

ФГБОУ ДПО «РОССИЙСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ  
ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ» МИНЗДРАВА РОССИИ

*На правах рукописи*

Алексеева Анна Григорьевна

**ПСИХОПАТОЛОГИЯ И КЛИНИКА  
ОНЕЙРОИДНО-КАТАТОНИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ  
ПРИ ЭНДОГЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ**

14.01.06 – «Психиатрия»

(медицинские науки)

Диссертация  
на соискание ученой степени кандидата  
медицинских наук

Научный руководитель -  
Академик РАН  
доктор медицинских наук  
профессор А.С. Тиганов

Москва - 2016

**ОГЛАВЛЕНИЕ**

<b>ВВЕДЕНИЕ.....</b>	<b>3</b>
<b>ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ.....</b>	<b>12</b>
<b>ГЛАВА 2. ХАРАКТЕРИСТИКА МАТЕРИАЛА И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....</b>	<b>38</b>
<b>ГЛАВА 3. ТИПОЛОГИЧЕСКИЕ РАЗНОВИДНОСТИ ОНЕЙРОИДНО-КАТАТОНИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ.....</b>	<b>48</b>
<b>ГЛАВА 4. КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ШИЗОФРЕНИИ, ПРОТЕКАЮЩЕЙ С ОНЕЙРОИДНО-КАТАТОНИЧЕСКИМИ СОСТОЯНИЯМИ В ПРИСТУПАХ .....</b>	<b>69</b>
<b>ГЛАВА 5. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ ОНЕЙРОИДНО-КАТАТОНИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ. ВОПРОСЫ ПАТОГЕНЕЗА И ЛЕЧЕНИЯ.....</b>	<b>97</b>
<b>ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....</b>	<b>139</b>
<b>ВЫВОДЫ.....</b>	<b>150</b>
<b>ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ И ПЕРСПЕКТИВЫ ДАЛЬНЕЙШЕЙ РАЗРАБОТКИ ТЕМЫ.....</b>	<b>154</b>
<b>СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ. ....</b>	<b>155</b>
<b>СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....</b>	<b>156</b>
<b>ПРИЛОЖЕНИЕ.....</b>	<b>177</b>

## ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования. Несмотря на многочисленные исследования прошлых столетий, вопрос онейроидного помрачения сознания остается непростой проблемой в современной психиатрии [2, 34, 69, 71, 74, 84, 99, 109, 189, 136, 141, 152]. Трудности в диагностике данных состояний связаны как с особенностями психопатологических проявлений, клинической картины, так и с определенным отношением самих больных к ярким, эмоциональным переживаниям, которыми пациенты не всегда готовы делиться с врачом. Отсутствие должного понимания и внимания к проблеме онейроидно-кататонических состояний нередко приводит к диагностическим ошибкам. Онейроидные состояния трактуются как «галлюцинаторно - параноидные», «депрессивно - параноидные», «парафренические» и др. [7, 17, 81, 85, 97, 100]. Недостаток данных о механизмах формирования онейроидно-кататонических состояний, взаимосвязи психопатологических расстройств в структуре синдрома с позиции современной психиатрии, делает необходимым дальнейшее исследование феномена онейроидной кататонии [40, 41, 77, 90, 116, 152, 157, 162, 191, 192, 203].

Отсутствие единого понимания в квалификации онейроидно-кататонических состояний сохраняется до настоящего времени [149, 161, 164]. Одни исследователи рассматривают онейроидную кататонию как самостоятельную единицу [178]. Другие описывают онейроид как один из видов проявления делирия или аменции [35, 64, 177, 180]. Ряд авторов относят онейроидные состояния к шизофрении [2, 69, 76, 84]. Кроме того, существующая ранее оценка онейроида как обязательно благоприятного прогностического признака и проявления рекуррентного течения шизофрении вряд ли может объективно отражать реальную прогностическую значимость онейроидно-кататонических расстройств [4, 60, 93, 106, 109, 153, 178]. Следует отметить, что до настоящего времени критерии диагностики и оценки прогноза данных состояний остаются не до конца ясными. Важно отметить, что исключение понятия «онейроида» из современных

классификациях болезней DSM-V, DSM-V-TR, ICD-10 является вопросом в значительной степени дискуссионным [121, 122, 123].

Отсутствие четких алгоритмов терапевтической тактики при онейроидно-кататонических состояниях, разработанных схем лечения в условиях наличия современных методов и антипсихотических препаратов нового поколения, создают предпосылки для дальнейшего изучения данного вопроса [6, 8, 65, 139, 146, 151, 156, 167, 194, 196,].

Все эти аспекты проблемы онейроидно-кататонических состояний при эндогенных заболеваниях требуют дальнейшей разработки и определяют актуальность настоящего исследования.

Степень разработанности темы исследования. Несмотря на существующий ранее интерес к проблеме онейроидного помрачения сознания, который позволил выделить онейроид как один из феноменов, несомненно, заслуживающий внимания, исследования прошлого века вряд ли могут полностью отражать современное состояние данной проблемы. В последние же десятилетия количество работ, посвященных проблеме онейроидно-кататонических состояний, значительно уменьшилось, а имеющиеся публикации лишь косвенно касаются данной тематики [81, 97, 100, 159, 185, 191, 194]. До настоящего времени остается не изученным вопрос об особенностях структуры состояния, особенностях систематики и психопатологии расстройств, наблюдающихся при онейроидном помрачении сознания, особенностей клинической картины и динамики заболевания, в рамках которого они возникают, их нозологическая принадлежность. Не достаточно освещены современные аспекты патогенеза и лечения онейроидной кататонии.

Кроме того, патоморфоз онейроидных состояний, который отмечается в настоящее время в виде изменения структуры и содержания онейроидных расстройств, а также длительности течения, в результате чего онейроидные картины представляют собой abortивные, транзиторные, редуцированные состояния, своеобразная атипичность описанных ранее онейроидных

приступов, этапов развития онейроида, отсутствие четких психопатологических критериев синдрома онейроидного помрачения сознания, недостаточная изученность влияния возраста, преморбидных личностных особенностей, психопатологической симптоматики, предшествующей онейроидному приступу на его структуру и течение, видоизменение приступа под влиянием психофармакотерапии и в зависимости от лечения новейшими методами терапии, все это позволяет говорить о необходимости и актуальности настоящего исследования [36, 61, 103, 110, 136].

**Целью** исследования является изучение клинико-психопатологических и клинико-динамических особенностей онейроидно-кататонических состояний при эндогенных заболеваниях, определение дифференциально-диагностических и прогностических параметров их оценки, а также оптимизация основных подходов к выбору терапевтической тактики данных расстройств.

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

1. Исследование особенностей психопатологической структуры онейроидно-кататонических состояний;
2. Разработка типологической дифференциации онейроидно-кататонических состояний на основании психопатологических проявлений и динамических характеристик развития приступа;
3. Изучение клинических особенностей заболевания, протекающих с приступами онейроидной кататонии, взаимосвязи между типологическими разновидностями онейроидно-кататонических состояний и их нозологической предпочтительности к формам течения шизофрении;
4. Выделение патогенетических факторов заболевания, протекающих с онейроидно-кататоническими состояниями в приступах;
5. Обоснование адекватных подходов к выбору терапевтической тактики при лечении острых онейроидно-кататонических психозов.

**Научная новизна.** В отличие от существующих ранее подходов к квалификации онейроидно-кататонических состояний [3, 34, 99, 155, 152, 165], когда в качестве основного признака избиралась степень выраженности помрачения сознания, в работе решена проблема разграничения онейроидно-кататонических состояний на основании выделения основных компонентов расстройства сознания и с учетом динамических характеристик развития приступа. Динамический подход, который был использован в исследовании, в сочетании с анализом психопатологической картины состояний позволил по-новому оценить значение развития характерных этапов приступа онейроидной кататонии, в зависимости от их наличия или отсутствия, тем самым выявив явную гетерогенность данных состояний.

Впервые, в отличие от используемых ранее принципов систематики [76, 93, 105, 106, 148, 171] клинко-психопатологический и клинко-динамический анализ структурных компонентов онейроидно-кататонических состояний позволил выявить и описать ряд важных психопатологических особенностей, которые определяли характер и способ взаимовлияния компонентов синдрома.

Впервые предложено разграничение онейроидно-кататонических состояний на основании выделения компонентов расстройства сознания, основанных на преобладании тех или иных фантастических переживаний в структуре состояния. В рамках представленных вариантов рассмотрена динамика развития онейроида и описана взаимосвязь с другими психопатологическими проявлениями (аффективными и бредовыми расстройствами) в структуре состояния.

В отличие от исследований, представленных по данной проблеме ранее [3, 34, 44, 84, 99, 108] в диссертационной работе произведено уточнение и детализация психопатологической структуры острых онейроидно-кататонических состояний с учетом превалирования различных видов фантастических переживаний в его структуре, а также неодинаковой динамики развития состояния и различного соотношения других

психопатологических проявлений, которые определяли клинико-психопатологические особенности данных картин и позволили выделить дифференциально-диагностические и прогностические параметры.

Впервые единым инструментом обследованы разные категории больных, благодаря чему удалось отметить особенности формирования онейроидно-кататонических состояний при эндогенном заболевании в зависимости от возраста пациента, преморбидных особенностей личности, предшествующей психопатологической симптоматики, а также проанализировать структуру данных состояний, учитывая возможность наличия истинного патомороза. Данное исследование позволило обратить внимание на клиническую картину форм и вариантов течения шизофрении, в структуре которых возникают онейроидно-кататонические состояния, дать оценку степени прогрессивности заболевания, а также доказать нозологическую предпочтительность онейроидной кататонии.

В отличие от предложенных ранее принципов терапии [29, 48, 65, 82, 83, 97, 112, 124, 132, 167, 188, 194, 195, 196,] благодаря выполненному исследованию проанализированы возможные терапевтические методики лечения онейроидно-кататонических состояний, выделены основные положения оптимальной психофармакологической тактики, которая учитывает гетерогенность онейроидно-кататонических состояний, а также клинические особенности заболевания, в рамках которого развиваются данные состояния.

#### **Теоретическая и практическая значимость исследования.**

Результаты исследования вносят вклад в развитие учения об эндогенных психозах, которые протекают с картиной онейроидной кататонии, уточняют особенности психопатологической структуры и динамики онейроидно-кататонических расстройств в рамках шизофрении. Разработана оригинальная типология онейроидно-кататонических состояний, которая обладает дифференциально-диагностической и прогностической значимостью. Результаты, полученные в процессе исследования, позволяют

дать современную оценку значимости онейроидно-кататонических состояний. Проведенный анализ структуры и динамики онейроидной кататонии, а также заболевания, в рамках которого она развивается, дают возможность дифференциально-диагностической и прогностической оценки. Изученные в работе особенности ремиссий после перенесенных онейроидно-кататонических приступов, а также анализ социально-трудовой адаптации таких больных, позволяют сделать выводы о возможном влиянии данных расстройств на прогноз заболевания. Разработанные алгоритмы и схемы терапии на основании клинко-типологического разделения онейроидно-кататонических состояний позволяют осуществлять максимально результативное психофармакологическое воздействие как на само состояние, так и на болезнь в целом. Полученные результаты могут быть использованы при подготовке, повышении квалификации врачей-психиатров и медицинских психологов. Методологические принципы, на базе которых построено исследование, могут применяться для дальнейших научно-практических разработок в данной области.

**Методология и методы исследования.** Теоретической и методической основой исследования являются работы отечественных и зарубежных ученых в области психиатрии, как современные, так и классические, работы по изучению психопатологии и клиники эндогенных заболеваний. Структура исследования, направленная на решение поставленных задач, предусматривала формирование выборки больных с онейроидно-кататоническими состояниями в рамках эндогенного заболевания из числа пациентов, которые находились на лечении в клинике ФГБНУ НЦПЗ (директор – д.м.н., профессор Т.П.Клюшник) в отделе по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний (руководитель – академик РАН, профессор, д.м.н. А.С.Тиганов), на базе психиатрических отделений ГБУЗ «ПКБ № 1 им. Н. А. Алексеева» ДЗМ города Москвы (главный врач – к.м.н. Ю.А.Шуляк) и ЦКБ УДП РФ (главный врач – д. м. н., заслуженный врач РФ Витько Н.К.). Общее



количество обследованных составило 68 больных. В исследование включались больные с развитием острых психозов с формированием онейроидно-кататонических состояний в структуре психотических приступов в рамках эндогенного заболевания (F20, F23 по МКБ-10). Критерии исключения: В исследование не включались больные с наличием сопутствующей психической патологии: органические, включая симптоматические, психические расстройства (F00-09), психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ (F10-19), умственная отсталость (F70-79); наличие сопутствующей соматической или неврологической патологии: острых или хронических соматических и инфекционных заболеваний в стадии обострения, нейроинфекций, эпилепсии, тяжелых ЧМТ в анамнезе, а также других поражений ЦНС; возраст больных к периоду манифестации болезни более 45 и менее 16 лет. Методы исследования: клинико-психопатологический; клинико-катамнестический; клинико-терапевтический (оценка терапевтической эффективности); клинико-статистический.

#### **Основные положения, выносимые на защиту:**

1. Онейроидно-кататонические состояния, формирующиеся в рамках эндогенного заболевания, имеют гетерогенную структуру, которая представлена преобладанием различных компонентов расстройства сознания, выделенных на основании проявления тех или иных фантастических переживаний. Неодинаковая динамика развития онейроидно-кататонических приступов с различным удельным весом таких составляющих как аффективные расстройства и бредовые нарушения, (острый чувственный бред, проявления психического автоматизма и др.), выраженности явлений помрачения сознания позволяют произвести их типологическое разделение.
2. Типологическая специфика онейроидно-кататонических состояний и особенности этапности их развития с учетом динамики и наличия неодинаковой психопатологической структуры, имеют разную дифференциально-диагностическую и прогностическую значимость, которая

позволяет дать нозологическую характеристику заболеванию, в рамках которого они регистрируются.

3. Выбор дифференцированной терапевтической тактики определяется типологической разновидностью онейроидно-кататонических состояний, связан со структурой и динамикой развития приступа.

**Степень достоверности и апробация результатов исследования.**

Репрезентативность материала, комплексная методика обследования, включающая клинико-психопатологический, клинико-катамнестический, клинико-терапевтический и статистический методы обеспечивают достоверность научных положений и выводов. Результаты исследования изложены в 3 научных публикациях, опубликованных в рецензируемых научных журналах ВАК (из них 1 в соавторстве):

1. Алексеева А.Г. Психопатология и клиника онейроидно-кататонических состояний при эндогенных заболеваниях / А.Г. Алексеева // Вестник академии медицинских наук. – 2011.-№ 4.-С. 48-51.

2. Алексеева А.Г., Тиганов А.С. Онейроидно-кататонические приступы при шизофрении / А.Г.Алексеева, А.С.Тиганов // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 2014. -№12. –С. 36-41.

3. Алексеева А.Г. Клинические особенности шизофрении, протекающей с онейроидно-кататоническими состояниями в приступах / А.Г. Алексеева // Психиатрия. - 2016. -№3. –С. 14-20.

**Основные положения диссертации** представлены на научной конференции молодых ученых, посвященной памяти академика АМН СССР А.В.Снежневского в НЦПЗ РАМН (19 мая 2010 г.), на VI Конференции молодых ученых РМАПО с международным участием «Современная медицина: традиции и инновации» (1 марта 2015 г.).

**Апробация диссертации** состоялась 11 июля 2016 г. на совместной межотделенческой конференции кафедры психиатрии ФГБОУ ДПО РМАПО МЗ РФ и ФГБНУ НЦПЗ.

**Внедрение результатов исследования.** Результаты данного исследования нашли применение в практической работе кафедры психиатрии РМАПО, клинических отделений ФГБНУ НЦПЗ, филиалов ГБУЗ «ПКБ № 1 им. Н. А. Алексеева» «Психоневрологический диспансер № 1», «Психоневрологический диспансер № 24» департамента здравоохранения г. Москвы.

**Объем и структура работы:** Работа изложена на 260 страницах машинописного текста (основной текст 176 страниц, приложение 84 страниц). Состоит из введения, 5 глав, заключения, выводов, списка литературы и приложения. Библиографический указатель содержит 207 наименований, из них отечественных - 119, иностранных - 88. Приведено 13 таблиц, 4 рисунка, 4 клинических наблюдения.

**Личный вклад автора в исследование.** Автором лично проведен поиск и анализ научной литературы по теме диссертации, обоснована степень разработки проблемы исследования, на основании которой определена идея диссертационной работы, программа исследования и сформированы её цель и задачи. Лично автором осуществлен сбор материала, выбраны необходимые методы исследования, проведено комплексное клиническое обследование больных с формированием репрезентативной выборки наблюдений, лично проведена обработка и анализ полученных в ходе исследования результатов. Благодаря проведенной работе, автор лично сформулировал положения, выносимые на защиту, обосновал полученные решения, сформулировал научные рекомендации и выводы, подготовил публикаций по теме исследования. Полученные результаты сопоставлены с данными литературы и оформлены автором в виде диссертационной работы.

## ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

История вопроса онейроидного помрачения сознания включает не одно столетие. При этом воззрения на данную проблему всегда представляли собой предмет дискуссий. Различия в имеющихся взглядах и подходах к изучению вопроса, в клиническом анализе состояний, связанные с уровнем и особенностями развития психиатрии в тот или иной отрезок времени, создавали неоднозначность в трактовке и оценке онейроидно-кататонических проявлений. Истоками же зарождения научного изучения онейроидных расстройств можно считать работы психиатров середины XIX века [43].

Первые упоминания об онейроидно-кататонических состояниях, отражая взгляды психиатрии того времени, представляли собой достаточно неудачные попытки описания онейроида, однако имели свою значимость в историческом аспекте формирования данного вопроса. Внимание психиатров привлекали состояния больных, которые имели двигательные нарушения, граничащие с обездвиженностью с одной стороны, безучастностью по отношению к внешнему миру и невозможностью установить какой-либо контакт с больным с другой. Такие проявления болезни авторы первоначально относили к «неизлечимым», конечным, «дефектным». Для их обозначения использовались термины «ступор», «стupidность», «спутанность». Желание и попытки разобраться в сути таких нарушений сделали возможным показать их клиническую неоднородность. Исследователи уже тогда обнаруживали возможные случаи исчезновения болезни, «выздоровления» или «излечения». Некоторые подчеркивали, что, несмотря на массивность двигательных расстройств, «обездвиженность» больных и их отчужденность от внешнего мира, умственная деятельность сохранялась. Психиатры также не исключали возможности наличия продуктивной симптоматики в виде бредовых и галлюцинаторных расстройств. Некоторые упоминали об обилии фантастических переживаний и иллюзий, загруженность ими больных, с чем связывали невозможность восприятия окружающего мира. И хотя описания подобных картин были еще

достаточно несистематизированными, отрывочными и разрозненными, в рамках обозначенной «психической спутанности» постепенно стало выделяться особое состояние, отличное от других, сравниваемое со сном в результате наличия особых переживаний - «грёз», обнаруживаемых у больных после выхода из психоза [44, 49, 53, 72, 79, 135, 142, 147, 170, 179, 199].

Одним из первых это было отмечено J.Baillarger [128]. Автор называл обязательным ингредиентом подобных состояний бред, а также погруженность больного в воображаемый мир, что делало такого вида расстройства похожими на сновидение. Загруженность больного переживаниями, по его мнению, составляло основу «стupidности».

Чуть позднее V.Griesinger [155] в своей работе о «меланхолии» указал, что у больных возможны состояния «сумасшествия с характером сновидения». Проводя аналогию между сумасшествием и сном, он описывал состояния с утратой сознания, нарушением восприятия места и времени, погруженность в себя больного с уничтожением «Я». Галлюцинаторные, иллюзорные и аффективные расстройства, по мнению автора, сочетались с переносом чувств больного во внешний мир с ощущением реальности происходящего. Кроме того, было отмечено, что такие состояния сопровождаются особыми «мышечными ощущениями» полета или перемещения при внешней картине напряженности мускулатуры, атонии или восковой гибкости.

У R.Kraft-Ebing [53] встречается описание психических расстройств, напоминающих «сонную грёзу».

Позднее и в других работах отмечались описание острых психозов с картиной расстроенного сознания и «грёз». Однако в своих трудах авторы именовали такие расстройства то бредом, то галлюцинациями, то иллюзиями, то фантастическими переживаниями, не отделяя одно психопатологическое проявление от другого. Состояния, среди описания которых можно было обнаружить и онейроидно-кататонические, именовались «галлюцинаторным

помешательством», «галлюцинаторным параноидом», «острой деменцией», «идеотизмом», «острым помешательством» и др. [42, 72, 79, 117, 147, 118, 148, 170, 171]. Картина таких проявлений описывалась не достаточно четко. В трактовке причинно-следственной связи состояния больных немало важную роль играли взгляды, заимствованные из философии как дисциплины, близкой в то время к психиатрии. Давая психологическое объяснение проявлениям болезни, авторы нередко смешивали философские или психологические воззрения на картину психоза в целом. Оценка же таких нарушений порой носила чисто психологическую трактовку. Состояния больных (заторможенность, отгороженность, не возможность контакта с внешним миром) объяснялось страхом от необычайных грёз, который «парализовал» больного.

Нельзя не отметить, что наиболее раннее и подробное описание кататонии как самостоятельной единицы принадлежит К. Kahlbaum [166], который подчеркивал возможность сочетания таких нарушений с бредом и галлюцинациями. Сочетание последних, кататонии, аффективных расстройств и описанных автором явлений нарушения сознания позволяли также предположить наличие онейроидно-кататонических состояний среди описанных автором психических нарушений.

Среди отечественных работ большое значение имело исследование Оршанского И.Г. [71] «О сноподобном помешательстве», в котором он ярко описывал, что нарушении психической деятельности у таких больных словно «покрыто туманом», отсутствует сознание реальности, места, времени, своего «Я». В основе состояния было отмечено ослабление или угнетение осознанности восприятия, проявляющееся в различных уровнях расстройства сознания, к которому присоединялись бредовые представления и сновидный галлюциноз.

Подобные состояния под названием «дизноя» (от греч. *dys* - расстройство, нарушение, утрата и - *noesis* - восприятие) описаны и у Корсакова С.С. [49, 50]. Глубокое изменение сознания сочеталось, по его

мнению, со смутным восприятием окружающего и особыми образами воображения, что в целом делало картину болезни сходной со сновидением.

Е.Краепelin [171] в рамках «кататонического бредового помешательства» описал психозы с острым началом, иллюзиями, галлюцинациями и обилием фантастических картин. Он подчеркивал, что галлюцинации здесь напоминают сновидные образы. По его мнению, для таких больных, было характерно возбуждение сменяющееся оцепенением с неподвижностью, мутизмом, отказом от еды, а также нарушением осознания окружающего. Им также подтверждалось наличие аффективной составляющей таких состояний, сопровождающихся фантастическими переживаниями с экстазом («экстатическое помешательство»).

В работе W.Mayer-Gross [177] «Онейроидная форма переживания», одной из фундаментальных исследований онейроидных состояний, достаточно подробно анализировалось самоописание больными острых психозов с явлениями психической спутанности. Данный труд является наиболее полным описанием онейроидно-кататонических состояний в современном понимании. Сочетание сновидного помрачения сознания с фантастическими переживаниями, представляющими собой аффективно насыщенные сцены, а также двигательные нарушения в виде возбуждения, сменяющегося ступором при несоответствии внешних проявлений состояния и внутренним переживаниям больного, определяло по его мнению, данную форму психических расстройств. Автор отмечал также, что фантастические переживания строятся из воспоминаний, иллюзий, галлюцинаций преимущественно оптической сферы, переплетающихся с реальностью. Важным было замечание, что у таких больных мог отмечаться различный уровень нарушения восприятия действительности, т.е. расстройства сознания.

О различном уровне помрачения сознания также писал Н.Baruk [130]. Автор выделил «деградированный» или «диссоциированный» онейроид, при котором, по его мнению, у больных не отмечалось максимальной степени

глубины помрачения сознания, и была характерна двойная ориентировка в пространстве.

L. Meduna [178] выделил самостоятельное заболевание - «онейрофрению», в которую включал психозы со спутанным сознанием. Главными чертами таких состояний автор называл нарушение восприятия у больного, которое проявлялось в затуманивании, искажении и измененности реального мира, а также нарушении осознания окружающего - психической спутанности. Кроме того, у таких больных было возможно нарушение схемы тела и наличие аффективных расстройств.

H. Eу [148] в основу онейроидных состояний ставил «деструктуризацию» сознания с нарушением чувственных представлений в поле сознания действительности и изменение «временно-пространственной структуры я-мир». По мнению автора, подобные состояния были близки к состоянию сна, имели фантастическое содержание, богатое эмоциями, и выдумкой. Мир больного занимали сценические приключения - галлюцинации. Автор также отмечал возможность развития аффективных расстройств - темы счастья и несчастья.

Подводя итог почти столетнему периоду изучения онейроидно-кататонических состояний, следует отметить, что несмотря на имеющиеся трудности в трактовке и формулировке психопатологических понятий, различных точек зрения и мнений в изучении данного вопроса, из всего многообразия психических расстройств исследователям все таки удалось выделить состояние, которое хоть и именовалось в литературе по-разному, но имело характерные черты, такие как помраченное сознание - «спутанное», дезинтегрированное, бессвязное; сочетающееся с двигательными расстройствами - возбуждением или ступора, и необычной формой фантастических переживаний «по типу грёз», известно о которых становилось по миновании психоза; с разнообразной психопатологической оценкой таких переживаний. Несмотря на это, исследования и описания



онейроидно-кататонических состояний были достаточно разрозненными. Описания часто включали и другие нарушения, мало касающиеся самого синдрома помрачения сознания. Трактовка таких состояний часто носила психологическое объяснение, согласно представлениям той или иной психиатрической школы. Все это создавало предпосылки для продолжения исследования онейроидно-кататонических состояний.

В середине 20 века в отечественной психиатрии интерес к проблеме онейроидного помрачения сознания резко возрос. Это было связано с увеличением общего уровня научно-психиатрических разработок и отражало определенный период «расцвета» психиатрии как науки в целом. Дальнейшее исследование онейроидно-кататонических состояний в рамках эндогенных заболеваний стало более целенаправленным, отражало те или иные особенности изучения онейроидных расстройств.

Наибольшее количество работ, касающихся данной тематики, отмечалось у сотрудников А.В. Снежневского [92, 95]. Подчеркивая важность динамической оценки приступа заболевания, исследователи обратили внимание на то, как зарождается онейроид от его истоков до момента обратного развития, и на то, что представляет собой психоз в целом, в структуре которого отмечается онейроид.

Фаворина В.Н. [109], исследуя больных, в клинической картине болезни которых сочетаются симптомы кататонии, помрачения сознания и онейроидных расстройств, обнаружила общие признаки таких состояний. Это колебание уровня сознания от легкой растерянности до полной погруженности в мир фантастических образов, стойкие расстройства сна, смена аффекта, не связанная с внешними событиями, изменчивость и нестойкость кататонии, нарушение ориентировки, ложные узнавания, иллюзорное восприятие окружающего и галлюцинации, сочетающиеся с бессвязностью речи, отсутствие амнезии с постепенным восстановлением в памяти острого периода. Автор выделила экспансивный и депрессивный

варианты онейроида в зависимости от аффективной окраски фантастических переживаний.

Снежневский А.В. [95, 96] отмечал, что онейроидные состояния отличаются фантастическим содержанием переживаний и фантастическим содержанием сознания, которое подобно драме разворачивается в сознании больных. Он подчеркивал, что возникает глубокое расстройство самосознания, при котором больной является активным действующим лицом и принимает участие в фантастических событиях. Отражая аффективную составляющую, онейроид имеет характер фантастики с мегаломаническим экспансивным или депрессивным содержанием, как правило, с характером громадности. Отмечено наличие диссоциации поведения больного и его переживаний. Непроизвольное влечение к мечтанию постепенно приводит к замещению реального мира фантастическими грезами, которые перестают подчиняться воле больного. Автор обращал внимание на то, что большую роль в природе помрачения сознания играет чувственный бред, что сочетание фантастических грез и чувственного бреда являются основой синдрома.

Исследование Стоянова С.Т. [99] показало, что помрачение сознания онейроидного типа не является отдельной самостоятельной, случайно и изолированно возникающей реакцией человеческого мозга, но является звеном в сложной цепной реакции, углубление и генерализация которой приводит к онейроидному состоянию. При этом «по мере развития приступа бред образно-чувственный (бред интерметаморфозы) переходит в состояние образно-чувственного острого фантастического бреда, а в дальнейшем - в состояние онейроида. В основе онейроидных расстройств лежат признаки эндогенного процесса. Доказательствами последнего является диссоциация между внешним поведением и содержанием внутренних переживаний, символический грандиозный характер переживаний, наличие многообразных проявлений психического автоматизма, большая сложность течения, и колебания состояния, прерывистость и ундуляция, сложность и специфичность структуры состояния и каждого его ингредиента.

Выделение этапов развития приступа стало новой отправной точкой в исследовании онейроидной кататонии при шизофрении. В дальнейшем был проведен целый ряд исследований, с учетом уже выделенных ранее этапов, которые так или иначе касались динамики онейроидно-кататонических расстройств, отражая другие грани и структурные особенности синдрома.

Акопова И.Л. [2] в диссертационной работе «Клинические типы приступов онейроидной кататонии» указала, что клиническая картина таких состояний складывается из взаимосвязи аффективных и кататонических расстройств, чувственного, образного и грезоподобного бреда, переходящего при максимальном развитии в онейроидное помрачение сознания. Ею был подтвержден «стереотип» развития онейроида, а также описан характерный период аффективных расстройств, предшествующий развитию приступа, возможное возникновение транзиторных психотических эпизодов на ранних этапах заболевания. Также были выделены три типа приступов на основании различной степени выраженности и преобладания в приступе аффективных, бредовых или кататонических расстройств соответственно.

Ротштейн В.Г. [84] исследовал синдром Кандинского-Клерамбо при онейроидно-кататонических состояниях. Им было показано, что эти расстройства являются обязательным ингредиентом при онейроиде, при котором встречаются все варианты психических автоматизмов (сенсорный, моторный и идеаторный). Исследователем подчеркивались чувственный характер, полиморфизм и малая систематизированность явлений психического автоматизма, отмечалась связь этих расстройств с этапами и темпом развития онейроидной кататонии. В работе был сделан вывод, что наличие этих явлений (отдельных психических автоматизмов, псевдогаллюцинаций) при онейроиде не дает возможности оценки прогноза длительности или дальнейшего течения болезни.

В исследованиях Демоновой Д.П. [34,35] было отмечено, что различная психопатологическая форма проявления онейроида зависит от степени отрешенности больных от внешнего мира и глубины расстроенного

самосознания. Ею были выделены типы онейроидных проявлений на основании глубины помрачения сознания при различных нозологических формах. Классический типа онейроида, встречающийся при эндогенных заболеваниях, автор именовала «грезоподобным», с максимальной степенью помрачения сознания и полной отрешенностью больного от внешнего мира, менее глубокий уровень нарушения самосознания был назван «иллюзорно-фантастическим» вариантом и включал, по мнению автора, единую переработку фрагментов внешнего мира с миром фантазий. Характерными чертами данных состояний исследователь называла изменчивость, динамичность, богатство продуктивной симптоматики (аффективной, бредовой, галлюцинаторной, кататонической), а также преобладание бредовых фабул со склонностью к систематизации, выраженность синдрома психического автоматизма, особая трактовка переживаний.

Данные работы имели несомненную ценность в уточнении психопатологических характеристик онейроидно-кататонических состояний. Однако, отсутствие возможности прогностической оценки онейроида в связи с психопатологической структурой состояния, отсутствие связи с преморбидными особенностями личности, возможными доманифестными расстройствами, отсутствие анализа картины заболевания в целом, а также существующая неоднородность онейроидного синдрома, показанная в проведенных ранее исследованиях, оставляла ряд вопросов, касающихся психопатологии и клиники онейроидно-кататонических состояний.

\*\*\*

Как уже отмечалось ранее, психиатры, исследовавшие онейроидную кататонию, подчеркивали неразрывную связь бредовых расстройств и собственно онейроидного синдрома помрачения сознания.

Дементьева Н.Ф. [30,31,32,33] феноменологически и генетически разделяя понятия чувственного и образного бреда, отмечала, что различные варианты онейроидного помрачения сознания возникают на основании

предшествующих онейроиду видоизменений бредовых расстройств. По мнению автора, бред чувственный, представляя собой расстройство восприятия, на определенном этапе своего максимального развития становится иллюзорно-фантастическим онейроидом. Чрезвычайно пластичный, изменчивый чувственный бред приводит к нарушению сознания, однако степень выраженности его не является максимальной. Структурные компоненты чувственного бреда - аффективные расстройства, бредовое восприятие, ложные узнавания, инсценировка и острые интерпретации «сенсориализуются» и при присоединении иллюзорных, галлюцинаторный и псевдогаллюцинаторных расстройств, начинают представлять собой онейроидное помрачение сознания. В отличие от этого, массивный образный бред, который сменяет чувственный, являясь патологией болезненно усиленного воображения, с непоследовательными бредовыми представлениями, фантастическими конфабуляциями и бредовыми фантазиями без видимой связи между внутренней деятельностью и внешней реальной ситуацией, ведет к формированию грезоподобного онейроида с максимальной степенью помрачения сознания, сущностью которого является множество фантастических переживаний с оторванностью от реальности и перенесением в мир грёз и воображения с последующей их визуализацией. Разделяя понятия чувственного и образного бреда, автор тем самым объясняет предпосылки развития различных вариантов онейроида.

В работах других исследователей, изучавших бредовые расстройства, встречались упоминания онейроида. Особенно это касалось описания фантастического бреда, вслед за которым могло возникать и онейроидно-кататоническое состояние. Дальнейшее изучение онейроидно-кататонических нарушений происходило в неразрывной связи с изучением фантастического бреда и острой парафрении, как этапа, предшествующего развитию онейроида. Проведенные исследования показали, что у больных с острыми парафреническими состояниями как максимальной степени проявления чувственного бреда на высоте психоза отмечаются онейроидные картины

разной степени выраженности и продолжительности. Исследования не касались уточнения психопатологической структуры самого онейроида, однако позволяли дополнить уже имеющиеся данные теми или иными деталями.

В работах Тиганова А.С. [104, 107] посвященных исследованию острой парафрении и фебрильных состояний, было отмечено, что развитию онейроидно-кататонических расстройств предшествуют картины острого чувственного бреда или острого фантастического (антагонистического) бреда. В первом случае в состоянии больных главное место отводится синдрому инсценировки, во втором – фантастическому бреду с борьбой двух начал, в центре которого находится сам больной, в сочетании с часто встречающимся бредовыми идеями величия. Автор подчеркивал наличие у таких больных выраженных аффективных расстройств на протяжении всего приступа с характерной окраской онейроида – экспансивной или депрессивной, а также кататонических проявлений.

Соколова Б.В. [98] описала тесную связь онейроидного помрачения сознания и особого вида, выделенного автором, парафрений - фантастически-грезоподобной. Динамика развертывания онейроида, по мнению автора, отличалась наличием фантастического бреда с большой образностью, лабильностью, кратковременностью, особым характером аффекта. Нарастание полиморфизма, изменчивости фабулы бреда, его сценородность, появление иллюзорного «фантастически-бредового» восприятия окружающего приводила к развитию онейроида. Основной структурной составляющей таких состояний был фантастический бред значения, инсценировки, антагонистического бреда. На промежуточном этапе мог отмечаться ориентированный вариант онейроида, при котором наблюдался острый бред перевоплощения, бессмертия, «бред феерических фантазий» [154]. В структуре онейроида фантастический бред характеризовался катастрофальностью, сказочно-космическим содержанием с отрывочными полиморфными сценородными бредовыми идеями.

Преобладание в картине приступа острого фантастического синдрома уменьшало удельный вес собственно помрачения сознания, обозначение которого становилось возможным как «деградированного» с потерей сновидности, сценopodobности и приближением такой картины к бреду воображения, образному патологическому фантазированию. Данные расстройства отмечались в обязательном сочетании с аффективными и кататоническими проявлениями. Были выделены «бредовые» варианты онейроидных состояний, которые больше приближались к синдрому острой парафрении, чем к истинному онейроиду. При этом было показано, что в структуре такого состояния особое место занимает «онейроидный синдром воображения», представляя собой стадию дальнейшего нарастания фантастического бреда с характером мечтаний без значительной глубины помрачения сознания. Таким образом, еще раз подчеркивалось то, что онейроид развивается не обособленно, а в структуре образного, чувственно-яркого, грезopodobного фантастического бреда.

Платонова Т.П. [80] описывала наличие онейроидно-кататонических состояний у больных с острыми парафреническими психозами, у которых в структуре состояния доминировали явления психического автоматизма наряду с нестойким чувственным бредом. Однако, онейроид здесь был представлен лишь эпизодическим крайне кратковременными состояниями.

Исследуя острые эндогенные психозы, Пападопулос Т.Ф. [74, 75, 76, 77] также коснулся вопроса онейроидного помрачения сознания. Автор отмечал клиническое своеобразие данного синдрома и указал характерные особенности в виде нарушенного сознания, наличия ярко-чувственных грезopodobных образных переживаний, обязательной аффективной насыщенности состояния и двигательных расстройств. Онейроидные приступы, по его мнению, это закономерно развивающееся состояние расстроенной психической деятельности. В работе также отмечается необходимость и важность оценки состояния в динамическом ракурсе - «в его становлении». Ставя в основу «патологические явления разных сфер

чувственности» больного, подчеркивается наличие у таких больных расстройства восприятия и синтеза обстановки с определенным уровнем нарушения самосознания. В анализе состояния автор использовал психологическое понятие «модальности» как способности человека воспринимать окружающий мир. В соответствии с уровнями нарушения восприятия в сфере чувственности были выделены этапы острого приступа с развитием на высоте онейроидного помрачения сознания. Инициальный период проявлялся уровнем расстройства настроения. Затем кратковременный этап бредового аффекта сменялся аффективно-бредовой дереализацией и деперсонализацией с возникновением бредового восприятия окружающего. Резкое усиление деятельности воображения приводило, по мнению автора, к утяжелению состояния и развитию фантастических бредовых концепций. Сенсориализация фантастических представлений означивала возможный переход к следующему этапу - иллюзорно-фантастической дереализации и деперсонализации, где главенствующую роль в состоянии больного играли бред воображения и патологическое фантазирование. Вслед за этим, по данным исследования, развивалось собственно грезоподобное помрачение сознания, когда больные полностью погружались в мир фантазий с выступающими на первый план образными ярко-чувственными представлениями, полностью замещающими реальность. Таким образом, определяющим в структуре онейроидного помрачения сознания автор назвал расстройство непосредственного отражения, т.е. функционирующего индивидуального сознания, а также патологическое усиление деятельности воображения. Данная работа подтверждает наличие еще одной стороны в вопросе природы онейроида - патологии воображения.

Дальнейшее исследование нарушений в сфере воображения в рамках онейроидно-кататонических состояний можно обнаружить в работе Вараваковой М.В.[13]. Исследование острого бреда воображения показало, что наглядно-образный его вариант составлял основу структуры кататонико-нейроидных расстройств. В работе описана динамика таких состояний,



подчеркивается, что при их развитии преобладает патологическое фантазирование, переходящее в представления. Характерна динамика от аффективного состояния к аффективно-бредовому, затем парафреническому, на заключительном этапе представлялось возможным развитие онейроида. Изменчивый и противоречивый характер бреда являлся отличительной чертой, а нарастание представлений и их фантастичности, от «земных» фантазий до мистико-космических, порой нелепых, вскоре делало акт воображения пассивным с погружением больного в грезоподобное состояние. Сенсориализация воображаемых событий, замещение реальности воображаемым, а затем и полное её исключение из сознания больного, приводило к господству образно-галлюцинаторных расстройств и загруженность ими пациента. Таким образом, качественно иной вид бредовых расстройств становился предпосылкой для развития онейроида.

Подводя итоги очередному периоду исследования онейроидно-кататонических состояний, следует еще раз отметить, что сложность, неоднозначность и многогранность онейроидного помрачения сознания заставляла психиатров исследовать данную проблему в различных ракурсах. Таким образом, проведенные исследования позволили психиатрам оттенить новые грани онейроидно-кататонических состояний: выделить динамические аспекты становления состояния, определить возможные уровни и глубину нарушения сознания при онейроидных расстройствах. Немало важными были те исследования, в которых описывалась нераздельную связь онейроида и аффективных расстройств, а также оценка онейроида как проявления нарушений в сфере чувственности и воображения. В целом необходимо подчеркнуть, что данные исследования касались преимущественно динамического становления онейроидной кататонии, оставляя другие вопросы синдрома помрачения сознания в стороне.

Со временем, постепенно, интерес к проблеме онейроидного помрачения сознания снизился, что отразилось в значительном уменьшении работ, посвященных данному вопросу. За последние 15 лет публикации, имеющие отношение к проблеме онейроидного помрачения сознания, лишь косвенно касаются настоящей проблемы.

В современной литературе можно найти работу В.Э.Пашковского [78], где автор рассматривает онейроидный синдром в связи с явлениями бреда мессианства на высоте развития состояний. Автор подобные бредовые расстройства расценивает как разновидность бреда величия, с характерной «деструкцией Я» в разрыве с прошлым опытом, перевоплощением личности больных в мифологических персонажей как максимальное проявление тотальной деперсонализации, приобретение сверхъестественных способностей. Что касается вопроса онейроидной кататонии, то автор в своём исследовании также отмечает наличие этапов в развитии картин приступов с острым фантастическим бредом, которому предшествуют явления острого чувственного бреда в виде бреда особого значения, инсценировки и экстатически восторженного аффекта. Причем автор подчеркивает, что существенную роль в бредообразовании играют аффективные расстройства и нарушение сознания у таких больных.

Субботская Н.В. [100], исследуя острые парафренные приступы у больных с шизофренией, также отмечала возможность развития онейроидно-кататонических состояний. Автор подчеркивала, что в структуре таких состояний доминировали картины чувственного бреда с частым развитием на высоте приступа как ориентированного варианта онейроида, так и развернутых онейроидных картин.

Давыдов А.Т., Бельских А.Н. [28] в своем наблюдении описали клинический случай развития синдрома помрачения сознания. Отмечается наличие «онейроидно-делириозной» и кататонической симптоматики, и диагностируется фебрильная шизофрения в отсутствии подробного клинико-

психопатологического описания и анализа приведенной истории болезни. Данная работа является мало информативной, однако она еще раз подчеркивает сложность диагностической оценки исследуемых состояний.

Портнов В.В.[81], Вдовенко А.М.[17] косвенно касались динамики заболевания, при которых встречаются онейроидно-кататонический приступы. Так, например, в работе Портнова В.В. отмечено, что онейроидное помрачение сознания встречается в динамике заболевания у больных с депрессивно-параноидными состояниями. Им подчеркивается, что развитию онейроида предшествуют картины с преобладанием наглядно-образного бреда воображения с фантастическим его видоизменением в дальнейшем.

Кузюкова А.А. [55] в исследовании клинко-психопатологической картины манифестных психозов юношеского возраста выделила группу больных, для которых было характерно последовательное развитие этапов приступа с чувственным бредом и малым удельным весом синдрома Кандинского - Клерамбо. У таких больных, по наблюдениям автора, бредовые расстройства переходили в онейроидное помрачение сознания.

Соколов Р.Е. [97] отмечал возможность манифестации онейроидно-кататоническими состояниями эндогенных заболеваний в юношеском возрасте у больных женского пола, причем в исследовании разводятся понятия онейроидно-кататонических и аффективно-онейроидных состояний. Для собственно онейроидно-кататонических приступов, по мнению автора, характерна большая продолжительность предшествующих галлюцинаторно-параноидных симптомов и массивных кататонических явлений с преобладанием ступора, литический выход из психоза с формированием отчетливых нейрокогнитивных нарушений. Онейроидно-аффективные состояния рассматривались в рамках аффективно-бредового синдрома с преобладанием в динамике становления приступа острого чувственного бреда с ложными узнаваниями, симптомами инсценировки, переходящими фантастическими переживаниями, формированием сновидности и кратковременных эпизодов онейроидного помрачения сознания с

транзисторными субкататоническими включениями. Автор разделил преморбидные особенности этих двух групп больных и описал отличия инициального периода болезни.

Назимова С.В. [68] подчеркнула возможность возникновения онейроидно-кататонических состояний при эндогенных заболеваниях, формирующихся в условиях экзогенного воздействия.

В современной иностранной литературе можно найти лишь краткие сообщения, связанные с онейроидным помрачением сознания, которые, отражая существующие взгляды различных психиатрических школ, в основном констатируют факт их наличия, но не содержат клинко-психопатологических данных.

Немецкая работа, выполненная Schmidt-Degenhardt M. [191,192], хоть и не касается эндогенных заболеваний напрямую, тем не менее, отводит определенное место онейроидно-кататоническим состояниям в психиатрии. Автор, придерживаясь больше психоаналитических концепций, трактует данную форму патологии сознания как особое состояние субъективной формы переживания действительности воображаемого. Вопрос «имаджинации», патологии воображаемого, рассматривается как основа структуры онейроида.

Kaptsan A. с со авторами [168] подчеркивает неправомерное снижение интереса к данной проблеме. В этой работе дано краткое описание клинко-психопатологической картины состояний, аналогичное описанию у Стоянова С.Т.[99] и Пападопулуса Т.Ф.[74]. Кроме того, автором приводятся два клинических случая, подчеркивается важность их клинической оценки и диагностики. Однако, ни психопатологического, ни клинического аспекта онейроидных состояний в данной работе не содержится.

Японский психиатр Hori T с со авт. [161], рассматривая клинический случай «онейроидной формы переживания», основываясь на описании подобных состояний Mayer-Gross W. [177]. В основе структуры онейроида

исследователями отмечено снижение уровня личностного функционирования, в сочетании с разнообразными зрительными галлюцинациями, иллюзиями и фантастическими образами, сменяющих друг друга. Результатом исследования авторы считают констатацию факта внешнего провоцирования острого психического состояния, а также возможность рецидива вне связи с внешними обстоятельствами.

Современная зарубежная позиция «о коморбидности» психических расстройств отражена в испанской работе Serata D. с со авт. [194], в которой исследователи описывают клинический случай с такими проявлениями, как кататония, онейроидное состояние и интеллектуальная «несостоятельность»,. Данные нарушения расцениваются не как единая составляющая статуса эндогенного больного, а как «коморбидные» расстройства.

Кроме того, в иностранной литературе если и встречаются термины «онейроидный» или «онирический», то, как правило, авторами рассматриваются совершенно иные проблемы, которые в принципе не касаются онейроидного синдрома помрачения сознания в классическом понимании. Так, например, Рапуакаев Р, с соавт. [185] описывает неврологические нарушения в сочетании с проблемами сна. Достаточно сумбурное изложение клинического материала не позволяет понять истинного состояния больных и точно диагностировать их статус, при этом вопрос о наличии онейроида ставится под сомнение.

Отдельно необходимо обсудить вопрос о нозологической принадлежности и прогностической оценки онейроидно-кататонических состояний.

Нозологическая и прогностическая оценки онейроида также не всегда имели однозначную трактовку. Уже отмеченное ранее понятие «психической спутанности» или «стupidности», имевшее место в XIX веке, в составе которых первое время обнаруживались описания онейроидно-кататонических состояний, многими авторами относилось к самостоятельному заболеванию или расценивалось как особое проявление в рамках так называемой «меланхолии». Так, например, J.Baillarger [128] описанные им онейроидные расстройства отличал от «обычной меланхолии» (по-видимому, аффективных расстройств в современном понимании), утверждая, что состояние больных связано с загруженностью печальными переживаниями, высшей степенью меланхолического бреда в сочетании с признаками расстройства сознания (нарушения восприятия окружающего, своего «Я») и двигательными нарушениями. V.Griesinger [155] также описывал онейроид в структуре «меланхолии» как самостоятельного заболевания. Однако те проявления болезни, под которыми автор описывает онейроидно-кататонические картины, он обозначал «меланхолия с беспмятством», и проводил дифференциальную диагностику с «меланхолией с тупоумием», отмечая различные причины возникновения состояния больного (продуктивная симптоматика или слабоумие), и оценивая тем самым их благоприятное прогностическое значение.

Kahlbaum К. [166] онейроидно-кататонические расстройства объединил с другими психическими нарушениями в рамках самостоятельного заболевания под названием «кататония».

Работа Оршанского И.Г. [71] «О сноподобном помешательстве и его отношении к первичному помешательству и слабоумию» уже в своем названии содержала попытки дифференциального диагноза данных

расстройств. Автор придавал особое значение снопоподобному расстройству сознания, выделяя его в отдельную форму заболевания.

«Дизноя» Корсакова С.С. [49], в составе которой описывались онейроидные состояния, автор относил к острым формам умопомешательства, т.е. к острым психическим состояниям - бредовым психозам в современном понимании.

Не мало важное значение имеют труды Regis E.[189]. Выделение автором сновидного бреда, названного «онирическим», который он описывал как бред сна, рождающегося и развивающегося во сне, включающих галлюцинаторные образы, воспоминания, видения и сцены, порой фантастические, с восприятием больных как «активных спящих», изначально были отнесены к экзогенным состояниям, имеющим инфекционно-токсическую природу. Такие описания заложили основу оценки онейроидных состояний как неспецифических в нозологическом аспекте. Хотя Regis E. позже подчеркивал наличие подобных проявлений и в состояниях «аутоинтоксикаций» (т.е. эндогенных). Данное исследование дало толчок целому ряду работ, посвященных онейроидно-кататоническим состояниям в рамках экзогенных и экзогенно-органических заболеваний, которые послужили описанию онейроида как синдрома, встречающегося при различных нозологических единицах. Был употреблен термин «шизофренический делирий» [64]. Различные авторы изучали онейроидные расстройства и при алкоголизме, эпилепсии, интоксикациях и инфекциях. Публиковались исследования о возникновении онейроида и при органической патологии мозга (опухолях и менингитах). Таким образом, сформировалось мнение о неспецифичности онейроидно-кататонического синдрома, который встречается как при эндогенных, так и при экзогенно-органических заболеваниях мозга.

Е.Краепелин [171] первоначально онейроидно-кататонические состояния относил к «кататоническому бредовому помешательству», однако в дальнейшем, при развитии дихотомической концепции разделения

психических болезней, кататония была отнесена к «*demencia precox*» [135]. Чуть позднее Е.Краепелин полагал, что не все случаи кататонии заканчиваются слабоумием, некоторые из них, по его мнению, имели периодическое течение, а также отмечались интервалы между приступами.

Начало XX века ознаменовалось отнесением онейроидно-кататонических расстройств к одному из проявлений раннего слабоумия как нозологической единице, т.е. проявлению шизофрении. W.Mayer-Gross [177] проявления онейроидно-кататонических состояния называл «шизофреническим реквизитом» (ощущение воздействия потусторонних сил, двойную ориентировку и амбивалентность больных при онейроиде), давая тем самым основания для нозологической оценки онейроида как проявления эндогенного заболевания.

Молохов А.Н. [64] в работе под названием «Об онейроиде как о шизофреническом делирии» относил подобные состояния к шизофрении с приступообразным течением и отмечал у таких больных возможность благоприятного прогноза.

L.Meduna [178] выделял самостоятельное заболевание – онейрофрению. Главными отличиями у таких больных автор считал «биохимические симптомы», а также благоприятное течение с наличием интермиссий и хороший прогноз.

Наибольший вклад в оценку нозологической принадлежности и прогностической оценки онейроидно-кататонических состояний было сделано исследователями школы А.В.Снежневского [93, 96].

Фаворина В.Н. [109] однозначно относила столь сложный и разнородный синдром онейроидного помрачения сознания к шизофрении с ремитирующим периодическим течением, с относительно одинаковым характером повторяющихся приступов. При этом подчеркивалось, что такую форму необходимо отграничивать от циркулярной и депрессивно-параноидной форм шизофрении.



Снежневский А.В. [94, 95, 96] относил онейроидную кататонию к рекуррентной шизофрении, при этом подчеркивал, что онейроидные расстройства свойственны не только онейроидной кататонии как одному из вариантов течения рекуррентной шизофрении, но и другим - депрессивно-параноидным и циркулярным, подчеркивая тем самым общие механизмы формирования психопатологических расстройств для данного вида эндогенного заболевания.

Работы Стоянова С.Т.[99], Акоповой И.Л. [2], Ротштейна В.Г. [84] касались исследования онейроида при рекуррентной шизофрении. Авторы подчеркивали, что для онейроидного приступа характерно закономерная последовательность в смене синдромов - определенный стереотип развития психоза с сохранением таких особенностей как в манифестном приступе, так и в дальнейшем течении заболевания с возможностью некоторой редукции онейроидных расстройств при повторных приступах. При этом была отмечена возможность наличия специфических шизофренических проявлений на разных этапах, а также изменений личности, которые наступают в процессе течения заболевания.

В работе Никла Я.[69] предпринята попытка катамнестического исследования больных с онейроидной кататонией. Автор отмечал, что такие состояния могут являться первым приступом в течении болезни как периодической, так и приступообразно-прогредиентной шизофрении. Если в первом случае течение болезни названо прогностически благоприятным, то во втором - автором отмечено нарастание большей тяжести заболевания с годами, выявление отчетливых изменений личности, утрата трудоспособности.

Демонова Д.П. [34, 35] исследовала онейроидные состояния при различных нозологических формах и высказала мнение, что онейроидные состояния обладают определенной специфичностью, свойственной той нозологической форме, в рамках которой они развиваются.

Соколова Б.В. [98] отмечала, что наличие онейроидного помрачения сознания наиболее характерно для рекуррентной шизофрении, хотя и может наблюдаться при шубообразном варианте с более сложной психопатологической структурой расстройств.

Платонова Т.П. [80] подчеркивала, что онейроидные эпизоды могут встречаться в приступах парафрении в рамках приступообразно-прогредиентной шизофрении, протекающей преимущественно с расстройствами бредового регистра.

Пападопулос Т.Ф. [74, 76] относил приступы с синдромом помрачения сознания к рекуррентной шизофрении.

Тиганов А.С. [104,107] описывал онейроидно-кататонические состояния в рамках шизофрении с приступным течением, обратив особое внимание на фебрильную шизофрению с возможностью неблагоприятного прогноза и летального исхода, в структуре которой, как правило, имело место онейроидное помрачение сознания. Также была отмечена важность не только вопроса типичной психопатологической структуры состояний у таких больных, но и определенная последовательность их возникновения.

Варавикова М.В. [13] отмечала, что онейроидные состояния могут формироваться в рамках приступообразной шизофрении. Особыми чертами течения заболевания у таких больных автор отмечала склонность к полиморфизму психопатологической симптоматики, динамичность картины и непродолжительность приступа болезни. О благоприятном прогнозе у таких больных, по мнению автора, свидетельствовали приступообразное течение и минимальные негативные изменения в ремиссиях.

Портнов В.В. [81] шизофрению с депрессивно-параноидными состояниями и развивающимися вслед за ними онейроидно-кататоническими автор отнес к приступообразному варианту с незначительной прогредиентностью эндогенного процесса. Для таких больных было отмечено сохранение трудоспособности с некоторым снижением при повторных приступах. Немало важным оказалось то, что в исследовании

также отмечено наличие преморбидного личностного склада таких больных, который определялся рамками психопатии.

Кузюкова А.А. [55] исследовала манифестные психозы юношеского возраста, в рамках которых возможно развитие онейроидных состояний. По её мнению, такие состояния имеют прогностически благоприятное течение в рамках приступообразных форм шизофрении с невыраженными изменениями личности. Благоприятный прогноз характеризовался наличием ремиссий высокого качества после перенесенных приступов, иногда отмечались тимопатические варианты ремиссий с сохранением высокого уровня трудоспособности и возможностью дальнейшего социального роста.

Субботская Н.В. [100] и Соколов Р.Е. [97] заболевания, в которых встречались онейроидно-кататонические расстройства, в своих исследованиях относили к рекуррентной шизофрении с благоприятным прогнозом.

В современной иностранной литературе описание онейроидных состояний (oneiric state) в рамках эндогенного заболевания является редкостью. Такие работы в основном касаются экзогенных или экзогенно-органических заболеваний, не имеющих отношения к шизофрении. Это отражает феноменологические взгляды зарубежных психиатров на онейроидно-кататонические расстройства как неспецифические, характерные для разного спектра болезней, начиная от маниакально-депрессивных, циркулярных и реактивных психозов, и заканчивая экзогенно-органическими заболеваниями, интоксикациями и заболеваниями нервной системы [168, 185].

Американские и европейские исследователи, отрицая нозологический подход к трактовке психических заболеваний, основываются на психологических и психоаналитических концепциях. Даже применительно к онейроидно-кататоническому состоянию используется «модный» термин коморбидности психических расстройств [194].

Имеющиеся современные американские классификации болезней DSM-IV, DSM-IV-TR и DSM-V термина «онейроид» не содержат вовсе [122, 182]. Онейроидно-кататонические состояния в рамках классификации DSM следует относить к «шизофреноформному расстройству» или же в категории, названную «Другие подтипы шизофрении». Недостатками данной диагностической квалификации относятся отсутствие как синдромальной оценки психопатологических проявлений онейроидных состояний, так и отсутствие клинического описания состояния в общем.

Последнее упоминание давно устаревшего термина «онейрофрениии», состоятельность которого так и не удалось подтвердить, отмечено в международной классификации болезней ICD-9 и 10-м пересмотре ICD [123] в разделе «острые и транзиторные психотические расстройства» (F 23). В рубрике «Острое шизофреноподобное психическое расстройство» (F 23.2), ограниченные временными рамками состояния длительностью до 1 месяца, включена «онейрофрениия». Нозологическая оценка онейроидно-кататонических состояний согласно ICD-10 с одной стороны может рассматриваться в рамках шизофрении (F 20.2), с другой - как одно из проявлений острых и транзиторных психотических расстройств (F 23). Если в первом случае согласно ICD-10 грезоподобное (онейроидное) состояние расценивается как проявление кататонической формы шизофрении, то во втором - нозологическая оценка не уточняется. В том числе и отсутствуют клиничко-психопатологические и даже синдромальные характеристики данных состояний, что также оставляет под вопросом нозологическую принадлежность онейроидного помрачения сознания. Так, например, Ногі Т с со авт. [161], в своем исследовании хоть и диагностирует онейроидный синдром, классифицируя данное состояние как обобщенное «острое полиморфное психическое расстройство без симптомов шизофрении». При этом авторы относят диагностику лишь к временной характеристике, не делая ни нозологической, ни прогностической оценки.

Таким образом, следует подчеркнуть, что, несмотря на многолетнюю историю вопроса онейроидно-кататонических состояний, существующая путаница, сложности клинико-психопатологической оценки и диагностики, вопроса нозологического разграничения остаются не до конца ясными. Достаточно длительный период отсутствия каких-либо исследований, посвященных данной проблеме, в условиях современной психофармакологической эры создает предпосылки к необходимости и обоснованности актуальности настоящего исследования.

## **ГЛАВА 2. ХАРАКТЕРИСТИКА МАТЕРИАЛА И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

### **2.1 Методики исследования и критерии отбора**

Настоящее исследование выполнено на кафедре психиатрии ФГБОУ ДПО РМАПО в период с 2008 по 2015 гг. на базе клинических отделений ФГБНУ НЦПЗ (директор - проф., д.м.н. Т.П.Клюшник) в отделе по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний (руководитель - академик РАН, проф., д.м.н. А.С. Тиганов), клинических отделений ГБУЗ «ПКБ № 1 им. Н. А. Алексеева» (главный врач – к.м.н. Шуляк Ю.А.) и психиатрических отделений ФГБУ Центральной клинической больницы УДП РФ (главный врач – проф., д.м.н., заслуженный врач РФ Витько Н.К.).

Дизайн диссертационной работы, посвященной изучению онейроидно-кататонических состояний при эндогенных заболеваниях, заключался в формировании клинической выборки больных для оценки клинко-психопатологических особенностей онейроида, выявления их неоднородности и определения типологических разновидностей данных состояний. Немало важной являлась оценка динамики заболевания по данным катанестического наблюдения для анализа и сопоставления типологической, дифференциально-диагностической и прогностической значимости данных расстройств. Таким образом, в соответствии с целями и задачами исследования были сформированы критерии включения больных в клиническую выборку.

**Критериями включения** в исследование явились:

- формирование онейроидно-кататонического состояния в структуре психического приступа;
- наличие признаков помраченного сознания по К. Jaspers [165] в картине состояния;
- соответствие психотического приступа диагностическим критериям шизофрении (F20, F23 по МКБ-10);

- наличие катамнестического наблюдения не менее 5 лет.

**Критерии не включения** были следующими:

- возраст больных к периоду манифестации болезни более 45 и менее 16 лет;
- наличие сопутствующей психической патологии: органические, включая симптоматические, психические расстройства (F00-09), психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ (F10-19), умственная отсталость (F70-79);
- наличие сопутствующей соматической или неврологической патологии: острых или хронических соматических и инфекционных заболеваний в стадии обострения, нейроинфекций, эпилепсии, тяжелых ЧМТ в анамнезе, а также других поражений ЦНС.

В основу формирования выборки пациентов легло наличие у исследуемых больных острых психозов, которые соответствовали общепринятому определению онейроидно-кататонических состояний, сформулированному исследователями школы А.В. Снежневского и его последователями в XX веке [35, 92, 95, 108, 109]. Согласно данному определению онейроидное (сновидное) помрачение сознания представляет собой состояние с полной отрешенностью больного от окружающего, фантастическим содержанием переживаний, видоизменением и перевоплощением «Я» или состоянием, при котором имеется причудливая смесь фрагментов реального мира и обильно всплывающих в сознании ярких чувственных фантастических представлений. Для диагностики синдрома помраченного сознания использовались признаки, сформулированные по К. Jaspers [165] в XIX веке: 1. Отрешенность от окружающей действительности, затруднение или полная невозможность восприятия окружающего; 2. Дезориентировка в окружающем - в месте, времени, окружающих лицах и собственной личности; 3. Нарушения мышления в виде непоследовательности, фрагментарности, порой доходящей до степени бессвязности; 4. Амнезия данного периода, выраженная в той или иной

степени. Для нозологической дифференциации острых психотических состояний с картиной онейроидной кататонии были использованы разделы МКБ-10, представленные рубриками F20 и F23. Выбранные сроки катamnестического исследования позволили получить наибольшую степень репрезентативности и информативности в отношении течения заболевания, а также позволили определить закономерности его развития и проанализировать его картину в целом.

## **2.2. Общая характеристика материала**

В исследования были включены 68 больных, перенесших онейроидно-кататонические приступы в рамках эндогенного заболевания (F20, F23 по МКБ-10). В процессе выполнения диссертационной работы часть пациентов (35 человек - 51,5%) было обследовано непосредственно в период госпитализации в психиатрический стационар по поводу онейроидно-кататонического состояния. Часть пациентов (33 человека - 48,5%) обследовано ретроспективно на основании объективных данных истории болезни, амбулаторных карт, а также катamnестического наблюдения и сведений, полученных со слов больных и их родственников. Длительность катamnестического наблюдения для таких больных составила не менее 5 лет. Это позволило определить разновидности течения эндогенного процесса, который оказался представленным как рекуррентным, так и приступообразно-прогредиентным типами. Причем в приступообразно-прогредиентной шизофрении было выделено 2 варианта - с относительно благоприятным и неблагоприятным течением.

Среди обследованных больных было 25 (36,8%) мужчин и 43 женщины (63,2%). Гендерный анализ исследуемой когорты показал преобладание женского пола в примерном соотношении 2:1. Возраст больных на момент обследования составил от 18 до 54 лет (средний возраст - 31,3 года). Анализ возраста больных на момент манифестации показал преобладание среди исследуемой когорты пациентов юношеского и молодого возраста. Статистически значимых отличий относительно гендерных и возрастных



характеристик обнаружено не было ( $p > 0.05$ ), что позволило расценивать данную выборку больных как однородную. Показатели же уровня образования больных и социально-трудового статуса имели достоверные различия ( $p < 0,05$ ), что позволило анализировать данные факторы как прогностически значимые.

53 пациентов из них находились на лечении в клинике ФГБНУ НЦПЗ в клинических отделениях отдела по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний (руководитель - профессор, д.м.н. А.С.Тиганов), 12 — в Московской городской клинической психиатрической больнице 1 им. Н.А. Алексеева (главный врач – к.м.н. Шуляк Ю.А.), 3 пациента были обследованы на базе психиатрического отделения ФГБУ Центральной клинической больницы УДП РФ (главный врач – д.м.н., заслуженный врач РФ Витько Н.К.).

Данные о гендерных и возрастных различиях в исследуемой когорте больных в зависимости нозологической единицы приведены в таблице 1.

**Таблица 1. - Сравнение нозологических групп исследуемой когорты больных с ОКС в приступах по возрасту и социально-демографическим характеристикам**

	Шизофрения рекуррентная		Шизофрения приступо-образно-прогредиентная с относительно благоприятным течением		Шизофрения приступо-образно-прогредиентная с неблагоприятным течением		Итого:	
	п	%	п	%	п	%	п	%
<b>Гендерное распределение больных</b>								
Женщины	8	11,8	20	29,4	15	22,1	43	63,2
Мужчины	7	10,2	12	17,6	6	8,9	25	36,8
Всего	15	22	32	47	21	31	68	100
$\chi^2 = 1.246; p > 0.05$								

<b>Распределение больных по возрасту к моменту обследования</b>								
21-30	6	8,8	22	32,4	11	16,2	39	57,4
31-40	6	8,8	7	10,3	9	13,2	22	32,3
41-50	2	2,9	3	4,4	-	-	5	7,3
старше 50	1	1,5	-	-	1	1,5	2	3
<b>Всего</b>	<b>15</b>	<b>22</b>	<b>32</b>	<b>47</b>	<b>21</b>	<b>31</b>	<b>68</b>	<b>100</b>
$\chi^2 = 8.013; p > 0.05$								
<b>Распределение больных по возрасту к моменту манифестации</b>								
16-20	9	13,2	6	8,8	10	14,7	25	36,7
21-30	6	8,8	21	30,9	11	16,2	38	55,9
31-40	-	-	4	5,9	-	-	4	5,9
40-45	-	-	1	1,5	-	-	1	1,5
<b>Всего</b>	<b>15</b>	<b>22</b>	<b>32</b>	<b>47</b>	<b>21</b>	<b>31</b>	<b>68</b>	<b>100</b>
$\chi^2 = 12.592; p > 0.05$								
<b>Распределение больных по длительности заболевания на момент обследования</b>								
менее 5 лет	7	10,2	10	14,7	8	11,8	25	36,7
5-10 лет	3	4,4	18	26,4	12	17,7	33	48,6
более 10 лет	5	7,4	4	5,9	1	1,5	10	14,7
<b>Всего</b>	<b>15</b>	<b>22</b>	<b>32</b>	<b>47</b>	<b>21</b>	<b>31</b>	<b>68</b>	<b>100</b>
$\chi^2 = 8.962; p > 0.05$								

<b>Уровень образования больных</b>									
Среднее специальное	-	-	6	8,8	7	10,3	13	19,1	
Среднее общее	-	-	2	2,9	6	8,8	8	11,7	
Неполное высшее	9	13,2	12	17,6	3	4,4	24	35,3	
Высшее	6	8,8	12	17,6	5	7,4	23	33,8	
<b>Всего</b>	15	22	32	47	21	31	68	100	
$\chi^2 = 18.908; p < 0.01$									
<b>Социально-трудовой статус</b>									
Не работает, не учится	1	1,5	1	1,5	4	5,8	6	8,8	
Не-квалифицированный труд	-	-	1	1,5	6	8,8	7	10,3	
Коммерческая деятельность	-	-	1	1,5	-	-	1	1,5	
Студент техникума/колледжа	2	2,9	3	4,4	2	2,9	7	10,3	
Студент ВУЗа	7	10,3	12		1	1,5	20	29,4	
Специалист со средним образованием	-	-	2	2,9	5	7,4	7	10,3	
Специалист с высшим образованием	5	7,4	12	17,6	3	4,4	20	29,4	
<b>Всего</b>	15	22	32	47	21	31	68	100	
$\chi^2 = 29.771; p < 0.01$									

Количество перенесенных приступов у одного больных составляло от 1 до 7, среди них отмечались приступы онейроидно-кататонической структуры, острые психозы иной психопатологической структуры и аффективные состояния. У преобладающего большинства больных (59 из 68 наблюдений) онейроидно-кататонических приступ являлся манифестным в картине заболевания. У части больных (30 из 68 наблюдений) заболевание проявлялось повторными онейроидно-кататоническими состояниями, спустя определенное время от момента манифестации. У небольшой части пациентов (9 из 68 наблюдений) онейроидные приступы не являлись манифестными в динамики заболевания, им предшествовали аффективные психозы, развернутые или транзиторные психозы иной структуры (аффективно-бредовые, галлюцинаторно-бредовые).

Анализ особенностей преморбидного личностного склада, выраженности аномалий личности, дизонтогенетических проявлений и особенностей наследственности представлены в 5 главе.

Нозологическое распределение больных в зависимости от типа течения эндогенного заболевания и наличия той или иной типологической разновидности онейроидно-кататонических состояний представлены в таблице 2.

**Таблица 2. - Нозологическая характеристика заболевания с различными типами онейроидно-кататонических состояний**

Типологическая разновидность/Диагноз	Шизофрения рекуррентная	Шизофрения приступо-образно-прогредиентная с относительно благоприятным течением	Шизофрения приступо-образно-прогредиентная с неблагоприятным течением	Всего
Онейроид с превалированием зрительного компонента расстройства сознания и последовательным развитием приступов	15 (75%)	5 (25%)	-	20 (100%)
Онейроид с превалированием зрительного компонента расстройства сознания с нарушением характерной последовательности этапов	-	17 (100%)	-	17 (100%)
Онейроид с превалированием сенсорного компонента расстройства сознания	-	10 (83%)	2 (17%)	12 (100%)
Онейроид с превалированием смешанного компонента расстройства сознания	-	-	19 (100%)	19 (100%)
Итого:	15 (22%)	32 (47%)	21 (31%)	68 (100%)

### 2.3. Методы исследования

В данном исследовании применялись следующие методы:

- клинико-психопатологический;
- клинико-катамнестический;
- клинико-терапевтический (оценка терапевтической эффективности);
- клинико-статистический.

Для выполнения диссертационной работы в качестве основных методов в использованы клинико-психопатологическое и клинико-катамнестическое обследование больных. Стандартное клиническое обследование всех больных заключалось в сборе субъективных анамнестических сведений, оценке психического статуса при поступлении больного в стационар и его динамической оценке в процессе лечения, обязательном наличии объективных сведений по данным родных и близких и анализа медицинской документации. Психопатологическая оценка исследуемой когорты проводилась в рамках клинических разборов под руководством заведующего кафедрой академика РАН, проф. А.С.Тиганова. Подобные методики позволили произвести детальную оценку психопатологической структуры онейроидно-кататонических состояний, разработать их оригинальную типологию с оценкой этапности и динамики развития состояний. Клинический анализ течения заболевания, выполненный на основании анамнестических и катамнестических данных, позволил сформировать 3 клинические группы, отличающиеся по особенностям течения эндогенного процесса. Таким образом, клинико-катамнестический метод включал изучения течения шизофрении в целом, выявления дифференциально-диагностических и прогностических факторов на основании данных катамнеза.

Кроме того, в ходе исследования у всех больные проводилось тщательное всестороннее обследование и анализ соматического и неврологического состояния с привлечением дополнительных параклинических методов (лабораторные и инструментальные).

Клинико-терапевтический метод использовался для определения оптимальной терапевтической тактики, отвечающей специфике типологического разделения онейроидно-кататонических состояний и включал анализ используемых в различных группах больных лечебных мероприятий со сравнительной оценкой их эффективности.

Статистический анализ показателей, необходимых для диссертационного работы на включенных в исследование пациентов проводился с помощью заполнения разработанных индивидуальных карт больного, которые содержали основные особенности психопатологической картины онейроидно-кататонических состояний и динамики эндогенного заболевания, в рамках которого они формируются. Статистическая обработка производилась с использованием компьютерной программы Statistica for Windows 6; использовался тест Стьюдента для малых выборок. Различия считались достоверными, если доверительный интервал находился в пределах  $p < 0.05$ .

В ходе исследования было проведено изучение психопатологической структуры онейроидно-кататонических состояний, особенности их динамики и этапности развития, а также проанализирована динамика развития заболевания, в рамках которого они развивались, включая преморбидные особенности личности больных, доманифестный этап, манифестанте состояния и их особенности, дальнейшее течение заболевания и особенности ремиссий после перенесенных состояний с учетом динамики социально-трудовой адаптации больных. Представленные данные сопоставимы с имеющимися в литературных источниках, посвященных онейроидно-кататоническим состояниям, и являются репрезентативными. Характеристика нозологических особенностей, результатов детального изучения особенностей течения, исходов и лечения представлены в соответствующих главах.

### ГЛАВА 3. ТИПОЛОГИЧЕСКИЕ РАЗНОВИДНОСТИ ОНЕЙРОИДНО-КАТАТОНИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ

Исследование онейроидно-кататонических состояний в рамках эндогенных заболеваний показало их клиническую и психопатологическую неоднородность. Онейроидно-кататонические состояния представляют собой сложный в психопатологическом отношении синдром, главным проявлением которого является помрачение сознания с отрешенностью от окружающей действительности в сочетании с фантастическими переживаниями, нарушением восприятия окружающего, дезориентировкой в месте, времени, в собственной личности, сочетающимися с выраженной в большей или меньшей степени амнезией, той или иной степенью кататонических проявлений, наличием аффективных расстройств и определенной динамикой развития приступа в целом. На полученном материале удалось выделить *компоненты расстройства сознания*, которые были основаны на превалировании тех или иных видов фантастических переживаний в структуре онейроида и определяли клинико-психопатологические особенности данных состояний. Согласно превалированию того или иного компонента расстройства сознания в картине состояния были выделены следующие типологические разновидности онейроидно-кататонических состояний:

I группа, включающая:

- онейроидно-кататонические состояния с преобладанием зрительного компонента расстройства сознания с сохранением характерных этапов развития приступа (Ia типологическая разновидность);
- онейроидно-кататонические состояния с преобладанием зрительного компонента расстройства сознания и нарушением развития характерных этапов приступа (Iб типологическая разновидность);



II группа с:

- онейроидно-кататоническими состояниями с преобладанием сенсорного компонента расстройства сознания (IIa типологическая разновидность);
- онейроидно-кататоническими состояниями с сочетанием зрительного и сенсорного компонентов расстройства сознания - сенсорно-зрительный или смешанный вариант (IIб типологическая разновидность).

### **3.1 Особенности психопатологии и динамики онейроидно-кататонических состояний с преобладанием зрительного (визуального) компонента расстройства сознания.**

Преобладание *зрительного компонента расстройства сознания* при онейроидно-кататонических состояниях отмечалось у 37 больных (13 женщин и 7 мужчин). Нарушение восприятия окружающего проявлялось сочетанием расстройства сознания с преобладанием зрительных образов. Для данной группы больных была характерна особая красочность, яркость фантастических переживаний, которые проявлялись в визуальном представлении перемещения в иную реальность. У таких больных преобладало визуальное отражение фантастических переживаний синдрома помрачения сознания.

Фантастические переживания больных отличались большим разнообразием, что являлось особенностью данной группы больных. Больные рассказывали и о пребывании на шабаше ведьм, участии в колдовских мероприятиях и изгнании бесов, в многовековых замках, пребывание в тоннелях, символизирующих переход между раем и адом, потусторонних мирах, космосе, других планетах, на необъятных территориях, неизведанных просторах, бездонных морях. У части больных (3 наблюдения) содержание переживаний отмечалось в рамках бытового сюжета, например, перемещение по известным реально существующим

местам, квартирам, улицам знакомого города и др. Однако, при этом события все же сохраняли фантастическую окраску в виде общения с Богом, полетами над землей, контактами с несуществующими животными. Все это позволяло говорить о вариабельности содержания онейроидных картин, о наличии как бытового, так и фантастического характера сюжета онейроида, с преобладанием последнего.

Больные оказывались активными участниками происходящих событий, как правило, играли главную роль в происходящем: являлись ведьмами, вурдалаками, сказочными героями, Богами и демонами. Особое место занимало перевоплощение «Я» больных как в животных, так и в неодушевленные предметы или даже бесформенную материю. Так, больные рассказывали, что перевоплощались в «цветную массу» с консистенцией теста, перетекающую из одной формы в другую; становились геометрическими фигурами – квадратами, треугольниками, двигающимися в заданном направлении; становились волшебными животными, не имеющими аналогов в природе.

Отличительной особенностью данной группы больных было наличие чувства «сновидности», которое больные определяли как ощущение «сна наяву». Больные рассказывали о том, что особая яркость и красочность событий, фантастичность и сказочность, активная деятельность в пределах фабулы онейроида, сопровождающиеся ощущением «реальности» происходящего, отличала их от обычных снов. Визуальное представление событий создавало больных картину «полного погружения» в мир фантазий. Онейроид у таких больных соответствовал грезоподобному варианту или истинному онейроиду.

В динамике развития приступа для больных данной группы можно было выделить две разновидности течения онейроидно-кататонических состояний:

- Ia группа (20 наблюдений): развитие онейроида с превалированием зрительного компонента расстройства сознания происходило вслед за острым

парафренным состоянием с преобладанием чувственного бреда и традиционным последовательным развитием этапов приступа;

- 1б группа (17 наблюдений): в структуре онейроида преобладал зрительный компонент расстройства сознания, а его развитие происходило с нарушением последовательности характерных этапов приступа.

### **3.1.1 Онейроидно-кататонические состояния с преобладанием зрительного компонента расстройства сознания и последовательным развитием характерных этапов приступа.**

Развитие приступа онейроидной кататонии в структуре острого парафренного состояния с преобладанием чувственного бреда происходило поэтапно. Развитию аффективно-бредового состояния предшествовал достаточно короткий период аффективных нарушений, которые у преобладающей части больных были представлены депрессивными расстройствами. Длительность аффективных расстройств варьировала от нескольких дней до 2 месяцев. Причем в случае развития маниакального аффекта состояние развивалось более стремительными темпами. Нарастание выраженности аффективных нарушений сопровождалось развитием острого чувственного бреда в виде синдрома инсценировки, в дальнейшем - развития антагонистического бреда и острой парафрении. Нарастание фантастичности бредовых переживаний отражалось в приобретении вселенских масштабов, мегаломанических и мистических характеристик. Необходимо отметить, что у таких больных отмечались лишь отдельные элементы явлений психического автоматизма (отдельные идеаторные автоматизмы, единичные псевдогаллюцинации, неразвернутые идеи воздействия), которые не оказывали влияния на картину состояния в целом. Фантастический бред приобретал «грезоподобность» и «сновидность» [95]. Появлялись и нарастали кататонические симптомы. Зачарованность, отрешенность, застывание в однообразных позах, стереотипные движения или бесцельное возбуждение, отсутствие продуктивного контакта с больным, бессвязная речь, дезориентировка больного свидетельствовало о развитии

онейроидно-кататонического состояния. Для таких больных было характерно чередование кататонического ступора и возбуждения.

Фабула онейроида могла отражать предшествующее содержание парафренических бредовых идей в приступе. Так, например, бредовые идеи греховности вселенского масштаба находили свое отражение в онейроидных переживаниях попадания в чистилище, на страшный вселенский суд, в ад; бредовые идеи величия, мессианства, идеи наличия особого дара целительства соответствовали картине онейроида с сюжетом попадания на небеса, с божественным контактом, перемещение в райские просторы, космической тематике. У части больных (3 наблюдения) тематическая связь с бредовыми расстройствами в приступе отсутствовала. Сюжет онейроида существовал в отрыве от фантастических бредовых расстройств, предшествующих помрачению сознания. В целом представлялось возможным говорить о значительной вариативности сюжета онейроидных картин с превалированием мистического и фантастического содержания переживаний.

У большинства больных аффективная окраска онейроида соответствовала полюсу аффекта в приступе. Для больных с экспансивным онейроидом было характерно фантастическое содержание переживаний с преобладанием космического сюжета и религиозной тематики (межпланетные путешествия, межпространственные передвижения и полеты, картины поднебесья и рая). Больные становились активными участниками событий, выполняли активные действия, и играли главную роль в происходящих событиях. Обращала на себя внимание диссоциация между кататоническими расстройствами и полюсом аффекта в онейроиде: при экспансивном онейроиде чаще наблюдались кататонические расстройства в виде ступора.

У больных с депрессивной окраской онейроида отмечался наибольший процент религиозной тематики (картины ада, демонов и др.). Активность больных в пределах фабулы депрессивного онейроида была

отличной от таковой наблюдавшейся при экспансивном онейроиде. Так, при депрессивной картине онейроида больные ощущали себя пассивными созерцателями, жертвами насилия, обвиняемыми на вселенском суде, совершившими преступление. По словам больных, они не выполняли активную роль, а лишь наблюдали за происходящим или должны были стать участниками трагических событий казни или суда. Для таких больных было характерно кататоническое возбуждение с тревожно-тоскливым оттенком аффекта, которое изредка сменялось эпизодами кататонического ступора.

Кататонические расстройства были представлены достаточно ярко, на определенных этапах выходили на первый план в психическом состоянии больных. В целом в данной группе отмечалось преобладание кататонического ступора (застывания в однообразных позах, восковая гибкость, симптом воздушной подушки, негативизм). В такие моменты дезориентировка в месте, времени и нередко собственной личности сочеталась с бессвязностью мышления, невозможностью установить продуктивный контакт с больным. Внешне у таких больных можно было отметить выраженную лабильность аффекта, когда восторженно-патетическое выражение лица внезапно сменялось выражением страдания, напряжения, страха, также отражая острый характер состояния. Быстрый темп развития психоза объяснял затруднения в диагностике четких этапов развития приступа, выявить которые было возможно лишь по миновании остроты состояния.

Оценка длительности картины онейроида представлялась неоднозначной. По описанию больных продолжительность периода помраченного сознания была неодинаковой и варьировала до 2 недель. Однако, объективно оценить продолжительность онейроидного помрачения сознания в структуре приступа не всегда представлялось возможным в связи с выраженной остротой состояния, а субъективная оценка больных относительно продолжительности помрачения сознания не всегда соответствовала объективным данным. Важно отметить, что чем

продолжительнее была картина предшествующего острого чувственного бреда, тем менее длительным оказывался сам онейроид [76, 95, 100, 104].

Непосредственно после выхода из онейроида, воспоминания об остром периоде у больных отсутствовали. Впоследствии, после редукции кататонии, можно было обнаружить, что воспоминания острого периода болезни постепенно всплывали в памяти больных, и, таким образом, добиться все более и более детального описания картины онейроида. У меньшей части (3 наблюдения) подробные описания болезненных переживаний можно было получить лишь в короткий промежуток времени (до 2-3 дней) после выхода из онейроида. В дальнейшем больные говорили лишь о факте «необычных снов», содержание которых они забыли.

Выход из состояния был последовательным с характерным постепенным обратным развитием этапов приступа. Критика к перенесенным онейроидным состояниям в большинстве случаев была выражена в достаточной степени и формировалась практически сразу после выхода из психоза. Больные описывали онейроид «как разыгравшееся воображение», «продукт болезни», «странное нереальное состояние сна».

Таким образом, у данной группы больных можно было отметить наличие онейроида с преобладанием зрительного (визуального) компонента расстройства сознания. Картина развития онейроидно-кататонического состояния происходила с последовательным развитием характерных этапов приступа. В структуре приступа у таких больных превалировал острый чувственный бред. Важной особенностью у таких больных было формирование критического отношения к болезненным переживанием после перенесенного онейроида. Психопатологические особенности онейроидно-кататонических состояний с преобладанием зрительного компонента расстройства сознания и последовательным развитием характерных этапов приступа отражены в Приложении к диссертации в клиническом наблюдении №1.

### **3.1.2 Онейроидно-кататонические состояния с преобладанием зрительного компонента расстройства сознания и нарушением последовательности характерных этапов приступа.**

Развитие онейроида с нарушением последовательности характерных этапов приступа отмечалось в 17 наблюдениях. При этом динамика развития психоза у данной группы больных была различна.

В 13 наблюдениях онейроид развивался в рамках острых транзиторных психотических состояний [46, 86]. Развитию онейроида предшествовали кратковременные (от нескольких часов до 1-2 суток) расстройства, которые больше всего имели сходство с так называемым «бредовым настроением». Больных беспокоило внезапно возникшее чувство беспредметного страха, смятения, недоумения, растерянности, эмоционального напряжения, ожидания «чего-то плохого» или наоборот – беспричинного воодушевления, ожидания чего-то необычного, ощущения «что что-то должно случиться» в зависимости от преобладания депрессивного или маниакального полюса аффекта. Имели место элементы острого чувственного бреда в виде инсценировки, которые носили стертый, эпизодический характер, когда происходящие вокруг события приобретали скрытый смысл, суть которого больной понять не мог. Аффективное напряжение с элементами чувственного бреда внезапно перерастало в онейроидное помрачение сознания, минуя стадию антагонистического бреда и острого парафренного синдрома. Больные рассказывали о внезапно возникших «снах наяву», что позволяло расценивать онейроид как грезоподобный. Отмечалась максимальная степень выраженности зрительного компонента расстройства сознания. Была характерна особая красочность и яркость фантастических переживаний. Сюжет онейроида был непоследовательным, фантастичным, перетекал из одной темы в другую, порой без видимой связи между собой. Кататонические расстройства представляли собой эпизодически возникающие выраженные элементы ступора/возбуждения, напоминая картину редуцированных кататонических

расстройств с отдельными стереотипиями, редкими эхолоалиями, непродолжительными застываниями. Длительность онейроида ограничивалась одним или несколькими непродолжительными эпизодами, отмечающимися в течение одного дня или нескольких ночей.

Выход из состояния был также внезапным. Больные говорили о том, что «очнулись», «вернулись в реальный мир». Вслед за онейроидом отмечался кратковременный период аффективных расстройств в сочетании с элементами острого чувственного бреда, представленного синдромом инсценировки. В дальнейшем у большинства больных сохранялась убежденность о реальности произошедших с ними событий. Больные рассказывали о том, что «побывали на том свете», «прошли особое испытание», «вернулись с небес на землю». Подобная убежденность при отсутствии каких-либо других психотических нарушений могла сохраняться длительно. По истечению времени лишь у части больных (5 наблюдений) формировалась критика к перенесенному психозу.

В оставшихся 4 наблюдениях отмечалась иная динамика психоза после выхода из онейроида. Обратное развитие онейроидно-кататонического приступа сопровождалось формированием острого парафренного состояния с преобладанием чувственного бреда. У таких больных нарушение последовательности этапов приступа онейроидной кататонии проявлялось выпадением этапа антагонистического и фантастического бреда. Таким образом, быстрое формирование картины онейроида с отсутствием характерных этапов развития приступа сопровождалось более затяжным и длительным выходом из приступа с картиной массивной парафрени, длительность которой могла достигать 3-4 месяцев. В данных наблюдениях критики к перенесенному психозу также отсутствовала. Несмотря на дезактуализацию болезненных переживаний, у больных сохранялась убежденность в реальности произошедших с ними событий в острый психотический период.



В целом у данной группы больных можно было отметить наличие онейроида с преобладанием зрительного (визуального) компонента расстройства сознания. Онейроидное помрачения сознания соответствовало картине грезоподобного варианта. Картина развития онейроидно-кататонического состояния происходила с нарушением последовательности развития характерных этапов приступа. Речь шла о транзиторном психозе или же о формировании вслед за онейроидом картины острой парафрении с затяжным течением, минуя стадию острого антагонистического и фантастического бреда. В структуре приступа у таких больных превалировал острый чувственный бред. Важной особенностью у таких больных было отсутствие критического отношения к болезненным переживаниям после перенесенного онейроида. Психопатологические особенности онейроидно-кататонических состояний с преобладанием зрительного компонента расстройства сознания и нарушением развития характерных этапов приступа отражены в Приложении к диссертации в клиническом наблюдении №2.

### **3.2 Особенности психопатологии и динамики онейроидно-кататонических состояний с преобладанием сенсорного компонента расстройства сознания.**

Для больных второй группы (31 наблюдение) было характерно развитие онейроидной кататонии с нарушением восприятия и преобладанием *сенсорного компонента расстройства сознания*, который проявлялся в превалировании разнообразных ощущений - кинестетических, тактильных, слуховых и изредка - обонятельных. У таких больных обилие сенсорных нарушений, которые отражали фантастические переживаний, определяли картину синдрома онейроидного помрачения сознания.

Среди онейроидно-кататонических состояний с преобладанием сенсорного компонента расстройства сознания можно было выделить две разновидности, отличительные особенности которых представлены ниже:

- Па группа (12 наблюдений), когда в картине онейроидно-кататонического состояния зрительный компонент расстройства сознания был выражен минимально или отсутствовал;

- Пб группа (19 наблюдений), когда зрительный компонент расстройства сознания сочетался с сенсорным с преобладанием последнего (сенсорно-зрительный или смешанный вариант).

### **3.2.1. Онейроидно-кататонические состояния с преобладанием сенсорного компонента расстройства сознания и минимально выраженным зрительным компонентом или его отсутствием**

Для данной группы больных (12 наблюдений) в состоянии онейроидного помрачения сознания был характерен разнообразный спектр ощущений, за исключением зрительного компонента, что являлось их отличительной особенностью. Преобладали тактильные, кинестетические и слуховые расстройства, которые в совокупности с определенной трактовкой данных ощущений и определяли картину онейроида. Онейроидные переживания с вовлечением органов чувств, в целом, значительно отличались от других онейроидных картин.

Кинестетические проявления были представлены чувством перемещения в пространстве: ощущением движения тела или движения сквозь пространство вокруг тела больного (например, отдельной комнаты, кровати, на которой лежал больной, или более крупного помещения - здания, дома и др.). Такие больные рассказывали о том, что чувствовали, как летят в открытом космосе, находясь в скафандре или же без него; как их тело стремительно двигается вниз, падает по ступеням лестницы и «перемещается все ниже и ниже в ад» или наоборот как тело парит в воздухе или космосе и поднимается к небесам. Ощущения движения в пространстве сопровождались тактильными проявлениями, которые были представлены разнообразными ощущениями на поверхности кожи. Больные говорили об ощущении давления скафандра, ощущения тепла или холода, исходящих от

неизведанных планет, жара от костра пламени ада, капель дождя или потоков ветра при полете, - весь спектр тактильных ощущений, соответствующих содержанию фантастических переживаний, создавали у таких больных ощущение реальности происходящего при отсутствии визуальных картин события.

Кроме того, подобные ощущения сопровождалась и слуховыми проявлениями, соответствующими тематике сюжета болезненных переживаний. Так, если это был космический полет, то больные "слышали" рев двигателей космического корабля, разговоры инопланетных существ; перемещение в ад, по словам больных, сопровождалось звуками пламени костра, криками умерших людей, скрежетом ножей и смехом чертей в Преисподней; явления конца света, гибели мира в результате войны сопровождалась звуками взрыва атомных ракет, гула самолетов, разрушения домов, зданий; пребывания в раю сопровождалось звуками пения райских птиц и ангелов, необычайно красивой музыкой. Обонятельные расстройства были представлены разнообразными запахами, которые соответствовали сюжету происходящего – запах дыма, костра, цветов и др.

Перевоплощение «Я» у больных данной группы также имело ряд особенностей. В результате преобладания сенсорного компонента расстройства сознания, больные не видели, а лишь ощущали, как они перевоплощались в необычных существ, ангелов, демонов и др. Больные с убежденностью рассказывали об ощущениях видоизменения структуры кожи, появлении чешуи и превращении в ящерицу, прорастания хвоста и шерсти, схожих с крысиным покровом; ощущении появления ангельских крыльев или рогов демона. По своей структуре подобные проявления можно было квалифицировать как состояние, сходное с бредом метаморфозы.

Необходимо отметить, что у таких больных визуальные образы были минимальными или их наличие выявить не представлялось возможным. Характеризуя свое состояние, больные говорили об «отключении сознания», «проваливании в другую реальность», «попадании в забытье». При этом

«пустота», «небытие» воспринимались больными как темное, черное, порой «вязкое» пространство. По словам больных, «тьма», которая их окутывала, часто оказывалась единственной существующей зрительной картиной, а остальные фантастические переживания отмечались на уровне органов чувств (слуха, обоняния, тактильных ощущений). Сочетание подобных ощущений, особое их восприятие и трактовка создавали целостную картину фантастических переживаний.

Говоря о динамике развития приступа, необходимо подчеркнуть ряд особенностей. Развитию онейроида предшествовали стадия аффективных нарушений. Аффективные расстройства были представлены как депрессивным полюсом, так и маниакальным. У части больных на определенных этапах можно было говорить о наличии аффективно-смешанного состояния. В целом длительность аффективных расстройств составляла от трех месяцев до полутора лет. В дальнейшем состояние больных усложнялось. Достаточно внезапно, одновременно происходило присоединение бредовых расстройств, что ознаменовало развитие аффективно-бредового состояния. Бредовые расстройства были представлены чувственным бредом. Отмечался синдром инсценировки с ощущением «разыгрывающегося спектакля вокруг», чувством «подстроенности происходящих событий», появлением бреда особого значения, когда, окружающее приобретало таинственный, скрытый смысл, имеющего отношения к больному. Подобное состояние сопровождалось появлением или усилением тревоги, беспокойства, страха, ощущением, что должно произойти «что-то ужасное», явлениями острой деперсонализации. Появлялись и нарастали явления психического автоматизма идеаторного его варианта в виде симптома открытости мыслей, ощущения, что в мыслительный процесс больного «что-то или кто-то вмешивается», «мешает думать», «отнимает или вкладывает мысли», что «мысли звучат» или «разматываются воспоминания». Больные были растерянными, встревоженными, однако достаточно быстро в течение нескольких часов или

дней бредовые расстройства усиливались и развивалось острое парафреническое состояние с преобладанием острого чувственного бреда и явлениями психического автоматизма. Содержание бредовых переживаний становилось фантастическим. Больные были убеждены, что в них вселился дьявол, который управляет ими, что стали «марионетками» в руках инопланетных существ. Вместе с тем бредовые идеи воздействия также приобретали фантастический характер и мегаломанические очертания. Больные рассказывали, что способны вершить судьбы мира, влиять на погоду, человеческую жизнь, или же наоборот повинны в возможной гибели мира, близких людей или человечества, обречены на вечные мучения [11, 19, 37, 198]. При этом фантастическое содержание было определяющим в структуре состояния. По словам больных, влияние со стороны божественных/демонических сил, инопланетных существ становилось всеобъемлющим, полностью захватывало их сознание и жизнедеятельность. Элементы чувственного бреда становились менее выраженными, блекли, отходили на второй план в картине состояния больных, преобладающим становились проявления психического автоматизма.

Если ранее, на первых этапах, у больных отмечалась растерянность с чувством страха, тревоги, непониманием происходящего вокруг, связанная с остротой состояния и массивными бредовыми расстройствами чувственного характера, то в дальнейшем растерянность резко усиливалась, появлялась дезориентировка, когда больные не понимали, где находятся, переставали отвечать на вопросы окружающих, становились «зачарованными». Ярко выраженные психомоторные нарушения определяли статус больных. Хаотичное возбуждение, стереотипные движения руками, застывание в однообразных позах, речевая стереотипия, все это позволяло говорить о присоединении кататонических расстройств. Развивалось онейроидно-кататоническое состояние с преобладанием сенсорного компонента расстройства сознания.

Содержание онейроида характеризовалось четкостью, последовательностью, единой сюжетной линией. Отличительной особенностью являлось то, что фабула онейроида соответствовала тематике предшествующих бредовых расстройств. То есть предшествующие этапы развития приступа имели свое отражение в содержании онейроидных переживаний. Можно было говорить о том, что онейроид представлял собой интерпретацию бредовых идей парафренного содержания. Превалировал фантастический характер переживаний в картине онейроида, реже события развивались в рамках бытового сюжета. Несмотря на то, что больные являлись центром происходящих событий в онейроидных переживаниях, активных действий они не совершали. Так, чувствуя полет или перемещение в пространстве, больные пассивно повиновались происходящему, а не управляли им. Фантастические события происходили с больными или вокруг них.

У большинства (11 из 12 наблюдений) больных аффективная окраска онейроида была такой же, как и предшествующие аффективные расстройства в приступе. Депрессивные переживания онейроида отражались в идеях гибели, страданий, попадания в ад; маниакальные – в межпланетных перемещениях, вземных и райских полетах.

Длительность онейроида у данной группы больных ограничивалась промежутком времени до нескольких дней или недели. Больные определяли онейроид как состояние возникшее остро и неожиданно и также внезапно закончившееся. Важной отличительной особенностью был характер амнезии периода помраченного сознания. Для таких больных в большей степени была выражена амнезия реальных событий (по сравнению с больными I группы). Онейроидные переживания если и амнезировались, то лишь частично.

При выходе из онейроида в состоянии больных на первый план выступали расстройства бредового регистра в сочетании с нарушениями настроения. Отмечались синдром инсценировки, психические автоматизмы, идеи воздействия. Состояние больных представлялось возможным

квалифицировать как аффективно-бредовое с наличием чувственного бреда и проявлений психического автоматизма с преобладанием последнего в структуре состояния. Таким образом, можно было говорить о «симметричном» развитии характерных этапов приступа относительно онейроида.

К моменту выписки из стационара критика как к психотическому состоянию в целом, так и к онейроиду в частности, отсутствовала. Происходившие события воспринимались и оценивались больными как реальные. «Попадание в ад» казалось им необходимым с целью «перевоспитания» или пересмотра жизненных позиций, исправления ошибок прошлого. В данном случае нельзя было исключить наличие резидуальных бредовых расстройств, фабула которых содержала онейроидные переживания.

В целом у данной группы больных можно было отметить сохранение классических этапов развития приступа онейроидной кататонии и их симметричную картину относительно онейроида. Развитие онейроида происходило вслед за парафренным состоянием с наличием чувственного бреда и преобладанием явлений психического автоматизма. Онейроидно-кататоническое состояние проявлялось преобладанием сенсорных проявлений фантастических переживаний. Критика после перенесенного психоза отсутствовала, не исключено было формирование резидуального бреда после перенесенного психоза.

Психопатологические особенности онейроидно-кататонических состояний с преобладанием сенсорного компонента расстройства сознания отражены в Приложении к диссертации в клиническом наблюдении №3.

### **3.2.2 Онейроидно-кататонические состояния с сочетанием зрительного и сенсорного (смешанного варианта) компонентов расстройства сознания.**

В ряде случаев (19 наблюдений) у больных в структуре онейроидно-кататонических состояний отмечалось сочетание сенсорного и зрительного компонента расстройства сознания (сенсорно-зрительный или смешанный вариант).

Зрительные расстройства были фрагментарными, напоминали иллюзорное восприятие окружающего. По словам больных, люди, предметы вокруг, происходящие события приобретали фантастическую окраску, становились элементами фантастического сюжета. Каждая новая деталь обстановки оказывалась предметом фантастической переработки, создавая картину искаженного, иного, иллюзорного восприятия. Среди разворачивающихся «как в сказке» событий, сквозь реальную обстановку возникали отдельные зрительные картины. Так, больные «видели» за окном ракеты, символизирующие начало атомной войны, «развалины соседних домов», говорящие о конце света; или же пролетающих ангелов, что подтверждало пребывание в раю; говорили о том, как на потолке комнаты появлялись «звездное небо, солнце», разворачивались картины битвы добра и зла. Реально существующие объекты становились деталями фантастического сюжета. Так, домашний компьютер или сейф в гостинице становились пультом управления космического корабля; привычная комната оказывалась роскошным залом 18 века; вагон метро превращался в инопланетное пространство. У таких больных отмечалась максимальная степень иллюзорного восприятия, отражающего фантастические переживания.

Сенсорный компонент расстройства сознания, представленный разнообразными ощущениями в теле, у таких больных превалировали над зрительным. Ощущение движения, полета, перемещение в различных направлениях в пространства, по словам больных, распространялось за пределы их физического «Я». Вместе с больными двигались комнаты, в



которых они находились, окружающее пространство, будь то машина или туристическая палатка, с мебелью и окружающими их людьми. Каждый новый элемент реальной обстановки тесно переплетался с болезненными переживаниями фантастического содержания, и мог становиться отправной точкой для формирования новых деталей сюжета, что позволяло отнести данные состояния к иллюзорно-фантастическому варианту онейроида.

Самосознание больных расстраивалось не глубоко. Структура личности больных претерпевала лишь частичное качественное изменение, то есть больные были наделены фантастическими способностями, но при этом оставались сами собой. Самоидентификация «Я» была не изменена. Являясь героями и участниками фантастических событий, больные играли определенную роль в происходящем: являлись вершителями судеб мира или же по их вине происходили разрушительные события. Однако, перевоплощений, фантастических метоморфоз и видоизменений «Я» у таких больных не отмечалось.

Аффективные расстройства были представлены нарушениями обоих полюсов, однако у таких больных превалировала депрессивная окраска онейроида. У больных с депрессивным онейроидом (14 наблюдений) достаточно часто встречалась тематика «инобытия», пребывания в загробном мире, в чистилище или в аду, у больных с экспансивным онейроидом (7 наблюдений) преобладали переживания космического содержания.

Кататонические проявления были представлены преобладанием возбуждения, отмечались отдельные двигательные стереотипии, явления кататонического ступора в виде мутизма и негативизма, эхоталии наблюдались у наименьшего числа больных [7, 140, 153, 197, 200].

Рассматривая динамику приступа у таких больных, можно было говорить о постепенном развитии приступа с сохранением характерных этапов развития онейроидно-кататонических состояний. Для данной группы больных был характерен непродолжительный период аффективных колебаний, на смену которых достаточно остро приходило аффективно-

бредовое состояние. Синдром инсценировки развивался как на фоне приподнятого, так и сниженного аффекта. Чувственный бред отличался «чрезвычайной пластичностью, изменчивостью с преобладанием в синдроме инсценировки бредовой дезориентировки и сенсориализации некоторых структурных элементов» [32, 20].

Явления психического автоматизма дополняли картину острого чувственного бреда. Бредовые идеи преследования были отрывочными, мало систематизированными. Больных рассказывали об ощущениях слезки, однако часто не могли назвать ни цели, ни объект, который ее осуществлял. У части больных уже на этом этапе появлялось фантастическое содержание переживаний, когда больные были убеждены, что преследование осуществляется «потусторонними магическими силами», сверхъестественными существами. Бред воздействия был представлен идеями гипнотической манипуляции, зомбированием, воздействием биоэнергетической силы. У части больных на фоне маниакального аффекта отмечался инвертированный его вариант, когда воздействие исходило от больных. Так, пациенты рассказывали о появлении у них способности «управлять людьми», «направлять их мысли, действия», ощущая «неразрывную связь с окружающими». Больные были убеждены в появлении у них «особого дара», необычных неординарных способностей, «волшебных сил», например, влиять на события в мире, и даже погоду, останавливать или вызывать катаклизмы. Или же наоборот, наличие смертных грехов, повинности в гибели окружающих, порой всего мира. Все это являлось содержанием фантастических переживаний.

Для таких больных было характерно кратковременное наличие антагонистического бреда. Больные говорили, что становились «энергетическими проводниками» между добром и злом, оказывались в центре борьбы противоположных сил. У части больных данный этап развития приступа выявить не представлялось возможным.

Мысленное общение на расстоянии, разговоры с животными или неодушевленными предметами дополняло картину фантастических переживаний. У части больных отмечался бред одержимости, когда больные рассказывали, что их душой овладели бесы или дьявол, вземные существа или ангельские силы. Онейроид развивался вслед за острым парафренным состоянием с наличием чувственного бреда и преобладанием явлениями психического автоматизма. Так, больные рассказывали, что внезапно оказывались в «иной реальности», что «мир становился другим, искаженным», фантастичным, «волшебным», «сказочным». Больным казалось, что они «попадали в другое измерение», оказывались на другой планете или «проходили круги ада», ощущали, как происходило «отчуждение души и тела, и душа покидала его». Все это сопровождалось иллюзорным восприятием реальной обстановки. Содержание онейроидных переживаний было аналогичным бредовым переживаниям, отмечавшимся до его развития.

Появление дурашливого поведения, возбуждения, когда больные металась по комнатам, срывали одежду и обнажались, или застывали в однообразных позах и выглядели отрешенными чаще всего становилось причиной госпитализации в психиатрический стационар. Частичное восприятие окружающей действительности, причудливое сочетание фрагментов реальности и фантастических событий, происходивших с больным, подтверждало наличие иллюзорно-фантастического варианта онейроида.

Выход из онейроида был постепенным. Особенностью у таких больных было то, что порой было невозможно разграничить момент развития онейроида и начала бредовых расстройств. На первый план выходили расстройства бредового характера – идеи воздействия, отдельные элементы бреда значения, синдрома инсценировки, в структуру которых тесно вплеталась интерпретация онейроидных переживаний. Амнезия у таких больных была выражена в незначительной степени, часто больные

достаточно подробно рассказывали о пережитом. Критика как к перенесенным онейроидным переживаниям, так и болезни в целом отсутствовала.

В целом для данной группы больных было характерно сохранение типичных этапов развития приступа онейроидной кататонии. Онейроид развивался вслед за парафренным состоянием с преобладанием чувственного бреда и явлениями психического автоматизма. Структура онейроидно-кататонические состояния характеризовалась сочетанием зрительного и сенсорного компонентов расстройства сознания. Выход из приступа был постепенным, в динамике его обратного развития преобладали явления психического автоматизма на ряду с элементами чувственного бреда. Критика к перенесенным онейроидным переживаниям и болезни в целом отсутствовала

Таким образом, проведенный анализ показал неоднородность онейроидно-кататонических состояний, позволил определить основные психопатологические особенности онейроида и выделить типологические разновидности данных состояний, основанные на преобладании различных видов фантастических переживаний в структуре состояния. Получены данные позволили говорить о различной динамике развития приступа онейроидной кататонии в виде нарушения последовательности развития, выпадения того или иного этапа, а также отметить различный удельный вес бредовой симптоматики (чувственного бреда, явлений психического автоматизма).

Психопатологические особенности онейроидно-кататонических состояний с сочетанием сенсорного и зрительного компонентов расстройства сознания (сенсорно-зрительный или смешанный вариант) отражены в Приложении к диссертации в клиническом наблюдении №4.

## **ГЛАВА 4. КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ШИЗОФРЕНИИ, ПРОТЕКАЮЩЕЙ С ОНЕЙРОИДНО- КАТАТОНИЧЕСКИМИ СОСТОЯНИЯМИ В ПРИСТУПАХ**

В клинической картине шизофрении, протекающей с приступами онейроидной кататонии, остается множество нерешенных вопросов. Большинство работ, существующих в зарубежной и отечественной психиатрии, просвещенных онейроидному помрачению сознания, акцентирует внимание на закономерностях развития и особенностях самого синдрома, в то время как клиника шизофрении, в структуре которой развивается онейроид, требует дальнейшего исследования.

Обращаясь к литературе, необходимо отметить, что в отечественных работах прошлого века онейроидная кататония описывалась преимущественно в рамках шизофрении с благоприятным течением. W. Mayer-Gross [176, 177], L.J. Meduna [178] и др. считали онейроидные проявления при шизофрении благоприятным прогностическим признаком, подчеркивая тенденцию динамики заболевания у таких больных к ремиссиям и даже к интермиссиям. В работах советских психиатров лишь констатировалось наличие онейроида при шизофрении, однако клиническое описание психопатологических отличий этих состояний при различных вариантах течения шизофрении отсутствовали [3, 35, 84]. С.Т. Стоянов [99] изучал онейроидно-кататонические состояния при рекуррентной шизофрении. Фаворина В.Н. [109] с соавт. обнаружили, что у незначительного числа обследованных ими больных с шизофренией отмечался менее благоприятный прогноз при наличии в приступах онейроидно-кататонических состояний. Однако, описанию динамики заболевания у таких больных не было уделено достаточного внимания. В работах современных психиатров, которые лишь косвенно касаются исследуемой проблемы, вопрос о нозологическом предпочтении онейроидной кататонии не освещается вовсе [138, 164, 168]. Онейроид описывают как «феномен», встречающийся как при шизофрении, так и при

некоторых неврологических состояний, не описывая ни характера, ни течение заболевания в целом [161, 191]. Диагностируя подобные состояния по DSM-V или ICD-10 как острые психотические расстройства или психотические расстройства с симптомами шизофрении (F 23, F20 и др.), авторы оставляют вопрос клинических особенностей эндогенного заболевания, в рамках которого развиваются онейроидно-кататонические состояния, открытым.

Кроме того, существующий патоморфоз психических состояний, а также современные возможности психофармакотерапии могут иметь важное значение для клинического анализа онейроидных расстройств, видоизменяя характер состояний и болезни в целом.

Исследование особенностей эндогенных заболеваний, протекающих с онейроидно-кататоническими состояниями, показало их клиническую неоднородность. Основываясь на типологических разновидностях, выделенных ранее, определены клинические группы, которые имели ряд общих признаков и закономерностей, а также и ряд существенных отличий. Установлено, что клинические и психопатологические особенности онейроидно-кататонических состояний находятся в тесной взаимосвязи с вариантами течения шизофрении, в рамках которого они развиваются. В ходе исследования были проанализированы преморбидные особенности личности, доманифестный этап заболевания, особенности манифестного онейроидно-кататонического и других видов приступа, сопоставлены возрастные особенности, дана клиническая оценка различным типологическим вариантам онейроидно-кататонических состояний. Описаны ремиссии после манифестного приступа болезни, а также течение заболевания после перенесенных повторных состояний, на основании которых сформирована нозологическая предпочтительность и определена прогрессивность процесса. Все онейроидно-кататонические состояния, исследуемые в работе, наблюдались в рамках шизофрении как рекуррентной, так и

присутствует по образно-прогредиентной с различной степенью выраженности прогредиентности процесса и формированием изменений личности.

#### **4.1 Группа с благоприятным течением эндогенного процесса**

Данную группу составило 15 больных, из них 7 мужчин и 8 женщин. Отличительной особенностью данной группы больных было отсутствие каких-либо психопатологических проявлений вплоть до пубертатного возраста и достаточно короткий по продолжительности доманифестный период. У таких больных появление первых признаков заболевания в виде аффективных нарушений отмечалось в возрасте 15–17 лет. Эти проявления на начальном этапе представлялись неглубокими **аффективными расстройствами** в виде явлений реактивной лабильности. На фоне субъективно значимых событий (сдача экзаменов, расставание с привычным коллективом, увеличение учебной нагрузки, ссора, благополучная сдача экзаменов, поступление в ВУЗ и др.) возникали аффективные реакции. Подобные аффективные состояния всегда имели связь с внешними событиями, были психологически понятными, их длительность не превышала 1-2 мес., а затем они нивелировались самостоятельно. Лишь у небольшого числа больных (3 наблюдения) в дальнейшем аффективные состояния приобретали эндогенные черты, а внешние события становились лишь триггерами. Расценить такие аффективные нарушения представлялось возможным как циклотимоподобные [56].

В структуре депрессивных состояний (10 наблюдений) преобладала тревога, чувство неуверенности в себе, отдельные идеи самообвинения, переживания за свое будущее, будущее родных и близких. Нередко (7 из 10 наблюдений) они сопровождались вегетативными проявлениями (боли в сердце, потливость, зуд и др.). Также отмечались жалобы астенического круга с повышенной утомляемостью, слабостью, вялостью, снижением успеваемости. У некоторых больных (3 наблюдения) отмечался суточный ритм колебания настроения с улучшением в вечерние часы.

Гипоманиакальные расстройства встречались вдвое реже (5 наблюдений). У таких больных было трудно обнаружить собственно приподнятый фон настроения, однако пациенты отмечали появление активности, общительности, порой не свойственной им ранее, творческие успехи. Такие явления возникали в ответ на благоприятные внешние события, были кратковременными - длительность их составляла не более 1-2 мес. и нивелировались самостоятельно.

В целом, аффективные состояния у данной группы больных, отличались малой глубиной, не отражались на социальной и учебной деятельности, не требовали обращения к психиатру. Необходимо подчеркнуть, что общая продолжительность аффективных расстройств на доманифестном этапе у данной группы больных отличалась малой продолжительностью и в целом не превышала срока 6 месяцев, что являлось отличительной чертой у данной группы больных. Вслед за непродолжительными аффективными расстройствами развивалось манифестное состояние.

Как правило, в большинстве случаев, **манифестация** заболевания происходила в молодом возрасте от 17 до 25 лет с развития онейроидно-кататонического состояния с превалированием зрительного компонента расстройства сознания и последовательным этапом развития приступа (Ia группа типологической разновидности ОКС).

Отличительными особенностями психозов у этой группы больных было их острое начало. Так, от момента возникновения первых признаков до госпитализации проходило не более нескольких дней (максимум - 7-10 дней), причем общая продолжительность психоза не превышала 1,5-2 месяцев. Выраженный аффект тревоги, страха, растерянности, непонимания происходящего вокруг или же наоборот - взбудораженности, необъяснимой восторженности, что встречалось вдвое реже, отмечался у таких больных с начала развития приступа.



Динамические особенности развития приступа у больных данной группы характеризовались достаточно быстрым присоединением к аффективным проявлениям явлений острого чувственного бреда, затем кататонических расстройств, которые стремительно нарастали. Развивался собственно синдром помрачения сознания, и острота острого психического состояния приводила к госпитализации в психиатрический стационар. Признаками остроты состояния были также высокий темп развития, особая калейдоскопичность переживаемых больными событий. Клиническая картина манифестного психоза определялась преобладанием острого чувственного бреда - синдрома инсценировки. Проявления отдельных признаков явлений психического автоматизма исчерпывались преимущественно идеаторными психическими автоматизмами при отсутствии или минимальной выраженности псевдогаллюцинаторной симптоматики, что более подробно было описано в предыдущей главе. Выход из онейрода был постепенным, лирическим с сохранением правильной последовательности обратного развития приступа. На заключительном этапе происходило формирование депрессивного состояния, которое отмечалось у всех больных данной группы. Длительность его составляла до 2-3 недель. Аффективные расстройства были представлены в основном идеями малоценности, тревожными проявлениями с опасением за свое будущее. В целом длительность манифестного психоза в среднем составляла около 3-4 месяцев.

При выписке из стационара больные с полной критикой относились к пережитому психозу. Большинство больных регулярно посещали врачей, четко выполняли назначенные рекомендации. Социально-трудовой статус больных в большинстве случаев оставался неизменным; такие больные возобновляли обучение в ВУЗе, успешно заканчивали его обучение, получали профессиональные навыки, трудоустраивались по специальности. В дальнейшем благополучно устраивали личную жизнь. Длительность первой ремиссии составляла в среднем до 10 лет.

Дальнейшая *динамика заболевания* была не одинаковой. Катамнез составил от 3 до 20 лет, у одной больной срок катамнестического наблюдения был 52 года. В целом у данной группы можно было выделить следующие разновидности течения:

- одноприступное (2 наблюдения). Такие больные за время катамнестического наблюдения больше не госпитализировались. Их состояние можно было расценить как ремиссию хорошего качества с сохранением социального, учебного, а затем и трудового уровня. О каких-либо изменениях личности говорить не представлялось возможным. В последствии, на протяжении катамнестического наблюдения, возможно было обнаружить неглубокие аффективные расстройства циклотимического уровня, без влияния данных расстройств на качество жизни пациентов. Такие расстройства были мало выраженными и не требовали психофармакотерапевтического вмешательства.

- повторные приступы по типу «клише» (6 наблюдений). В повторных приступах сохранялась та же психопатологическая структура, что и в манифестном состоянии. Однако, можно было отметить некоторое уменьшение выраженности кататонических расстройств и возникновение менее развернутых состояний в целом, по сравнению с манифестным приступом. Такие психозы были менее продолжительных по времени. В межприступном периоде после перенесенных манифестного или повторных приступов у таких больных также могли появляться аффективные расстройства, которые порой носили характер континуума. Однако, важно подчеркнуть их неглубокий циклотимический уровень и отсутствие какого бы ни было снижения социально-трудового статуса. С течением времени период ремиссий становился более продолжительными, а психотические приступы менее развернутыми.

- регрессиентный тип течения (7 наблюдений). На первых этапах заболевания у таких больных можно было отметить повторные приступы по типу «клише», однако эти состояния постепенно становились менее

острыми. Отмечалось преобладание явлений острого чувственного бреда (инсценировки) с незначительной степенью выраженности отдельных проявлений синдрома психического автоматизма и уменьшением кататонических проявлений. В дальнейшем характер приступов менялся. Их структура была представлена преимущественно аффективно-бредовыми состояниями, не достигающими уровня онейроида. Со временем психозы становились менее развернутыми, более абортными. Состояния больных представлялись картиной аффективных нарушений - аффективных психозов с отдельными элементами острого чувственного бреда или в их отсутствии. Все это позволяло говорить о регрессиентности позитивных психопатологических расстройств. Можно отметить, что у данной группы больных в повторных психозах чаще отмечался депрессивный полюс аффекта (5 из 7 наблюдений). Для таких больных в ремиссиях также были характерны стертые циклотимоподобные колебания аффекта. Несмотря на повторные приступы и госпитализации, такие больные сохраняли достаточно высокий уровень трудовой адаптации, у некоторых отмечался и социальный рост. Лишь на отдаленных этапах, спустя более 15-20 лет от манифестации заболевания, можно было обнаружить постепенно появляющиеся не свойственные больным ранее астенические черты, отдельные ипохондрические проявления в виде искусственного ограничения социальной и психо-эмоциональной нагрузки, которые больные объясняли необходимостью «щадящего» режима, желанием «не спровоцировать» болезнь вновь. Со временем частота психотических приступов значительно снижалась, болезненные проявления у таких больных все более и более упрощались и практически полностью переходили на аффективный уровень. В целом у таких больных представлялось возможным говорить о регрессиентности позитивных расстройств, отсутствии четких данных за негативную симптоматику, стертости личностных изменений, высокого уровня трудовой адаптации с широким кругом социальных контактов [18].

В *преморбидном личностном складе* у данной группы больных превалировали гипертимные и сенситивные черты характера в сочетании с разной степенью выраженности демонстративных черт и отдельных шизоидных проявлений. Детский возраст, включая возрастные кризисы развития, протекал без особенностей. Эти дети отличались исполнительностью, покладистостью, росли аккуратными, послушными, добрыми и ответственными. Достаточно легко адаптировались в новых коллективах. В компаниях со сверстниками были активны и дружелюбны. Однако, при внешней общительности к дружеским контактам были избирательны. Имели чаще одного близкого друга, с которым были откровенны и близки. Отличались хорошей успеваемостью и склонностью к гуманитарным предметам. Много свободного времени проводили за чтением художественной литературы. Имели определённые творческие способности. Были склонны к фантазированию и мечтательности. В пубертатном периоде большинство больных по характеру не менялось. Этот период проходил незаметно для родных. Лишь у незначительной части больных отмечалось некоторое заострение личностных черт. Особенно это касалось пациентов с демонстративными чертами характера. Отмечалось появление желания «быть лучше всех», улучшалась успеваемость в школе. Больные более охотно и активно участвовали в творческой деятельности класса. После чего в пубертатном возрасте впервые появлялись первые признаки эндогенного заболевания в виде вышеописанных кратковременных аффективных расстройств, предшествующих манифестному психозу. Более подробная сравнительная характеристика данных представлена в 5 главе.

Таким образом, для немногочисленной группы больных с прогностический благоприятным типом течения было характерно:

- наличие короткого доманифестного периода, включающего преимущественно неглубокие расстройства аффективного круга;
- развитие манифестного приступа в юношеском возрасте;

- к особенностям самого психоза были отнесены ярко выраженные аффективные проявления на протяжении всего приступа, преобладание острого чувственного бреда, минимальные проявления психического автоматизма, развитие онейроидно-кататонического состояния с превалированием зрительного компонента расстройства сознания и последовательным этапом развития приступа, постепенный литический выход из онейроида с поэтапным обратным развитием и депрессивными состояниями на выходе из психоза;

- динамика заболевания по типу одноприступного, регрессиентного с постепенным переходом преимущественно на аффективный уровень или с психозами по типу «клише»;

- сохранение высокого уровня социально-трудовой адаптации;

- достаточный уровень эмоциональной сохранности, физико-психической активности и социального взаимодействия при нерезко выраженных изменениях личности при отдаленном катамнезе в 15 и более лет;

- возникновение отдельных ипохондрических проявлений (в виде некоторого избегания или ограничения бытовых контактов), нерезко выраженных астеноподобных нарушений с их достаточно стационарной их картиной на протяжении динамики заболевания, возникающих на отдаленных этапах болезни и не оказывающих существенного влияния на жизнедеятельность больных [60, 62];

- отсутствие данных за прогрессивный тип течения заболевания на протяжении проведенного катамнестического наблюдения.

Все это позволяло предположить наличие рекуррентного типа течения шизофрении у данной группы больных.

#### **4.2 Группа с относительно благоприятным течением эндогенного процесса.**

Данную группу составило 32 наблюдения (12 мужчин и 20 женщин). Развитие первых проявлений эндогенного заболевания отмечалось значительно раньше, чем у предыдущей группы больных, что являлось важной особенностью для данной группы больных.

Раннее детское развитие в большинстве случаев протекало своевременно. Однако, уже в детском возрасте (с 3-6 лет) у большей части больных можно было отметить появление *доманифестных расстройств* - неврозоподобных нарушений, которые были представлены разнообразными фобическими проявлениями (детскими страхами). В большинстве случаев (23 наблюдения) больные отмечали страх темноты. У 1/3 больных (7 наблюдений) данные расстройства ограничивались тем, что дети боялись находиться в темном помещении в одиночестве, изредка плакали ночью, засыпали со светом. Возникновение страхов чаще всего совпадало с прочтением страшных сказок, просмотра фильмов. Дети опасались появления страшных чудовищ или темных помещений, больные «чувствовали» присутствие постороннего, придумывали разнообразные действия для защиты, например, перемещались украдкой «по стенке». У таких больных могли отмечаться иллюзорные расстройства, когда в очертаниях темного помещения, в бликах тени и света дети «видели» темные фигуры - мертвецов, монстров. В такие моменты они были убеждены, что их могут убить, прятались под одеяло, отворачивались к стенке, лежали неподвижно, старались «неслышно» дышать. Часто видели кошмарные сны с теми же персонажами, которые многократно повторялись. Проснувшись ночью, звали на помощь. Часто плакали, засыпали со светом или старались не оставаться на ночь в одиночестве, просили близких побыть с ними. В такие периоды выглядели грустными, всячески откладывая время ночного сна. В ряде случаев (8 наблюдений) нельзя было исключить, что подобные расстройства представляли собой эквиваленты аффективных (депрессивных)

расстройств [23, 87, 88, 101, 102, 184]. В целом подобные психопатологические нарушения отмечались вплоть до подросткового периода, становясь менее выраженными и реже возникающими после 10-11 лет. А затем нивелировались самостоятельно в возрасте 12-14 лет.

У 1/3 больных (9 наблюдений) данной группы обнаружить наличие детских страхов не удавалось.

Следующим этапом в развитии психопатологических проявлений были аффективные нарушения, которые возникали значительно раньше, чем у больных предыдущей группы. У 1/3 (11 наблюдений) больных первые проявления аффективных расстройств можно было обнаружить еще в дошкольном возрасте. Такие состояния проявлялись в виде явлений реактивной лабильности и возникали в моменты смены привычного образа жизни или коллектива, на фоне конфликтов в семье. Наиболее часто встречались депрессивные проявления в виде сниженного фона настроения, подавленности продолжительностью от нескольких дней до нескольких недель. В дальнейшем, в школьном возрасте колебания настроения утрачивали связь с внешними событиями. Больные говорили о появлении эпизодов беспричинной подавленности или тревоги длительностью до нескольких месяцев. Сниженное настроение часто сочеталось с проявлениями вялости, слабости, нежелания что-либо делать. Больным становилось труднее учиться, снижалась успеваемость. Из-за появления чувства неуверенности в себе, стеснительности больные становились менее общительными, замкнутыми, держались в стороне от коллектива. В такие периоды можно было обнаружить неразвернутые проявления сенситивных идеи отношения. У больных женского пола данные расстройства усиливались в период полового созревания (13-15 лет) и появления менструации, часто сочетались с появлением капризности и раздражительности.

Достаточно часто на этом фоне возникали дисморфофобические расстройства разной степени выраженности (возраст больных от 15 до 18

лет). У больных появлялось недовольство своей внешностью. Они рассматривали себя в зеркале, находили изъяны в фигуре, лице. Считали себя некрасивыми, раздумывали о пластических операциях, старались маскировать «недостатки» косметикой или прической, ограничивать себя в еде с целью снизить вес, дополнительно занимались спортом. Дистморфофобические проявления сохранялись на протяжении 3-5-7 лет и варьировали в зависимости от выраженности аффективных нарушений с уменьшением их в гипоманиакальных состояниях.

Вслед за депрессивными нарушениями в возрасте 15-16 лет появлялись аффективные расстройства противоположного полюса. При отсутствии собственно тимического компонента - ощущения приподнятого фона настроения, такие больные становились более активными, общительными, деятельными. Часто становились негласными лидерами среди сверстников, повышалась успеваемость. Больные становились более раздражительными по отношению к членам семьи, конфликтовали по незначительным поводам. Данный период совпадал с первым опытом употребления алкоголя, курения, отношений с противоположным полом. Длительность подобных периодов составляла от нескольких недель до нескольких месяцев.

В такие периоды достаточно часто отмечалось появление несвойственных ранее больным особых увлечений религиозно-философской или другой направленности (толкиенизм, кельтская культура, увлечение восточными видами спорта, иппология, эзотерика). Больные погружались в «новый мир», связанный с новым интересом, носили своеобразную одежду, читали книги, имеющие отношения к кругу их интересов, почти все свободное время проводили в среде нового увлечения. Период сверхценных увлечений сохранялся на протяжении нескольких лет и совпадал со вторым кризовым периодом пубертатного возраста у таких больных.

Аффективные расстройства постепенно утрачивали связь с внешними причинами, возникали спонтанно, удлинялись по продолжительности во времени до полугода-года с кратковременными периодами эутимии. На



определенном этапе заболевания представлялось возможным говорить о континуальном течении аффективных расстройств и биполярном их характере.

В целом можно было отметить достаточно ранее появление аффективных нарушений, нарастание амплитуды и продолжительности аффективных расстройств со временем, наличие биполярных аффективных расстройств и континуальный их характер, сочетание с другими расстройствами, свойственными юношескому возрасту (дисморфофобические, метафизические и др.) [21, 57, 58, 63, 73, 111, 201].

Кроме того, у больных данной группы (9 наблюдений) уже на доманифестном этапе течения заболевания можно было обнаружить наличие транзиторных психотических эпизодов различной психопатологической структуры. Было выделено два типа психотических эпизодов: сновидной структуры и состояний с пересекаторными расстройствами.

Транзиторные психотические эпизоды сновидной структуры развивались либо перед засыпанием, либо, по описанию больных, в форме «вещего сна». Больные рассказывали, как в период засыпания «что-то происходило» в окружающей обстановке, «мир менялся», становился «вязким, густым». Сквозь темноту появлялись устрашающие видения, которые вызывали выраженный аффект тревоги и страха. Чаще подобные картины имели религиозный сюжет. Так, например, больные ощущали появление злых духов и ангелов, которые боролись за их душу; образы Бога, святых и др. «Видения» продолжались от нескольких секунд до минуты, после чего больные засыпали. Картины, отписываемые больными как «вещие сны» имели более бытовое содержание (пребывание в знакомом кругу, среди сверстников, близких, в привычной, домашней обстановке). Однако, в последующем возникала убежденность, что увиденное ими во сне имело отражение в реальной жизни, что и позволяло характеризовать такие состояния как «вещие». Важно подчеркнуть, что у больных отсутствовала критика к данным расстройствам, и в последующем сохранялась уверенность

в реальности и особой значимости этих событий. Больные расценивали подобные состояния как «Божий знак» или духовное откровение. Помимо этого, у многих из них отмечалось появление не свойственного ранее религиозного интереса. Больные начинали читать разнообразную религиозную литературу, чаще посещать церковь. Некоторые по собственному желанию проходили таинство крещения в церкви. Необходимо отметить, что у таких больных манифестные психозы, развившиеся в последующем, имели сходную психопатологическую структуру с данными транзиторными состояниями.

Второй тип транзиторных психотических эпизодов соответствовал состояниям с персекуторной структурой. Возникновение тревоги, страха, внутреннего дискомфорта, «душевного смятения» расценивалось больными как результат сглаза, порчи или наведенного недоброжелателями колдовства. С целью избавиться от этого больные обращались к посторонним людям, слышавшим целителями, гадалкам, колдунами, посещали церковь. После чего в течение короткого времени (1-2 дней) состояние больных нормализовалось. Критическое отношение к пережитому транзиторному психозу также отсутствовало.

У большинства больных *манифестное состояние* развивалось в юношеском возрасте от 20 до 25 лет, у 5-х больных - в зрелом возрасте (после 30 лет). Клинико-психопатологические особенности развития приступа с онейроидным помрачением сознания в данной группе больных имели ряд общих закономерностей и особенностей.

Манифестное состояние у данной группы больных развивалось на фоне аффективных расстройств той или иной степени выраженности. Необходимо отметить, что преобладающим аффективным фоном для развития манифестного психоза был маниакальный. Незадолго до манифестного психоза больные отмечали уменьшение продолжительности ночного сна. Постепенно на фоне необычной активности, повышенной деятельности и

общительности, порой - «болтливости», несвойственной ранее, больные становились взбудораженными, возбужденными, взвинченными. Делали несколько дел одновременно, брали дополнительную нагрузку на работе. Открывали кредиты в банках, в нескольких из них одновременно, тратили деньги на ненужные и дорогостоящие покупки. Конфликтовали с близкими, уходили из дома. В настроении преобладала гневливость и раздражительность. У некоторых больных на этом фоне формировались любовные идеи.

Манифестные психозы у данной группы больных отличались по типологической структуре онейроида и были наиболее неоднородными. У преобладающего большинства больных (17 наблюдений) отмечалось развитие онейроидно-кататонического состояния с превалированием зрительного компонента расстройства сознания и нарушением последовательности характерных этапов приступа (Iб типологический вариант ОКС), у трети больных (10 пациентов) в онейроиде превалировал сенсорный компонент расстройства сознания (IIа типологический вариант ОКС), и лишь у 5 больных - отмечался онейроид с превалированием зрительного компонента и последовательными этапами развития приступа (Iа типологический вариант ОКС).

- Если речь шла о манифестом психозе онейроидно-кататонической структуры с нарушением последовательности развития приступа, то к имеющимся аффективным нарушениям присоединялись расстройства по описанию сходные с феноменом «бредового настроения», т.е. онейроид возникал вслед за аффектом беспредметного страха, смятения, недоумения, ощущения надвигающейся беды или воодушевления, эмоционального напряжения, ожидания чего-либо необычного. Здесь можно было обнаружить лишь элементы чувственного бреда – бреда значения. Длительность такого состояния не превышала несколько дней. Развившийся вслед за этим онейроид был достаточно кратковременным, по рассказу некоторых больных «однократным или повторным эпизодом

необычного сна». Выход из онейроида во всех случаях был литическим. Однако, если у 13 больных картина состояния исчерпывалась онейроидным расстройством, аффективными нарушениями и отдельными элементами чувственного бреда до и после онейроида, то в 4 наблюдениях вслед за онейроидом развивалось острое парафренное состояние с преобладанием чувственного бреда. У таких больных в дальнейшем приступ имел более затяжное течение. В бредовой фабуле основное место занимало содержание пережитых накануне онейроидных расстройств, что являлось основной отличительной особенностью таких больных. У половины больных состояние сопровождалось депрессивным аффектом, у половины - маниакальным. Длительный период аффективно-бредового состояния сменялся депрессивными расстройствами определенной глубины.

- У тех больных, манифестная структура приступа которых соответствовал онейроиду с превалированием сенсорного компонента сознания и с превалированием зрительного компонента расстройства сознания с последовательными этапами развития приступа, вслед за аффективными нарушениями преимущественно маниакального характера стремительно присоединялись и нарастали явления острого чувственного бреда с преобладанием бреда особого значения. Основными клиническими отличиями таких больных был большой удельный вес явлений психического автоматизма, который в сочетании с острым бредом значения создавал своеобразную клиническую картину. На первый план в состоянии больных выходили бредовые идеи воздействия, менее выражены были бредовые идеи преследования. Аффективные расстройства на определенном этапе становились более монотонными, теряли свою яркость и остроту, приобретая характерные черты затяжных состояний. Подробная динамика и психопатология данных онейроидно-кататонических состояний описана в предыдущей главе. Выход из онейроида во всех случаях был литическим. Затяжной характер течения приступа в целом был характерен для всех больных. Продолжительность его составила в среднем 4-6 мес.

Ремиссии у данной группы больных после перенесенного манифестного онейроидно-кататонического приступа были неполными. Критика к перенесенному психозу у всех больных была формальной. Большинство пациентов расценивали данный эпизод как событие, обогатившее их жизненный опыт. Больные пытались трактовать содержание бредовых переживаний психологически. Отмечали желание вернуться к разработке возникших в период болезни идей в дальнейшем. У части больных (10 наблюдений) после манифестного психоза, в период первой ремиссии формировалось своеобразное религиозное мировоззрение. Некоторые из них начинали посещать православную церковь. У большей части больных (17 наблюдения) по итогу кататонического наблюдения можно было отметить некоторое сужение круга общения, определенную ограниченность интересов, замкнутость.

Кроме того, для большинства больных (30 из 32 наблюдений) в дальнейшей динамике заболевания можно было отметить появление аффективных колебаний с преобладанием депрессивного полюса. У части больных (15 наблюдений) после перенесенного приступа болезни появлялись неврозоподобные расстройства различной степени выраженности, имеющие связь с аффективными расстройствами. Часто встречались агарофобические расстройства, имеющие характер приступов, обсессивные расстройства с преобладанием идеаторных его вариантов (навязчивое прокручивание фраз, песен, стихов), к которым постепенно могли присоединяться своеобразные ритуальные действия. Определенное снижение социально-трудового статуса таких больных было связано с наличием аффективной и/или обсессивно-фобической симптоматикой в постприступном периоде. В связи с чем больные не могли длительно пребывать в качестве сотрудника на одной и той же работе, часто меняли работодателя, переходили на более простую работу, или же прекращали трудовую деятельность, объясняя это другими социальными причинами (например, необходимостью ухода за ребенком и др.) [5, 18, 125, 126, 127, 202]. Однако в целом, при наличии поддержки со

стороны родных, соблюдения лекарственного режима и амбулаторного взаимодействия с врачом-психиатром, больные данной группы сохраняли определенный социально-трудовой уровень. Некоторые продолжали обучение в ВУЗе, часть больных устраивало семейную жизнь, часть больных - продолжало работать по специальности.

*Катамнез* заболевания в данной группе больных составил от 3 до 9 лет. В данной группе можно было также выделить несколько разновидностей течения:

- одноприступное течение (8 наблюдений). После перенесенного манифестного приступа у больных отсутствовала критика к пережитому психозу. Больные оставались убежденными в реальности пережитых событий, относились к психозу как к новому, часто полезному жизненному опыту. В связи с этим частично меняли свой образ жизни, формируя религиозную или какую-либо иную концепцию бытия. В рассуждениях больные часто ссылались на «пережитый» болезненный опыт, относя его к необычной стороне жизни. Повторные госпитализации чаще были связаны с экзацербацией обсессивно-фобической и/или аффективной симптоматикой, которые на определенном этапе приобретали характер непрерывных расстройств. При сохранении более узкого чем прежде, круга общения и интересов, у таких пациентов на отдаленных этапах болезни формировалось специфическое мировоззрение, больные порой слыли «чудаками» в своем кругу. Несмотря на это, некоторые из них сохраняли определенный трудовой статус, связанный с ранее появившимися увлечениями, например, становились преподавателями йоги, вели занятия в неформальных философских кружках или сообществах.

- повторные приступы по типу «клише» (24 наблюдения) не отличались по своей психопатологической структуре от манифестных. Можно было отметить некоторое укорочение продолжительности психоза (3-4 мес.), что могло быть связано как с более ранним обращением таких больных в

психиатрический стационар, так и динамикой заболевания в целом. Так же можно было отметить меньшую выраженность психотических проявлений за счет уменьшений явления кататонии. Ремиссии после повторных приступов практически не отличались от таковых после первого манифестного приступа по особенностям личностных изменений и по уровню социально-трудовой адаптации таких больных. Их длительность была примерно такой же от 1 до 5 лет. На продолжительность ремиссии влияло соблюдение больным лечебных мер, рекомендованных при выписке из стационара (регулярный прием поддерживающей терапии, ее коррекция при необходимости в амбулаторных условиях в рамках катамнестического наблюдения), а также особенности течения эндогенного процесса. Немало важную роль играл семейный фактор - понимание особенностей болезни со стороны родных, помощь в соблюдении рекомендаций и лечебно-профилактических мер [129, 131, 137, 158, 160, 174].

Несмотря на психопатологическую неоднородность структуры приступов данной группы больных, критерием для объединения таких больных стала сходная клиническая картина заболевания после перенесенного онейроидно-кататонического состояния: психопатологическая симптоматика в постприступном периоде, степень прогрессивности эндогенного процесса, формирование одинакового уровня изменений личности и социально-трудового статуса больных.

*Преморбидно* большинство больных обладало мозаичной структурой личности. Отмечалось преобладание истерических и шизоидных черт в характере у данной группы больных. Можно было отметить наличие отдельных сенситивных и паранояльных черт, реже встречались гипертимный радикал личности. Больные были избирательно общительны, отличались впечатлительностью, мнительностью, мечтательностью, склонностью к фантазированию. Часто можно было отметить черты психического инфантилизма, свойственные больным с детства.

У данной группы больных можно было обнаружить наличие *наследственной отягощенности*. Родственники больных страдали психическими заболеваниями 34% случаев (из них аффективными - 28% случаев), 25% случаев встречались случаи со злоупотреблением алкоголем, а также накопление патологических черт личности - 41% случаев.

В целом для группы с относительно благоприятным течением эндогенного процесса было характерно:

- появление первых признаков заболевания уже в дошкольном возрасте, доманифестный этап представленный отдельными неврозоподобными и континуальными аффективными расстройствами,

- манифестация заболевания преимущественно в юношеском возрасте, наличие онейроидно-кататонического состояния с нарушением последовательности этапов развития приступа и онейроида с превалированием сенсорного компонента расстройства сознания, затяжное течение психотического приступа с более монотонным аффектом, преобладанием явлений психического автоматизма над образным чувственным бредом, возникновение кратковременных эпизодов онейроидного помрачения сознания,

- динамика заболевания по типу одноприступного или с повторными психозами по типу «клише»,

- появление в межприступном периоде неврозоподобных и аффективных расстройств с тенденцией к непрерывному характеру течения последних.

- У больных данной группы отмечалось снижение социально-трудового статуса и средней степени выраженности изменений личности.

Все это позволяло предположить наличие у данной группы больных приступообразно-прогредиентной шизофрении с относительно благоприятным типом течения при невысокой степени прогредиентности эндогенного процесса.



### **4.3 Группа с прогностически неблагоприятным течением эндогенного процесса.**

Данную группу составил 21 больной (6 мужчин и 15 женщин). Доманифестные нарушения у больных данной группы отличались ранним началом, обилием проявлений и, достаточно часто, непрерывным их характером. Уже с раннего детского возраста можно было выявить наличие неврозоподобной симптоматики в виде разнообразных фобии (страх темноты, высоты и др.), что не позволяло исключить эквивалентов аффективных состояний уже в детстве. Кроме того, у части больных можно было обнаружить отчетливые аффективные расстройства с детства. Речь шла о биполярных аффективных нарушениях с тенденцией к континуальному течению и затяжным их характером. Если первые состояния (возраст 3-4 года) еще имели связь с внешними событиями как провоцирующими факторами и можно было говорить об их эндореактивной структуре, то достаточно быстро они утрачивали связь с внешними событиями и становились беспричинными, возникающими аутохтонно.

Депрессивные проявления выражались в сниженном фоне настроения, снижении аппетита, нарушениях сна. Такие дети были более капризными, плаксивыми или раздражительными. Обращали на себя внимание снижением активности, повышенная утомляемость, рассеянность и невнимательность. Часто дети выглядели печальными, грустными. При общении со сверстниками держались обособленно, были малообщительны вплоть до изоляции в коллективе.

Для гипоманиакальный расстройств было наоборот характерно повышение активности, появление несвойственной ранее общительности, многоречивости, излишней подвижности, которая сочеталась с моторной неловкостью. Повышенная раздражительность в отношении с окружающими у некоторых больных сопровождалась вспыльчивостью, конфликтностью и агрессией. Во время обучения у детей отмечались трудности сосредоточения, невнимательность, неусидчивость, частая и мало продуктивная смена

деятельности. Такие дети внешне отличались от сверстников, с трудом удерживались в коллективе, мешали окружающим [9, 12, 23, 26, 88, 89, 101, 102, 193].

На фоне континуальных биполярных расстройств в раннем юношеском возрасте (10-13 лет), преимущественно при сниженном фоне настроения, присоединялись выраженные дисморфоманические расстройства. Достаточно часто они сочетались с идеями самоуничтожения, а также с персекуторными идеями отношения, не являющихся конгруэнтными депрессивному аффекту. Подобные состояния в целом можно было квалифицировать как атипичные депрессивные в отсутствии собственно тимического компонента депрессивного состояния и жалоб на сниженное настроение. Длительностью до нескольких лет (2-3 года) оно отличалось выраженной глубиной и часто сопровождалось социальной дезадаптацией больных со снижением успеваемости в школе, пропуском занятий, отчислении из учебного учреждения. В гипоманиакальных же состояниях могли отмечаться дромоманические тенденции, сексуальная расторможенность, алкогольные и наркоманические тенденции, на фоне которых усиливались конфликты с родителями. Больные принимали оппозиционную сторону, конфликтовали даже по незначительным поводам.

У данной группы больных, также как и у предыдущей, на доманифестном этапе отмечались транзиторные психотические эпизоды в рамках форпост-симптомов, структура которых также соответствовала структуре развивающихся в дальнейшем развернутых психотических состояний. Психопатологическая структура таких состояний была несколько иной. Здесь отмечались психотические эпизоды с персекуторным содержанием. Реже возникали состояния с галлюцинаторными картинками, которые, по описанию больных, соответствовали «видениям наяву». Так, среди реальной обстановки больные могли внезапно «увидеть» нереальные образы, чаще религиозного содержания (ангелы, Бог или дьявол). Состояния были кратковременными, длительностью в несколько минут и

сопровождались аффектом страха, паники или наоборот - эйфории, восторга. При этом больные относились к ним как к реально произошедшим событиям. Критическое отношение к пережитому состоянию отсутствовало.

Необходимо отметить, что у небольшой части больных (5 наблюдений) доманифестные расстройства были менее выраженными, и их начало можно было отнести к раннему пубертатному возрасту. Однако дальнейшее течение заболевания не отличалось от выше описанных.

*Манифестация* заболевания приходилась на молодой возраст и варьировала от 18 до 25 лет. Однако, не всегда онейроидно-кататоническое состояние было манифестным, что являлось важно особенностью больных данной группы.

В 12 наблюдениях заболевание манифестировало онейроидно-кататоническим состоянием преимущественно с преобладанием смешанного компонента расстройства сознания (IIб типологический вариант ОКС). Основной чертой, характерной для острых психотических приступов у данной группы больных был полиморфизм психопатологической симптоматики. Если в предыдущих группах на фоне аффективных расстройств возникал острый чувственный бред, то у больных данной группы проявления психического автоматизма предшествовал возникновению чувственного бреда. Явления психического автоматизма (чаще идеаторные, реже сенсорные), становились первыми признаками развития психоза. И лишь спустя некоторое время в состоянии больных можно было обнаружить элементы чувственного бреда. Развившееся аффективно-бредовое состояние могло продолжаться несколько месяцев, при этом больные не обращались к психиатрам. Нарушение ориентировки, появление растерянности, кататонических расстройств, отсутствие продуктивного контакта с больными становилось признаком развития онейроидного помрачения сознания с преобладанием преимущественно смешанного компонента расстройства сознания. Онейроид отличался отсутствием полной отрешенности от окружающей действительности,

неглубоким уровнем расстройства сознания. Была ярко выражена тесная взаимосвязь и переплетение элементов реальной обстановки и болезненных переживаний. Именно для больных данной группы было характерно наличие двойной ориентировки в пространстве. Особенности такой двойной ориентировки являлась максимальная степень выраженности иллюзорного компонента восприятия. Онейроид соответствовал картине иллюзорно-фантастического варианта. Больные оценивали окружающее с одной стороны как часть фантастических болезненных переживаний, а с другой стороны как реально существующие элементы окружающего мира. У данной группы больных в структуре фантастических переживаний не встречалось перевоплощения «Я». Имели место качественные изменения отдельных черт личности в соответствии с фабулой переживаний. Так, например, депрессивные расстройства окрашивали личность с негативной стороны - переживания попадания в ад сопровождалась восприятием себя как «грешника».

В остальных случаях (9 наблюдений) манифестным становилось аффективно-бредовое состояние с преобладанием явлений психического автоматизма и отдельными элементами чувственного бреда, а онейроидно-кататоническое состояние развивалось лишь 3-м или 5-м приступом по счету в динамике заболевания. Манифестные состояния могли достигать уровня парафрени. В дальнейшем заболевание протекало в виде аффективных расстройств биполярного характера, представленных чередованием депрессий, маний и аффективно-бредовых состояний с преобладанием проявлений психического автоматизма [1, 70, 100, 113]. Ремиссия после первого манифестного приступа отличались достаточно низким качеством. Возникающие в дальнейшем биполярные аффективные расстройства становились четко континуальными, порой достаточно глубокого характера, и являлись причиной нарушения социально-трудовой адаптации больных. Кроме того, остаточные проявления болезни, отсутствие критики, а также недопонимание и отсутствие поддержки со стороны родных и близких

больных являлось причиной нарушения лечебно-профилактического режима и отмены терапии достаточно короткие сроки после выписки из психиатрического стационара. В результате чего длительность первой ремиссии не превышала полутора лет. Из-за наличия психопатологических проявлений (континуальные аффективные нарушения, неврозоподобные расстройства, психопатоподобные нарушения), отражающие по своей сути непрерывный характер течения заболевания, в период ремиссии было трудно говорить об изменениях личности. Однако, уже на этом этапе заболевания у больных данной группы было заметно определенное обеднение интересов и сужение социальных контактов.

*Динамика заболевания* характеризовалась многоприступным течением болезни. Повторные психозы чаще всего также имели аффективно-бредовую структуру с преобладанием явлений психического автоматизма. При этом элементы острого чувственного бреда занимали незначительное место в картине состояния больных. Лишь на отдаленных этапах заболевания можно было обнаружить развитие онейроидно-кататонических состояний, спустя несколько лет от манифестации, которые могли быть 3-м, 5-м и др. приступами по счету. Эти состояния становились самым тяжелыми и развернутыми на протяжении болезни. На фоне маниакального или депрессивного аффекта возникали бредовые идеи воздействия и овладения, инсценировка, антагонистический бред, идеаторные и моторные психические автоматизмы, кататоническая симптоматика. Синдром психического автоматизма вплоть до феномена полного овладения занимал основное место в структуре состояния. Онейроидные эпизоды отмечались на высоте приступа и не занимали ключевого места в структуре приступа. Их отличала максимальная степень иллюзорности восприятия, неразвернутость и кратковременность. Таким образом, в динамике заболевания у таких больных можно было отметить усложнение уровня психопатологической симптоматики и прогрессивности течения заболевания.

Повторные ремиссии характеризовались усилением видимых личностных изменений в виде инфантилизма больных, ограничения круга общения и интересов, аутизации и формирования особых метафизических увлечений. Последние в основном касались религиозных течений, однако они мало соответствовали классическому представлению о религии. Видоизменяясь под действием болезни, сочетая в себе болезненные переживания, к которым отсутствовало критическое отношение, и особую трактовку имеющихся религиозных постулатов, верование у таких больных отходило от общих канонов и установленных религиозных правил. Больные заимствовали идеи из нескольких вероисповеданий одновременно, сочетая их определенным, только им понятным образом друг с другом, а также с ранее пережитыми или остаточными болезненными проявлениями. Таким образом, сформировавшееся мировоззрение становилось особым, понятным только для самих больных, причудливо сочетая в себе религиозные основы и болезненные переживания. Данные проявления правомерно было отнести к расстройствам, отражающим непрерывный характер процесса.

Кроме того, от приступа к приступу, а у части больных (11 наблюдений) уже после манифестного состояния нарастала социальная и профессиональная несостоятельность больных, непродуктивный характер деятельности в целом или бездеятельность вообще. На определенных этапах можно было говорить об эмоциональной нивелировке в отношении родных и близких. Также можно было проследить в структуре болезни некоторую личностную динамику в виде сглаживания ранее присущих психопатических черт (конфликтности, непримиримости, оппозиционности, негативистичности), что также свидетельствовало об уменьшении глубины эмоциональных реакций, отражая прогрессивность процесса.

Немаловажным являлось отсутствие критики к отдельным проявлениям болезни и к заболеванию в целом, как в ближайшем постприступном периоде, так и на отдаленных этапах, в период ремиссии, в результате чего такие больные быстро отказывались от лечебно-профилактического режима,

назначенного врачом, несмотря на повторные госпитализации, достаточно быстро после выписки из стационара отменяли поддерживающую терапию, что являлось причиной значительного уменьшения продолжительности ремиссии и учащение частоты повторных эскалаций эндогенного процесса.

**Преморбидные особенности** личности были представлены преимущественно шизоидным радикалом, который сочетался с отдельными неустойчивыми, истерическими, сенситивными чертами. Такие дети в кругу семьи были подчиняемыми, послушными. В коллективах они чаще всего держались одиноко, с трудом адаптировались к новой среде. Были замкнутыми, малообщительными. Чаще не имели близких друзей, или общение ограничивалось одним сверстником, при этом можно было говорить об отсутствии каких-либо эмоциональных привязанностей.

У всех больных данной группы можно было обнаружить **наследственную тягостность**, что являлось характерной особенностью для больных данной группы. У половины больных в семье близкие родственники страдали психическими заболеваниями: в 33 % случаев родственники больных страдали шизофренией, у 24 % - отмечались случаи аффективных расстройств у ближайших родственников, у оставшихся пациентов в семье родственники страдали алкоголизмом - 19 %, а также в 24 % можно было обнаружить накопление личностных патологических черт в характере.

Таким образом, для группы с неблагоприятным течением эндогенного процесса было характерно:

- появление признаков заболевания в детском возрасте,
- доманифестный этап представленный неврозоподобными или континуальными аффективными расстройствами,
- манифестация заболевания в юношеском возрасте, наличие онейроидно-кататонического состояния с превалированием смешанного компонента расстройства сознания, затяжное течение психотического

приступа с началом его с проявлений психического автоматизма, низкий удельный вес образного чувственного бреда в структуре приступа,

- многоприступное течение заболевания и наличие приступов полиморфной структуры,

- наличие аффективной симптоматики в ремиссиях, сохранение и усиление в межприступном периоде неврозоподобных (обсессивно-фобических) и/или психопатоподобных расстройств, отражающих непрерывный характер течения заболевания,

- постепенно нарастающая аутизация больных с формированием специфического метафизического мировоззрения после перенесенных психозов и явных признаков изменений личности.

- постепенно нарастающее снижение социально-трудового статуса больных.

Все это позволяло говорить о приступообразно-прогредиентном варианте шизофрении с неблагоприятным течением у данной группы больных.

Таким образом, необходимо отметить, что клиническая картина шизофрении с онейроидно-кататоническими состояниями является достаточно неоднородной. Разный возраст начала, особенности динамики заболевания в целом и психопатологических проявлений самого онейроида играют важную роль в клинической оценке эндогенного процесса. Типологические разновидности онейроидно-кататонических состояний имеют определенную взаимосвязь с разновидностью течения и прогредиентностью шизофрении, и позволяют сделать предварительную прогностическую оценку.



## **ГЛАВА 5. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ ОНЕЙРОИДНО-КАТАТОНИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ. ВОПРОСЫ ПАТОГЕНЕЗА И ЛЕЧЕНИЯ.**

Исследование онейроидно-кататонических состояний при шизофрении показало их клиническую и психопатологическую неоднородность. Это касалось как структуры самих состояний, так и особенностей психопатологических расстройств предшествующих развитию онейроида и возникающими вслед за ним. Различная степень выраженности бредовых расстройств, аффективных нарушений и собственно синдрома помрачения сознания позволила говорить о степени тяжести состояния, усложнении психопатологических проявлений, а также тяжести заболевания в целом. Патогенетический анализ заболевания, в структуре которого отмечалось наличие онейроидно-кататонических состояний, включал сравнение ряда параметров, доманифестных (преморбидных личностных особенностей, онтогенетических характеристик, предшествующих психопатологических симптомов), а также прогностических (изменение социально-трудовых характеристик в ходе дальнейшей динамики заболевания) [24, 25, 51, 52, 59, 162, 169, 172, 190]. В результате, полученные данные свидетельствуют как о наличии определенного сходства, так и различий, на основании которых могут быть построена дифференциально-диагностическая и прогностическая оценка как онейроидно-кататонических состояний, так и заболевания в рамках, которого они развиваются.

### 5.1 Особенности до манифестного склада личности больных с ОКС в приступах.

Анализируя предпосылки развития заболевания, удалось установить особенности, которые отмечались у больных с онейроидно-кататоническими состояниями в приступах в зависимости от варианта течения эндогенного процесса. В первую очередь, это касалось до манифестного личностного склада больных, представленные в таблице 3.

**Таблица 3. - Доманифестный личностный склад больных с онейроидно-кататоническими состояниями**

	Шизофрения рекуррентная		Шизофрения приступо-образно-прогредиентная с относительно благоприятным течением		Шизофрения приступо-образно-прогредиентная с неблагоприятным течением		Итого		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Гипертимный	3	4,4	3	4,4	-	-	6	8,8	
Сенситивные личности без выраженных шизоидных черт	5	7,4	-	-	-	-	5	7,4	
Сенситивные шизоиды	7	10,2	18	26,4	6	8,8	31	45,5	
Истеро-шизоиды	-	-	7	10,2	3	4,4	10	14,7	
Мозаичные шизоиды	-	-	4	5,8	7	10,2	11	16,1	
Дефицитарные или пассивные шизоиды	-	-	-	-	5	7,4	5	7,4	
<b>Всего</b>	15	22	32	47	21	31	68	100	
$\chi^2 = 44.822; p=0,00001$									

При анализе разновидностей преморбидных особенностей личности были выявлены достоверные статистические различия ( $p < 0,05$ ), что позволило говорить о не одинаковом доманифестном личностном складе в выделенных клинических группах больных. Речь шла как о наличии определенного радикала личности, так и о степени его выраженности. Как видно из таблицы 5 шизоидный радикал достоверно преобладал среди общего числа больных. Однако, у одной группы больных подобный личностный радикал сочетался с другими, и не являлся определяющим, у других – был основным и выходил за рамки акцентуации. Данные различия имели важное значение и играли несомненную роль в анализе патогенетических параметров.

#### **5.1.1. Группа больных с благоприятным течением эндогенного процесса.**

Как указывалось выше, данную группу составило 15 больных (7 мужчин и 8 женщин). К данной группе были отнесены больные, перенесшие онейроидно-кататонические состояния с превалированием зрительного компонента расстройства сознания и последовательным развитием этапов приступа. Анализ преморбидного личностного склада таких больных показал наличие как сходных, так и различных характеристик.

У преобладающего большинства пациентов этой группы (12 наблюдений) среди возможных доманифестных личностных особенностей превалировал сенситивный полюс. Их отличали такие черты, как прилежность, исполнительность. В детстве это были послушные дети, застенчивые и робкие. Однако если 5 из них была свойственна общительность, откровенность с близкими и друзьями, достаточная активность среди сверстников, охотное участие в коллективных мероприятиях; то у 7 пациентов отмечались замкнутость, сдержанность в общении с незнакомыми, избирательность в выборе друзей, в коллективах

чаще – обособленность и предпочтением уединенного времяпрепровождения при достаточной искренности и близости с родными.

Небольшая часть больных (3 наблюдения) обладала личностным радикалом, близким по своим характеристикам к гипертимному. Это были пациенты, которые отличались преимущественно приподнятым фоном настроения, «всегда веселые» - как характеризовали их близкие, словоохотливые и общительные, активные, бойкие, «безотказные» по отношению к окружающим, с большим количеством увлечений, часто поверхностными, легко устанавливающие любые контакты и большим количеством друзей и знакомых.

Всем больным были свойственны повышенная чувствительность и впечатлительность, в определенные моменты – ранимость, а также мечтательность, живость воображения и склонность к образному фантазированию; характерна адекватная эмоциональная связь с друзьями и близкими, которая проявлялась как в общении, так и в заботе по отношению к ним. Способность к определенной «мягкости» в отношениях, в нужные моменты - к согласию и подчинению позволяло говорить о наличии у этих больных достаточного уровня эмоционального и аффективного ответа на происходящее.

В целом у больных данной группы можно было говорить о достаточно гармоничном личностном складе, приближающимся по своим характеристикам к норме или не выходящим за рамки акцентуации с достаточным уровнем синтонности и эмоциональной сохранности.

Возрастные кризисы были мало выражены и, в основном, проявлялись утрированием отдельных черт, наиболее свойственных доманифестной структуре личности.

Больных данной группы отличал преимущественно равномерный темп развития в детстве, а также отсутствовали признаки явного дизонтогенеза. Лишь в небольшом проценте случаев можно было говорить об опережении в интеллектуальном развитии или же, наоборот, о его задержке.

### **5.1.2. Группа больных с относительно благоприятным течением эндогенного процесса.**

Данную группу составило 32 больных (10 мужчин и 22 женщины). В группе больных, у которых в рамках относительно благоприятного течения эндогенного процесса отмечались онейроидно-кататонические состояния с превалированием зрительного компонента расстройства сознания с последовательным (5 человек) и нарушенной последовательностью развития приступа (17 человек), с превалированием сенсорного компонента расстройства сознания (10 человек), среди преморбидных особенностей превалировала шизоидная структура личности.

56% случаев данной группы (18 человек) составляли чувствительные шизоиды. Это были послушные, добросовестные дети, в большинстве случаев не доставляющие проблем для родителей и достаточно сильно привязанные к ним. Одиноким и малообщительным в коллективе, с трудом привыкающим к новой обстановке и любым переменам в жизни, они также отличались повышенной чувствительностью к происходящему, ранимостью и впечатлительностью.

Преморбид в 7 наблюдениях (21,9% наблюдений из группы) соответствовал истерошизоидным проявлениям. У таких больных потребность в признании и демонстративное поведение сочеталось с эмоциональным дистанцированием, своеобразие поведения с эксцентричностью, желание обратить на себя внимание, находится в центре событий сочеталось с отсутствием глубоких привязанностей и эмоциональной обедненностью.

В 4 наблюдениях (12,5% случаев) у пациентов отмечалась сложная структура личности, сочетающая в себе противоположные характерологические радикалы. Чаще всего это сочетание представляло собой наличие явных шизоидных черт с истерическими, психастеническими и эксплозивными. Это могли быть личности с одновременно существующими интровертированными чертами характера (с избирательной

общительностью, впечатлительностью, ранимостью) и с повышенной эмоциональностью, аффективной неустойчивостью. Демонстративность, жажда признания и эгоцентризм причудливо сочетались с чувством неуверенности в себе, склонностью к самоанализу и «самоедству». У таких пациентов бросались в глаза возникающие уже достаточно рано затруднения в социализации (периоды возрастных кризов - детского сада, школы, формирования подростковых компаний по интересам). Такая разноплановость и диссоциация в характере позволяла предположить наличие мозаичной структуры личности, выходящей за рамки акцентуации.

Лишь у 9,4% случаев (3 наблюдения) доманифестную структуру личности можно было определить как гипертимный вариант акцентуации со свойственными ей несколько приподнятым фоном настроения, активностью, общительностью.

Уровень расстройства личности у данной группы больных определялся в 2/3 случаев как акцентуация, в остальных достигал уровня психопатии. Можно было говорить о дисгармоничном развитии с явными признаками диссоциации, отмечающемся уже на уровне структуры личности, проявляющимися в достаточно молодом возрасте. Кроме того, более ранний возраст начала психопатологических проявлений, таких как аффективных и/или неврозоподобных расстройств, коррелировал с менее благоприятным или «относительно» благоприятным исходом по сравнению с больными предыдущей группы.

Возрастные кризы у данной группы больных протекали более явно. В такие периоды на первый план выходили явные признаки заострения личностных черт, особенно шизоидных с признаками (чаще непродолжительного) нарушения адаптации, формированием нестандартных увлечений, углублением аутистических интересов, порой – оппозиции к родным и близким. Кроме того, отдельные признаки затруднения социальной адаптации являлись следствием возникающих в эти периоды явлений реактивной лабильности и очерченных аффективных колебаний.

Для данной группы больных было характерно наличие признаков дизонтогенеза в виде аномалий строения тела (готическое небо и др.), чаще встречающихся опережения психического развития (такие дети уже в детстве задавали «взрослые» вопросы, предпочитали общение с более старшими); чуть реже - задержка физико-психического развития, проявляющегося задержкой становления навыков, наличием моторной неловкости, плохой адаптацией в коллективе, а в дальнейшем – более явными признаками психического инфантилизма [10, 54, 119].

### **5.1.3. Группа больных с неблагоприятным течением эндогенного процесса.**

В данную группу было включен 21 больной (6 мужчин и 15 женщин). У таких больных в рамках неблагоприятного течения эндогенного процесса отмечались онейроидно-кататонические состояния с превалированием сенсорного и смешенного компонента расстройства сознания (2+19). В 7 наблюдениях премордибный склад личности можно было отнести к мозаичным шизоидам (33% случаев). Эти больные уже детства отличались недружелюбностью, упрямством. Характерным для них было часто встречающаяся эмоциональная неустойчивость, которая проявлялась вспыльчивостью, чрезмерной раздражительностью, «взрывными» эмоциями, частыми перепадами настроения без видимых на то причин, импульсивностью и непоследовательностью действий.

Чуть реже встречались сенситивные шизоиды - 6 наблюдений (28,6 % случаев). Это были интровертированные, малообщительные, склонные к одиночеству, абстрактному мышлению, резонерству, фантазированию и мечтательности дети.

Важной особенностью данной группы с неблагоприятным прогнозом было характерно наличие больных с признаками эмоциональной дефицитарности и определенной пассивности, уже заложенных в структуру личности, которая отмечалась в 5 наблюдениях (23,8 % случаев). В целом для

них были характерны эмоциональная тусклость, пассивность и безинициативность, бедность интересов. Эти больные отличались низкой активностью, отгороженностью, слабостью социальных контактов и «чрезмерной послушностью», покорностью и кротостью среди родных. Наличие эмоциональной обедненности характеризовалось пассивностью, ареактивностью с раннего возраста, а также в сглаженности возрастных кризов.

Лишь в 14% случаев (3 наблюдения) преморбидные особенности больных данной группы можно было отнести к истерошизоидам.

В целом данную группу больных отличало дисгармоничное развитие, обнаруживающее себя уже в детском возрасте. Привязанность к одному из родителей, черты зависимости, незрелости отражали психический инфантилизм, а задержка становления навыков, моторная неловкость – задержку физического развития.

Накопление патохарактерологических свойств личности в рассмотренных клинических группах отражало нарастание их глубины, переходя с уровня акцентуации на уровень психопатии или конституциональных расстройств личности. Динамическая оценка расстройств личности в совокупности с анализом клинической картины заболевания позволяли говорить о наличии у обследованных больных появлений нажитых расстройств личности как следствия эндогенного процесса. Таким образом, полученный анализ позволил обнаружить углубление психопатологических нарушений в выделенных группах больных с онейроидно-кататоническими состояниями в приступах и нарастание тяжести заболевания в целом [44, 57, 58, 59, 169]. Данные анализа наличия личностных аномалий представлены в таблице 4. Статистические различия достоверные ( $p < 0,05$ ).



**Таблица 4. - Наличие личностных аномалий у больных с онейроидно-кататоническими состояниями**

Степень выраженности личностных аномалий	Клинические группы								
	Благоприятное течение эндогенного процесса		Относительно Благоприятное течение		Не-благоприятное течение		Итого:		
	п	%	п	%	п	%	п	%	
Норма	5	33%	-	-	-	-	5	7,4	
Акцентуация	10	67%	3	9,4%	-	-	13	19,1	
Конституциональные расстройства личности	-	-	27	84,4%	10	48%	37	54,4	
Нажитые расстройства личности	-	-	2	6,2%	11	52%	13	19,1	
Всего больных:	15	100	32	100	21	100	68	100	
$\chi^2 = 16.812; p=0,003$									

### **5.2 Особенности онтогенеза больных с ОКС в приступах.**

При анализе особенностей и темпа раннего онтогенеза также были выявлены некоторые отличия, которые имели определенную корреляцию с клиническими группами больных, перенесшими онейроидно-кататонические состояния в приступах. Анализ этих данных представлен в таблице 5.

**Таблица 5. - Признаки дизонтогенеза у больных с ОКС**

Тип онтогенеза	Клинические группы								
	Благоприятное течение эндогенного процесса		Относительно Благоприятное течение		Не-благоприятное течение		Итого:		
	п	%	п	%	п	%	п	%	
Норма	10	66,7	7	21,9	-		17	25	
Ускоренный	3	20	15	46,9	3	14,3	21	30,9	
Задержка	2	13,3	10	31,2	7	33,3	19	28	
Искажение	-	-	-	-	11	52,4	11	16,1	
Всего больных:	15	100	32	100	21	100	68	100	
$\chi^2 = 46.999$ $p=0,0001$									

Таким образом, как видно из приведенной выше таблицы, нарастание отклонений в онтогенетическом развитии было более характерно для групп с неблагоприятным и относительно благоприятным течением эндогенного процесса, в то время как нормальный темп онтогенеза соответствовал в большей мере благоприятному прогнозу ( $p < 0,05$ ).

Таким образом, подводя итог анализу патогенетических факторов, влияющих на прогностическую оценку, следует отметить, что наиболее благоприятный прогноз был характерен для больных с гармоничной структурой личности, не выходящим за рамки акцентуации, равномерный или несколько ускоренный онтогенез, отсутствие или незначительная выраженность доманифестных форпост-симптомов. В пользу неблагоприятного прогноза свидетельствуют более глубокие расстройства личности, выходящие за рамки акцентуации, и стремящиеся к полюсу псевдопсихопатий, возникающих в результате эндогенного процесса с задержкой онтогенеза или его искажением, а также обилием и

выраженностью доманифестных патологических симптомов. Приведенные данные позволяют с определенной достоверностью говорить о клинко-патогенетических параметрах для установления возможного прогноза у больных с онейроидно-кататоническими состояниями в рамках эндогенного заболевания.

### **5.3 Особенности доманифестного этапа больных с ОКС в приступах.**

Немаловажное значение в прогностической оценке динамики заболевания играют доманифестные расстройства, анализ которых с наличием выявленных статистически значимые различия ( $p < 0,05$ ) представлен ниже в таблице 6 [205, 206].

У больных с благоприятным течением эндогенного процесса распространенность и встречаемость доманифестных расстройств была наименьшей, по сравнению с другими группами. У большинства больных на доманифестном этапе трудно было обнаружить какие-либо психопатологические нарушения. В 33% она были представлены аффективными нарушениями неглубокого уровня, имеющих черты реактивной лабильности, т.е. возникающие на фоне стрессовых или субъективно значимых событий в жизни. Это были короткие, непродолжительные по времени, аффективные фазы со сниженным или несколько приподнятым фоном настроения, не влияющие на жизненный уклад и деятельность больных в целом. В 13% наблюдались невротические нарушения в виде детских страхов или непроизвольного энуреза. Данные расстройства также были кратковременными, не требовали медицинского вмешательства, и были связаны по большей части с реакцией на происходящее сенситивных личностей.

**Таблица 6. - Психопатологические нарушения, возникающие на доманифестном этапе у больных с ОКС**

До-манифестные психопатологические расстройства	Клинические группы								
	Благоприятное течение эндогенного процесса		Относительно благоприятное течение		Не-благоприятное течение		Итого:		
	п	%	п	%	п	%	п	%	
Отсутствие	8	54	-	-	-	-	8	11,8	
Аффективные	5	33	8	25	5	24	18	26,5	
Неврозо-подобные	2	13	15	47	4	19	21	30,9	
Психотические форпост-симптомы	-	-	6	19	-	-	6	8,8	
Сочетание нескольких расстройств	-	-	3	9	12	57	15	22	
Итого:	15	100	32	100	21	100	68	100	
$\chi^2 = 57.825$ p=0,00003									

У всех пациентов группы с относительно благоприятным течением эндогенного процесса встречались те или иные расстройства на доманифестном этапе. Наиболее часто они были представлены неврозоподобными нарушениями 47%. Речь шла о наличии различных фобических состояний (детские страхи темноты, высоты, замкнутых пространств и др.), реже встречались идеаторные или моторные навязчивости и произвольный энурез. 25% доманифестных расстройств были представлены аффективными нарушениями в виде монополярных депрессивных или гипоманиакальных фаз. Важно подчеркнуть, что, в

большой степени, такие нарушения сочетались с явлениями реактивной лабильности, хотя у определенной части больных имели аутохтонный механизм возникновения. К психотическим форпост-симптомам, отмечающихся в 19%, были отнесены кратковременные острые психотические эпизоды, длящиеся до нескольких секунд, проявляющихся галлюцинаторными, бредовыми или онейроидными проявлениями. Сочетание нескольких расстройств было представлено аффективными расстройствами и возникающими, чаще всего, на их фоне неврозоподобными нарушениями в виде тревожно-фобической симптоматики и отдельных фобических расстройств.

В третьей группе с неблагоприятным течением эндогенного процесса в большинстве случаев отмечались сочетание тех или иных психопатологических расстройств 57% на доманифестном этапе. Чаще всего речь шла о сочетании расстройств настроения и неврозоподобной симптоматики; выраженных аффективных расстройств, часто континуального характера, и нарушений, свойственных юношескому возрасту (дисморфоманические, явления метафизической интоксикации, идеи отношения), а также расстройств психотического регистра (транзиторные психотические эпизоды с галлюцинаторными, бредовыми или онейроидными эпизодами [46, 47, 86]. Все это позволяло говорить о полиморфном проявлении психопатологической симптоматики у больных последней группы, что в целом отражало наименее благоприятный прогноз.

#### 5.4 Наследственность больных с ОКС в приступах.

Отдельно необходимо отметить наличие наследственной отягощенности у больных с онейроидно-кататоническими состояниями при шизофрении, которая в выделенных группах была неодинаковой, что иллюстрируют представленные ниже данные (таблица 7) [14, 15, 16, 22, 27, 114].

**Таблица 7. - Наследственная отягощенность у больных с ОКС**

Патология	Клинические группы								
	Благоприятное течение		Относительно благоприятное течение		Не-благоприятное течение		Итого		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Личностные расстройства	11	74	13	41	5	24	29	42,6	
Аффективные расстройства	2	13	9	28	5	24	16	23,5	
Аффективные расстройства в сочетании с алкоголизмом	2	13	8	25	4	19	14	20,6	
Шизофрения	-	-	2	6	7	33	9	13,3	
Всего больных	15	100	32	100	21	100	68	100	
$\chi^2 = 12.592; p=0,003$									

Наследственная отягощенность у больных первой клинической группы с благоприятным течением эндогенного процесса была представлена в 13% случаев аффективной патологией (БАР, рекуррентная депрессия) и в 13% - наличием данных о злоупотреблении алкоголем в сочетании с аффективными заболеваниями. Причем аффективные состояния имели эндогенную структуру, в большей части случаев им предшествовали психологически понятные ситуации (гибель близкого, тяжелое соматическое заболевание и

др.). В остальных случаях речь шла лишь о возможном накоплении личностных расстройств без манифестных психопатологических состояний, среди которых встречались преимущественно о наличии шизоидной акцентуации или психопатии среди ближайших родственников, а также наличие личностей с преобладанием сенситивных, эмоционально-лабильных и стеничных характерологических особенностей.

У группы больных с относительно благоприятным течением эндогенного процесса процент наличия эндогенных заболеваний у близких родственников встречался значительно чаще. Аффективная патология (БАР, рекуррентная депрессия) у родственников I и II степени родства встречалась в 28%. Эти состояния были представлены очерченными депрессивными фазами длительностью от 3 мес., которые в последующем потребовали медикаментозного лечения. В 25% случаев имеющаяся аффективная патология сочеталась с злоупотреблением родственниками больных алкоголем с имеющимися данными о достаточной глубине данных расстройств. Также встречались верифицированные эндогенные заболевания, а именно – шизофрения, отмечавшаяся в 6%. В 41% случаев речь шла о наличии личностных аномалий, представленных достаточно широким кругом расстройств, начиная от шизоидных личностей, выходящих за рамки акцентуации и заканчивая паранойяльными расстройствами личности с реакциями патологической ревности, приводящим к нарушению внутрисемейного взаимодействия и требующими дифференциальной диагностики с эндогенным процессом.

У больных с неблагоприятным течением эндогенного процесса среди родственников, страдающих психической патологией, в 33% случаев отмечалось наличие шизофрении. Из-за недостатка анамнестических и сведений медицинской документации, лишь по рассказу больных порой было трудно установить тип течения и степень прогрессивности эндогенного процесса у родственников, однако достоверно об этом говорили данные о длительных сроках пребывания на учете в диспансерах психиатрического

профиля, наличии инвалидности и отсутствия трудоспособности. В 24% отмечалось наличие как личностных расстройств, так и аффективной патологии. За эндогенную природу аффективных расстройств также говорила выраженная их глубина с наличием суицидальных попыток и законченных суицидов, а также сочетание аффективных нарушений с неврозоподобными расстройствами. Наличие данных о злоупотреблении алкоголем среди близких родственников больных в сочетании с аффективными заболеваниями встречалось в данной группе в 19% случаев.

Таким образом, можно сделать вывод о существенном накоплении наследственной патологии психическими заболеваниями с нарастанием полюса эндогенности у больных от группы с благоприятным течением эндогенного процесса к группе больных с неблагоприятным течением эндогенного процесса. Среди трех клинических групп, наследственная отягощенность у больных с неблагоприятным течением эндогенного процесса была представлена наиболее тяжелыми заболеваниями, а именно шизофренией. Аффективные расстройства самостоятельно и в сочетании с алкогольной зависимостью встречались в трех группах примерно в равном соотношении. Личностные аномалии встречались в достаточно большом проценте случаев во всех группах ( $p < 0,05$ ).



### **5.5 Особенности ремиссий и течения заболевания больных с ОКС**

Анализ клинических проявлений и динамики ремиссий, формирующихся после перенесенных онейроидно-кататонических состояний, показал их структурную неоднородность, связанную как с типологическими характеристиками картин онейроида, так и тяжестью заболевания в целом. Ремиссии у больных с различными типологическими вариантами онейроидно-кататонических состояний и клиническим течением заболевания в целом отличались качеством, формирующимися изменениями личности, различным уровнем социально-трудовой адаптации больных на разных этапах течения заболевания. Оценка подобных данных позволяла говорить и о нозологической оценке заболевания.

Оценка качества ремиссии основывалась на наличии или отсутствии личностных изменений, возникновении или усилении психопатологической симптоматики вне приступов, а также показателей социально-трудового статуса больных.

Как было отмечено в предыдущей главе, у больных, у которых в структуре эндогенного заболевания развивался онейроид с превалированием зрительного компонента расстройства сознания, с последовательным развитием этапов приступа и преобладанием в картине острого чувственного бреда, эндогенный процесс не приводили к очевидным изменениям личности. Динамика заболевания при этом проявлялась в отсутствие усложнения или утяжеления психопатологических расстройств, а повторные приступы имели структуру по типу «клише», или характеризовались переходом на аффективно-бредовый или чисто аффективный уровень. В межприступный период было трудно обнаружить какую-либо продуктивную психопатологическую симптоматику; речь шла о невыраженных малозаметных аффективных колебаниях циклотимического уровня. У таких больных лишь на отдаленных этапах заболевания наблюдались неглубокие явления астенизации.

В группе больных, у которых развивался онейроид с превалированием зрительного компонента расстройства сознания и нарушением последовательности этапов приступа, а также с развитием онейроида с превалированием сенсорного компонента расстройства сознания, уже в психопатологических характеристиках онейроида отмечалась определенная атипичность. Бредовые расстройства были представлены фантастическим бредом с явлениями психического автоматизма, приступы заболевания были в целом более продолжительными. Кроме того, у одних больных отмечалось появление отсутствовавших до этого невротоподобных расстройств, у других – сохранение или их усиление. Повторные приступы имели или сходную структуру или же проявлялись аффективно-бредовыми состояниями. Практически для всех пациентов данной группы было характерно наличие аффективных колебаний различного уровня и интенсивности, порой выходящих за рамки циклотимических. Важно подчеркнуть, что у таких больных в ремиссиях отмечалось выраженное заострение личностных черт.

В группе больных с типологической разновидностью онейроидно-кататонических состояний со смешанным вариантом расстройства сознания рассматриваемые показатели были наименее благоприятными. В картине приступа превалировали явления психического автоматизма. Онейроидные расстройства не занимали центрального места в структуре состояния. Ремиссии были непродолжительными, что было связано с одной стороны с особенностями течения самого заболевания, так и по причине низкой комплаентности таких больных. Повторные приступы отличались обилием психопатологической симптоматики, полиморфизмом, преобладанием расстройств бредового регистра. Среди нарастающих от приступа к приступу изменений личности основное место занимали появление и нарастание пассивности, снижение психической активности, сужение круга интересов. Ремиссии были неполными, чаще всего в них отмечались континуальные аффективные нарушения. В ряде случаев те расстройства, которые появлялись в межприступный период (невротоподобные,

психопатоподобные), становились сквозными и представляли собой проявления, отражающие непрерывный характер течения заболевания.

Таким образом, речь шла о снижении качества ремиссии от первой типологической группе – к последней, с сохранением психопатологических нарушений в межприступный период и с нарастанием изменений личности от мало заметных к более тяжелым их проявлениям, в связи с чем происходила отрицательная динамика социально-трудового статуса больных.

Наиболее показательным для анализа приведенных выше данных явился социально-трудовой статус, который имел определенные особенности и представлен ниже в таблице 8. Статистическая значимость  $p < 0,05$ .

**Таблица 8. - Динамика уровня социально-трудовой адаптации больных с ОКС к моменту катамнеза**

Динамика трудового статуса	Благоприятное течение		Относительно благоприятное течение		Не- благоприятное течение		Итого:	
	Число	Процент	Число	Процент	Число	Процент	Число	Процент
улучшение	9	60 %	2	6 %	-	-	11	16 %
сохранение	5	33 %	14	44 %	3	14 %	22	32 %
снижение*	-	-	9	28 %	6	29 %	15	22 %
снижение с последующим «плато»**	1	7 %	7	22 %	7	33 %	15	22 %
инвалидность	-	-	-	-	5	24 %	5	8 %
<b>Всего:</b>	<b>15</b>	<b>100</b>	<b>32</b>	<b>100</b>	<b>21</b>	<b>100</b>	<b>68</b>	<b>100</b>
$\chi^2 = 44.821$ $p=0,00001$								

\*У таких больных речь шла о переходе на менее высокую должность при сохранении трудовой деятельности, то есть о количественном снижении уровня социально-трудовой адаптации.

\*\*У данной группы больных речь шла о (постепенном или резком) снижении уровня социально-трудовой деятельности, которое происходило по нисходящей относительно социальной лестницы с выполнением менее квалифицированной работы, вплоть до феномена «социального дрейфа», формированием госпитализма при повторных пребываниях в психиатрическом стационаре, прекращением трудовой деятельности, которое можно было обозначить как уровень социально-трудовой адаптации по типу «плато», вплоть до потери трудоспособности и оформления инвалидности, т.е. о качественном снижении уровня социально-трудовой адаптации.

Анализ структуры онейроидно-кататонических состояний, их динамики, клинического течения заболевания с учетом преморбидных особенностей личности, инициальных или доманифестных проявлений, типологических особенностей острых психотических расстройств, а также анализа ремиссий и социально-трудового статуса больных позволил определить нозологическую оценку, а также форму течения заболевания [91, 134, 144, 150, 173, 183].

Учитывая динамику течения заболевания, особенности ремиссии и социально-трудового статуса, с учетом предложенной ранее типологической дифференциации групп больных, перенесших онейроидно-кататонические состояния, 75% больных Ia группы с благоприятным течением эндогенного процесса могут рассматриваться в рамках рекуррентного течения шизофрении. В 5% случаев совокупность анализа перечисленных признаков позволяют отнести больных к группе шизофрении с приступообразно-прогредиентным течением и относительно благоприятным прогнозом. Ib и IIa группа больных, за исключением 2%, занимает промежуточное положение по анализируемым параметрам и может быть отнесена к приступообразно-прогредиентному типу шизофрении с незначительной степенью прогредиентности эндогенного процесса. Пациенты IIб группы, учитывая неблагоприятный тип течения, низкое качество ремиссии, а также самый низкий уровень социального статуса рассматривается в рамках приступообразно-прогредиентной шизофрении с неблагоприятным прогнозом. Описанные данные наглядно представлены в таблице 9. [39, 66, 67, 115, 142, 163].

**Таблица 9. - Нозологическая характеристика заболевания с различными типами онейроидно-кататонических состояний**

Типологическая разновидность/ Диагноз	Шизофрения рекуррентная	Шизофрения приступо-образно-прогредиентная с относительно благоприятным течением	Шизофрения приступо-образно-прогредиентная с неблагоприятным течением	Всего
Онейроид с превалированием зрительного компонента расстройства сознания и последовательным развитием приступов	15 (75%)	5 (25%)	-	20 (100%)
Онейроид с превалированием зрительного компонента расстройства сознания с нарушением характерной последовательности этапов	-	17 (100%)	-	17 (100%)
Онейроид с превалированием сенсорного компонента расстройства сознания	-	10 (83%)	2 (17%)	12 (100%)
Онейроид с превалированием смешанного компонента расстройства сознания	-	-	19 (100%)	19 (100%)
Итого:	15 (22%)	32 (47%)	21 (31%)	68 (100%)

## 5.6 ВОПРОСЫ ТЕРАПИИ

Лечение онейроидной кататонии является задачей, содержащей ряд значительных трудностей. Сложная структура подобных состояний, особенности психопатологических проявлений и клинической картины, включающих сновидное помрачение сознания в сочетании с массивными бредовыми расстройствами, ярко выраженными аффективными нарушениями и проявлениями кататонии, затрудняют диагностику и влекут за собой терапевтические ошибки. Отдельно следует отметить, что немаловажной особенностью, касающейся онейроидно-кататонических состояний, является риск формирования фебрильного приступа, редкого, но опасного вида расстройств.

Кратко касаясь исторического аспекта лечения онейроидной кататонии, важно отметить, что в донейролептической эре в лечении ОКС использовались методы дегидратации, кровезамещения, было широко распространено применение инсулина, гормональных препаратов (кортизон и АКТГ); позднее - ЭСТ. После открытия и появления нейролептиков, препаратом выбора для лечения таких состояний стал хлорпромазин (аминазин) - препарат с мощным антипсихотическим и седативным действием. В дальнейшем, приступы онейроидной кататонии лечились традиционно как острые состояния самыми различными комбинациями антипсихотических средств. Исключение составляли фебрильные приступы, терапия которых ограничивалась применением лишь хлорпромазин а (аминазина), т.к. использование иных нейролептических препаратов нередко приводило к осложнениям в виде гипертермических реакций.

В современной психиатрии появление новых препаратов, в том числе и атипичных нейролептиков, дало новые возможности для лечения психических расстройств, в том числе и онейроидно-кататонических. Однако, до настоящего времени сведения о лечении таких состояний в рамках эндогенных заболеваний остаются достаточно скудными и мало освещенными. Отсутствуют данные об эффективности того или иного метода

терапии ОКС. Все это и определяет актуальность данного вопроса [8, 28, 45, 48, 65, 82, 83, 120, 133, 139, 167, 175, 187, 194, 196].

Клинико-психопатологический анализ онейроидно-кататонических состояний позволил не только выявить существенные различия в типологическом, динамическом, дифференциально-диагностическом и прогностическом плане, но и выделить важные особенности в вопросах терапевтической тактики того или иного варианта онейроидных расстройств. В результате проведенной работы представилось возможным говорить о наличии как ряда сходных подходов, так и о существенных различиях в вопросе терапии онейроидной кататонии.

Выбор тактики терапии при лечении онейроидно-кататонических состояний был связан с преобладающими психопатологическими расстройствами в статусе больного. Так, различное сочетание в состоянии больных таких ингредиентов как сновидных проявлений, кататонических расстройств, той или иной степени выраженности бредовых расстройств (чувственного бреда, синдрома овладения) и аффективных нарушений определяло неодинаковую терапевтическую тактику у таких больных. Немаловажное значение в терапии ОКС играла динамика развития приступа, наличие того или иного его этапа в состоянии больного. Кроме того, особенности течения заболевания в целом, в рамках которого развивались онейроидные расстройства, создавали различные предпосылки для определения оптимальной тактики лечения. Существенную роль оказывали такие факторы как возрастные особенности, индивидуальная лекарственная переносимость и наличие/отсутствие побочных эффектов на фоне проводимой психофармакотерапии. Данные параметры влияли на выбор психофармакотерапевтической тактики, препаратов, их комбинацию и смену в процессе лечения [38, 112, 151, 158].

Основным классом психофармакологических средств, применяемых при онейроидно-кататонических состояниях, вне зависимости от типологического или клинического подразделения, были антипсихотические

препараты. Вторыми по частоте использования были средства, направленные на коррекцию аффективных нарушений - препараты антидепрессивного действия или же нормотимики, что было обусловлено неразрывной связью синдрома помрачения сознания и аффективных нарушений, как этапа предшествующего онейроиду, так и последующего за ним после выхода из онейроида. При необходимости в комбинации с вышеперечисленными препаратами дополнительно использовались психотропные препараты других классов: бензодиазепиновые транквилизаторы, корректоры для купирования экстрапирамидных расстройств, препараты неврологического спектра (ноотропы, антиоксиданты и др.).

Помимо психофармакотерапевтического воздействия, у больных с онейроидно-кататоническими расстройствами применялся метод электросудорожной терапии [124, 146, 149, 186, 188, 195]. Для его использования согласно принятым рекомендациям Министерства здравоохранения РФ были сформулированы показания, которые указаны ниже. В настоящей работе был использован метод ЭСТ с билатеральным наложением электродов, при котором электроды устанавливаются симметрично в височных областях на 4 см выше точки на срединной линии, проведенной между наружным углом глаза и слуховым проходом. В исследовании приведены сведения о частоте использования и эффективности данного метода у различных групп больных с ОКС, выделенных в соответствии с типологическим разнообразием онейроида.

В результате проведенного анализа представилось возможным обобщить основные терапевтические мероприятия, вне зависимости от используемого в каждом конкретном случае препарата или метода, а также сделать вывод об их эффективности в различных клинико-типологических группах больных с ОКС.



### **5.6.1. Терапия онейроидно-кататонических состояний с преобладанием зрительного компонента расстройства сознания и последовательным развитием приступа**

Для выбора тактики лечения в первую очередь имел значение настоящий статус больных, который у пациентов данной группы соответствовал всем признакам остроты процесса. Речь шла о стремительном темпе развития психоза, с максимальной степенью выраженности самого синдрома помрачения сознания в сочетании с яркими кататоническими проявлениями в виде возбуждения или ступора, явлениями острого чувственного бреда и выраженными аффективными нарушениями. В состоянии больных преобладали изменчивость и нестойкость психопатологических нарушений, растерянность, недоумение, трудность или невозможность продуктивного контакта с больным. В связи большой интенсивностью и остротой состояния в цели и задачи психотропной терапии входило купирование психоза в максимально короткие сроки. В большинстве случаев (14 наблюдений) препаратом выбора являлся типичный нейролептик с глобальным антипсихотическим и седативным действием - хлорпромазин (аминазин), применявшийся парентерально (внутримышечно) в дозе до 300 мг/сут. Дальнейшая тактика лечения могла быть различной.

Учитывая сложность структуры психоза (сочетание онейроидных и кататонических проявлений, явлений острого чувственного бреда и аффективных расстройств), а также динамику и этапность развития острого психотического состояния (выход на первый план тех или иных расстройств), большой удельный вес острого чувственного бреда у данной группы больных, монотерапия хлорпромазином (аминазином) не всегда была эффективна, в связи с чем в комбинации с ним применялся второй нейролептик, также обладающий мощным глобальным антипсихотическим действием. К используемым в данном случае препаратам относились трифлуоперазин (трифтазин, стелазин) до 30 мг/сут в/м – 10 больных, реже - зуклопентиксол (клопиксол) у 8 пациентов, в том числе и инъекционные

формы зуклопентиксола ацетат (клопиксол-акуфаз) 100-150 мг в/м раз в 3 дня, клозапин (азалептин) до 200 мг/сут per os – 6 человек, галоперидол до 30 мг/сут у 5 пациентов в/м. Подборка дозы используемого препарата происходила индивидуально с учетом выраженности психотических проявлений, а также переносимости нейролептической терапии, и ее коррекции в случае возникновения тех или иных побочных эффектов. Неотъемлемой частью являлся контроль соматического состояния с регулярным повторными анализами крови (общий и биохимический) и использованием при необходимости др. дополнительных методов исследования (ЭКГ, УЗИ).

В половине случаев у больных данной группы в сочетании с хлорпромазином использовалась ЭСТ (10 наблюдений), продолжительность курса которой составила от 7 до 10 сеансов.

Показаниями к ЭСТ являлись:

- витальные показания (ухудшение соматического состояния больного; появление субфебрильных цифр температуры тела);
- отсутствие эффекта от проводимой медикаментозной терапии (преодоление фармакологической резистентности);

Следует подчеркнуть, что сравнительный анализ методов терапии онейроидных состояний во всех группах показал, что процент использования метода ЭСТ для купирования остроты процесса у больных данной группы был наиболее высоким. Эффект от применения ЭСТ можно было отметить в среднем на 5-м сеансе. При этом в 8 наблюдениях эффективность ЭСТ в сочетании с хлорпромазином была расценена как высокая. В 2 наблюдениях отмечался умеренный эффект, который требовал дальнейшей коррекции проводимой терапии. Данные о сравнении эффективности используемых методов терапии представлены в таблице 10.

Таким образом, из возможных препаратов и их комбинаций можно было выделить следующие основные схемы терапии: применение ТН; сочетание ТН + ТН; сочетание ТН + АА; или же использование ТН + ЭСТ. Наиболее

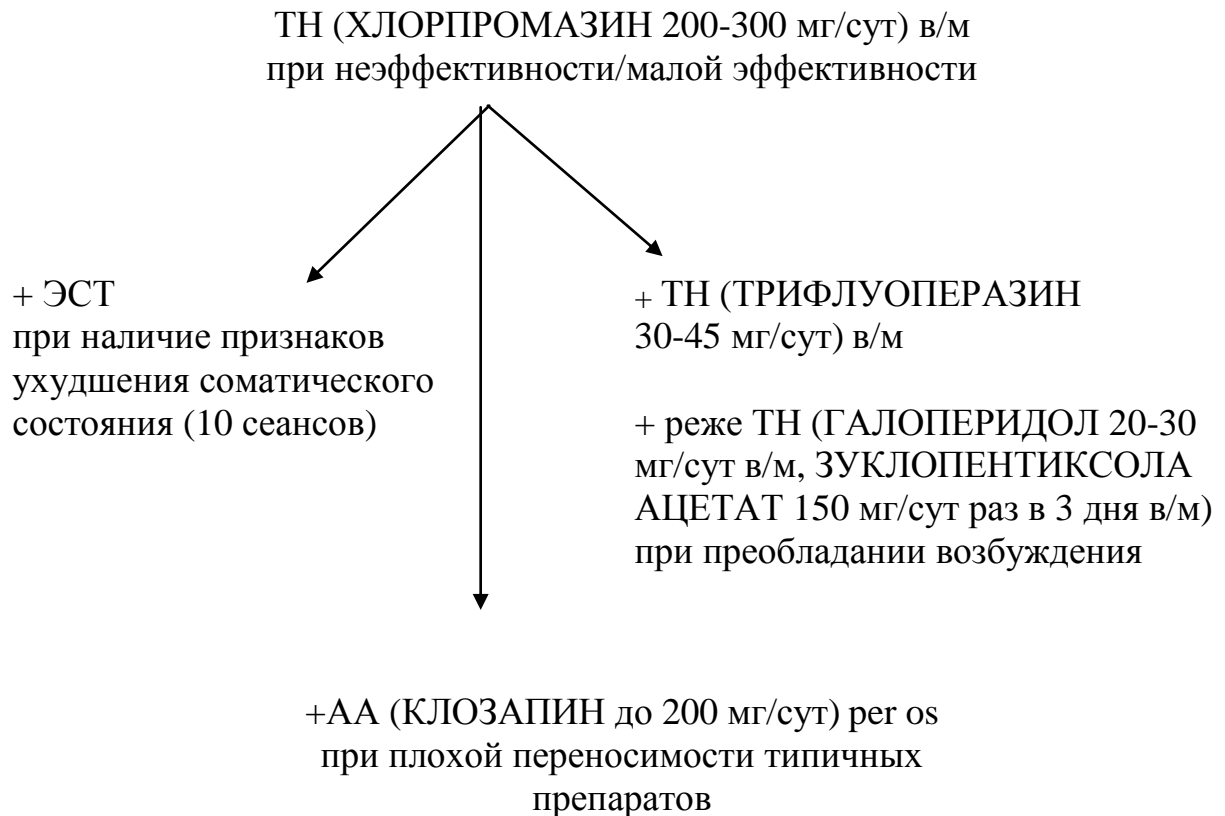
эффективной и чаще используемой оказалась последняя схема терапии, которая была представлена сочетанным применением ТН (хлорпромазин) и ЭСТ.

После купирования явлений помрачения сознания и уменьшения степени выраженности явлений острого чувственного бреда, которое могло занимать до 3-4 недель, по закономерной динамике редукции онейроидно-кататонического состояния, являлась необходимой коррекция аффективных нарушений. Среди препаратов антидепрессивного действия наиболее часто использовались амитриптилин до 150 мг/сут в/м, в четверти случаев – имипрамин (мелипрамин) до 150 мг/сут в/м. Выбор препарата обуславливался особенностями депрессивных нарушений, которые в большинстве случаев проявлялись сниженным фоном настроения с чувством тревоги, страхом за свое будущее, идеями вины, нежеланием что-либо делать, реже - тоски, астеническими нарушениями в виде слабости, вялости и др. В зависимости от преобладающего аффективного фона при выходе из онейроида дополнительно могли быть использованы и стабилизаторы настроения, в тех случаях когда у больных отмечалась инверсия аффекта, возникали аффективно смешанные состояния или об этом свидетельствовали данные анамнеза. Среди нормотимических препаратов у больных данной группы наиболее часто использовался карбамазепин (финлепсин) до 1200 мг/сут. *per os*, если на первый план выходили депрессивные проявления; лития карбонат (седалит) до 1500 мг/сут. *per os* с контролем содержания солей лития в крови при преобладании маниакального аффекта. Благодаря терапии нормотимиками происходила стабилизация аффективного фона у больных. При возникновении экстапирамидных расстройств на фоне активной антипсихотической терапии нейролептическими препаратами дополнительно назначались корректоры – тригексифенидил (циклодол) и бипериден (акинетон) до 12 мг/сут. *per os*. Кроме того, в период госпитализации вспомогательными симптоматическими препаратами для снижения двигательных нарушений (возбуждения, ажитации), коррекции

нарушений сна могли быть использованы транквилизаторы, преимущественно в парентеральной форме в виде в/м инъекций (диазепам, седуксен, реланиум до 10 мг/сут.), длительность терапии которыми в целом не превышала 10 дней.

Схема 1. Схема терапии онейроидно-кататонических состояний Ia типа

### 1 этап



**2 этап** + АНТИДЕПРЕССАНТ (АМИТРИПТИЛИН до 150 мг/сут) в/м  
или НОРМОТИМИК (КАРБАМАЗЕПИН до 1200 мг/сут) per os  
в связи с особенностями динамики развития приступа

На этапе стабилизации в рамках стационарного наблюдения происходила коррекция доз используемых препаратов со снижением их до среднетерапевтических. Препаратом, чаще всего используемым в качестве поддерживающей терапии в амбулаторных условиях был трифлуоперазин до 15 мг/сут. per os, реже применялись иные выше названные нейролептики с избирательным (антибредовым, антипсихотическим) действием. У пациентов молодого возраста типичные нейролептики могли быть заменены

атипичными антипсихотиками с учетом лучшей переносимости, общего прогностически благоприятного и антинегативного действия на заболевание в целом [132, 145, 159, 204]. Такими препаратами являлись рисперидон (рисполепт) до 4 мг/сут, оланзапин (зипрекса) до 15 мг/сут, реже палиперидон (инвега) до 9 мг/сут и кветиапин (сероквель) до 200 мг/сут. per os.

В целом для группы больных, у которых онейроидно-кататонические состояния протекали с преобладанием зрительного компонента расстройства сознания и последовательным развитием характерных этапов приступа, терапевтические мероприятия были направлены на купирование в наиболее короткие сроки острого психотического состояния с максимальной степенью выраженности синдрома помрачения сознания, коррекцию психопатологических нарушений с преобладающими в картине состояния явлений острого чувственного бреда, и, соответственно динамике развития приступа, следующих за ними аффективных нарушений. Каждый больной получил от 2 до 4 курсов лечения. Среднее число курсов терапии в данной группе больных составило 3,2. Полученные данные сравнения эффективности курсов купирующей терапии у группы больных с ОКС Ia типа представлены в таблице 10, их анализ показали наличие статистически значимых различий ( $p < 0,05$ ).

**Таблица 10. - Эффективность курсов купирующей терапии у группы больных с ОКС Ia типа**

Применяемые схемы терапии	Низкая эффективность/ отсутствие эффекта		Частичный эффект		Полный эффект		ВСЕГО КУРСОВ		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
ТН	5	10	9	18,8	-	-	14	28,8	
ТН+ЭСТ	-	-	2	4,2	8	16,9	10	21,1	
ТН+ТН	-	-	10	20,8	8	16,9	18	37,6	
ТН+АА	-	-	3	6,2	3	6,2	6	12,5	
ИТОГО	5	10	24	50	19	40	48	100	
$\chi^2 = 24.566; p=0,00001$									

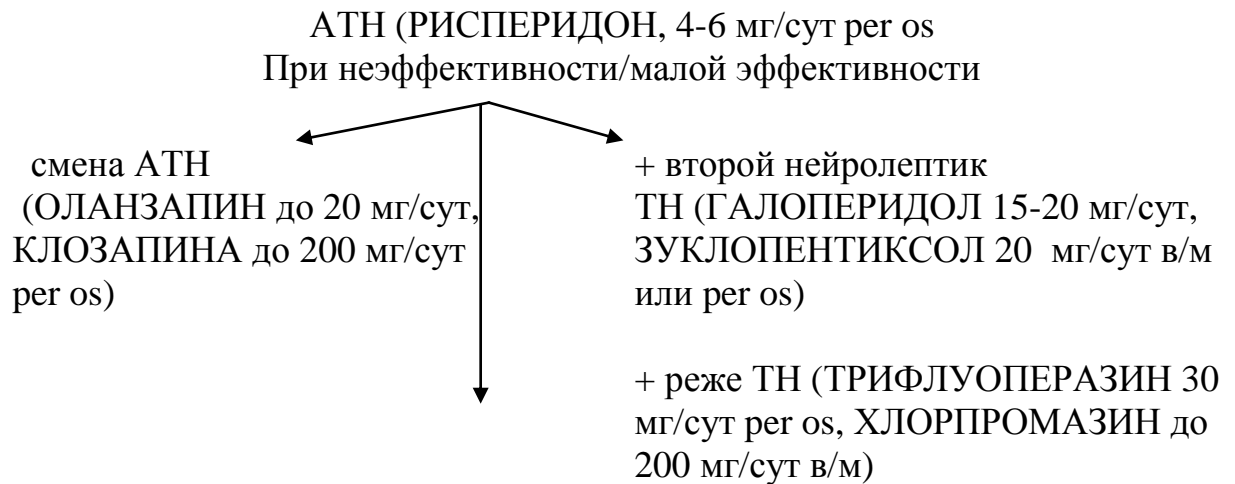
### **5.6.2. Терапия онейроидно-кататонических состояний с преобладанием зрительного компонента расстройства сознания и нарушением последовательности характерных этапов развития приступа**

Отличительной особенностью у данной группы больных являлась иная динамика развития приступа. Формирование онейроида, минуя стадию острого чувственного бреда, происходило вслед за непродолжительными аффективными нарушениями и существенно видоизменяло картину состояния в целом. Сам онейроид являлся транзиторным эпизодом и оказывался зашторенным иной симптоматикой, в связи с чем обращение таких больных к врачу было связано с наличием расстройств после перенесенного онейроидного состояния (бредовых, резидуальных бредовых, аффективных, неврозоподобных). В нескольких случаях имело место развитие острого парафренного синдрома, отличающегося нарушением последовательности характерных этапов развития приступа с более затяжным и длительным течением и большим удельным весом, наравне с

образным бредом, явлений психического автоматизма. У таких больных отмечался иной, более затяжной темп развития психоза, который оказывал существенное влияние на выбор тактики лечения, препаратов и схему терапии в целом.

**Схема 2. Схема терапии онейроидно-кататонических состояний Iб типа**

**1 этап**



**2 этап**

+ АНТИДЕПРЕССАНТ (ПАРОКСЕТИН 40 мг/сут per os) или  
НОРМОТИМИК (ЛИТИЯ КАРБОНАТ 1500 мг/сут per os)

Среди используемых нейролептических препаратов препаратом выбора были атипичные антипсихотики. Преобладающее большинство больных получало рисперидон (рисполепт) до 4-6 мг/сут per os – 11 пациентов (65% случаев). Реже в качестве основного антипсихотического препарата использовались оланзапин (зипрекса) до 20 мг/сут в/м или per os, в 4 случаях, реже клозапин (азалептин) 100-200 мг/сут per os – у 2 больных, или же при недостаточной эффективности или плохой переносимости рисперидона происходила смена препарата на указанные. В части случаев атипичный антипсихотик комбинировали с препаратом типичного ряда с избирательным антипсихотическим действием, обладающими выраженным антибредовым и антигаллюцинаторным действием. К ним относились галоперидол 20-30 мг/сут в/м (3 пациентов), зуклопентиксол (клопиксол) до 30 мг/сут. per os (2

больных), реже использовался трифлуоперазин (трифтазин) до 30 мг/сут. per os. В отличие от первой группы больных, применение хлорпромазина здесь отмечалось лишь в 12% случаев (2 больных), преимущественно у больных с развитием парафренного состояния. Такая тактика была обусловлена отсутствием в статусе больных выраженных кататонических проявлений, отсутствием признаков помрачения сознания к моменту обследования больных. У больных данной группы не использовался метод ЭСТ в связи с меньшей степенью выраженности остроты процесса и достаточной эффективности терапией ТН и АА. Таким образом, у больных данной группы среди нейролептических препаратов по частоте использования можно было выделить две основные схемы терапии: применение АА, комбинация двух антипсихотиков (ТН+АА).

Для коррекции аффективных нарушений (депрессивный аффект с преобладанием тревожно-фобической симптоматики и др.) дополнительно назначались антидепрессанты с преимущественно сбалансированным действием. Среди применяемых антидепрессантов в более половине случаев использовались СИОЗС или СИОЗСН. Чаще всего использовались такие препараты как пароксетин (паксил) у 5 больных, циталопрам (цитол, ципраamil) до 40 мг/сут per os в 4 случаях, дулоксетин (симбалта) до 120 мг/сут per os у 1 больного. Реже препаратами выбора становились – три- или тетрациклические антидепрессанты, кломипрамин (анафранил) до 150 мг/сут в/м, амитриптилин до 100 мг/сут в/м и мапротилин (людиомил) до 150 мг/сут в/м соответственно. Меньшая частота использования данных препаратов была связана с худшей переносимостью и частым возникновением побочных эффектов [6]. Длительность купирующей терапии составляла от одного до нескольких месяцев, что также свидетельствовало о более затяжном характере течения приступа у данной группы больных.

На этапе стабилизации состояния больных происходило снижение доз препаратов до среднетерапевтических. Кроме того, большую роль в терапии занимала необходимость стабилизации аффекта при достаточно частом



возникновении его инверсии. Среди нормотимических препаратов у больных данной группы наиболее часто использовался лития карбонат (седалит) до 1500 мг/сут (у 7 пациентов) и карбамазепин (финлепсин) до 1200 мг/сут (в 2 случаях) per os. Наиболее эффективной и чаще используемой схемой терапии у данной группы больных оказалось применение АА в сочетании с НТ или АД.

В целом вышеперечисленные особенности психофармакотерапии у больных данной группы, у которых онейроидно-кататонические состояния определялись преобладанием зрительного компонента расстройства сознания и нарушением характерных этапов развития, были обусловлены особенностями динамики приступа и статуса больных, менее острой картиной психотического приступа, без выраженных явлений кататонии, а также иным темпом развития и более затяжным характером течения приступа. Каждый больной получил от 2 до 4 курсов лечения. Среднее число курсов терапии в данной группе больных составило 2,2 без статистически значимых различий  $p > 0.05$  (Таблица 11).

**Таблица 11. - Эффективность курсов купирующей терапии у группы больных с ОКС Ib типа**

Применяемые схемы терапии	Низкая эффективность/ отсутствие эффекта		Частичный эффект		Полный эффект		ВСЕГО КУРСОВ		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
АА	2	5,2	6	15,8	3	7,8	11	29	
АА+НТ	-	-	3	7,8	5	13,1	8	21	
АА+АД	-	-	2	5,2	8	21	10	26,2	
АА+НТ	-	-	3	7,8	6	15,8	9	23,6	
ИТОГО	2	5,2	14	36,8	22	58	38	100	
$\chi^2 = 9.420; p > 0.05$									

### 5.6.3. **Терапия онейроидно-кататонических состояний с преобладанием сенсорного компонента расстройства сознания.**

К особенностям клинико-психопатологической картины, определяющим выбор психотропных препаратов и тактики лечения, относились следующие особенности статуса больных. Это растерянность и дезориентировка с ощущениями «отключения сознания», «перемещения в иную реальность». Онейроидные переживания включали в себя весь спектр возможных ощущений, за исключением зрительного компонента (тактильные, кинестетические и слуховые расстройства), которые в совокупности с бредовой трактовкой составляли картину онейроида. Наличие бреда метоморфоза, характерного для данной группы пациентов, массивных бредовых расстройств чувственного характера, ярко выраженные психомоторные нарушения в сочетании с кататоническими проявлениями, преобладающий маниакальный аффект в структуре состояния, - все это выходило на первый план в состоянии больных. Клиническая картина состояния у данных больных свидетельствовала о достаточно выраженной степени остроты состояния.

#### **Схема 3. Схема терапии онейроидно-кататонических состояний Па типа**

##### **1 этап**

ТН (ТРИФЛУОПЕРАЗИН 30-45 мг/сут в/м)  
при неэффективности/малой эффективности

ЭСТ  
при наличии признаков  
ухудшения соматического  
состояния (7-10 сеансов)  
+ смена ТН  
(ХЛОРПРОМАЗИН  
до 200 мг/сут в/м)

Использование иных ТН  
(ЗУКЛОПЕНТИКСОЛ-АЦЕТАТ  
акуфаз 150 мг/сут в/м,  
ГАЛОПЕРИДОЛ 25 мг/сут в/м)

+ комбинация с АА (ОЛАНЗАПИН до 20 мг/сут или  
РИСПЕРИДОН 4-6 мг/сут per os)

**2 этап** + АНТИДЕПРЕССАНТ (ФЛУВОКСАМИН 200 мг/сут per os)  
или НОРМОТИМИК (НАТРИЯ ВАЛЬПРОАТ до 1200 мг/сут)

Для купирования подобных проявлений в первую очередь использовались мощные антипсихотические препараты с парентеральным путем введения. Чаще всего применялся трифлуоперазин до 30-45 мг/сут (у 5 пациентов) - препарат с мощным антипсихотический и антибредовым эффектом. В некоторых случаях, лечение было начато с других нейролептиков типичного ряда: галоперидол до 30 мг/сут. (у 3 больных) в/м или зуклопентиксола до 30 мг/сут per os или зуклопентиксола ацетата (2 пациента) до 150 мг/сут в/м раз в 3 дня. Высокий удельный вес расстройств бредового регистра (синдром инсценировки, проявлений психического автоматизма и идеи воздействия, чуть реже - идей преследования) в части случаев обуславливала целесообразность использования двух нейролептиков – препаратов типичного и атипичного ряда. У данных больных использовался такие атипичные антипсихотики как: оланзапин (зипрекса) до 20 мг/сут per os (у 5 больных) и рисперидон (рисполепт) до 6 мг/сут. per os (у 3 больных) [143, 145, 159].

Дальнейшая динамика развития приступа с проявлением на первом плане выраженных аффективных нарушений требовала коррекции психотропной терапии с назначением и антидепрессантов или нормотимиков. Среди антидепрессантов чаще использовались препараты группы СИОЗС (4 пациента) – флувоксамин (феварин) до 200 мг, пароксетин (паксил) до 40 мг per os; Использование препаратов данной группы оправдывалось лучшей переносимостью, меньшей частотой возникновения побочных эффектов. в единичных случаях применяли амитриптилин или кломипрамин (анафранил) до 150 мг/сут. в/м. Среди нормотимических препаратов предпочтение отдавалось препаратам вальпроевой кислоты – депакин в дозировке 20-30 мг/кг (у 8 больных) per os.

Если состояние больных, несмотря на проводимую терапию, длительное время оставалось без динамики или же динамика была отрицательной, у больных данной группы использовали метод ЭСТ. Применение ЭСТ отмечалось в 30 % случаев (4 пациентов), показания были аналогичными

первой группе больных. Эффект от ЭСТ было возможно оценить в среднем на 3-5 сеанс. Эффективность использования данного метода расценивалась как неполная. При необходимости в сочетании с ЭСТ назначался хлорпромазин до 200 мг/сут в/м (с отменой предшествующей нейролептической терапии). Стабилизация состояния больных занимала в целом достаточно длительный период. Сроки лечения в рамках стационара могли достигать до 4-5 мес., подтверждая тем самым затяжной характер приступов.

Таким образом, следует отметить, что основные схемы терапии для больных, у которых онейроидно-кататонические состояния протекали с преобладанием сенсорного компонента расстройства сознания, были обусловлены особенностями состояния больных с достаточно высокой степенью выраженности остроты симптоматики, большим удельным весом проявлений психического автоматизма, затяжным характером приступов. Наиболее эффективной и чаще всего используемой схемой терапии у данной группы больных оказалось применение ТН/АА в сочетании с НТ или АД. Имеющееся сходство в используемых схемах терапии с предыдущей группой больных с онейроидно-кататоническими состояниями с преобладанием зрительного компонента расстройства сознания и нарушением последовательности характерных этапов развития приступа, сближает их как по клиническим, так и по психофармакотерапевтическим характеристикам, еще раз доказывая правомерность объединения таких больных в единую клиническую группу с относительно благоприятным течением эндогенного процесса. Каждый больной получил от 1 до 5 курсов лечения. Среднее число курсов терапии в данной группе больных составило 1,5. Степень достоверности  $p < 0.01$  (Таблица 12).

**Таблица 12. Эффективность курсов купирующей терапии у группы больных с ОКС Па типа**

Применяемые схемы терапии	Низкая эффективность/ отсутствие эффекта		Частичный эффект		Полный эффект		ВСЕГО КУРСОВ		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
ТН	3	10	-		-	-	3	10	
ТН(хлорпромазин)+ ЭСТ	-	-	4	13	-	-	4	13	
ТН или АА + АД	-	-	3	10	5	16	8	26	
ТН или АА + НТ	-	-	5	16	4	13	9	29	
ТН+АА	-	-	4	13	3	10	7	22	
ИТОГО	3	10	16	52	12	39	31	100	
$\chi^2 = 35.727; p < 0.01$									

#### **5.6.4. Терапия онейроидно-кататонических состояний с сочетанием зрительного и сенсорного компонентов расстройства сознания (смешанный вариант).**

Онейроидно-кататонические расстройства у больных данной группы были представлены особыми состояниями, когда иллюзорное восприятие окружающего сочеталось с дезориентировкой, а болезненные переживания тесно переплетались с элементами реальной обстановки. Состояние характеризовалось выраженной изменчивостью, полиморфизмом. Кроме того, данную группу отличало наличие высокого удельного веса проявлений психического автоматизма. Выход на первый план расстройств бредового характера – идей воздействия, преобладающих над явлениями острого чувственного бреда, наличие лишь отдельных элементов синдрома инсценировки с определенной интерпретацией онейроидных переживаний, определяли клиническую картину состояния больных и являлись определяющими для выбора тактики лечения.

Как и в предыдущих группах, основными препаратами являлись нейролептики. Наиболее часто у таких больных применялась комбинация двух антипсихотиков, монотерапия была неэффективна. К используемым препаратам относились: трифлуперазин (трифтазин) до 30 мг/сут в/м – у 7 больных, галоперидол 20-30 мг/сут в/м – 6 больных, зуклопентиксол (клопиксол) до 30 мг/сут per os у 6 больных. В комбинации с данными препаратами могли использоваться хлорпромазин (аминазин) до 200 мг/сут, реже - клозапин (азалептин) до 200 мг/сут per os. Широкое применение атипичных антипсихотиков нового поколения у больных данной группы было обусловлено достаточно выраженной резистентностью, отсутствием эффекта от монотерапии типичными нейролептиками, а также необходимостью воздействия на прогрессивность процесса в целом. Распределение по частоте использования было следующим: рисперидон (рисполепт) до 4 мг/сут per os - 5 больных; оланзапин (зипрекса) до 20 мг/сут

в/м или per os – 4 больных; кветиапин (сероквель) до 900 мг/сут per os – 2 человека; палиперидон (инвега) до 9 мг/сут per os 2 больных.

#### Схема 4. Схема терапии онейроидно-кататонических состояний Пб типа

##### 1 этап

ТН (ЗУКЛОПЕНТИКСОЛ, ТРИФЛУОПЕРАЗИН  
или ГАЛОПЕРИДОЛ в/м),  
при неэффективности/малой эффективности

← + комбинация с АА  
(КЛОЗАПИН до 200 мг/сут  
РИСПЕРИДОН 4-6 мг/сут,  
ОЛАНЗАПИН до 20 мг/сут per os)

→ + комбинация с ТН  
(ХЛОРПРОМАЗИН  
до 200 мг/сут в/м)

**2 этап** + АНТИДЕПРЕССАНТ (КЛОМИПРАМИН 150 мг/сут в/м)  
или НОРМОТИМИК  
(НАТРИЯ ВАЛЬПРОАТ до 1200 мг/сут per os)  
- назначение ЭСТ по показаниям (7-10 сеансов)

В невысоком проценте случаев среди методов лечения встречалось использование ЭСТ. Важно подчеркнуть, что метод ЭСТ применялся при наличии витальных показаний или при отсутствии эффекта от проводимой психофармакотерапии и попыткой преодоления резистентности у больных.

Учитывая характерную динамику приступа и заболевания в целом с наличием выраженных аффективных расстройств биполярного характера, к вышеперечисленным препаратам добавлялись антидепрессанты и нормотимики. В качестве антидепрессивной терапии в преобладающем большинстве использовались препараты сбалансированного или активизирующего действия для коррекции апатических, апато-адинимических нарушений. Среди используемых препаратов назначались как три- или тетрациклические антидепрессанты: кломипрамин (анафранил) до 150 мг/сут в/м, реже - амитриптилин до 200 мг/сут в/м, имипрамин (мелипрамин) до 200 мг/сут в/м и мапротилин (людиомил) до 150 мг/сут в/м

соответственно. В отдельных случаях использовались препараты группы СИОЗС и СИОЗСН: сертралин (золофт) до 100 мг/сут per os, милнаципран (иксел) до 100 мг/сут per os, венлафаксин (эфевелон) до 150 мг/сут per os. Из нормотимиков препаратом выбора являлись соли вальпроевой кислоты (вальпарин, депакин) до 1200 мг/сут per os.

Важно отметить, что существенных отличий в ассортименте используемых препаратов у данной группы больных по отношению к другим не отмечалось. Однако количество курсов, длительность применения той или иной комбинации, а главное – отсутствие выраженного эффекта от проводимой терапии, были существенным отличием. Кроме того, для данной группы больных с учетом динамики заболевания целесообразным было использование нейролептических препаратов с пролонгированным действием. Ремиссии низкого качества, наличие в межприступный период выраженных психопатологических нарушений, низкая комплаентность больных, наибольшая частота рецидивов, а также тенденция к непрерывному течению заболевания объясняли данную необходимость. Среди применяемых препаратов использовались зуклопентиксола-деканат 200-400 мг в/м раз в 2-4 нед, флуфеназина-деканат 50-100 мг в/м раз в 2 нед.

В целом особенность терапии онейроидно-кататонических состояний у больных данной группы была обусловлена затяжным течением приступа с началом его проявлений с синдрома психического автоматизма, низким удельным весом образного чувственного бреда в структуре приступа, а также особенностями динамики заболевания в виде его многоприступного течения, полиморфной структуры приступов, наличия резидуальной симптоматики в ремиссиях, сохранения и усиления в межприступном периоде неврозоподобных (обсессивно-фобических) и аффективных расстройств. Кроме того, имели значение постепенно нарастающее снижение социально-трудового статуса больных и наличие изменений личности. Для данной группы больных в целом была характерна сравнительно невысокая эффективность психотропной терапии и менее благоприятное течение



эндогенного процесса в целом по сравнению с ранее описанными группами больных. Каждый больной получил от 3 до 5 курсов лечения. Среднее число курсов терапии в данной группе больных составило 3,1. Статистически значимых различий в приведенных группах не обнаружено ( $p > 0.05$ ) (таблица 13).

**Таблица 13. - Эффективность курсов купирующей терапии у группы больных с ОКС Пб типа**

Применяемые схемы терапии	Низкая эффективность/отсутствие эффекта		Частичный эффект		Полный эффект		ВСЕГО КУРСОВ		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
ТН+ТН(аминазин)	7	11	5	8	-	-	12	19	
ТН +АА	6	9	7	10	2	3	15	23	
Комбинация нейролептиков + АД	2	3	11	16	4	6	17	26	
Комбинация нейролептиков + НТ	3	5	12	19	3	5	18	28	
ЭСТ (преодоление резистентности)	-	-	3	5	-	-	3	5	
<b>ИТОГО</b>	<b>18</b>	<b>28</b>	<b>38</b>	<b>58</b>	<b>9</b>	<b>14</b>	<b>65</b>	<b>100</b>	
$\chi^2 = 13.544; p > 0.05$									

Таким образом, проведенный анализ терапевтических мероприятий у больных с онейроидно-кататоническими состояниями в рамках шизофрении, позволил выявить как ряд общих принципов терапии, так и существенные отличия ее тактики в различных группах пациентов.

Выявленные различия в тактике терапии больных были обусловлены психопатологическими особенностями типологических разновидностей онейроидно-кататонических состояний, такими как степень выраженности синдрома помрачения сознания, удельный вес явлений чувственного бреда и иных бредовых расстройств (явлений психического автоматизма, бреда воздействия, преследования), степень выраженности аффективных нарушений, этапность и динамика развития приступа. Общие же принципы, на основании которых возможно выстроить терапевтическую тактику с максимальной эффективностью воздействия, можно было обозначить следующим образом:

Осуществление терапевтического воздействия на основании структуры состояния больных (учета динамических и психопатологических особенностей психического статуса), применение комбинации различных групп препаратов, при необходимости использование метода ЭСТ с целью получения максимально возможного терапевтического эффекта; коррекция терапии в рамках индивидуального подхода к лечению больных с онейроидно-кататоническими состояниями приступов; а также воздействие как на настоящее состояние больного с целью купирования выраженных психопатологических нарушений, так и на болезнь в целом с учетом возможной ее динамики; различная тактика поддерживающей терапии, обусловленная особенностями течения заболевания (рекуррентным или приступообразно-прогредиентным с различной степенью выраженности прогредиентности процесса).

Все вышеперечисленное позволяет добиться максимальной эффективности в лечении онейроидно-кататонических состояний в рамках эндогенного процесса.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Несмотря на многолетнюю историю исследования онейроидно-кататонических состояний, данная проблема сохраняет свою актуальность. Сложная психопатологическая структура онейроида, включающая в себя различную степень выраженности проявлений синдрома сновидного помрачения сознания, тесное его переплетение с аффективными нарушениями и бредовыми расстройствами, а также клинические особенности картины онейроида, нередко приводят к диагностическим ошибкам. Своеобразие и особенности таких состояний в отсутствии четких положений для их определения, типологических характеристик с данными о механизмах их формирования, являются причинами ряда диагностических неопределенностей.

Кроме того, ранее существовавшая оценка наличия онейроидной кататонии как благоприятного признака и рекуррентного течения заболевания, вряд ли может отражать истинное положение без тщательного анализа современного состояния проблемы с учетом наличия новых клинико-динамических данных о неодинаковом течении эндогенного процесса. Отсутствие за последние 10-летия актуальных исследований, касающихся онейроида при шизофрении не позволяют объективно оценить значимость данной проблемы в современной психиатрии. Неопределенность современного аспекта вопросов терапии онейроидно-кататонических состояний также требует тщательного анализа.

Все это объясняет важность исследования онейроидно-кататонических состояний и обуславливает актуальность настоящей работы.

Так образом, была сформулирована цель настоящего исследования, которая заключалась в изучении клинико-психопатологических и клинико-динамических особенностей онейроидно-кататонических состояний при эндогенных заболеваниях, определении дифференциально-диагностических и прогностических параметров их оценки, а также оптимизация основных подходов к выбору терапевтической тактики данных расстройств.

**Задачи:**

1. Исследование особенностей психопатологической структуры онейроидно-кататонических состояний;
2. Разработка типологической дифференциации онейроидно-кататонических состояний на основании психопатологических проявлений и динамических характеристик развития приступа;
3. Изучение клинических особенностей заболевания, протекающих с приступами онейроидной кататонии, взаимосвязи между типологическими разновидностями онейроидно-кататонических состояний и их нозологической предпочтительности к формам течения шизофрении.
4. Выделение патогенетических факторов заболевания, протекающих с онейроидно-кататоническими состояниями в приступах
5. Обоснование адекватных подходов к выбору терапевтической тактики при лечении острых психозов с синдромом онейроидного помрачения сознания.

Настоящее исследование выполнено на кафедре психиатрии ФГБОУ ДПО РМАПО в период с 2008 по 2015 гг. на базе клинических отделений ФГБНУ НЦПЗ (директор - проф., д.м.н. Т.П.Клюшник) в отделе по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний (руководитель - академик РАН, проф., д.м.н. А.С. Тиганов), клинических отделений ГБУЗ «ПКБ № 1 им. Н. А. Алексеева» (главный врач – к.м.н. Шуляк Ю.А.) и психиатрических отделений ФГБУ Центральной клинической больницы УДП РФ (главный врач – проф., д.м.н., заслуженный врач РФ Витько Н.К.).

Дизайн диссертационной работы, посвященной изучению онейроидно-кататонических состояний при эндогенных заболеваниях, заключался в формировании клинической выборки больных для оценки клинико-психопатологических особенностей онейроида, выявления их неоднородности и определения типологических разновидностей данных

состояний. Немало важной являлась оценка динамики заболевания по данным катamnестического наблюдения для анализа и сопоставления типологической, дифференциально-диагностической и прогностической значимости данных расстройств. Таким образом, в соответствии с целями и задачами исследования были сформированы критерии включения больных в клиническую выборку.

**Критериями включения** в исследование явились:

- формирование онейроидно-кататонического состояния в структуре психического приступа;
- наличие признаков помраченного сознания по К. Jaspers [165] в картине состояния;
- соответствие психотического приступа диагностическим критериям шизофрении (F20, F23 по МКБ-10);
- наличие катamnестического наблюдения не менее 5 лет.

**Критерии не включения** были следующими:

- возраст больных к периоду манифестации болезни более 45 и менее 16 лет;
- наличие сопутствующей психической патологии: органические, включая симптоматические, психические расстройства (F00-09), психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ (F10-19), умственная отсталость (F70-79);
- наличие сопутствующей соматической или неврологической патологии: острых или хронических соматических и инфекционных заболеваний в стадии обострения, нейроинфекций, эпилепсии, тяжелых ЧМТ в анамнезе, а также других поражений ЦНС.

В основу формирования выборки пациентов легло наличие у исследуемых больных острых психозов, которые соответствовали общепринятому определению онейроидно-кататонических состояний, сформулированному исследователями школы А.В. Снежневского и его

последователями в XX веке [35, 92, 95, 108, 109]. Для нозологической дифференциации острых психотических состояний с картиной онейроидной кататонии были использованы разделы МКБ-10, представленные рубриками F20 и F23. Выбранные сроки катamnестического исследования позволили получить наибольшую степень репрезентативности и информативности в отношении течения заболевания, а также позволили определить закономерности его развития и проанализировать его картину в целом.

В исследования были включены 68 больных, перенесших онейроидно-кататонические приступы в рамках эндогенного заболевания (F20, F23 по МКБ-10). В процессе выполнения диссертационной работы часть пациентов (35 человек - 51,5%) было обследовано непосредственно в период госпитализации в психиатрический стационар по поводу онейроидно-кататонического состояния. Часть пациентов (33 человека - 48,5%) обследовано ретроспективно на основании объективных данных истории болезни, амбулаторных карт, а также катamnестического наблюдения и сведений, полученных со слов больных и их родственников. Длительность катamnестического наблюдения для таких больных составила не менее 5 лет. Это позволило определить разновидности течения эндогенного процесса, который оказался представленным как рекуррентным, так и приступообразно-прогредиентным типами. Причем в приступообразно-прогредиентной шизофрении было выделено 2 варианта - с относительно благоприятным и неблагоприятным течением. Среди обследованных больных было 25 мужчин и 43 женщин. Возраст больных на момент обследования составил от 18 до 54 лет (средний возраст - 31,3 года).

Основными методами исследования являлись клинико-психопатологический и катamnестический.

Полученные данные позволили всесторонне исследовать онейроидно-кататонические состояния с учетом поставленных в диссертационной работе цели и задач.

Исследование онейроидно-кататонических состояний позволило сделать вывод о том, что они представляют собой сложный психопатологический синдром в виде сновидного помрачения сознания, проявляющийся отрешенностью от окружающей действительности, с фантастическими переживаниями, невозможностью восприятия окружающего, дезориентировкой в месте, времени, в собственной личности, и, выраженной в большей или меньшей степени, амнезии. Неотъемлемыми расстройствами состояния являются кататонические расстройства, выраженные в той или иной степени, а также аффективные нарушения и бредовые расстройства (явления острого чувственного бреда). Важным аспектом является динамика приступа с наличием или отсутствием характерных этапов его развития.

На основании психопатологического исследования онейроидно-кататонических состояний были выделены следующие типологические разновидности: онейроидно-кататонические состояния с преобладанием зрительного компонента расстройства сознания, среди которых выделено две подгруппы - подгруппа с последовательным развитием характерных этапов приступа и подгруппа с нарушением характерных этапов развития; онейроидно-кататонические состояния с преобладанием сенсорного компонента расстройства сознания, среди которых выделено также две подгруппы - с минимально выраженным зрительным компонентом или его отсутствием и подгруппа онейроидно-кататонических состояний, характеризующихся сочетанием зрительного и сенсорного компонентов расстройства сознания.

Такое типологическое подразделение онейроидно-кататонических расстройств, основанное на преобладании различных видов фантастических переживаний в структуре состояний, а также отражающее особенности динамики развития онейроида, позволяет констатировать гетерогенность психопатологической структуры сходных на первый взгляд состояний онейроидной кататонии.

Важной особенностью являлась неразрывная связь синдрома сновидного помрачения сознания с другими психопатологическими нарушениями. Осевыми расстройствами в данном случае являлись те или иные проявления чувственного бреда. При этом выделенная типология позволяла оценить не только проявления чувственного бред, его динамику, но и различный удельный вес данного расстройства в картине состояния. Если у одних больных отмечался острый чувственный бред, аффективно насыщенный с картиной максимально выраженных проявлений синдрома помрачения сознания, то у других отмечалось переплетение чувственного бреда с явлениями психического автоматизма, псевдогаллюцинаторными нарушениями и онейроидными эпизодами, занимающими менее существенное место в картине состояния. Таким образом, типологическое разделение онейроидно-кататонических состояний отражает как особенности их качественных составляющих, так и пропорцию их удельного веса в картине психоза.

Выявленные различия в психопатологических проявлениях онейроида, а также различное соотношение компонентов синдрома онейроидного помрачения сознания, его связь с бредовыми и аффективными нарушениями, степенью выраженности последних, позволили дать наиболее полную оценку картины онейроидно-кататонических состояний.

При анализе корреляций течения заболевания с различными типологическими вариантами онейроидно-кататонических расстройств, стало очевидным, что соотношение аффективных нарушений, проявлений острого чувственного бреда и онейроидного помрачения сознания, играют существенную роль в оценке клинко-патогенетических и прогностических параметров. Так, нарастание бредового компонента в структуре приступа, выраженный его полиморфизм (преобладание в состоянии псевдогаллюцинаторный расстройств, явлений психического автоматизма с невысокой долей чувственного бреда), с уменьшением явлений расстройства сознания с тусклым, блеклым аффектом позволили говорить о большей



тяжести состояния, менее благоприятном течении и прогнозе. В то время как наличие онейроида с максимальной степенью его проявления относительно иных расстройств, его выраженная аффективная насыщенность, а также занимающий существенное место в картине состояния чувственный бред, отражают наилучший прогноз.

Важно отметить, что на оценку данных факторов оказывает влияние неодинаковый темп развития приступа, который может быть более острым и прогностически благоприятным или же наоборот - протрагированным, с более длительным постепенным, и даже затяжным развитием, а следовательно - менее благоприятным типом течения.

Объединяя рассмотренные аспекты представляется возможным сделать вывод об онейроидно-кататонических расстройствах как о некоем континууме состояний, с рядом важных как сходных, так и различных параметров, а также о наличии неразрывной связи синдрома помрачения сознания и других психопатологических нарушений (аффективных, бредовых), объединяющих данные состояния по механизмам формирования в рамках единого синдрома.

Анализ онейроидно-кататонических состояний в рамках эндогенного заболевания позволил отметить ряд особенностей, присущих шизофрении, протекающей с картиной онейроидной кататонии. В первую очередь важно подчеркнуть, что развитие онейроидно-кататонических состояний не означает благоприятного прогноза. Исследование показало различие динамики и прогноза заболевания, проявляющегося онейроидно-кататоническими расстройствами: речь идет о различной степени прогрессивности процесса после перенесенных онейроидно-кататонических приступов, различных по качеству ремиссиях, неодинаковой социально-трудовой адаптации больных и прогнозе заболевания в целом.

Течение заболевания после перенесенных онейроидно-кататонических состояний могло принимать различные формы: от прогностически благоприятного рекуррентного течения до приступообразно-

прогредиентного течения с различной степенью прогредиентности эндогенного процесса. Выделенные типологические разновидности позволили обозначить связь с определенным типом течения шизофрении. Так, для рекуррентной шизофрении наиболее характерными оказались онейроидно-кататонические состояния с преобладанием зрительного компонента расстройства сознания и последовательным развитием характерных этапов приступа. Для шизофрении с приступным течением и невысокой степенью прогредиентности процесса среди онейроидно-кататонических состояний большую долю занимали картины с преобладанием зрительного компонента расстройства сознания и нарушением характерных этапов развития и онейроидно-кататонические состояния с преобладанием сенсорного компонента расстройства сознания. Приступообразно-прогредиентная шизофрения с неблагоприятным типом течения проявлялась онейроидно-кататоническими состояниями с сочетанием зрительного и сенсорного компонентов расстройства сознания (смешанный вариант).

В ходе исследования были рассмотрены патогенетические аспекты формирования онейроидно-кататонических состояний. Важную роль играла структура преморбидных особенностей личности, инициального этапа заболевания, динамика болезни в целом. Удалось выяснить, что среди больных с онейроидно-кататоническими состояниями в приступах вне зависимости от типологического подразделения преобладали шизоиды, причем, чем сложнее или дефицитнее оказывалась изначальная личностная структура, тем менее благоприятным представлялось само заболевание. Длительный инициальный этап болезни, обилие доманифестных нарушений (аффективных, неврозоподобных, бредовых, в виде транзиторных психотических эпизодов) в сочетании с многоприступным течением заболевания и наличием различных по своей психопатологической структуре приступами соответствовало неблагоприятному прогнозу.

Более гармонично сложенная личность, короткий инициальный этап или его отсутствие вовсе, а также одноприступное течение или наличие приступов «клише» позволяло определить течение эндогенного процесса как более благоприятное.

Необходимо подчеркнуть, что возможную патогенетическую роль оказывал юношеский возраст, что подтверждается большим процентом и частотой возникновения онейроидно-кататонических состояний в возрастном диапазоне от 16 до 25 лет. Приступы у таких больных оказывались наиболее острыми и развернутыми в сравнении с больными более старшего возрастного диапазона. Важно отметить, что у таких больных онейроидно-кататонический приступ всегда оказывался манифестным в динамике заболевания. Возникновение онейроидно-кататонических состояний в более позднем (зрелом) возрасте имело ряд важных отличий, проявлявшихся своеобразным видоизменением картины состояния с появлением определенной «атипии». У таких больных онейроид, как правило, являлся транзиторным психотическим эпизодом, отмечалось нарушение последовательности развития характерных этапов приступа. Онейроидно-кататонический приступ значительно реже был манифестным, что формировало иную динамику картины заболевания в целом. Данные отличия существенно сказывались на клинической картине шизофрении, создавая тем самым предпосылки для формирования клинко-психопатологических разновидностей состояний и формирования иных прогностических критериев.

Отдельно следует отметить, что, несмотря на преобладание в исследуемом материале среди больных с онейроидно-кататоническими состояниями женского пола, в исследовании не удалось обнаружить каких-либо особенностей в психопатологической картине и обозначить влияния гендерного фактора как патогенетического.

Выделенные клинко-типологические группы онейроидно-кататонических состояний создавали предпосылки для различий в принципах

терапии таких больных. Метод психофармакотерапевтического воздействия строился на основании выделенных типологических разновидностей онейроидных состояний, т.к. они определяли особенности и темп развития психоза. На схему терапии также оказывала влияние клиническая картина и динамика заболевания после перенесенных онейроидно-кататонических состояний.

Ведущим в схеме терапии являлось применение нейролептических препаратов в разных комбинациях. В группе с наиболее острым течением психозов наиболее эффективным оказалось применение комбинации ЭСТ с типичным нейролептиком (хлорпромазином). При этом общие показатели эффективности в результате терапевтического воздействия в данной группе оказывались наиболее высокими, что отражало более благоприятный прогноз.

Для больных со средним темпом развития, включающих две типологические разновидности, объединенные наиболее сходным клиническим течением, основной схемой терапии стала комбинация типичного нейролептика и атипичного антипсихотика или же сочетания типичного нейролептика и нормотимика, что было обусловлено особенностями течения картины заболевания. Достаточная степень эффективности при психофармакологическом воздействии отражала, в том числе, и относительную благоприятность клинико-прогностический параметров.

Для группы больных с затяжным, менее благоприятным течением с тенденцией к непрерывности процесса, ведущими в терапии стали достаточно разнообразные комбинации препаратов, включающие как типичные так и атипичные антипсихотики, комбинацию двух антипсихотиков, их сочетание с антидепрессантами и нормотимиками. При этом общие показатели эффективности проводимого лечения были существенно ниже, чем у предыдущих групп.

Таким образом, важно подчеркнуть необходимость комплексной оценки онейроидных состояний и картины заболевания в целом, с учетом множества вышеперечисленных параметров, для оценки степени прогрессивности эндогенного процесса и формирования возможного наиболее достоверного прогноза.

В заключение следует отметить, что проведенное исследование позволило выделить основные типологические особенности среди многообразия сходных, на первый взгляд, онейроидно-кататонических состояний. Благодаря выделению типологических разновидностей удалось наглядно продемонстрировать сходство и отличия данных состояний, их неразрывную взаимосвязь с другими психопатологическими проявлениями, а также проанализировать динамическую картину развития приступа. На основании полученных данных сделаны выводы о клинических особенностях течения шизофрении с картиной онейроидно-кататонических приступов, выделены дифференциально-диагностические и прогностические параметры, а также разработаны возможные наиболее эффективные схемы терапии для описанных групп.

## ВЫВОДЫ

1. Онейроидно-кататонические состояния представляют собой сложный в психопатологическом отношении синдром, главным компонентом которого является сновидное помрачение сознания с фантастическими переживаниями, которые сочетаются с отрешенностью от окружающей действительности, нарушением восприятия окружающего, дезориентировкой в месте, времени, в собственной личности, в совокупности с выраженной в большей или меньшей степени амнезией, той или иной степенью кататонических проявлений, обязательным наличием явлением острого чувственного бреда, аффективных расстройств и определенной последовательностью развития характерных этапов приступа. При внешнем сходстве они представляют собой группу состояний, гетерогенность которых выявляется на основании психопатологических, клинико-динамических, дифференциально-диагностических, а также прогностических параметров.

2. Типологическая дифференциация онейроидно-кататонических состояний, основанная на психопатологическом анализе их структуры и динамике развития, позволила выделить следующие разновидности онейроида:

- Ia группа - онейроидно-кататонические состояния с преобладанием зрительного компонента расстройства сознания с сохранением характерных этапов развития приступа;

- Ib группа - онейроидно-кататонические состояния с преобладанием зрительного компонента расстройства сознания и нарушением развития характерных этапов приступа;

- Pa группа - онейроидно-кататонические состояния с преобладанием сенсорного компонента расстройства сознания;

- Pb группа - онейроидно-кататонические состояния с сочетанием зрительного и сенсорного компонентов расстройства сознания (сенсорно-зрительный или смешанный вариант).

2.1 Указанные типологические группы были сформированы на основании выделения *компонентов расстройства сознания*, структура которых зависела от превалировании тех или иных видов фантастических переживаний в онейроиде и с учетом наличия определенной динамики (этапности) развития состояния.

2.2 Онейроидно-кататонические состояния с преобладанием зрительного компонента расстройства отличались сочетанием расстройства сознания и преобладанием визуального отражения фантастических переживаний в виде обилия зрительных образов. Если состояние развивалось последовательно, то онейроид возникал вслед за парафренным состоянием с превалированием острого чувственного бреда и минимально выраженными явлениями психических автоматизмов, а сам приступ был симметричен по психопатологическим проявлениям относительно онейроида. Если характерная этапность развития приступа была нарушена, то онейроид развивался в рамках кратковременного транзиторного психотического состояния или же отмечалась выраженная асимметрия в развитии психоза с формированием вслед за непродолжительным онейроидом более затяжного течения с картиной массивной парафрении.

2.3 Онейроидно-кататонические состояния с преобладанием сенсорного компонента расстройства сознания отличались сочетанием нарушения восприятия и фантастических переживаний с вовлечением органов чувств, обилия сенсорных нарушений с разнообразными ощущениями (кинестетическими, тактильными, слуховыми, обонятельными), которые в совокупности с их определенной трактовкой определяли картину онейроида. Если визуальные образы были минимальными или их наличие выявить не представлялось возможным, то окружающее представлялось больным в виде «пустоты», «небытия», темного «вязкого» пространства. Если же в онейроидно-кататоническом состоянии отмечалось сочетание сенсорного и зрительного компонента расстройства сознания (смешанный вариант), то зрительные расстройства были

фрагментарными и напоминали иллюзорное восприятие окружающего, когда реально существующие предметы становились элементами фантастического сюжета, а сенсорный компонент расстройства сознания, представленный разнообразными ощущениями, превалировали над зрительным. Динамика психоза характеризовалась сохранением характерных этапов приступа и симметричным его развитием относительно онейроида с преобладанием явлений психического автоматизма над картиной острого чувственного бреда.

3. Анализ клинических особенностей заболевания, протекающего с приступами онейроидной кататонии, показал его неоднородность, проявляющуюся в различной степени прогрессивности эндогенного процесса и неодинаковой выраженности формирования изменений личности.

3.1 Нозологическая оценка онейроидно-кататонических состояний показала, что они являются предпочтительными для приступообразно-прогрессивного типа течения шизофрении, причем в большинстве случаев обнаруживается взаимосвязь особенностей течения и прогрессивности эндогенного процесса и выделенных типологических вариантов онейроидно-кататонических состояний.

3.2 Онейроидно-кататонические состояния с преобладанием зрительного компонента расстройства сознания с сохранением типичной последовательности этапов приступа были характерны для рекуррентного типа течения заболевания; онейроидно-кататонические состояния с преобладанием зрительного компонента расстройства сознания и с нарушением развития характерных этапов приступа, а также онейроидно-кататонические состояния с преобладанием сенсорного компонента расстройства сознания возникали преимущественно в картине приступообразно-прогрессивной шизофрении с относительно благоприятным течением эндогенного процесса; онейроидно-кататонические состояния с сочетанием зрительного и сенсорного компонентов расстройства



сознания (смешанный вариант) отмечались в динамике приступообразно-прогредиентной шизофрении с неблагоприятным типом течения.

4. Важными патогенетическими факторами, имеющими диагностическую и прогностическую роль в формировании особенностей эндогенного заболевания, протекающего с онейроидно-кататоническими состояниями в приступах, являются конституциональные личностные особенности, клинико-психопатологические характеристики доманифестного этапа заболевания, возраст манифестации болезни, структура манифестного приступа, а также особенности динамики заболевания в виде психопатологической картины повторных приступов и ремиссий после перенесенных психозов.

5. Выбор терапевтической тактики при эндогенном заболевании с онейроидно-кататоническими состояниями в приступах необходимо осуществлять дифференцировано с учетом особенностей психопатологической картины онейроида. Существенную роль оказывает преобладание тех или иных проявлений данного синдромакомплекса: явлений помрачения сознания, острого чувственного бреда, проявлений психического автоматизма, аффективные нарушения в приступе, а также динамика развития состояния с учетом наличия или отсутствия характерных этапов развития приступа. Такой подход способен обеспечить максимальную эффективность лечения при различных вариантах онейроида и формах течения шизофрении.

## **ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ И ПЕРСПЕКТИВЫ ДАЛЬНЕЙШЕЙ РАЗРАБОТКИ ТЕМЫ**

Результаты настоящего исследования позволяют провести нозологическую оценку эндогенного заболевания, протекающего с онейроидно-кататоническими состояниями в приступах, с учетом их психопатологической структуры и особенностей динамики развития приступа.

При определении прогноза у больных с онейроидно-кататоническими состояниями в приступах следует учитывать типологическую разновидность онейроида, согласно разработанной в диссертации оригинальной концепции, условиях его формирования, а также клинико-динамические особенности заболевания в целом.

Предложенные в работе методологические подходы могут быть использованы в дальнейшей научно-практической разработке данной области с возможным их расширением или дополнением при необходимости.

Разработанные в диссертации практические рекомендации по терапии больных с различными вариантами онейроидно-кататонических состояний с применением комбинаций традиционных и атипичных антипсихотиков, антидепрессантов и нормотимиков могут быть применены для разработки методических пособий для подготовки и повышения квалификации врачей-психиатров, медицинских психологов.

Результаты исследования могут быть рекомендованы для включения в соответствующие разделы Основной профессиональной образовательной программы высшего образования – подготовка кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности «Психиатрия», в учебные планы циклов для подготовки ординаторов, циклов профессиональной переподготовки специалистов и циклов повышения квалификации врачей по направлению «Психиатрия».

**СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ**

ОКС - онейроидно-кататоническое состояние

АКТГ - адренокортикотропный гормон

ЭСТ - электросудорожная терапия

ТН - типичный нейролептик

АА - атипичный антипсихотик

АД - антидепрессант

НТ - нормотимик

В/м - внутримышечное применение препарата

Per os - пероральное применение препарата

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:**

1. Абрамова, Л.И. Приступообразная шизофрения (вопросы дифференциации, клинико-динамические, прогностические аспекты): автореф. дисс. ... докт. мед. наук: Абрамова Лилия Ивановна. – М., 1996. – 50 с.
2. Аكوпова, И.Л. Клинические типы приступов онейроидной кататонии : дисс. ... канд. мед. наук : 14.01.06 / И.Л.Акопова. – М., 1965. – 251 с.
3. Аكوпова, И.Л. Типология онейроидной кататонии / И.П.Акопова // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. – 1965. – №11. – С.1710-1716.
4. Алимов Х.А., Монасыпова И.Х. Рекуррентная шизофрения (особенности клиники, течения и прогноза) / Х.А.Алимов, И.Х. Монасыпова // Ташкент, Медицина, 1982. – 170 с.
5. Анашкина, Л.М. Индивидуальный долгосрочный социально-трудовой прогноз при приступообразной шизофрении (информативность критериев и построение классификатора) / Л.М.Анашкина // Журн. неврол. и психиатр. – 1989. – Т. 89. – Вып. 10. – С. 86 - 91.
6. Андрусенко, М.П. Комбинированное использование антидепрессантов и нейролептиков при аффективных расстройствах и шизофрении: показания к назначению, побочные эффекты и осложнения / М.П. Андрусенко, М.А. Морозова //Журнал психиатрии и психофармакотерапии. – 2001. – 1. – С. 9.
7. Бархатова, А.Н. Особенности эндогенного юношеского приступообразного психоза, с кататоническими расстройствами в структуре манифестного приступа / А.Н. Бархатова // Психиатрия. – 2005. – №3. – С. 38-44.
8. Бархатова, А.Н. Современные подходы к терапии юношеских приступообразных эндогенных психозов с кататоническими расстройствами / А.Н. Бархатова, В.Г. Каледа, М.А. Стрельцова // Материалы XII Российского национального конгресса

«Человек и лекарство». – М., 2005. – С. 320.

9. Башина, В.М. Клинические особенности депрессивных расстройств при приступообразной шизофрении у детей / В.М. Башина, Г.Н. Пивоварова // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1972. - Т. 72. - № 10. - С. 1535-1540.
- 10.Башина, В. М. Ранняя детская шизофрения: Статика и динамика. / В.М. Башина // М.: Медицина, – 1980. – 248 с.
- 11.Боровикова, Н.Н. Синдром Котара при шизофрении : дисс. ... канд. мед. наук : 14.01.06 / Н.Н. Боровикова – М., - 1970. – 382 с
- 12.Буреломова, И.В. Маниакальные состояния при шизофрении у детей дисс. ... канд. мед. наук : 14.01.06 / И.В. Буреломова – М., 1964. – 115 с.
- 13.Варавикова, М.В Приступообразная шизофрения с преобладанием бреда воображения : дисс. ... канд. мед. наук : 14.01.06 / М.В. Варавикова. – М., 1994. – 213 с.
- 14.Вартанян, М.Е. Биологическая психиатрия: Избр. тр. / М. Е. Вартанян. - М. : РМ-Вести, 1999. - 348 с.
- 15.Вартанян, М.Е. Генетика шизофрении / М.Е.Вартанян // Руководство по психиатрии под ред. А.С. Тиганова. - М. : Медицина, 1999. – Т.2. – С. 498-503.
- 16.Вартанян, М.Е. Клинико-биологические и наследственные закономерности течения шизофрении: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.18./ Вартанян Марат Енокович. - М. 1968. - 32с.
- 17.Вдовенко, А.М. Юношеский эндогенный приступообразный психоз, манифестирующий приступами депрессивно-бредовой структуры (клинико-психопатологическое и клинико-катамнестическое исследование): дисс. ... канд. мед. наук : 14.01.06 / А.М.Вдовенко – М., 2012. – 225 с.
- 18.Вербальская, Л.М. О благоприятном и неблагоприятном течении периодической шизофрении : дисс. ... канд. мед. наук : 14.01.06 / Л.М. Вербальская. - М., 1964, - 380с.

- 19.Вертоградова, О.П. Вербальный галлюциноз и синдром Кандинского-Клерамбо / О.П.Вертоградова // Синдром психического автоматизма / под общ. ред. Л.Л.Рохлина. - М.: Медицина, 1969. - С. 34-42.
- 20.Вертоградова, О.П. Психопатологические аспекты острого бреда / О.П.Вертоградова // Вопросы общей психопатологии (Труды Московского НИИ психиатрии). - М., 1976. - С. 63-70.
- 21.Видманова, Л.Н. Атипичные формы шизофрении : дисс. ... канд. мед. наук : 14.01.06 / Л.Н.Видманова. - М., 1963. - 363 с.
- 22.Видманова, Л.Н. О некоторых особенностях течения шизофрении у больных с отягощенной наследственностью / Л.Н.Видманова // Журнал неврология и психиатрия С.С.Корсакова. - 1963. - Т. 63. № 8. - С.1229-1237.
- 23.Воробьева Т.Ю. Шубообразная шизофрения с доманифестными расстройствами : автореф. дисс. ... канд. мед. наук: Воробьева Татьяна Юрьевна. – М., 1996. – 53 с.
- 24.Вроно, М.Ш. О влиянии возрастного фактора на течение шизофрении у детей / М.Ш. Вроно // Журнал неврологии и психиатрии. – 1965. – Т. 65 - №7. – С.1039-1044.
- 25.Вроно, М. Ш. О психических дизонтогенезах у детей / М.Ш. Вроно // Вестник АМН СССР. - 1979. - № 10. - С. 67-70.
- 26.Вроно, М. Ш. Шизофрения в детском и пубертатном возрасте / М.Ш. Вроно // Руководство по психиатрии. Т. I. - М., Медицина. - 1983. С. 355—372.
- 27.Гиндикин, В. Я. Личностная патология / В. Я. Гиндикин, В. А. Гурьева. // М.: Триада-Х.- 1999. - С.266.
- 28.Давыдов, А.Т., Бельских, А.Н. К вопросу о лечении приступа фебрильной шизофрении (клиническое наблюдение) / А.Т. Давыдов, А.Н. Бельских // Медицина. XXI век. - 2006. - № 4. - С. 62-63
- 29.Двирский, А.Е. Факторы патоморфоза шизофрении / А.Е. Двирский // Архів психіатрії. - 2004. - №3. – С.86-88.

30. Дементьева, Н.Ф. К вопросу о структуре чувственного бреда / Н.Ф. Дементьева // Актуальные вопросы клиники и терапии психических заболеваний. Вологда. - 1973. - С. 7-12.
31. Дементьева, Н.Ф. К разграничению понятия «чувственный» и «образный» бред / Н.Ф. Дементьева // Вопросы общей психопатологии. - М., 1976. - С. 70-81.
32. Дементьева, Н.Ф. Симптом инсценировки как проявление чувственного бреда / Н.Ф. Дементьева // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 1974. - № 4. - С. 580-585.
33. Дементьева, Н.Ф. Острый чувственный бред : дисс. ... канд. мед. наук : 14.01.06 / Н.Ф. Дементьева - М., 1974. - 358 с.
34. Демонова, Д.П. О различных вариантах онейроидных состояний при шизофрении / Д.П. Демонова // Материалы 2-ой объединенной конференции Ин-та психиатрии АМН СССР, ЦОЛИУВ врачей Новгородской области. Валдай, - 1972. - С. 15-19.
35. Демонова, Д.П. Психопатологические особенности онейроидных состояний при различных нозологических формах : дисс. ... канд. мед. наук : 14.01.06 / Д.П. Демонова. – М., 1972. – 155 с.
36. Дубницкая, Э.Б. Вклад А. В. Снежневского в развитие учения о шизофрении / Э.Б. Дубницкая, Н.А. Мазаева // В сборнике Шизофрения и расстройства шизофренического спектра.- М.- НЦПЗ РАМН.- 1999.- С. 4–24.
37. Ермаков, П.Я. Клиническое значение синдрома Кандинского-Клерамбо / П.Я. Ермаков // в кн.: Труды Восточно-Сибирского мед. института. Иркутск.- 1935. – В.3 – С.199-212.
38. Каледа, В.Г. Терапия эндогенных психозов юношеского возраста — современные подходы и принципы терапии. / В.Г. Каледа // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 2006. -106 (9)4. - С.11.
39. Каледа, В.Г. Юношеский эндогенный приступообразный психоз (психопатологические, патогенетические и прогностические аспекты

- первого приступа) : дисс. ... док. мед. наук : 14.01.06 / В.Г.Каледа. - М., 2010. - 335 с.
- 40.Каменева, Е.Н. Шизофреническое бредообразование / Е.Н. Каменева // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 1948. – Т.17. - №2. - С. 13-19.
- 41.Каменева, Е.Н. Шизофрения: клиника и механизмы шизофренического бреда / Е.Н. Каменева. - М., 1957. - 196 с.
- 42.Кандинский, В.Х. О псевдогаллюцинациях / В.Х.Кандинский. - М., 1952. - С.93.
- 43.Каннабих, Ю.В. История психиатрии / Ю.В.Каннабих.– М., 2012. – 426 с.
- 44.Кербиков, О. В. Острая шизофрения / О. В. Кербиков. – М.: Медицина, 1949. – 179 с.
- 45.Клюшник, Т.П., Сиряченко, Т.М., Брусов, О.С., Сарманова, З.В., Отман, И.Н., Дупин, А.М., Соколов, Р.Е. Поиск предикторов эффективности антипсихотической терапии шизофрении по иммунологическим показателям сыворотки крови / Т.П. Клюшник, Т.М. Сиряченко, О.С. Брусов, З.В. Сарманова, И.Н. Отман, А.М. Дупин, Р.Е. Соколов // Журн. невролог. и психиатр. им. С.С. Корсакова - 2008.- Т.108.-№1.- С. 31-35.
- 46.Концевой, В. А. Транзиторные приступы при шизофрении: автореф. дисс. ... канд. мед. наук: Концевой Виктор Анатольевич. - М., 1965. - 20 с.
- 47.Концевой, В.А. Шизофрения, протекающая в форме шубов: автореф. дисс. ... д-ра. мед. наук: Концевой Виктор Анатольевич. - М., 1975. - 32 с.
- 48.Корнетова, Е.Г. К проблеме терапии первого психотического эпизода / Е.Г. Корнетова, А.В. Семке // Сибирский вестник психиатрии и наркологии.- 2009.- №4 (55).- С. 17-19.
- 49.Корсаков, С.С. К вопросу об острых формах умопомешательства / С.С. Корсаков // Труды 4 съезда русских врачей. - 1892. - С. 691-702
- 50.Корсаков, С.С. Курс психиатрии. Том 1 / С.С. Корсаков // М., 1901– С.203-215
- 51.Коцюбинский, А.И. Шизофрения (уязвимость диатез - стресс –



- заболевание) / А. П. Коцюбинский, А. И. Скорик, И. О. Аксенова, Н. С. Шейнина, В. В. Зайцев, Т. А. Аристова, Г. В. Бурковский, Б. Г. Бутома, А. А. Чумаченко. - СПб.: Гиппократ 2004. - 336 с.
- 52.Краснов, В.Н. Диагностика шизофрении / В.Н. Краснов // Психиатрия. Национальное руководство. Под. общ. Редакцией Т.Б. Дмитриевой, В.Н. Краснова, Н.Г. Незнанова и др.- М.: ГЭОТАР- Медиа, 2009.- С.443-450.
- 53.Крафт-Эбинг., Р. Учебник психиатрии / Р. Крафт-Эбинг. // Пер. с нем. - Петербург. - 1881. С. - 827.
- 54.Кречмер, Э. Строение тела и характер / Э. Кречмер. – М., 2015. - 327 с
- 55.Кузюкова, А.А. Клиника и психопатология манифестных эндогенных психозов юношеского возраста : дисс. ... канд. мед. наук : 14.01.06 / А.А.Кузюкова. – М. – 2007. – 160 с.
- 56.Курашов А.С. Особенности аффективных состояний на ранних этапах приступообразно-прогредиентной шизофрении с началом в юношеском возрасте / А.С. Курашев // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. -М., 1972, 8.- С. 1224-1229.
- 57.Личко, А.Е. Подростковая психиатрия / А.Е. Личко. – М., 1985. – 416 с.
- 58.Личко, А.Е. Шизофрения у подростков / А.Е. Личко. – М., 1989. – 216 с.
- 59.Личко, А.Е. Типы акцентуаций характера и психопатий у подростков / А.Е. Личко. - М.: Апрель Пресс «Эксмо-Пресс», 1999.- 416 с.
- 60.Мазаева, Н.А. Изменения личности при периодической шизофрении (психопатологический аспект) : дисс. ... канд. мед. наук : 14.01.06 / Н.А.Мазаева. - М . - 1969. 318 с.
- 61.Мазаева, Н.А., Соколов, Р.Е. Патоморфоз манифестных шизофренических психозов у девочек-подростков / Н.А.Мазаева, Р.Е. Соколов // Психиатрия. 2010 .-№2.- С 5-15.
- 62.Мазаева, Н.А., Ушаков Ю. В. Клинико-диагностические аспекты длительных ремиссий при шизофрении / Н.А.Мазаева, Ю.В.Ушаков // Журн. невропат. и психиатр. - 1987- N 1. – С. 71-77.
- 63.Михайлова, В.А. Разновидности течения приступообразной шизофрении,

- начавшейся в подростковом и юношеском возрасте, в свете отдаленного катамнеза / В.А. Михайлова // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1979 – Том 79. - №1. – С.71-78.
64. Молохов, А.Н. Об онейроиде как шизофреническом делирии / А.Н. Молохов // Журнал невропатология, психиатрия, психогигиена. – 1936 – Том 5. - №1. – С.29.
65. Мосолов, С.Н. Современные тенденции развития психофармакотерапии / С. Н. Мосолов // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. - 1998. - № 5. - С. 12-20.
66. Наджаров, Р.А. К проблеме систематики шизофрении в свете современных клинико-катамнестических, эпидемиологических и клинико-генетических данных / Р.А. Наджаров, М.Я. Цуцурьковская, В.А. Концевой // Журн. невропат и психиатр. – 1985. – N 1. – С. 78.
67. Наджаров, Р.А. Формы течения шизофрении./ Р.А. Наджаров // Шизофрения: мультидисциплинарное исследование под ред. А.В. Снежневского М.- Медицина 1972.- 1.- С. 16—76.
68. Назимова, С.В. Особенности психопатологии и клиники приступообразной шизофрении, формирующейся в условиях воздействия экзогенных факторов : дисс. ... канд. мед. наук : 14.01.06 / С.В. Назимова. – М. – 2013. – 221 с.
69. Никл, Я. Катамнез больных онейроидной кататонией : дисс. ... канд. мед. наук : 14.01.06 / Я. Никл. - М. - 1969. - 187 с.
70. Омельченко, М.А. Первые приступы маниакально-бредовой структуры юношеского эндогенного психоза / М.А. Омельченко // Психиатрия. - 2010. - № 5. – С. 5-16.
71. Оршанский, И.Г. О снопоподобном помешательстве и его отношении к первичному слабоумию / И.Г. Оршанский // Практический врач. -1889. - С 1-48.
72. Осипов, В.П. Руководство по психиатрии / В.П. Осипов. – М., 1931. – С.28.

- 73.Пантелеева, Г.П. Гебоидная шизофрения / Г.П. Пантелеева, М.Я. Цуцельковская, Б.С. Беляев. – М.: "Медицина", 1986. - 192 с.
- 74.Пападопулос, Т.Ф. Динамика становления онейроидного помрачения сознания и проблема индивидуального сознания / Т.Ф. Пападопулос // Проблемы познания. Материалы симпозиума. - М., 1966. – С.569 – 579
- 75.Пападопулос, Т.Ф. Острые эндогенные психозы. / Т.Ф. Пападопулос - М., 1976.- С.184.
- 76.Пападопулос, Т.Ф. Психопатология и клиника приступов периодической шизофрении : дисс. ... докт. мед. наук : 14.01.06 / Т.Ф. Пападопулос – М., 1966. – 250 с.
- 77.Пападопулос, Т.Ф. Проблема расстройств сознания в современной психиатрии (По данным зарубежной литературы) / Т.Ф. Пападопулос // Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 1969. - № 3. - С.444–456.
- 78.Пашковский, В.Э. Психические расстройства с религиозно-мистическими переживаниями / Пашковский В.Э. // Краткое руководство для врачей.— СПб.: Издательский дом СПбМАПО, 2007.- 144 с.
- 79.Пинель, Ф. Врачебно-философские начертания душевных болезней / Ф.Пинель. Пер.с фр., М., 1829. -С.45-50.
- 80.Платонова, Т.П. О некоторых особенностях острых парафренных состояний в течении приступообразно-прогредиентной шизофрении / Т.П.Платонова // В кн.: Актуальные вопросы психиатрии, Таллин, 1984. - Т.2. - С. 114-116
- 81.Портнов, В.В. Депрессивно-параноидные состояния при шизофрении (клинико-психопатологическая дифференциация, вопросы прогноза и лечения) : дисс. ... канд. мед. наук : 14.01.06 / В.В.Портнов – М. – 2006. – 179 с.
- 82.Радионова, С.И. Эффективность комбинированной терапии больных фебрильной шизофренией с применением нового иммуноактивного препарата полиоксидония / С.И. Радионова // Український медичний

альманах. –2007.–Т.10,№2.–С.140–144.

- 83.Радионова, С.И., Рачкаускас, Г.С. Опыт лечения больных фебрильной шизофренией с применением иммуноактивных препаратов / С.И. Радионова. Г.С. Рачкаускас // Украинський медичний альманах. – 2007. – Т. 10, № 1. – С. 197– 200.
- 84.Ротштейн, В.Г. Об особенностях синдрома Кандинского-Клерамбо при шизофреническом онейроиде : дисс. ... канд. мед. наук : 14.01.06 / В.Г. Ротштейн – М., 1966. - 216 с.
- 85.Рыбальский, М.И. Иллюзии, галлюцинации, псевдогаллюцинации / М.И. Рыбальский // - М.: Медицина, 1989. - 368 с.
- 86.Савченко, Л.М. Психопатология и клиника острых кратковременных психических состояний в течение приступообразно-прогредиентной шизофрении: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.18 / Л.М.Савченко. - М., 1974. - 189 с.
- 87.Семеновская, Э.И. К вопросу о периодическом течении шизофрении в раннем детском возрасте / Э.И. Семеновская // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 1972. - Т. 72, - №10. - С. 1541-1546.
- 88.Семеновская, Э.И. Синдром страха при шизофрении у детей дошкольного возраста / Э.И. Семеновская // Актуальные проблемы психоневрологии детского возраста. - М., 1973. - С. 66-71.
- 89.Симашкова, Н. В., Башина, В. М. Клинико-катамнестическое изучение больных приступообразно-прогредиентной шизофренией, переносивших в детстве аффективные, тревожно-аффективные, аффективно-галлюцинаторные и в подростковом возрасте развернутые галлюцинаторно-бредовые приступы / Н.В. Симашкова, В.М. Башина // Журн. невропатол. и психиатр. 1986, - В.10, -С. 1528—1533.
- 90.Смирнов, В. К. О патологии сознания при шизофрении: автореф. дис... докт. мед. наук: Смирнов Виктор Ксенофонович: Л., 1973. -35 с.
- 91.Смулевич, А.Б. Клиника, систематика и терапия ремиссий при шизофрении / А.Б. Смулевич, Э.Б. Дубницкая, Л.К. Павлова //

Психиатрия. - 2008. - № 2 (32). - С. 7-15.

92. Снежневский, А.В. Клиническая психопатология / А.В. Снежневский // Руководство по психиатрии. - М., 1983. - Т.1. - С. 16-96.
93. Снежневский, А.В. О нозологической специфичности психопатологических синдромов / А.А. Снежневский // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 1960. - Т.60. - № 1. - С. 91-108.
94. Снежневский, А.В. О формах течения шизофрении / А.В. Снежневский // В сб.: Труды Всесоюзной научно-практической конференции, посвященной 100-летию со дня рождения С.С. Корсакова. - М., 1955. - С.145-148.
95. Снежневский, А.В. Общая психопатология (курс лекций) / А.В. Снежневский // Валдай, 1970. - С.98-116
96. Снежневский, А.В. Шизофрения (цикл лекций 1964 г.) / А.В. Снежневский // М.: МАКС Пресс, 2008. - С.123-138.
97. Соколов, Р.Е. Манифестные шизофренические психозы у девушек-подростков (клинико-психопатологические и терапевтические аспекты) : дис. ... канд. мед. наук: 14.00.16 / Р.Е. Соколов. - М. - 2011. - 191 с.
98. Соколова, Б.В. О клинических особенностях депрессивно-параноидной шизофрении : дис. ... канд. мед. наук: 14.00.16 / Б.В. Соколов. - М. - 1957. - 212 с.
99. Стоянов, С.Т. К клинике и психопатологии онейроидных состояний, возникающих в течение шизофрении : дис. ... канд. мед. наук: 14.00.16 / С.Т. Стоянов. - М., 1961. - 467 с.
100. Субботская, Н.В. Психопатология и клиника острых парафренических состояний при шизофрении : дис. ... канд. мед. наук: 14.00.16 / Н.В. Субботская. - М. - 2006. - 245 с.
101. Сухарева, Г.Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста / Г.Е. Сухарев // М.: Медгиз, 1955.- Т. I. 459 с.
102. Сухарева, Г.Е. О некоторых особенностях симптоматики шизофрении у

- детей и подростков в переходных стадиях развития / Г.Е. Сухарева // В сб.: Вопросы детской психоневрологии. Труды ин-та им. Бехтерева. - Л., 1961. - Т. XXV. -С. 57-66.
- 103.Тиганов, А.С. К вопросу о патоморфозе психических заболеваний / А.С. Тиганов // Проблемы и перспективы развития стационарной психиатрической помощи (в двух томах). - Том I. - СПб., 2009.- С. 371-375.
- 104.Тиганов, А.С. Клинические особенности острых парафренных состояний и их отношение к формам рекуррентной шизофрении / А.С. Тиганов // Ж. им. Корсакова. - 1966, - В.2. - С. 266-273
- 105.Тиганов, А.С. Систематика и диагностические критерии эндогенных психозов в свете международной статистической классификации болезней - десятый пересмотр (МКБ-10) / А.С. Тиганов, Г.П. Пантелеева, О.П. Вертоградова, Ф.В. Кондратьев, М.Я. Цуцульковская, // Журн. невропатологии и психиатрии, 1997. - Т. 97.- № 10. - С. 4-10
- 106.Тиганов, А.С. Современная диагностика и вопросы классификации психических заболеваний / А.С. Тиганов // Журнал невропатологии и психиатрии.- 1996. - Т. 96. - № 5. - С. 10–13.
- 107.Тиганов, А.С. Фебрильная шизофрения / А.С. Тиганов // М.: Медицина, 1982.- 128 с.
- 108.Тиганов, А.С. Шизофрения / А.С.Тиганов // В кн.: Психиатрия. Руководство для врачей; под общ. ред. А.С. Тиганова. - М.: Медицина, 2012. - Т. 1. - С. 443-637.
- 109.Фаворина, В.Н. К клинике и психопатологии онейроидной кататонии / В.Н. Фаворина // Ж. невропатол. и психиатр, им. С. Корсакова. - М., 1956. В. 12 - с. 942-948.
- 110.Цуцульковская, М.Я. К вопросу о патоморфозе течения и исхода эндогенных приступообразных психозов, манифестирующих в юношеском возрасте / М.Я. Цуцульковская, В.Г. Каледа, В.А. Михайлова // Материалы общероссийской конференции «Реализация

подпрограммы «Психические расстройства» Федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально-значимыми заболеваниями (2007-2011)». – М., 2008. – С. 131-132.

- 111.Цуцуйковская, М.Я. Клиника и дифференциальная оценка некоторых психопатологических синдромов пубертатного возраста / М.Я. Цуцуйковская, Г.П. Пантелеева // Проблемы шизофрении детского и подросткового возраста. - М., 1986. - С. 13-28.
- 112.Цуцуйковская, М.Я. О необходимости специальных подходов к психофармакотерапии эндогенных расстройств юношеского возраста / М.Я. Цуцуйковская, В.Г. Каледа, И.В. Олейчик,.....// Материалы IX Российского Национального Конгресса «Человек и лекарство». - Москва, 2002. - С.491.
- 113.Цуцуйковская, М.Я. Особенности клиники непрерывно текущей шизофрении начавшейся в подростковом и юношеском возрасте: автореф. дисс. ...докт. мед. наук: Цуцуйковская Мэлла Яковлевна. - М., 1968. -30 с.
- 114.Шахматова, И. В. Генеалогические исследования / И.В. Шахматова // В кн.: Шизофрения. Мультидисциплинарное исследование; под. общ. ред. А.В.Снежневского - М: Медицина, 1972. - С 160— 186.
- 115.Шмуклер, А. Б. Проблема шизофрении в современных исследованиях. Достижения и дискуссионные вопросы / А.Б. Шмуклер //Монография. М: Медпрактика - 2011; - С. 27-29.
- 116.Шогам, А.Н. Проблема сознания и психологическая модель личности / А.Н.Шогам // В сб.: Проблемы сознания. Материалы симпозиума. М., 1966. – С. 195-210.
- 117.Штернберг, Э. Я. Вопросы клиники и психопатологии шизофрении в современной зарубежной психиатрии / Э.Я.Штернберг// Журнал невропат. и психиатр. им. С. С. Корсакова. - 1961. - Т. 61. - Вып. 6. - С. 919–933.
- 118.Эрлицкий, А.Ф. Клинические лекции по душевным болезням / А.Ф.

- Эрлицкий // Спб. - 1896.- С. 212-230.
- 119.Юрьева, О.П. О типах дизонтогенеза у детей, больных шизофренией / О.П. Юрьева // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова.- 1970.- № 8.- С. 1229-1235.
- 120.APA – American Psychiatric Association. Practice Guideline for the treatment of patients with schizophrenia 2nd ed Amer. // Journ. Psychiat.-2004- vol.161.- suppl.2.- P.1-114
- 121.Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition: DSM-5. // Washington, DC. – 2013. – 947 p.
- 122.DSM – IV – TR Mental Disorders. Diagnosis, Etiology and Treatment. // WILEY. – 2005. – 1382 p.
- 123.The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Description and Diagnostic Guidelines. // World Health Organization, Geneva 1992. - 1480 p.
- 124.Abrams, R. Electroconvulsive therapy, 2nd edition / R. Abrams // New York, USA: Oxford University Press. - 1992.- 340 p.
- 125.Albert, N. Nordentoft Predictors of recovery from psychosis. Analyses of clinical and social factors associated with recovery among patients with first-episode psychosis after 5 years./ N. Albert, A. Bertelsen, L. Thorup et al // Schizophrenia Research. — 2011. — Vol. 125. — P. 257–266.
- 126.Andresen, N. C. Affective flattening and the criteria for schizophrenia / N.C. Andreasen //Am.J. Psychiatry, 1979. - vol. 136.- P. 944 – 947.
- 127.Awad, A.G. Intervention research in psychosis: issues related to the assesment of quality of life / A.G. Awad, L.N. Voruganti //Schizophr. Bull. 2000. - Vol. 26. -N. 6. - P. 557-564
- 128.Baillarger, J. De la stupidiciti chez les aliens. // Ann. med. –psychol., 1843 (цит. По Сербскому В.П.-№50).P.231.
- 129.Barry, M.M., Methological issues in evaluating the quality of life of long-stay psychiatric patients / M.M. Barry, C. Crosby, J. Bogg // Mental Health. 1993.- 2. – P. 43-56.



- 130.Baruk, H. Traite de psychiatrie / H. Baruk // Paris.-1959, v.I.-p.307-310
- 131.Bechdorf, A. Determinants of subjective quality of life in post acute patients with schizophrenia /A. Bechdorf, J. Klosterkotter, M. Hambrecht et al. // Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci. 2003. - Vol. 253. - N. 5. - P. 228-235.
- 132.Beck, A.T. Schizophrenia: Cognitive Theory, Research and Therapy. / A.T. Beck, N.A. Rector, N. Stolar, P. Grant // N.Y. -The Guilford Press.- 2008.- 420 p.14-40
- 133.Belaizi, M, et al. Acute catatonia: Questions, diagnosis and prognostics, and the place of atypical antipsychotics / Belaizi M., Yahia A., Mehssani J., Bouchikhi Idrissi ML, Bichra MZ. // Encephale. 2013 Jun;39(3). - P. 224-31.
- 134.Bellack, A.S., An Analysis of Social Competence in Schizophrenia / A.S.Bellack, R.L. Morrison, G.T. Wixted // British J. of Psychiatry.- 1990. - 156. – P. 809-818.
- 135.Bleuler, E. Dementia Praecox oder Gruppe der Schizophrenien. / E. Bleuler // Deutike, Leipzig. - 1911.- 420 p.
- 136.Boeters, U. Oneiroid emotional psychoses. Clinical study as a contribution to the differential diagnosis of atypical psychoses. / U. Boeters // Citation Bibl Psychiatr. 1971;148.-P.1-130.
137. Carlson, G. Psychosis in children and youth: focus on early-onset schizophrenia / G. Carlson // Pediatr. Rev. - 2013. – Vol. 34. - № 7. – P. 296-305.
- 138.Charfi, F, et al. Catatonia in adolescents: series of 12 inpatients / Charfi F., Ouanes S., Abbes Ghorbel Z., Belhadj A., Bouden A. Citation // Tunis Med. 2015 Aug-Sep;93(8-9). P.553-5.
- 139.Clark, A. F. Proposed treatment for adolescent psychosis / A.F. Clark // Schizophrenia and schizophrenia-like psychoses. Advances in Psychiatric Treatment. - 2001. - Vol. 7. - P. 16-23.
- 140.Cohen, D. Case series – catatonic syndrome in young people / D. Cohen, M. Flament, P. Dubos, M. Basquin // J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry. - 1999. - № 38. – P. 1040-1046.

141. Collier, G. et al. Oneiroid state with illusions of complex structure./ Collier G, Defer B. // *Ann Med Psychol (Paris)*. 1957 Oct;115(3):470-6.
142. Conrad, K. Die beginnende Schizophrenie. / K. Conrad // Stuttgart,- 1958. – 315 p.
143. Csernansky J.G. A comparison of risperidone and haloperidol for the prevention of relapse in patients with schizophrenia / J.G. Csernansky, R. Mahmoud, R. N., Engl. J. Brenner // *Med*. 2002. - Vol. 346. - P. 16-22.
144. Davidson, L. Remission and Recovery in Schizophrenia: Practitioner and Patient Perspectives / L. Davidson, T. Schmutte, T. Dinzeo, R. Andres-Hyman // *Schizophrenia Bulletin*. - 2008. – Vol. 34. - № 1. – P. 5-8.
145. Davidson, M. Cognitive effects of antipsychotic drugs in first-episode schizophrenia and schizophreniform disorders a randomized, open-label clinical trial (EUFEST)/ M. Davidson, S. Galderisi, M. Weiser et al. // *Amer. Journ. Psychiat.*- 2009.- vol.166.- P. 675-682
146. d'Elia, G. Present practice of electroconvulsive therapy in Scandinavia / G. d'Elia, J.O. Ottosson, L.S. Strömberg // *Arch. Gen. Psychiatry*. – 1983. - №40(5). – P.577-81.
147. Esquirol, E. Des maladies mentales / E. Esquirol // P.-1838, v.II- p.1-43.
148. Ey, H. Etudes psychiatriques / H. Ey // *Aspects semeiologiques*. Paris. - 1950. -P. 69- 162
149. Fink, M. Catatonia: a clinician's guide to diagnosis and treatment / M. Fink, M.A. Taylor. 2006. – p.253
150. Fischer, B.A. Remission. In: *Clinical Handbook of Schizophrenia* /B.A. Fischer, W.T. Carpenter, K.T. Mueser, D.V. Jeste eds.// Guilford Publications.- New York.- 2008.- P. 559.
151. Fleischhacker, W.W. The first-episode of schizophrenia: a challenge for treatment / W.W. Fleischhacker // *Eur. J. Psychiatry*. - 2002. - Vol. 17. - Suppl. 4. - P. 371-375.
152. Follin, M. The oneiroid states: (Essay in psychopathology and clinical phenomenology) / M. Follin // *Ann Med Psychol (Paris)*. 1964 Jan;122:153-7.

153. Francis, A., et al. Consistency of symptoms in recurrent catatonia. / Francis A1, Divadeenam KM, Bush G, Petrides G. // Compr Psychiatry. 1997;38(1):56-60.
154. Guiraud, P. Les delires chroniques / P. Guiraud // L'encephale. - 1925. P.9-23
155. Griesinger, W. Vortrag zur Eröffnung der psychiatrischen Klinik zu Berlin / W. Griesinger // Gesammelte Abhandlungen. Berlin, - 1872. - № 1 . - p . 140-151.
156. Harvey, P.D. Cognition and new antipsychotics. / Harvey, P.D., Keefe, R.S. // J. Adv. Schizophr. Brain Res. - 1998. - Vol. 1. - P. 2 - 8. 359P.
157. Hemsly, D. R. Perception and cognition in schizophrenia // Schizophrenia: origins, processes, Treatment Outcome / D. R. Hemsly, R.L., Cromwell, C.R. Shyder, eds. // Oxford University Press, New-York.- 1994.- P.21-28
158. Hilt, R.J. Side effects from use of one or more psychiatric medications in a population-based sample of children and adolescents / R. J. Hilt, M. Chaudhari, J.F. Bell, C. Wolf, K. Koprowicz, B.H. King // J. Child. Adolesc. Psychopharmacol. - 2014 - №24(2). – P. 83-89.
159. Ho, B. A comparative effectiveness study of risperidone and olanzapine in the treatment of schizophrenia. / B. Ho, D. Miller, P. Nopoulos et al. // J. Clin. Psychiatry. 1999. - Vol. 60. - P. 658-663.
160. Ho, B.C. Untreated initial psychosis: its relation to quality of life and symptom remission in first-episode schizophrenia / B.C. Ho, N.C Andreasen, M. Flaum, P. Nopoulos, D. Miller // Am. J. Psychiatry. - 2000. - Vol. 157. - P. 505-515.
161. Hori, T. et al. A case of "oneiroid Erlebnisform" influenced by the Great East Japan Earthquake / T. Hori , T. Ishii, A. Hisanaga, A. Tatsuki, H. Tachikawa, T. Asada // Seishin Shinkeigaku Zasshi. -2013;115(5). P.477-84.
162. Hönlgl, D. Theories on etiopathogenesis of psychoses in childhood and adolescence. / D. Hönlgl // Fortschr Neurol Psychiatr. 2005 Nov;73 Suppl 1. P.92-5.
163. Huber, G. Schizophrene Verläufe / G. Huber // Dtsch. med. Wschr., 1964 - 212 s.

164. Jahraus, V. Oneiroide Zustände. Bei Schizophrenie und akuten psychotischen Störungen. / V. Jahraus // Psychoneuro 2006; 32, 5. P. 272-274
165. Jaspers, K. Allgemeine psychopathologie / K. Jaspers // Berlin.- 1957. -P.312.
166. Kahlbaum K. Die Katatonie oder das Spannungsirresein / K. Kahlbaum // Berlin. -1874. -P.148.
167. Kane, J.M. Optimizing Pharmacologic Treatment of Psychotic Disorder / J.M. Kane, S. Leucht, D. Carpenter, J.P. Docherty // J. of Clin. Psychiatry. - 2003 - Vol. 64. suppl. 12. P. 5-19.
168. Kapsan, A., Miodownik, C., Lerner, V. Oneiroid syndrome: a concept of use for western psychiatry / A. Kapsan, C. Miodownik, V. Lerner // Isr. J .Psychiatry Relat Sci. -2000.- 37 (4). - P. 278 - 285.
169. Keshavan, M. S. Premorbid indicators and risk for schizophrenia: a selective review and update / M. S. Keshavan , V. A. Diwadkar, D. M. Montrose et al. // Schizophr. Res. – Vol. 79.- Is 1. - 2005, P. 45-57
170. Kleist, K. Fortschritte der Psychiatrie / K. Kleist. - Frankfurt am Main: Kramer. - 1947. – 21 P.
171. Kraepelin E. Psychiatrie. / E. Kraepelin // Leipzig.- 1902. - 226 p.
172. Lauronen, E. Course of illness, outcome and their predictors in schizophrenia (The Northern Finland 1966 Birth Cohort study) / E. Lauronen // Acta Universitatis Oulunsis D. Medica 910. - Oulun Yliopisto, Oulu.- 2007.- 115 p.
173. Lasser, R.A. Remission in schizophrenia: results from a 1-year study of long-acting risperidone injection/ R.A. Lasser, C.A. Bossie, G.M. Gharabawi, J.M. Kane // Schizophr. Res. - 2005. - Vol. 77. - P. 215- 227.
174. Loebel, A. D. Duration of Phsychosis and outcome in first-episode schizophrenia / A. D. Loebel, et al. // Am.J. Psychiatry.- 1992. - vol. 149. - P. 1183 – 1188.
175. Madigand J, et al. Catatonic syndrome: From detection to therapy./ Madigand J, Lebain P, Callery G, Dollfus S.// Encephale. 2016. p S0013-7006(16)30071-9.

- 176.Mayer-Gross, W. Clinical Psychiatry / W.Mayer-Gross, E.Slater, M.Roth.// London, 1955.- P. 154-157, 243-245.
- 177.Mayer-Gross, W. Schizophrenien mit Bewusstseinsstörung: Dämmerzustände, Amentia, oneiroide Erlebnisform / W. Mayer-Gross // In: Bumke O (Hrsg.). Handbuch der Geisteskrankheiten. Bd. IX. Berlin: Springer, 1932. -P. 526-532
- 178.Meduna, L.J. Oneirophrenia: The Confusional State / L.J. Meduna // Urbana, University of Illinois Press.- 1950.-P.150.
- 179.Merklin, A. Studien über die primäre Werrücktheit / A. Merklin // Alg. Zeitschrift f. Psychiatrie. - 1879. – Vol. 36. - № 6. – S. 725.
- 180.Meynert, Th. Amentia, die Verwirrtheit, akuter Wahnsinn und Ihr Verlauf, Jahrbuch f. / Th.Meynert // Psychiatrie, 1890. - P.234-256.
- 181.Moro, M.R. Les modes de debut des schizophrenies / M.R. Moro, Ph. Maret // Medicine Generale. – 1988. – Du 14. - №9.-P.109.
- 182.Morosini, P.L. Development, reliability and acceptability of a new version of the DSM-IV Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS) to assess routine social functioning / P.L. Morosini, L. Magliano, L. Brambilla, S. Ugolini, R. Pioli // Acta. Psychiatr. Scand. – 2000. - №101(4). – P. 323-329.
- 183.Nicolson, R. Premorbid speech and language impairments in childhood-onset schizophrenia: association with risk factors./ R. Nicolson, M. Lenane, S. Singaracharlu, D. Malaspina, J.N. Giedd, S.D. Hamburger, J.L. Rapoport // American Journal of Psychiatry/- 2000.-157.- P. 794-800.
- 184.Niemi, L.T. Childhood developmental abnormalities in schizophrenia: evidence from high-risk studies./ L.T.Niemi, J.M Suvisaari, A. Tuulio-Henriksson, J.K. Lönnqvist // Schizophr. Res.- 2003; 60.- 2-3.P. -239-258.
- 185.Panyakaew, P. Oneiric stupor in a 45-year-old nurse with rapidly progressive dementia: what is the diagnosis?/ P.Panyakaew, J.Sringean, R.Bhidayasiri.// Clin Neurol Neurosurg. 2015;137. – p. 102-4.

- 186.Puffer, C.C., et al. Year Practice Review of Electroconvulsive Therapy for Adolescents./ C.C.Puffer, C.A.Wall, J.E.Huxsahl, M.A.Frye // Citation J Child Adolesc Psychopharmacol. 2016 № 19. – p. 123-143.
- 187.Rachkauskas, G.S. Energetic metabolism at the patients with febrile schizophrenia / G.S. Rachkauskas // Український медичний альманах. – 2007. – Том 10, № 4. – С.140-147.
- 188.Raveendranathan, D, et al. Response rate of catatonia to electroconvulsive therapy and its clinical correlates / D.Raveendranathan, J.C.Narayanaswamy, S.V.Reddi // Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2012 Aug;262(5).-P.425-30.
- 189.Regis, E. *Precis de psychiatrie* / E. Regis // Paris, 1923, 6-me ed. P.352-357
- 190.Schaeffer, J. L. Childhood-onset schizophrenia: Premorbid and prodromal diagnostic and treatment histories. / J. L.Schaeffer, G. Ross // Journ. of Amer. Acad. of Child and Adolescent Psychiat. - 2002.- 41.- P. 538-545.
- 191.Schmidt-Degenhard, M. Die oneiroide Erlebnisform / M. Schmidt-Degenhard // Zur roblemgeschichte and Psychopathologie des Erlebens fiktiver Wirklichkeiten. Berlin, Heidelberg: Springer, 1992.-P.130.
- 192.Schmidt-Degenhard, M. The importance of the phenomenom «imagination» in the scientific work of Werner Janzarik / M.Schmidt-Degenhard // Fortschr Neurol Psychiatr. 2004;72 Suppl 1:S34-9.
- 193.Schuckit, M. A., Petrich, J., Chiles, J. Hyperactiviti: Diagnostic confusion / M. A. Schuckit, J. Petrich, J. Chiles //J. nerv. ment. Dis.- 1978, 166, № 2, p. 79—87.
- 194.Serata D., et al. Effectiveness of long-acting risperidone in a patient with comorbid intellectual disability, catatonic schizophrenia, and oneiroid syndrome / D.Serata, C.Rapinesi, G.D.Kotzalidis, M.C.Alessi, D.Janiri, A.C.Massolo, V.R.Ferri, S.Criscuolo, G.Callovini, G.Angeletti, P.Girardi, Del A.Casale// Int .J. Psychiatry Med. 2015;50(3).- P.251-6.
- 195.Shenai, N, et al. Practical and Legal Challenges to Electroconvulsive Therapy in Malignant Catatonia / N.Shenai, C.D.White, P.N.Azzam, P.Gopalan , L.K. Solai // Harv Rev Psychiatry. 2016 May-Jun;24(3).-P.238-41.

196. Sienaert, P, et al. A clinical review of the treatment of catatonia / P.Sienaert, D.M.Dhossche, D.Vancampfort, M. De Hert, G.Gazdag // Front Psychiatry. 2014 Dec 9;5-P.181.
197. Spyschaert ,Y, et al. Catatonia in childhood and adolescence: obstacles to diagnosis and treatment / Y.Spyschaert, D.Dhossche, Sienaert P. Citation // Tijdschr Psychiatr. 2016;58(5).-P.371-9.
198. Stompe, T. The Cotard syndrome in schizophrenic disorders / T. Stompe, H. Schanda // Neuropsychiatr. – 2013. – Vol. 27. - №1. – P. 38-46.
199. Stransky, E. Uber der Demencia praecox / E.Stransky // Wiesbaden.- 1909. -P.129.
200. Takaoka, K., et al. Catatonia in childhood and adolescence. / K.Takaoka, T.Takata // Psychiatry Clin Neurosci. 2003 Apr;57(2).-P.129-37.
201. Trethowan, W. Early manifestations of schizophrenia / W. Trethowan // Med. J. Aust. – 1958. – Vol. 45(22) – P.722-725.
202. Ucok, A. One year outcome in first episode schizophrenia. /A. Ucok, A. Polat, S. Çakır, A. Genç // Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.- 2006.- 256.- P. 37-43
203. Walther, S., et al. Catatonia / S.Walther, W.Strik // CNS Spectr. 2016 Jun 3.- P.1-8.
204. Wyatt, R. J. Neuroleptics and the natural course of schizophrenia / R. J. Wyatt // Schizophr. Bull. - 1991. - vol. 17. - № 2.- P. 325-351.
205. Yung A.R Risk factors for psychosis in an ultra high-risk group: psychopathology and clinical features. / A.R. Yung, L.J. Phillips, H.P. Yuen, P.D. McGorry // Schizophr. Res.- 2004.- 67.- P.131-142
206. Yung, A.R Validation of “prodromal” criteria to detect individuals at ultra high risk of psychosis: 2year follow-up /A.R. Yung, B. Nelson, C. Stanford, M.B. Simmons, E.M. Cosgrave, E. Killackey, et al. // Schizophr. Res.- 2008.- 105.- P. 10-17

207. Zipursky, R.B., The Myth of Schizophrenia as a Progressive Brain Disease /  
R.B. Zipursky, T.J., Reilly, R.M. Murray // Schizophr. Bull. 2013.- vol. 39 .-  
6.- P. 1363– 1372.