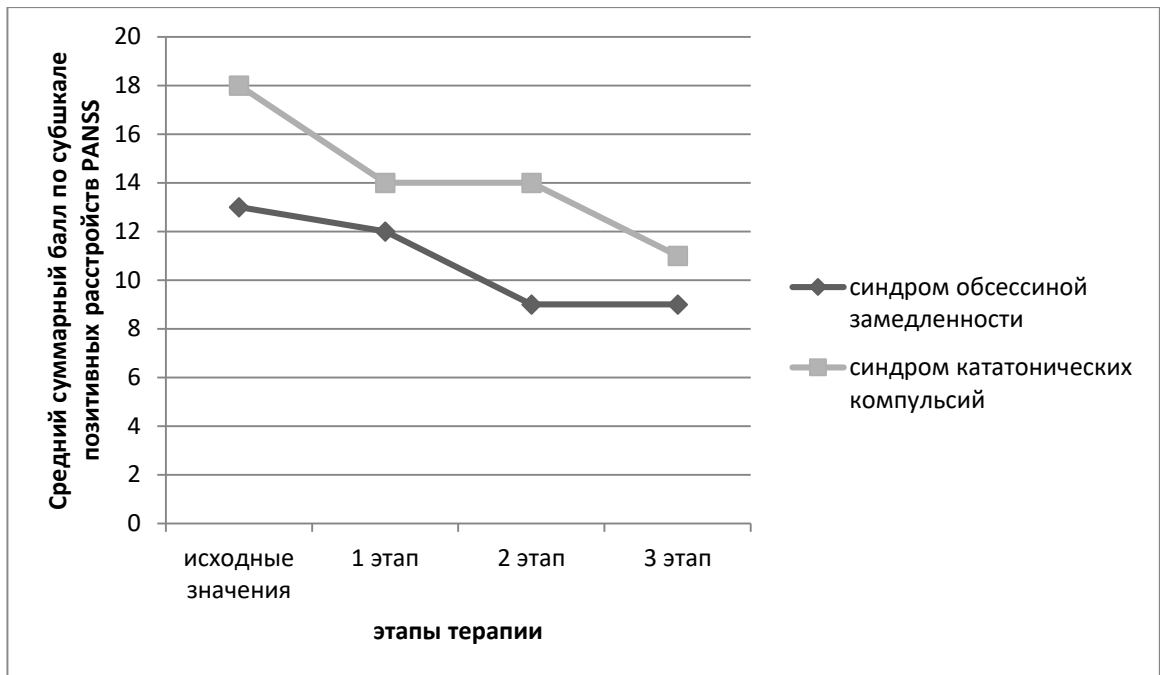
Динамика среднего суммарного балла основных оценочных шкал, использованных в исследовании в течение курса 9-недельной терапии представлена на Рис. 6 -11.





**Рисунок 6. Динамика суммарного балла PANSS на трех этапах терапии у больных с синдромом обсессивной замедленности и с синдромом кататонических компульсий.**

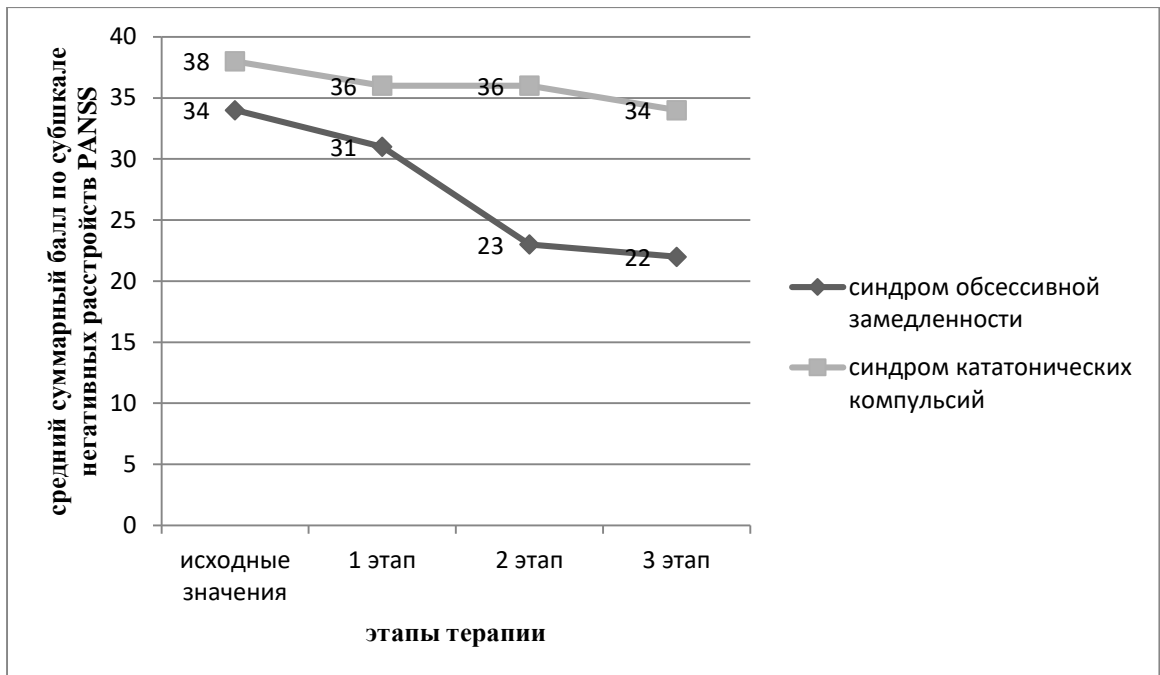
Из данных, представленных на рисунке 6, следует, что динамика редукции суммарного балла по шкале PANSS оказалась неодинаковой в выделенных группах. Так, больные с синдромом обсессивной замедленности выявили лучший ответ на терапию, сопровождающийся статистически значимым снижением ( $p < 0,05$ ) общего бала по шкале PANSS, на втором этапе (комбинированная терапия) – с 103 до 95 баллов. При синдроме кататонических компульсий статистически значимое ( $p < 0,05$ ) улучшение отмечено на первом (монотерапия антипсихотиком) и третьем (комбинированная терапия с использованием клозапина) этапах – со 122,2 до 94,2 и с 92,4 до 85,6 баллов.



**Рис. 7. Динамика среднего суммарного балла по субшкале позитивных расстройств PANSS на трех этапах терапии у больных с синдромом обсессивной замедленности и с синдромом кататонических компульсий.**

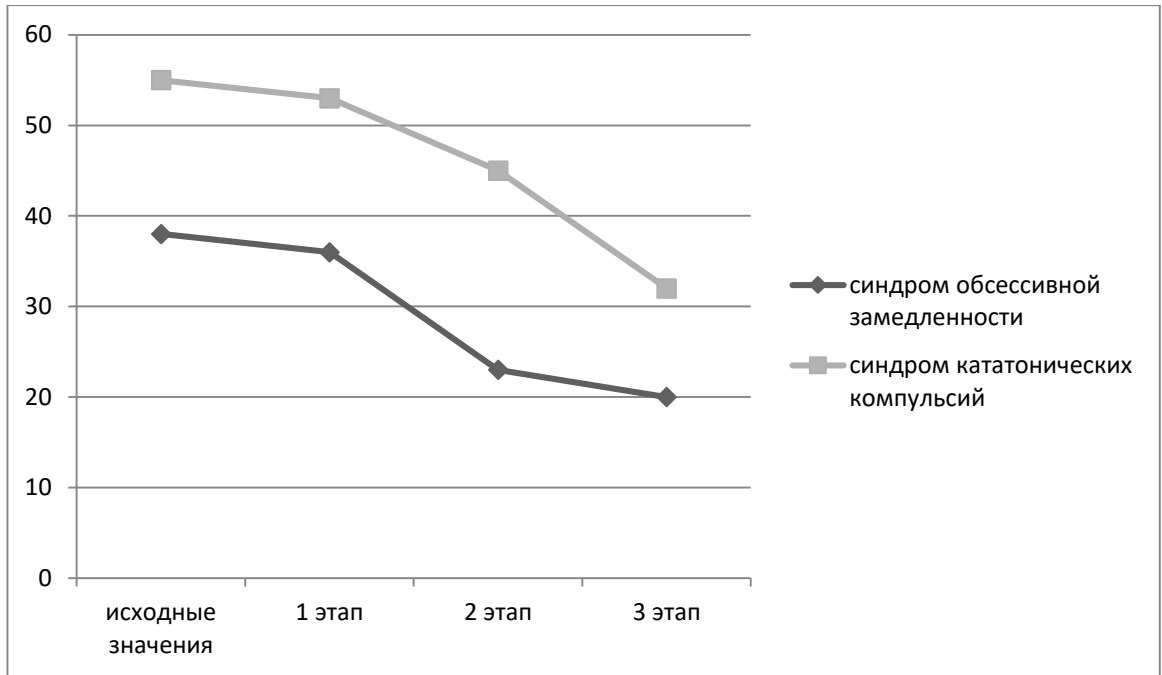
Согласно сведениям, представленным на рис. 7 в группе пациентов с синдромом кататонических компульсий на первом и третьем этапах (монотерапия атипичным антипсихотиком и клозапином, соответственно) зафиксировано статистически значимое снижение среднего суммарного балла, на втором этапе (при добавлении к антипсихотику антидепрессанта) изменение среднего суммарного балла отсутствует ( $p > 0,05$ ).

Максимальное, статистически значимое ( $p < 0,05$ ) снижение среднего суммарного балла по субшкале позитивных расстройств PANSS у больных с синдромом обсессивной замедленности обнаружено на втором этапе лечения (лечение антипсихотиком в комбинации с антидепрессантом).



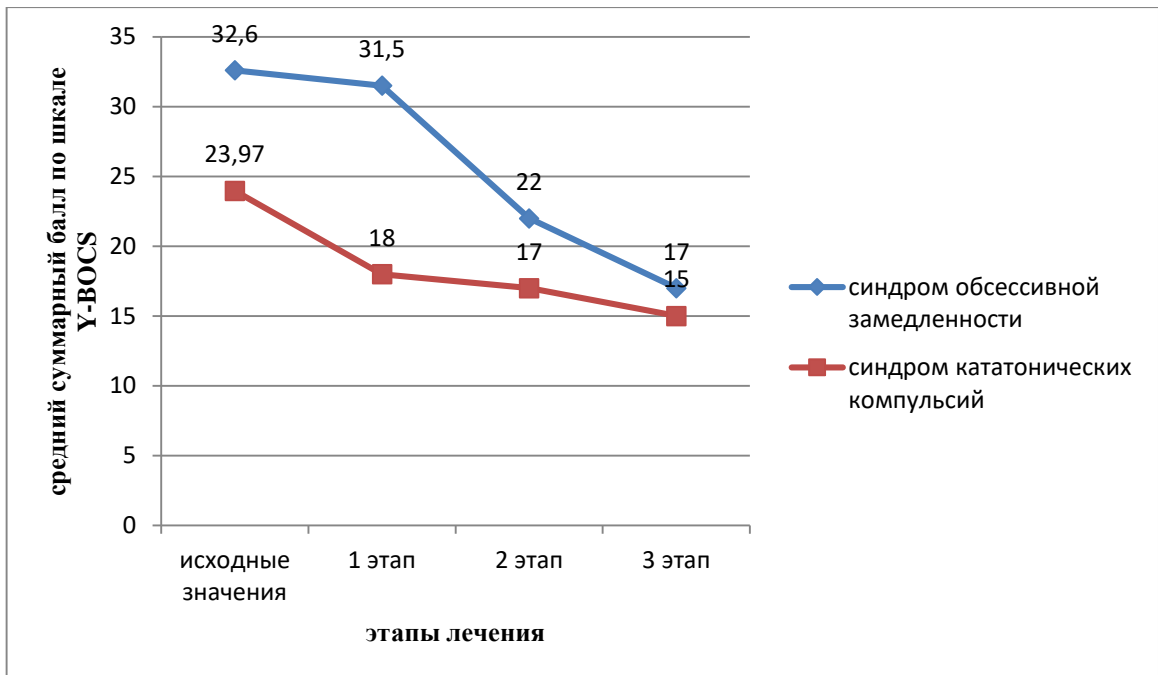
**Рис. 8. Динамика среднего суммарного балла по субшкале негативных расстройств PANSS на трех этапах терапии у больных с синдромом обсессивной замедленности и синдромом кататонических компульсий.**

Согласно данным, представленным на рис. 8, анализ динамики среднего суммарного балла по субшкале негативных расстройств PANSS не выявил статистически значимого изменения у больных с синдромом кататонических компульсий ( $p > 0,05$ ). В группе с синдромом обсессивной замедленности статистически значимое снижение среднего суммарного балла ( $p < 0,05$ ) отмечено на втором этапе (комбинированная терапия).



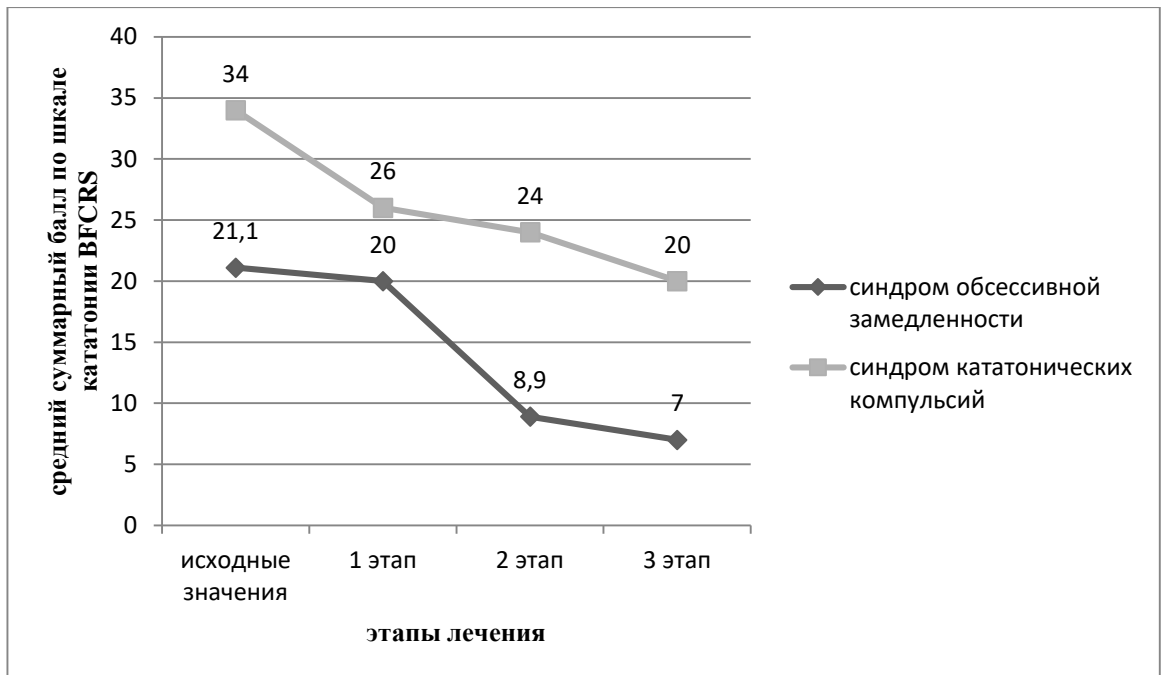
**Рис. 9. Динамика среднего суммарного балла по субшкале общих психопатологических расстройств PANSS на трех этапах терапии у больных с синдромом обсессивной замедленности и синдромом кататонических компульсий.**

Динамика среднего суммарного балла по субшкале общих психопатологических расстройств PANSS была максимальной у больных с синдромом обсессивной замедленности на втором этапе лечения (снижение среднего суммарного балла статистически значимо,  $p < 0,05$ ), у больных с синдромом кататонических компульсий статистически значимое снижение среднего суммарного балла ( $p < 0,05$ ) обнаружено на первом и третьем этапах лечения.



**Рисунок 10. Динамика ССБ по шкале Y-BOCS в выделенных группах больных.**

В группе с синдромом обсессивной замедленности исходный показатель среднего суммарного балла шкалы Y-BOCS (32,6 баллов) оказался выше, чем в группе больных с синдромом кататонических компульсий (23,97 баллов). На фоне проводимого лечения в группах пациентов синдромом обсессивной замедленности и синдромом кататонических компульсий к завершению исследования показатели шкалы Y-BOCS не имели достоверного различия ( $p > 0,05$ ). Статистически значимое снижение показателя отмечено в группе с синдромом обсессивной замедленности на втором этапе лечения, в группе с синдромом кататонических компульсий на первом этапе ( $p < 0,05$ ).

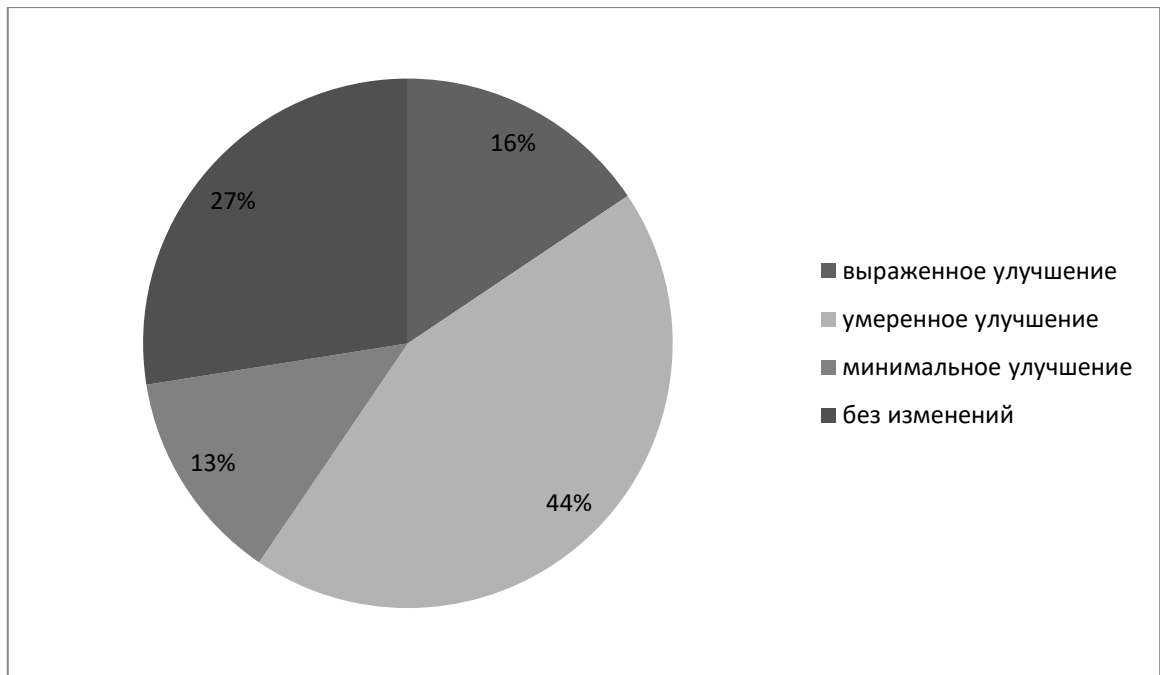


**Рисунок 11. Эффективность терапии: динамика ССБ по шкале BFCRS в выделенных группах больных.**

В группе с синдромом кататонических компульсий исходный показатель среднего суммарного балла шкалы BFCRS (34 баллов) оказался выше, чем в группе больных с синдромом обсессивной замедленности (21,1 балл).

Статистически значимое снижение показателя отмечено в группе с синдромом обсессивной замедленности на втором этапе лечения, в группе с синдромом кататонических компульсий на первом и третьем этапе ( $p < 0,05$ ).

Согласно данным шкалы общего клинического впечатления (CGI-I), «выраженное улучшение» на фоне проведенного лечения наблюдалось лишь у 15,6% всей выборки. Большинство респондеров в обеих группах выявили «умеренное улучшение» (43,9%), 13% - «минимальное улучшение», 27,5% не ответили на терапию (см. Рис. 12)



**Рисунок 12. Распределение больных по итоговым показателям CGI-I**

Таким образом, результаты проведенного исследования показали, что тактика лечения больных с синдромом обсессивной замедленности и синдромом кататонических компульсий существенно различается. Выраженная обсессивная составляющая при синдроме обсессивной замедленности объясняет необходимость дополнения схемы лечения антидепрессантами, в то время как при синдроме кататонических компульсий введение в схему антидепрессанта необоснованно, в данном случае терапевтический подход во многом сходен с таковым при лечении кататонической формы шизофрении.

В комплексе реабилитационных и лечебных мероприятий у больных, помимо психофармакотерапии, использовались психотерапевтические и методики. Психотерапевтические мероприятия в рассмотренных случаях имеют вспомогательную функцию. В группе больных с синдромом обсессивной замедленности психотерапевтические методы затрагивают в основном коррекцию ОКР, данные методы способствуют ослаблению защитно-ритуального поведения. При выраженном фобическом избегании когнитивные методы зарекомендовали себя, как наиболее эффективные. При преобладании защитно-ритуальных

действий используются телесно-ориентированные психотерапевтические методики. При синдроме кататонических компульсий, учитывая тяжелое течение заболевания и формирование выраженных негативных изменений, предпочтение отдается групповым и индивидуальным формам терапии, с уклоном в методики, направленные на восстановление утраченных социальных и бытовых навыков.

Для большинства пациентов, особенно при синдроме кататонических компульсий, в подтипе с негативными расстройствами с явлениями патологического рационализма, у которых отмечено выраженное вовлечение членов семьи в выполнение ритуалов, необходимо проведение психотерапевтической работы с родственниками, включающей вопросы психообразования и совладания с болезнью.

В представленных группах отмечены высокие показатели инвалидизации, что подтверждает необходимость проведения не только терапевтических и психотерапевтических мероприятий в ходе лечения, но и реабилитационных. Максимальная доля инвалидов и неработающих лиц оказалась в группе больных с синдромом кататонических компульсий (56 человек - 92,6% имели инвалидность по психическому заболеванию, 2 человека – 3,3% не были трудоустроены, находились на иждивении родственников, 58 человек – 96,67% не состояли в браке), что отражает высокий уровень дезадаптации как в социальном, так и в профессиональном статусе. Исходя из представленных данных, для представленного контингента наиболее действенны мероприятия, направленные на вовлечение пациентов в систему социальной поддержки – проведение необходимых мероприятий для установления инвалидности, своевременная информированность о возможности принять участие и в работе групп самоподдержки при общественных учреждениях и других социальных организаций.

У больных с синдромом обсессивной замедленности уровень социальной адаптации оказался лучше, нежели в группе мягкой кататонии: 10 больных



(35,7%) находились на инвалидности по психическому заболеванию, 6 (21,4%) – не работали, находились на иждивении родственников, около половины больных (12 человек, 42,9%) не состояли в браке. Таким образом для данной группы больных уместно применение мероприятий по восстановлению профессиональных навыков и практических умений (арт- и трудо -терапия), сохранению и улучшение когний (занятия, способствующие восстановлению познавательных функций) и способности к переключению деятельности и внимания, тренинги, направленные на восстановление социального и внутрисемейного функционирования.

## Заключение

Проблема кататонии, выступающей совместно с другими психопатологическими проявлениями в рамках шизофрении и расстройств шизофренического спектра, является предметом исследований последних десятилетий [Fink 2009, Pommeroy N. et al. 2002, M. Taylor et al. 2010]. При этом в литературе практически отсутствуют данные о коморбидных обсессивно-компульсивных и кататонических симптомокомплексах. В малочисленных публикациях, посвященных описанию отдельных клинических случаев, подчеркивается необходимость дальнейшего более углубленного изучения сочетанных обсессивных и кататонических феноменов [H. Hermesh 1989, K. Jagadheesan 2002, L. Fontenelle 2007, Y. Mukai et al. 2011, M. Makhinson et al. 2012].

Остается предметом дискуссии проблема дифференциальной диагностики навязчивостей и стереотипий. Клиническая схожесть данных проявлений так же нередко приводит к неправильной диагностике и неадекватным терапевтическим стратегиям [А.А. Шюркуте 1987, K. Jagadheesan et al. 2002, H. Simpson et al. 2014, В.И. Крылов 2016].

До настоящего времени не существует единого подхода к лечению кататонии и коморбидных обсессивно-компульсивных расстройств. В доступных публикациях по этой тематике представлены данные об эффективности различных терапевтических стратегий в отдельных клинических случаях [H. Hermesh 1989, K. Jagadheesan 2002, L. Fontenelle 2007, Y. Mukai et al. 2011, M. Makhinson et al. 2012], что не позволяет судить об эффективности психофармакотерапии в целом.

Настоящее исследование выполнено в отделе по изучению пограничной психической патологии и психосоматических расстройств (рук. – академик РАН Смулевич А.Б.) Научного центра психического здоровья (ФГБНУ НЦПЗ, директор – профессор Ключник Т.П. ).

Материал исследования составили 88 пациентов (73 мужчины и 15 женщин, средний возраст – 30,39 лет), проходивших стационарное и/или амбулаторное лечение в клинике ФГБНУ НЦПЗ в период с 2015 по 2018 гг., в психическом статусе которых доминируют кататоническая и обсессивно-компульсивная симптоматика, формирующиеся в рамках шизофрении и расстройств шизофренического спектра. Длительность катамнестического наблюдения составила от 1 до 3 лет.

Целью настоящего исследования явилась типологическая дифференциация коморбидных кататонических и обсессивно-компульсивных симптомокомплексов.

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 сочетанной обсессивно-компульсивной и кататонической симптоматикой.
3. Оценка патопсихологических и нейропсихологических показателей, характерных для сочетанных обсессивно-компульсивных и кататонических симптомокомплексов (в соответствии с разработанной типологией), выявляющихся в рамках шизофрении и расстройств шизофренического спектра.
4. Разработка оптимальной терапевтической тактики и реабилитационных мероприятий при шизофрении и расстройствах шизофренического спектра, протекающих с коморбидной обсессивно-компульсивной и кататонической симптоматикой в соответствии с предложенной типологической дифференциацией.

Основной метод исследования – клинический, с привлечением катamnестических сведений. В работе использованы оценочные шкалы, что позволило провести анализ психометрических данных с последующей статистической обработкой в соответствии со стандартными методиками, а также оценить их эффективность. Наряду с этим проведено обследование соматического и неврологического состояния пациентов с использованием дополнительных диагностических методов.

### **Результаты исследования.**

Разработана модель коморбидных кататонических и обсессивно-компульсивных симптомокомплексов, выявляющихся в рамках расстройств шизофренического спектра.

При том, что во всех изученных случаях коморбидные соотношения представлены перекрыванием (на уровне «общих симптомов») навязчивых и кататонических феноменов, структура коморбидности при разных типах сложных синдромов имеет существенные отличия. Последние реализуются доминированием либо обсессивно-компульсивной либо кататонической составляющей сложного синдрома.

На основании данных исследования выделено два типа коморбидных симптомокомплексов, с установленными различиями в условиях формирования, стереотипе течения и исходах: синдром обсессивной замедленности (по S. Rachman, 1974), представленный доминирующими ОКР и синдром кататонических компульсий.

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

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 obsessions, повторяется многократно, вплоть до момента их исчезновения (компульсивные ритуалы).

Кататоническая (гипокинетическая) симптоматика сопровождает obsessions 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 obsessions. 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 obsessivno-компульсивной симптоматики. Данная особенность позволяет отграничить явления obsessivной 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, Poyurovsky 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 тяготеют к навязчивым мыслям, 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 (BFCRS) 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. Obsессивно-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 иждевенческими 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.

Выделенные 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 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.

## 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 гипрекинетическими 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.

## Список литературы

1. Аккерман В.И. Павловское понимание психастении и шизофрении / В.И. Аккерман // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1962.- т.62.- вып.4.- С.565-572
2. Асатиани Н. М. Особенности клиники и течения невроза навязчивых состояний состояний: Дисс. ... докт. мед. наук:– М. – 1965.
3. Бархатова А.Н. Особенности эндогенного юношеского приступообразного психоза, с кататоническими расстройствами в структуре манифестного приступа./ А.Н. Бархатова // Психиатрия. - 2005.- т.3.- с.38-44.
4. Башина В.М. Об особенностях клиники отдаленного периода шизофрении (По материалам катамнеза лиц, заболевших в подростковом и детском возрасте): дисс. Канд. Мед. наук: Башина Вера Михайловна. - М., 1964.
5. Башина В.М. Клиника ранней детской шизофрении (клинико-катамнестическое исследование): Дисс. ... докт. мед.наук: Башина Вера Михайловна. - М., 1977. – 316с.
6. Башина В. М. Ранняя детская шизофрения (статика и динамика)/В.М. Башина. - М., Медицина, 1989. — 256 с.
7. Белова Н.А. Феномен «моральной мизофобии» в клинике шизофрении / Н.А. Белова, Е.В. Колюцкая //Журнал неврологии и психиатрии им.С.С.Корсакова.- 2012.- 6:13-17.
8. Болгов М.И. Кататонические расстройства в структуре приступа эндогенной депрессии. / М.И. Болгов //Журнал «Психиатрия». - 2015. - 4(68):32-37
9. Гиляровский В.А. Психиатрия. Клинические лекции / В.А. Гиляровский // М.–1954. – с. 74-78,427-429
10. Глозман Ж.М. Нейропсихологическое обследование: качественная и количественная оценка данных/ Ж.М. Глозман. - М.: Смысл. - 2012.

11. Головань Л.И. О прогностическом значении навязчивостей в течении шизофрении. / Л.И. Головань // Журн неврол и псих им.С.С.Корсакова. - 1965. - вып.8. - т.65. - с 1218-1224.
12. Гомозова А.К. Обсессивно-компульсивное расстройство: комплексное психопатологическое и психометрическое исследование: Дис. ...канд. мед. наук: Гомозова Анна Константиновна. – Москва – 2010.
13. Давиденков С.Н. К клинике психастении. / С.Н. Давиденков. - В сб. Актуальные проблемы психиатрии и невропатологии под ред. Г.В. Морозова. – М. - 1963. – с. 256-262
14. Джангильдин Ю. Т. Неврозоподобные состояния при различных типах течения шизофрении: Джангильдин Юрий Тангирович. - Дис. ...канд. мед. наук. — Алма-Ата. - 1982.
15. Дежерин И. Функциональные проявления психоневрозов, их лечение психотерапией. / И. Дежерин, Е. Гоклер. - Перев. с франц В. Сербского. М.- “Космос” – 1903.
16. Доровских И.В. Хронический малокурабельный кататонический синдром (клиническое наблюдение) /И.В. Доровских., Е.В. Оленева, И.В. Потапов, И.В. Олейчик, Т.В. Павлова // Современная терапия психических расстройств. – 2016 - №4. – с.27-40.
17. Железнова М.В. Типология двигательных навязчивостей (компульсии и ритуалы) при вялотекущей и резидуальной шизофрении / М.В. Железнова, Е.В. Колюцкая // Журнал неврологии и психиатрии им.С.С.Корсакова. - 2007; 11:20-24.
18. Жислин С.Г. Конституция и моторика. / С.Г. Жислин. - Труды психиатрической клиники (Девичье поле). - МГУ 1928. - 3: 245-264
19. Завидовская Г. И. Благоприятно текущая шизофрения с навязчивостями: Автореферат дисс. ... канд. мед. наук: Завидовская Галина Ивановна - М. – 1971. – 264 с.

20. Загороднова Ю.Б. К проблеме навязчивых галлюцинаций / Ю.Б. Загороднова // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 2010 - (2). – с. 24-28.
21. Зайцева Ю.С. Сравнительное исследование нейрокогнитивного профиля больных параноидной шизофренией и шизоаффективным расстройством с первыми психотическими эпизодами/ Ю.С. Зайцева, Г.Р. Саркисян, В.В. Саркисян, Я.А. Сторожакова // Социальная и клиническая психиатрия - 2011. - 21(2):5-11
22. Иванова Л.А. Субкататоническая и кататоническая симптоматика в клинике манифестного депрессивного варианта шизоаффективного расстройства / Л.А. Иванова, М.Ю. Рожкова, А.С. Бобров // Сибир. мед. журн. — 2012. — № 7. — С. 59–62.
23. Иванов М.В. Негативные и когнитивные расстройства при эндогенных психозах: диагностика, клиника, терапия/ М.В. Иванов, Н.Г. Незнанов. - СПб.: Изд. НИПНИ им. В.М.Бехтерева - 2008. - 287 с.
24. Каледа В. Г. Приступообразные эндогенные психозы, манифестирующие в юношеском возрасте: закономерности течения и исхода (клинико-катамнестическое исследование) / В.Г. Каледа // Журн. неврология и психиатрия им. С. С. Корсакова. – 2008. – № 9. – С. 11–23.
25. Колюцкая Е.В. Психофармакотерапия обсессивно-фобических расстройств при неврозоподобной шизофрении / Е.В. Колюцкая // Терапия психических заболеваний. - М.– 2005. – с. 33-42
26. Колюцкая Е. В. Кататонические проявления в структуре синдрома обсессивной замедленности у больных шизотипическим расстройством / Е.В. Колюцкая, И.В. Горшкова // Психиатрия. – М. – 2016. – с.17-22.
27. Крылов В.И. Навязчивые состояния: тревожно-фобические и обсессивно-компульсивные расстройства /В.И. Крылов. - Ростов-на-Дону: Профпресс, 2016. 300 с.
28. Ковалев В. В. Психиатрия детского возраста. / В.В. Крылов. - М.: Медицина, 1979. - 607 с.

29. Корсакова Н.К. Нейропсихология внимания и задача Струпа / Н.К. Корсакова // Вестник Московского университета. Серия 14. Психология. - 2014. - 3. - с. 26-33
30. Критская В.П. Патопсихология шизофрении / В.П. Критская, Т.К. Мелешко. - ФГБУН Институт психологии РАН, 2015
31. Кутлубаев М.А. Роль лобно-подкорковых связей в развитии обсессивно-компульсивных расстройств / М.А. Кутлубаев // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. - 2016. - 8(2). - с.107–112.
32. Лебединский В. В. Нарушения психического развития у детей. / В.В. Лебединский. - М.: МГУ. - 1980. - с.109-140.
33. Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека / А.Р. Лурия. - СПб.: Питер - 2008.
34. Москаленко В.Д. Психопатологические симптомы / В.Д. Москаленко // Справочник по психиатрии. 2-е изд. - М.: Медицина, 1985. - С. 43-54.
35. Наджаров Р.А., К клинике вялопротекающей неврозоподобной формы шизофрении: Дисс. ... канд. мед. наук: Наджаров Рубен Александрович – М. -1955.
36. Нургазизова А.К. Происхождение, развитие и современная трактовка понятий «коморбидность» и «полиморбидность» / А.К. Нургазизова // Казанский медицинский журнал. - 2014. - 2(95):292-296.
37. Озерецкий Н. И. Психопатология детского возраста / Н.И. Озерецкий. - Л.: Учпедгиз. Ленингр. отд-ние. - 1938. - 328 с.
38. Озерецковский Д.С. К учению о навязчивых галлюцинациях. /Д.С. Озерецковский. - Труды Психиатрической клиники I ММИ . - М. - 1926; 2. - с. 267-281.
39. Пантелеева Г.П. О вялотекущей шизофрении с клиническими изменениями психастенического типа: Дисс. ...канд. Мед. Наук: Пантелеева Галина петровна –М.- 1965.

40. Пивоварова В.Л. О кататонических проявлениях в течении параноидной формы шизофрении (так называемая присоединившаяся или вторичная кататония): Дис. ... канд. мед. наук: М 1955; 336-343.
41. Равен Дж.К. Руководство к Прогрессивным Матрицам Равена и Словарным шкалам / Дж. К. Равен, Дж. Равен, Дж. Х. Курт - М.: Когито-Центр. - 1997.
42. Рубинштейн, С. Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике / С. Я. Рубинштейн. – АпрельПресс, 2010. – 384 с.
43. Сербский В.П. Формы психического расстройства, описываемые под именем кататония / В.П. Сербский. - М. – 1890. - с. 100-101.
44. Симашкова Н.В. Клинико-биологические аспекты расстройств аутистического спектра / Н.В. Симашкова, Т.П. Ключник, Л.П. Якупова, Н.В. Зверева, А.А. Коваль-Зайцев, Н.Н. Заваденко, Н.Г. Манелис, Л.П. Таратина. – под ред. Н. В. Симашковой, Т. П. Ключник. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 288 с
45. Смулевич А.Б. Расстройства личности и шизофренический дефект (проблема коморбидности) / А. Б. Смулевич, Э.Б. Дубницкая, В.М. Лобанова, Е.И. Воронова, В.О. Жилин, Е.В. Колюцкая, Е.Д. Самойлова, О.Ю. Сорокина // Журн. неврология и психиатрия им. С. С. Корсакова. – 2018. – № 11.
46. Стась С.Ю. Обсессии контрастного содержания при вялотекущей шизофрении (клиника, типология, терапия): Дисс. ...канд. мед. наук: Стась Сергей Юрьевич. – М. - 2008. – 237 с.
47. Сухарева Г.Е. Лекции по психиатрии детского возраста (Избранные главы)/ Г.Е. Сухарева. - М: Медицина 1974.- 320.
48. Ткаченко С.В. Нейропсихологический анализ дефекта при шизофрении и аффективных психозах / С.В. Ткаченко, А.В. Бочаров // Шизофренический дефект. Диагностика, патогенез, лечение; под ред. Р.Я. Вовина. - СПб.: Изд-во Психоневрол. ин-та им. В.М. Бехтерева. - 1991. - С. 95 - 124.

- 49.Цуцельковская, М. Я. Особенности клиники непрерывнотекущей шизофрении, начавшейся в подростковом и юношеском возрасте: дис. ... докт. мед. наук: Цуцельковская Мэлла Яковлевна. - М., 1967. - 703 с.
- 50.Шахламов А.В. Шизофрения, протекающая по типу псевдоневроза: автореф. дис. ... канд. мед. наук: Шахламов Александр Владимирович. - М., 1989. - 24 с
- 51.Шюркоте А.А. Психопатология и клиника шизофрении, протекающей с навязчивостями: дис. ... канд.мед. наук: Шюркоте Алдона Альфонсовна. - М., 1987.
- 52.Янушко М.Г. Когнитивные нарушения при эндогенных психозах: современные представления в свете дименсионального подхода./ М.Г. Янушко, М.В. Иванов, А.В. Сорокина // Социальная и клиническая психиатрия. – 2014/ - 24 (1): 90-95.
- 53.Aaron J. Case Report. Adolescent Catatonia Successfully Treated with Lorazepam and Aripiprazole/ J. Aaron, S. Pinnaka, A. Mohan, H. Yoon, A. Kyle // Case Reports in Psychiatry. - 2014 - Article ID 309517.
- 54.Abbuzzese M. The selective breakdown of frontal functions in patients with obsessive-compulsive disorder and in patients with schizophrenia: a double dissociation experimental finding. / M. Abbuzzese, S. Ferri, S. Scarone // Neuropsychologia. – 1997. - 35(6):907-12
- 55.Abramovitch A. Neuropsychological investigations in obsessive-compulsive disorder: A systematic review of methodological challenges. / A. Abramovitch, A. Mittelman, A. Tankersley, J. Abramowitz, A. Schweiger// Psychiatry Research. - 2015. - 30. - 228(1):112-20.
- 56.Alonso P. Deep Brain Stimulation for Obsessive-Compulsive Disorder: A Meta-Analysis of Treatment Outcome and Predictors of Response / P. Alonso, D. Cuadras D, L. Gabriëls, D. Denys, W. Goodman, B. Greenberg, F. Jimenez-Ponce, J. Kuhn, D. Lenartz, L. Mallet, B. Nuttin, E. Real, C. Segalas, R. Schuurman, S. Montcel, J. Menchon // Public Library of Science one. – 2015. - 10(7): e0133591.

57. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed. Arlington: American Psychiatric Association, 2013.
58. Aycicegi A. Neuropsychological function in obsessive-compulsive disorder: effects of comorbid conditions on task performance/ A. Aycicegi, W. Dinn, C. Harris, Erkmen // *European psychiatry*. – 2003. - 18(5):241-8.
59. Babinski J. De membrement de L'hystérie traditionnelle pithiatisme. / J. Babinski // Paris.- 1909, 30 p.
60. Bahro M. Catatonia under medication with risperidone in a 61 year-old patient / M. Bahro, C. Kämpf, J. Strnad // *Acta Psychiatr Scand*. - 1999. – 99. - 223–6.
61. Barnes M., Saunders M., Walls T., Saunders I., Kirk C. The syndrome of Karl Ludwig Kahlbaum / M. Barnes, M. Saunders, T. Walls, I. Saunders, C. Kirk // *Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry*. – 1986. - 49(9):991-6.
62. Bai Y. A case report of schizoaffective disorder with ritualistic behaviors and catatonic stupor: successful treatment by risperidone and modified electroconvulsive therapy/ Y. Bai, X. Yang, Z. Zeng, H. Yang // *BMC psychiatry*. – 2018. - 18(1):67.
63. Baruk H. Kahlbaum's catatonia, schizophrenia and revision of psychiatric nosography/ H. Baruc // *La semaine des hôpitaux*. – 1970. - 46(25):1697-729.
64. Belfer M. Catatonia-like symptomatology: an interesting case / M. Belfer, C. D'Autremont // *Archives of general psychiatry*. – 1971. - 24(2):119-20.
65. Belinda R. Mind and movement: the neuropsychiatry of movement disorders / R. Belinda, G. Graham // *Journal Neurol Neurosurg Psychiatry*.- 2002. - 72(Suppl I):i28–i31
66. Benatov R. Neuroleptic-resistant schizophrenia treated with clozapine and ECT / R. Benatov, P. Sirota, S. Megged // *Convulsive therapy*. – 1996. - 12(2):117-21.
67. Bergeron R. Sertraline and fluoxetine treatment of obsessive-compulsive disorder: results of a double-blind, 6-month treatment study / R. Bergeron, A. Ravindran, Y. Chaput, E. Goldner, R. Swinson, M. van Ameringen, C. Austin, V. Hadrava // *Journal of clinical psychopharmacology*. - 2002. - 22(2):148-54.



68. Bhatia M. Compulsive spitting-a culture bound symptom. *Indian journal of medical sciences* / M. Bhatia // 2000. - 54(4). - 145-8.
69. Blacker K. Obsessive-compulsive phenomena and catatonic states-a continuum. A five-year case study of a chronic catatonic patient / K. Blacker // *Psychiatry*. - 1966. - 29(2):185-94.
70. Bleuler E. *Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias.* / E. Bleuler // Transl. J Zinkin, International University Press, New York. - 1911/1950.
71. Bloch M. *Obsessive-Compulsive Disorder: Advances in Diagnosis and Treatment* / M. Bloch, C. Mathews // *Journal of the American Medical Association*. – 2017. - 317(13):1358-1367
72. Blumer D. Catatonia and the neuroleptics: psychobiologic significance of remote and recent findings / D. Blumer // *Comprehensive psychiatry*. – 1997. - 38(4):193-201.
73. Bogerts B. Basal ganglia and limbic system pathology in schizophrenia. A morphometric study of brain volume and shrinkage. // *Archives of general psychiatry*. 1985;42(8):784-91.
74. Breen J. The nature and prevalence of catatonic symptoms in young people with autism / J. Breen, D. Hare // *Journal of intellectual disability research*. - 2017. - 61(6):580-593
75. Bressan R. Clozapine of treatment resistant-schizophrenia: what are the actual advances? / R. Bressan, L. Pilowsky, G. Filho // *Rev. Bras. Psiquiatr*. - 2001. - vol.23 (2).
76. Broome M. What can philosophy do for psychiatry? / M. Broome // *World psychiatry*. - 2004. - 3(3):130-5.
77. Browne H. Genetics of obsessive-compulsive disorder and related disorders / H. Browne, S. Gair, J. Scharf, D. Grice // *The Psychiatric clinics of North America*. - 2014. - 37(3):319-35
78. Bottas A. Comorbidity and pathophysiology of obsessive-compulsive disorder in schizophrenia: is there evidence for a schizo-obsessive subtype of schizophrenia?

- / A. Bottas, R. Cooke, M. Richter // *Journal of psychiatry & neuroscience*. – 2005. - 30(3):187-93.
79. Bumke O. Die Psychischen Zwangsvorgänge Allgemeine / O. Bumke // *Zeitschrift für Psychiatrie und Psychiatrisch-Gerichtliche Medizin*. – 1906. - 63. – p. 112-130.
80. Bush G. Rating scale and standardized examination. *Acta Psychiatrica Scandinavica* / G. Bush, M. Fink, G. Petrides, F. Dowling, A. Francis. - 1996. - 93:129-136
81. Carof S. Catatonia. From Psychopathology to Neurobiology / S. Carof, S. Mann, A. Francis, G. Fricchione. - American Psychiatric Publishing Inc., Washington. - 2004.
82. Chalasani P. Catatonia, schizophrenia, and affective disorders - Diagnostic associations in different cultural settings / P. Chalasani, K. Krishnamurthy, H. David // *Indian journal of psychiatry*. – 2011. - 53(1):49-52.
83. Charlot L. Obsessional slowness in Down's syndrome/ L. Charlot, S. Fox, R. Friedlander // *Journal of intellectual disability research*. - 2002.- 46(6):517-24.
84. Christison G. When symptoms persist: choosing among alternative somatic treatments for schizophrenia / G. Christison, D. Kirch, R. Wyatt // *Schizophr Bull*. - 1991. - 17(2). - 217-45.
85. Clark D. Case histories and shorter communications / D. Clark, S. Indar, B. Derek // Primary obsessional slowness: a nursing treatment programme with a 13-year-old male adolescent. *Behaviour Research and Therapy*. – 1982. - 20:289 -292.
86. Charcot J. Leçon du mardi à la Salpêtrière / J. Charcot. - Paris. - 1888. - 654 p.
87. Chattopadhyay S. Clozapine responsive catatonia: A series of five cases/ S. Chattopadhyay, I. Saha, A. Dan, K. Bhattacharyya // *Industrial psychiatry journal*. – 2012. - 21(1):66-8.
88. Christison G. When symptoms persist: choosing among alternative somatic treatments for schizophrenia / G. Christison, D. Kirch, R. Wyatt // *Schizophr Bull*. - 1991. - 17(2). - 217-45.

89. Cohen D. Case series: catatonic syndrome in young people / D. Cohen, M. Flament, P. Dubos, M. Basquin / *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. – 1999. - 38(8) :1040-6.
90. Compton M. Abnormal movements in first-episode, nonaffective psychosis: dyskinesias, stereotypies, and catatonic-like signs / M. Compton, F. Fantes, C. Wan, S. Johnson, E. Walker // *Psychiatry research*. – 2015. - 226(1):192-7.
91. Conelea C. Tic-related obsessive-compulsive disorder (OCD): phenomenology and treatment outcome in the Pediatric OCD Treatment Study II / C. Conelea, M. Walther, J. Freeman, A. Garcia, J. Sapyta, M. Khanna, M. Franklin // *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. – 2014. - 53(12):1308-16.
92. Cook E. Response of organic catatonia to risperidone / E. Cook, K. Olson, N. Pliskin // *Arch Gen Psychiatry*. - 1996. – 53. - 82–3.
93. Dabholkar P. Use of ECT in hysterical catatonia. A case report and discussion / P. Dabholkar // *The British journal of psychiatry*. – 1988. - 153:246-7.
94. Damme T. Motor abilities of children and adolescents with a psychiatric condition: A systematic literature review / T. Damme, J. Simons, B. Sabbe, D. West // *World journal of psychiatry*. -2015. - 5(3):315-29.
95. Denys D. Pharmacotherapy of obsessive-compulsive disorder and obsessive-compulsive spectrum disorders / D. Denys // *The Psychiatric clinics of North America*. - 2006. - 29(2):553-84,
96. Dhossche D., *Catatonia in Autism Spectrum Disorders* / D. Dhossche, L. Wing, M. Ohta, K. Neumarker // San Diego CA: Elsevier Academic Pres. - 2006.
97. Dhossche D. Catatonia is hidden in plain sight among different pediatric disorders: a review article / D. Dhossche, L. Wachtel // *Pediatric neurology*. – 2015. - 43(5):307-15
98. Dursun S. Clozapine monotherapy for catatonic schizophrenia: should clozapine be the treatment of choice, with catatonia rather than psychosis as the main therapeutic index? / S. Dursun, J. Hallak, P. Haddad, A. Leahy, A. Byrne, P.

- Strickland, I. Anderson, A. Zuardi, J. Deakin // *Journal of psychopharmacology*. - 2005. - 19(4):432-3.
99. Dupre E. Myphomanie infantile. *Encephale* / E. Dupre. - 1909. - 117-126
100. Dutt A. Phenomenology and treatment of Catatonia: A descriptive study from north India / A. Dutt, S. Grover, S. Chakrabarti, A. Avasthi, S. Kumar // *Indian journal of psychiatry*. - 2011. - 53(1):36-40
101. England M. Catatonia in psychotic patients: clinical features and treatment response / M. England, D. Ongur, G. Konopaske, R. Karmacharya // *The Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences*. – 2011. - 23(2):223-6.
102. Esquirol J. *Des maladies mentales* / J. Esquirol // Paris: J.B. Baillière.- 1838.
103. Filipek P. The screening and diagnosis of autistic spectrum disorders / P. Filipek, P. Accardo, G. Baranek, E. Cook, G. Dawson, B. Gordon, J. Gravel, C. Johnson, R. Kallen, S. Levy, N. Minshew, S. Ozonoff, B. Prizant, I. Rapin, S. Rogers, W. Stone, S. Teplin, R. Tuchman, F. Volkmar // *Journal of autism and developmental disorders*. - 1999. - 29(6):439-84.
104. Fink M. The many varieties of catatonia / M. Fink, M. Taylor // *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*. – 2001. - 251
105. Fink M. Catatonia is not schizophrenia: Kraepelin's error and the need to recognize catatonia as an independent syndrome in medical nomenclature / M. Fink, E. Shorter, M. Taylor // *Schizophrenia bulletin*. – 2010. - 36(2):314-20.
106. Fish B. Genetic or traumatic developmental deviation? / B. Fish // *Social biology*. - 1971. - 18:S117-9.
107. Fontenelle L. Catatonia in obsessive-compulsive disorder: etiopathogenesis, differential diagnosis, and clinical management / L. Fontenelle, E. Lauterbach, L. Telles, M. Versiani, F. Porto, M. Mendlowicz // *Cognitive and behavioral neurology: official journal of the Society for Behavioral and Cognitive Neurology*. - 2007. - 20(1):21-4.
108. Freeman R. Stereotypic movement disorder: easily missed / R. Freeman, A. Soltanifar, S. Baer // *Developmental medicine and child neurology*. – 2010. - 52(8):733-8.

109. Gagandeep S. Obsessive Slowness: A Case Report / S. Gagandeep, P. Sharan, S. Grover // Indian Journal of psychiatry. - 2003. - 45(1):60-61.
110. Galderisi S. Negative symptoms of schizophrenia: new developments and unanswered research questions / S. Galderisi, A. Mucci, R. Buchanan, C. Arango // The lancet. Psychiatry. - 2018. - 5(8):664-677.
111. Ganos Chr. Revisiting the Syndrome of “Obsessional Slowness” / Chr. Ganos, P. Kassavetis, M. Cerdan, R. Erro, B. Balint, G. Price, J. Mark // Movement Disorders. - 2015. - 2(1).
112. Goodman W. Neuroleptic addition in fluvoxamine-refractory obsessive-compulsive disorder / W. Goodman, L. Price, P. Delgado, J. Krystal, D. Charney, G. Heninger // Am J Psychiatry. - 1990. - 147(5). - 652-4.
113. Gorman J. Neuroanatomical hypothesis of panic disorder, revised / J. Gorman, J. Kent, G. Sullivan, J. Coplan // The American journal of psychiatry. - 2000. - 157(4):493-505.
114. Gul Eryilmaz Catatonia as a Symptom of Obsessive Compulsive Disorder: A Case Report / Gul Eryilmaz, I. Gogcegoz, A. Yosmaoglu // Advances in Life Sciences. - 2014. - 4(5): 245-246.
115. Guy W. ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology. Rockville, MD: US Department of Health, Education, and Welfare Public Health Service Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration. - 1976
116. Haack S. Electroconvulsive therapy for catatonia in an 18-year-old patient presenting with mixed features of schizophrenia and obsessive-compulsive disorder / S. Haack, P. Borghesani, A. Green, J. Neumaier, S. Shyn // Journal of child and adolescent psychopharmacology. - 2014. - 24(7):411-3
117. Hamo N. A computerized neuropsychological evaluation of cognitive functions in a subclinical obsessive-compulsive sample / N. Hamo, A. Abramovitch, A. Zohar // Journal of behavior therapy and experimental psychiatry. - 2018. - 59:142-149.
118. Hare D. Catatonia and autistic spectrum disorders / D. Hare, C. Malone // Autism : the international journal of research and practice. - 2004. - 8(2):183-95.

119. Harvey S. The relationship between fatigue and psychiatric disorders: evidence for the concept of neurasthenia / S. Harvey, S. Wessely, D. Kuh, M. Hotopf // Journal of psychosomatic research. - 2009. - 66(5):445-54
120. Heijden F. Catatonia: disappeared or under-diagnosed? / F. Heijden, S. Tuinier, N. Arts, M. Hoogendoorn, R. Kahn, W. Verhoeven // Psychopathology. – 2005. - 38(1):3-8.
121. Heilbronner K. Zwangsvorstellung und Psychose / K. Heilbronner // Zeitschrift für Gesamte Neurologie und Psychiatrie. - 1912. - 9: 301-326.
122. Hegerl U. [Drug treatment of obsessive-compulsive disorder. With proper drugs and some patience many patients can be helped] / U. Hegerl // MMW Fortschritte der Medizin. - 1999. - 141(39):32-4, 37.
123. Hesslinger B. Acute and long-term treatment of catatonia with risperidone / B. Hesslinger, J. Walden, C. Normann // Pharmacopsychiatry. - 2001. – 34. - 25–6.
124. Hirjak D. Motor dysfunction within the schizophrenia-spectrum: A dimensional step towards an underappreciated domain / D. Hirjak, P. Thomann, K. Kubera, N. Wolf, F. Sambataro, R. Wolf R // Schizophrenia research. – 2015. - 169(1-3):217-233.
125. Hirschtritt M. Obsessive-Compulsive Disorder: Advances in Diagnosis and Treatment / M. Hirschtritt, M. Bloch, C. Mathews // Journal of the American Medical Association. - 2017. - 317(13):1358-1367.
126. Homburger A. Volessuugen uber Psychopathologie der Kindesalters / A. Homburger. - 1926. - Berlin.
127. Hong J. Clinical correlates of recurrent major depression in obsessive-compulsive disorder / J. Hong, J. Samuels, O. Bienvenu, P. Cannistraro, M. Grados, M. Riddle, K. Liang, B. Cullen, R. Hoehn-Saric, G. Nestadt // Depression and anxiety. - 2004. - 20(2):86-9.
128. Huey E. A psychological and neuroanatomical model of obsessive-compulsive disorder / E. Huey, R. Zahn, F. Krueger, J. Moll, D. Kapogiannis, E. Wassermann, J. Grafman // The Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences. – 2008. - 20(4):390-408.

129. Iervolino A. A multivariate twin study of obsessive-compulsive symptom dimensions / A. Iervolino, F. Rijdsdijk, L. Cherkas, M. Fullana, D. Mataix-Cols // Archives of general psychiatry. – 2011. - 68(6):637-44.
130. Inouye E. Similar and Ddisssimilar manifestation of obsessive-compulsive neurosis in monozygotic twins / E. Inouye // The American journal of psychiatry. - 1965. - 121:1171-5
131. Jagadheesan K. Catatonia in obsessive compulsive disorder / K. Jagadheesan, H. Nizamie, A. Thakur // Indian journal of psychiatry. – 2002. - 44(2):179-82.
132. Jaimes-Albornoz W. Prevalence and clinical correlations of catatonia in older adults referred to a liaison psychiatry service in a general hospital/ W. Jaimes-Albornoz, J. Serra-Mestres // General hospital psychiatry. - 2013. - 35(5):512-6.
133. Jaspers K. General Psychopathology, 1923 / K. Jaspers // Translated from German. Chicago, University of Chicago Press. - 1968.
134. Kahlbaum K. 1973. Catatonia / K. Kahlbaum // John Hopkins University Press, Baltimore.
135. Kane J. Clozapine for the treatment-resistant schizophrenic: results of a US multicenter trial / J. Kane, G. Honigfeld, J. Singer, H. Meltzer // Psychopharmacology. - 1989. – Vol. 99. - S60-S63.
136. Karameh W. Intravenous Clomipramine for Treatment-Resistant Obsessive-Compulsive Disorder / W. Karameh, M. Khani // The international journal of neuropsychopharmacology. – 2015. - 19(2).
137. Kay S. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia / S.R. Kay, A. Fiszbein, L.A. Opler // Schizophr Bull. – 1987. – Vol.13. – P. 261–276.
138. Kellner M. Drug treatment of obsessive-compulsive disorder / M. Kellner // Dialogues in clinical neuroscience. 2010;12(2):187-97.
139. Kinrys P. Periodic catatonia in an adolescent / P. Kinrys, K. Logan // Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. – 2001. - 40(7):741-2.

140. Komossa K. Second-generation antipsychotics for obsessive compulsive disorder / K. Komossa, A. Depping, M. Meyer, W. Kissling, S. Leucht // The Cochrane database of systematic reviews. – 2010. - (12):CD008141.
141. Kopala L. Acute and longer-term effects of risperidone in a case of first-episode catatonic schizophrenia / L. Kopala, C. Caudle // J Psychopharmacol. - 1998. – 12. - 314–7.
142. Koran L. Olanzapine augmentation for treatment resistant obsessive compulsive disorder / L. Koran, A. Ringold, M. Elliott // J Clin Psychiatry. - 2000. - 61. - 514–7.
143. Kraepelin E. Psychiatrie / E. Kraepelin // Leipzig. - 1915. –Bd4. - H.3. - 1861 s.
144. Kraepelin E. Dementia praecox and Paraphrenia / E. Kraepelin // Chicago: Chicago Medical Book Co. - 1916. – 331 p.
145. Kruger S. Prevalence of Obsessive-Compulsive Disorder in Schizophrenia and Significance of Motor Symptoms» / S. Kruger, P. Braunig, J. Hofer, G. Shugar, I. Borner, J. Langkrar // The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences. - 2000. - 12(1):16-24.
146. Lai J. Catatonic features noted in patients with post-partum mental illness / J. Lai, T. Huang // Psychiatry and clinical neurosciences. - 2004. - 58(2):157-62
147. Lam W. Obsessional Slowness: A Case Study / W. Lam, K. Wong, M. Fulks, L. Holsti // Canadian Journal of Occupational Therapy. – 2008. - 249-254.
148. Lauterbach E. Catatonia-like events after valproic acid with risperidone and sertraline / E. Lauterbach // Neuropsychiatry Neuropsychol Behav Neurol. - 1998. – 11. -157–63.
149. Lee J. Catatonia associated with hyponatremia / J. Lee, D. Schwartz // Neuropsychiatry, neuropsychology, and behavioral neurology. - 1997. - 10(1):63-4.
150. Legrand du Saulle. Les Hysteriques / Legrand du Saulle// Paris. - 1883.
151. Leonhard K, Beckmann H. Classification of endogenous psychoses and their differential etiology / K. Leonhard, H. Beckmann // 2nd revised and enlarged ed. Wien, New York: Springer Verlag. - 1999.



152. Lennox B. Mind and movement: the neuropsychiatry of movement disorders / B. Lennox, G. Lennox // *Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry*. 2002;72.
153. Leonhard K. Differenzierte Diagnostik der endogenen Psychosen, abnormal Persönlichkeitsstrukturen und neurotischen Entwicklungen / K. Leonhard // Berlin. – 1964.
154. Lervolino A. A multivariate twin study of obsessive-compulsive symptom dimensions / A. Lervolino, F. Rijdsdijk, L. Cherkas, M. Fullana, D. Mataix-Cols // *Archives of general psychiatry*. - 2011. - 68(6):637-44.
155. Loewenfeld L. Die psychischen Zwangsercheinungen / L. Loewenfeld // Weisbaden: Verlag v. J.F. Bergmann. - 1904.
156. Mahone E. Repetitive arm and hand movements (complex motor stereotypies) in children / E. Mahone, D. Bridges, C. Prahme, H. Singer // *The Journal of pediatrics*. - 2004. - 145(3):391-5. 2000;54(4):145-8.
157. Maikandaan C. Treatment of obsessive-compulsive disorder in a mentally challenged adult: a case report / C. Maikandaan, N. Anand, S. Math, Y. Reddy // *Primary care companion to the Journal of clinical psychiatry*. - 2009.- 11(3):126-7.
158. Makhinson M. Successful treatment of co-occurring catatonia and obsessive-compulsive disorder with concurrent electroconvulsive therapy and benzodiazepine administration / M. Makhinson, B. Furst, M. Shuff, G. Kwon // *The journal of ECT*. – 2012. - 28(3):e35-6.
159. Mancebo M. Obsessive compulsive personality disorder and obsessive compulsive disorder: clinical characteristics, diagnostic difficulties, and treatment / M. Mancebo, J. Eisen, J. Grant, S. Rasmussen // *Annals of clinical psychiatry*. - 2005. - 17(4):197-204.
160. Marder S. The current conceptualization of negative symptoms in schizophrenia / S. Marder, S. Galderisi // *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association*. - 2017. - 16(1):14-24.

161. Martényi F. An efficacy analysis of olanzapine treatment data in schizophrenia patients with catatonic signs and symptoms/ F. Martényi, S. Metcalfe, B. Schausberger, M. Dossenbach // *J Clin Psychiatry*. - 2001. - 62. - 25–7.
162. Mavrogiorgou P. Kinematic analysis of handwriting movements in patients with obsessive-compulsive disorder / P. Mavrogiorgou, R. Mergl, P. Tigges, J. Husseini, A. Schröter, G. Juckel, M. Zaudig, U. Hegerl // *Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry*. – 2001. - 70(5):605-12.
163. Mazzone L. Catatonia in patients with autism: prevalence and management / L. Mazzone, V. Postorino, G. Valeri, S. Vicari // *CNS drugs*. - 2014. - 28(3):205-15
164. McDougle C. Haloperidol addition in fluvoxamine-refractory obsessive-compulsive disorder. A double blind, placebo controlled study in patients with and without tics / C. McDougle, W. Goodman, J. Leckman // *Arch Gen Psychiatry*, 1994; 51. - 302–8.
165. Menard M. [Follow-up of a 16-year-old adolescent with early-onset schizophrenia and catatonic symptoms] / M. Menard, F. Yagoubi, M. Drici, T. Lavrut, F. Askenazy// *L'Encéphale*. - 2013. - 39 Suppl 1:S29-35.
166. Mittal A. Early onset obsessive compulsive disorder with obsessive slowness: a case report and demonstration of management / A. Mittal, P. Majumder, A. Agrawal, M. Sood, S. Khandelwal // *Indian journal of psychological medicine*. - 2013. - 35(4):407-9.
167. Moore K. Yes: The Symptoms of OCD and Depression Are Discrete and Not Exclusively Negative Affectivity / K.Moore, J. Howell // *Frontiers in psychology*. –2017. - 8:753.
168. Moran E. Ecological momentary assessment of negative symptoms in schizophrenia: Relationships to effort-based decision making and reinforcement learning / E. Moran, A. Culbreth, D. Barch // *Journal of abnormal psychology*. - 2017. - 126(1):96-105.
169. Moskowitz A. "Scared stiff": catatonia as an evolutionary-based fear response / A. Moskowitz // *Psychological review*. – 2004 - 111(4):984-1002.

170. 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 reports*. - 2011. - pii: bcr0220113858.
171. Naber D. Clinical management of clozapine patients in relation to efficacy and side-effects / D. Naber, R. Holzbach, C. Perro, H. Hippus // *Br J Psychiatry*. - 1992. - 160. - 54-9.
172. Nadai A. Evidence-based pharmacotherapy for pediatric obsessive-compulsive disorder and chronic tic disorders / A. Nadai, E. Storch, J. McGuire, A. Lewin, T. Murphy // *Journal of central nervous system disease*. - 2011. - 3:125-42.
173. Nakamae T. Diversity of obsessive-compulsive disorder and pharmacotherapy associated with obsessive-compulsive spectrum disorders / T. Nakamae // *Psychiatria et neurologia Japonica*. - 2011. - 113(10):1016-25.
174. Neumärker K. Autism in children. Speech, behavior and motor activity point to diagnosis / K. Neumärker // *MMW Fortschritte der Medizin*. - 2001. - 143(5):36-8.
175. Neumärker K. Classification matters for catatonia and autism in children / K. Neumärker // *International review of neurobiology*. - 2006. - 72:3-19
176. Nicholson T. Obsessive-compulsive disorder and catatonia can be caused by antibasal ganglia antibodies / T. Nicholson, I. Heyman, A. Church, G. Giovannoni // *Cognitive and behavioral neurology : official journal of the Society for Behavioral and Cognitive Neurology*. - 2007. - 20(4):260
177. Northoff G. Neurophysiology, neuropsychiatry and neurophilosophy of catatonia / G. Northoff // *Behavioral and Brain Sciences*. - 2002. - 25:592-599.
178. Pelzer A. Systematic review of catatonia treatment / A. Pelzer, F. Heijden, E. den Boer // *Neuropsychiatric disease and treatment*. - 2018. - 14:317-326.
179. Péter Z. Motor Stereotypies: A Pathophysiological Review / Z. Péter, M. Oliphant, T. Fernandez // *Frontiers in neuroscience*. *Front Neurosci*. - 2017. - 11:171

180. Pommepuy N. Catatonia: resurgence of a concept. A review of the international literature / N. Pommepuy, D. Januel // *Encephale*. - 2002. - 28(6.1):481-92.
181. Ponitz K. Beitrag zur Kenntnis der Fruehkatatonic / K. Ponitz // *Zeitschrift fur Gesamte Neurologic and psychiatric*. - 1913. - 20:343-357
182. Prado H. Sensory phenomena in obsessive-compulsive disorder and tic disorders: a review of the literature / H. Prado, M. Rosário, J. Lee, A. Hounie, R. Shavitt, E. Miguel // *CNS spectrums*. - 2008. - 13(5):425-432.
183. Poyurovsky M. Obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia: clinical characterisation and treatment. / M. Poyurovsky, Hudak R., Dougherty D.D. (Eds). *Clinical Obsessive-compulsive disorder in adults and children*. // Cambridge University Press, 2011. - 222 p.
184. Ulloa R. Age onset subtypes of obsessive compulsive disorder: differences in clinical response to treatment with clomipramine / R. Ulloa, H. Nicolini, M. Avila, A. Fernández-Guasti // *J Child Adolesc Psychopharmacol*. - 2007. - 17(1). - 85-96.
185. Unal A. Effective treatment of catatonia by combination of benzodiazepine and electroconvulsive therapy / A. Unal, F. Bulbul, G. Alpak, O. Virit, U. Copoglu, H. Savas // *The journal of ECT*. - 2013. - 29(3):206-9.
186. Rachman S. Primary obsessional slowness / S. Rachman // *Behavior Research and Therapy*. - 1974. - 12:9-18.
187. Rao N., Kasal V, Mutalik N., Behere R., Venkatasubramanian G., Varambally S., Gangadhar B. Has Kahlbaum syndrome disappeared or is it underdiagnosed? / N. Rao, V. Kasal, N. Mutalik, R. Behere, G. Venkatasubramanian, S. Varambally, B. Gangadhar // *Reexamining the nosology of catatonia*. - *The journal of ECT*. - 2012 - 28(1):62-3.
188. Ratnasuria R. Obsessive slowness revisited / R. Ratnasuria, I. Marks, D. Forshaw // *British Journal of psychiatry*. - 1991. - 159:273-274.
189. Rasmussen, S. Phenomenology of OCD: clinical Subtypes, heterogeneity and coexistence. *The psychobiology of Obsessive Compulsive Disorders* / S. Rasmussen, J. Eisen // Springer pub. Comp. NY. - 1991, pp. 29-30.

190. Rolinski M. Basal ganglia dysfunction in idiopathic REM sleep behaviour disorder parallels that in early Parkinson's disease / M. Rolinski, L. Griffanti, P. Piccini, A. Roussakis, K. Szewczyk-Krolikowski, R. Menke, T. Quinnell, Z. Zaiwalla, J. Klein, C. Mackay, M. Hu // *Brain : a journal of neurology.* - 2016. - 139(Pt 8):2224-34.
191. Rogers. D. The motor disorders of severe psychiatric illness: a conflict of paradigms / D. Rogers // *The British Journal of Psychiatry.* - 1985. - 147:221-32.
192. Rosen I. The clinical significance of obsessions in schizophrenia / I. Rosen // *The Journal of mental science.* 1957;103(433):773-85
193. Roth R, Baribeau J, Milovan D, O'Connor K. Speed and accuracy on tests of executive function in obsessive-compulsive disorder / R. Roth, J. Baribeau, D. Milovan, K. O'Connor // *Brain and cognition.* - 2004. - 54(3):263-5.
194. Rümke H.C. *Über die klinik und Psychopathologie der Zwangsvorgänge.* / H.C. Rümke // *Eine blühende Psychiatrie in Gefahr. Ausgewählte Vorträge und Aufsätze.* - Berlin, 1967. - 76-101.
195. Ross C. Problems with autism, catatonia and schizophrenia in DSM-5 / C. Ross // *Schizophrenia research.* 2014;158(1-3):264-5
196. Sachdeva A., Chandra M., Saxena A., Beniwal R., Kandpal M., Kumar A. Case report of comorbid schizophrenia and obsessive compulsive disorder in a patient who was tube-fed for four years by family members because of his refusal to eat / A. Sachdeva, M. Chandra, A. Saxena, R. Beniwal, M. Kandpal, A. Kumar // *Shanghai archives of psychiatry.* 2015;27(4):252-5
197. Saha R. Short Communication. Obsessive slowness presenting as catatonia in a patient with Borderline Intelligence / R. Saha, S. Singh, A. Nischal // *Asian Journal of Psychiatry.* - 2015. - 3:6-12.
198. Sanderson W. C. Syndrome comorbidity in patients with major depression or dysthymia: Prevalence and temporal relationships / W. Sanderson, A. Beck, J. Beck // *Am J Psychiatry.* - 1990. - 147: 10–25–1028.

- 199.Sarkar P. Dissociative disorder presenting as catatonia / P. Sarkar, B. Patra, F. Sattar, K. Chatterjee, A. Gupta, T. Walia // *Indian journal of psychiatry*. – 2004. - 46(2):176-9.
- 200.Schirmbeck F., Zink M. Clozapine-induced obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia: a critical review/ F. Schirmbeck, M. Zink // *Current neuropharmacology*. – 2012. - 10(1):88-95.
- 201.Shin N. Impaired body but not face perception in patients with obsessive-compulsive disorder / N. Shin, J. Jang, H. Kim, G. Shim, J. Hwang, S. Kim, J. Kwon // *Journal of neuropsychology*. – 2013. - 7(1):58-71.
- 202.Shorter E. Making childhood catatonia visible, separate from competing diagnoses / E. Shorter // *Acta psychiatrica Scandinavica*. – 2012. - 125(1):3-10
- 203.Shorter E. Childhood catatonia, autism and psychosis past and present: is there an 'iron triangle'? / E. Shorter, L. Wachtel // *Acta psychiatrica Scandinavica*. - 2013. - 128(1):21-33
- 204.Sienaert P. A clinical review of the treatment of catatonia / иДФслук D. Dhossche, D. Vancampfort, M. De Hert, G. Gazdag // *Frontiers in psychiatry*. - 2014. - 5:181
- 205.Spence S. Discrete neurophysiological correlates in prefrontal cortex during hysterical and feigned disorder of movement / S. Spence, H. Crimlisk, H. Cope, M. Ron M, P. Grasby // *Lancet (London, England)*. – 2000. - 355(9211):1243-4.
- 206.Steinberg H. Kraepelin's views on obsessive neurosis: a comparison with DSM-5 criteria for obsessive-compulsive disorder / H. Steinberg, D. Carius, L. Fontenelle // *Revista brasileira de psiquiatria*. - 2017.-39(4):355-364.
- 207.Straus E. Ein Beitrag zur Pathologie der Zwangsercheinungen / E. Straus. - *European neurology*. - 1938.
- 208.Strawn J. Successful treatment of catatonia with aripiprazole in an adolescent with psychosis / J. Strawn, S. Delgado // *Journal of child and adolescent psychopharmacology*. - 2007. - 17(5):733-5.
- 209.Stuivenga M. Prevalence of the catatonic syndrome in an acute inpatient sample / M. Stuivenga, M. Morrens // *Frontiers in psychiatry*. – 2014. - 5:174.

210. Sienaert P. A clinical review of the treatment of catatonia / P. Sienaert, D. Dhossche, D. Vancampfort, M. De Hert, G. Gazdag // *Frontiers in psychiatry*. - 2014. - 5:181
211. Simpson H. Obsessive-compulsive disorder for ICD-11: proposed changes to the diagnostic guidelines and specifiers / H. Simpson, Y. Reddy // *Revista brasileira de psiquiatria*. – 2014. - 36 -13.
212. Singh G. Obsessive Slowness: A Case Report / G. Singh, P. Sharan, S. Grover // *Indian Journal of psychiatry*. - 2003. - 45(1):60-61
213. Tabbane K. Clozapine for the management of persistent catatonia / K. Tabbane, S. Halayem, R. Joobar // *Journal of psychiatry & neuroscience*. - 2016. - 41(6):E81-E82.
214. Takeuchi T., Nakagawa A., H. Harai, Nakatanu E., S. Fujikawa, C. Yoshizato and T. Yamagamu. Shorter Communications. Primary obsessional slowness: long-term findings / T. Takeuchi, A. Nakagawa, H. Harai, E. Nakatanu, S. Fujikawa, C. Yoshizato, T. Yamagamu // *Behavior Research and Therapy*. - 1997. - 35(5):445-449.
215. Unal A. Effective treatment of catatonia by combination of benzodiazepine and electroconvulsive therapy / A. Unal, F. Bulbul, G. Alpak, O. Virit, U. Copoglu, H. Savas // *The journal of ECT*. – 2013. - 29(3):206-9.
216. Ungvari G. Catatonia in DSM 5: controversies regarding its psychopathology, clinical presentation and treatment response / G. Ungvari // *Neuropsychopharmacologia Hungarica*. - 2014. - 16(4):189-94.
217. Urstein M. Katatonie unter dem Bilde der Hysterie und Psychopathie /M. Urstein. - Berlin 1922.
218. Valevski A. Response of catatonia to risperidone: two case reports / A. Valevski, T. Loebl, T. Keren, L. Bodinger, A. Weizman // *Clin Neuropharmacol*. - 2001. – 24. - 228–31.
219. Veale D. Classification and treatment of obsessional slowness / D. Veale // *British Journal of psychiatry*. – 1993. - 162:198-203.

- 220.Vörös V. [Use of aripiprazole in the treatment of catatonia] / V.Vörös, T.Tényi // Neuropsychopharmacologia Hungarica.- 2010. - 12(2):373-6.
- 221.Wachtel L. ECT for developmental disability and severe mental illness / L. Wachtel, D. Dhossche, M. Fink, R. Jaffe, C. Kellner, H. Weeks, E. Shorter // The American journal of psychiatry. – 2013. - 170(12):1498-9.
- 222.Wayne K. Goodman. The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. I. Development, use, and reliability / Wayne K. Goodman, Lawrence H. Price, Rasmussen S., Mazure C //Archives of General Psychiatry. – 1989.-.46(11):1006-1011.
- 223.Wiener K. Sertraline and mental retardation with obsessive-compulsive disorder/ K. Wiener, J. Lamberti //The American journal of psychiatry. - 1993. - 150(8):1270
- 224.Wing L. Catatonia in autistic spectrum disorders / L. Wing, Amitta Shah // The British Journal of Psychiatry. – 2000 - 10(4): 357-362.
- 225.Zohar J. Update of serotonergic hypothesis of obsessive-compulsive disorder / J. Zohar, S. Kindler // Clin.Neuropharmacol. - 1992. - 15: 257-258.
- 226.Zohar, J. Obsessive-Compulsive Disorder / M. May, N. Sartorius, J. Zohar // Wiley. - 2000. - v.4 pp.5-7



### Шкала для оценки обсессивно-компульсивных нарушений

(Yele - Braun obsessive - compulsive scale – W. Goodman, L. Price, P. Delgado, J. Krystal, D. Charney, G. Heninger 1990)

Шкала позволяет определить степень выраженности составляющих обсессивно-компульсивного синдрома – навязчивых мыслей и действий. Шкала состоит из 10 вопросов и 2 подшкал «обсессии» и «компульсии», по 5 вопросов в каждой. Каждый вопрос оценивается от 0 до 4 баллов, в зависимости от выраженности расстройства. Оценивался суммарный балл в начале исследования, а так же в процессе психофармакотерапии.

Опросник.

#### **Подшкала обсессий**

1. Общая продолжительность Ваших навязчивых мыслей (обсессий) в течение суток составляет:
  - не наблюдаются вообще
  - по совокупности меньше часа
  - по совокупности 1-3 часа в течение дня
  - по совокупности 3-8 часов в течение дня
  - по совокупности более 8 часов в течение дня
2. Степень нарушения повседневной жизни вследствие наличия навязчивых мыслей:
  - совсем не нарушена
  - Нарушена слабо
  - чувствуется негативное влияние, но образ жизни прежний
  - сильно нарушен повседневный образ жизни
  - образ жизни полностью нарушен
3. Уровень психологического дискомфорта вследствие навязчивых мыслей:
  - не испытываю вообще
  - испытываю слабый дискомфорт
  - испытываю сильный дискомфорт, но в общем, чувствую себя хорошо

- испытываю сильный дискомфорт и это сказывается на моем самочувствии
- практически весь день испытываю очень сильный дискомфорт

4. Сопротивление obsссиям:

- в состоянии им сопротивляться практически всегда
- могу оказать сопротивление большей части obsссий
- иногда я могу оказать им хорошее сопротивление
- чаще всего я не могу сопротивляться им
- не в состоянии сопротивляться obsссиям

5. Степень контроля над obsссиями:

- obsссии полностью находятся под моим контролем
- в большинстве случаев я контролирую их
- иногда мне удается контролировать obsссии
- могу контролировать их незначительно
- мои obsссии неконтролируемы

### **Подшкала компульсий**

1. Ваша продолжительность навязчивых действий, ритуалов (компульсий) в течении суток:

- не наблюдаются вообще (по совокупности меньше часа)
- по совокупности 1-3 часа в течение дня
- по совокупности 3-8 часов в течение дня
- по совокупности более 8 часов в течение дня

2. Степень нарушения повседневной жизни:

- совсем не нарушают
- оказывают слабое влияние
- чувствуется негативное влияние, но образ жизни прежний
- сильно нарушают повседневный образ жизни
- образ жизни полностью нарушен

### 3. Уровень психологического дискомфорта:

- не испытываю вообще
- испытываю слабый дискомфорт
- испытываю сильный дискомфорт, но в общем, чувствую себя хорошо
- испытываю сильный дискомфорт и это сказывается на моем самочувствии
- практически весь день испытываю очень сильный дискомфорт

### 4. Сопротивление компульсиям:

- в состоянии им сопротивляться практически всегда
- могу оказать сопротивление большей части компульсий
- иногда я могу оказать им хорошее сопротивление
- чаще всего я не могу сопротивляться им
- не в состоянии сопротивляться компульсиям

### 5. Степень контроля над компульсиями:

- компульсии полностью находятся под моим контролем
- в большинстве случаев я контролирую их
- иногда мне удастся контролировать компульсии
- могу контролировать их незначительно
- мои компульсии неконтролируемы

## Интерпретация

Общий балл по шкале:

До 7 баллов - незначительное обсессивно-компульсивное расстройство

От 8 до 15 баллов - слабое ОКР

От 16 до 23 баллов - среднее ОКР

От 24 до 31 баллов - сильное ОКР

От 32 до 40 баллов - чрезвычайно сильное ОКР

Шкала оценки кататонических расстройств

(Bush – Francis Catatonia rating scale – G. Bush, M. Fink, G. Petrides, F. Dowling, A. Francis 1996)

Шкала позволяет произвести оценку выраженности кататонических расстройств и степень их редукции под влиянием психофармакотерапии.

1. **Возбуждение**- усидение и ускорение различных проявлений психической деятельности – мышления, речи, моторики, не являющиеся проявлением акатизии или результатом целенаправленного влияния.
  - 0 – проявления отсутствуют
  - 1 – чрезмерная двигательная активность, перемежающаяся периодами нормальной активности;
  - 2 – постоянная чрезмерная двигательная активность, без периода отдыха;
  - 3 – развернутое кататоническое возбуждение с хаотичностью и бессмысленностью движений
2. **Неподвижность/ступор** – чрезмерное снижение активности вплоть до полной обездвиженности, отсутствие или реакции на внешние стимулы.
  - 0 – проявления отсутствуют;
  - 1 – принимает неестественные позы, с больным возможен только кратковременный контакт;
  - 2 – фактически не реагирует на внешние стимулы;
  - 3 – собственно ступор, состояние полной обездвиженности, отсутствует реакция на болевые стимулы;
3. **Мутизм** – отсутствие речевого контакта при сохранении способности разговаривать и понимать обращенную к ним речь.
  - 0 – проявления отсутствуют;
  - 1 – отсутствие вербального ответа на большинство вопросов, иногда неясно различимый шепот;
  - 2 – употребляет менее 20 слов за 5 минут;
  - 3 – полное отсутствие речевого контакта;
4. **Подвижность взора** - фиксация взгляда, снижение или отсутствие визуального контакта с окружающей средой, снижение частоты моргания.
  - 0 – проявления отсутствуют;
  - 1 – недостаточный зрительный контакт, при переключении внимания фиксация взора на другой объект длится менее 20 секунд, редкое моргание;
  - 2 – фиксация взора на объекте более 20 секунд, изредка возможно переключение внимания;

- 3 – фиксация взора, без реакции на внешние раздражители;
5. Катаlepsия – способность к длительному сохранению позы ( в том числе стоя или сидя, без реакции).
- 0 – проявления отсутствуют;
- 1 – менее 1 минуты;
- 2 – более 1 минуты, но менее 15 минут;
- 3 – странные, причудливые или обычные позы, сохраняющиеся без изменений более 15 минут;
6. Гримасничанье – странная, эксцентричная, необычная мимика.
- 0 – проявления отсутствуют;
- 1 – длится менее 10 секунд;
- 2 – длится менее 1 минуты;
- 3 – вычурная, причудливая мимика, длительностью более минуты;
7. Эхопраксия\эхолалия – подражание речи, жестам, движениям исследователя.
- 0 – проявления отсутствуют;
- 1 – изредка;
- 2 – часто;
- 3 – постоянно;
8. Стереоטיפии – непроизвольное, многократное повторение однообразных, лишенных смысла, беспричинно возникающих движений (похлопывания, потирания рук).
- 0 – проявления отсутствуют;
- 1 – изредка;
- 2 – часто;
- 3 – постоянно;
9. Манерность – странные, утрированные, сохраняющие видимость целенаправленных, движения.
- 0 – проявления отсутствуют;
- 1 – изредка;
- 2 – часто;
- 3 – постоянно;
10. Вербигерация – бессмысленное повторение слов, предложений (либо их написание).
- 0 – проявлений отсутствуют;
- 1 – изредка;
- 2 – часто;
- 3 – постоянно;

11. Ригидность – недостаточная подвижность, инертность, необходимость приложения усилия для изменения позы, за исключение проявления симптома зубчатого колеса и тремора.
- 0 – проявления отсутствуют;
  - 1 – легкие проявления;
  - 2 – умеренные проявления;
  - 3 – серьезные проявления;
12. Негативизм – отрицательное отношение к идущим внешним побуждениям, просьбам, попыткам исследовать пациента, отгороженность от внешних впечатлений или действий, поведение больного противоположно инструкциям.
- 0 – проявления отсутствуют;
  - 1 – не явно выраженное отрицательное отношение и/или изредка действия противоположного характера;
  - 2 – умеренная степень выраженности негативистического отношения и/или часто действия, противоположные инструкциям;
  - 3 – серьезно выраженное отрицательное отношение и/или постоянное совершение действий, противоположных инструкциям;
13. Явления восковой гибкости – застывание больного в принятой им позе, при изменении позы, больной сохраняет заданное положение.
- 0 – проявления отсутствуют;
  - 1 – явление проявляется;
14. Отказ – отказ пациента от еды, питья и/или установления зрительного контакта.
- 0 – проявления отсутствуют;
  - 1 – проявления минимально выражены и сохраняются менее одного дня;
  - 2 – проявления минимально выражены и сохраняются более одного дня;
  - 3 – полное отсутствие контакта с пациентом более одного дня;
15. Импульсивность – внезапно возникающие поступки, действия больного, порой носящие нелепый характер, совершающиеся в связи с непреодолимым влечением, побуждениями (больные могут кричать, смеяться, бегать), не учитываются проявления агрессии. Действия впоследствии остаются без объяснения или объясняются формально.
- 0 – проявления отсутствуют;
  - 1 – изредка;
  - 2 – часто;
  - 3 – постоянно;
16. Пассивная подчиняемость – преувеличенное сотрудничество на просьбу исследователя или спонтанное продолжение требуемого ранее действия.

- 0 – проявления отсутствуют;
  - 1 – изредка;
  - 2 – часто;
  - 3 – постоянно;
17. Синхронность движений – сгибание пальцев рук в ответ на нажатие пальцев, после инструкции к противоположному действию;
- 0 – явления отсутствуют;
  - 3 – явления присутствуют;
18. Паратония- сопротивление пассивным движениям, которое соизмеримо по силе со стимулами и являющееся скорее автоматическим, чем намеренным.
- 0 – явление отсутствует;
  - 3 – явление присутствует;
19. Амбивалентность – двойственность в принятии решений, поступков, антагонистическая реакция на внешние раздражители.
- 0 – явления отсутствуют;
  - 3 – явления присутствуют;
20. Хватательный рефлекс – по данным неврологического обследования.
- 0 – рефлекс отсутствует;
  - 3 – рефлекс присутствует;
21. Персеверации – склонность к повторению или к упорному продолжению начатой темы или деятельности.
- 0 – явления отсутствуют;
  - 3 – явления присутствуют;
22. Агрессивность – немотивированные вспышки с агрессивно-разрушительными действиями, бессмысленны, впоследствии не объясняются или объяснения носят формальный характер.
- 0 – проявления отсутствуют;
  - 1 – проявления агрессии редки, низкая потенциальная опасность для окружающих (нанесению вреда, порчи);
  - 2 – проявления агрессии часты, умеренно выражена потенциальная опасность для окружающих;
  - 3 – высокая опасность для окружающих;
23. Вегетативные функции (температура, артериальное давление, пульс, состояние дыхательной системы)
- 0 – проявления отсутствуют;
  - 1 – нарушения одного показателя;
  - 2 – нарушения двух показателей;
  - 3 – нарушение трех и более показателей.

Оценка производилась до начала лечения, а так же в процессе приема терапии. Градация тяжести кататонии проводилась на основании данных, полученных другими исследователями (D. Cohen et al. 1999, P. Kinrys 2001, А.Н. Бархатова 2005): степень тяжести кататонии свыше 35 баллов определялась как тяжелая, 25-35 баллов – умеренная, 21 балл – легкая.