

*На правах рукописи*

Алексеева Анна Григорьевна

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

**14.01.06 – «Психиатрия»  
(медицинские науки)**

**А в т о р е ф е р а т**  
**диссертации на соискание ученой степени кандидата**  
**медицинских наук**

**МОСКВА – 2016**

Работа выполнена в Федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении дополнительного профессионального образования Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования Министерства Здравоохранения Российской Федерации

**Научный руководитель:**

академик РАН, доктор медицинских наук,  
профессор

**Тиганов Александр Сергеевич**

**Официальные оппоненты:**

**Барденштейн Леонид Михайлович**, доктор медицинских наук, профессор, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Министерства Здравоохранения Российской Федерации, заведующий кафедрой психиатрии и наркологии

**Шмилович Андрей Аркадьевич**, доктор медицинских наук, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Министерства Здравоохранения Российской Федерации, заведующий кафедрой психиатрии и медицинской психологии

**Ведущая организация:**

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Министерства Здравоохранения Российской Федерации

Защита состоится «13» февраля 2017 г. в 11:00 на заседании диссертационного совета Д 001.028.01 в Федеральном государственном бюджетном научном учреждении Научный центр психического здоровья по адресу: 115522, Москва, Каширское шоссе, дом 34

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

Автореферат разослан «...» декабря 2016 г.

**Ученый секретарь**

**диссертационного совета**

**кандидат медицинских наук**

**Никифорова Ирина Юрьевна**

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

**Актуальность исследования:** Несмотря на многочисленные исследования прошлых столетий, вопрос онейроидного помрачения сознания остается непростой проблемой в современной психиатрии [Акопова И.Л., 1965; Демонова Д.П., 1972; Никл Я., 1969; Оршанский И.Г., 1889; Ротштейн В.Г., 1966; Стоянов, С.Т., 1961; Фаворина В.Н., 1956; Regis E., 1923; Collier G., 1957; Follin M., 1964]. Трудности в диагностике данных состояний связаны как с особенностями психопатологических проявлений, клинической картины, так и определенным отношением самих больных к ярким, эмоциональным переживаниям, которыми пациенты не всегда делятся с врачом. Отсутствие должного понимания и внимания к проблеме онейроидно-кататонических состояний нередко приводит к диагностическим ошибкам. Онейроидные состояния нередко ошибочно трактуются как «галлюцинаторно - параноидные», «депрессивно - параноидные», парафренические» [Бархатова А.Н., 2005; Вдовенко А.М., 2012; Портнов В.В., 2006; Соколов Р.Е., 2011; Субботская Н.В., 2006].

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 [Смирнов В. К., 1973; Hemsly D. R., 1994; Hönigl D., 2005; Schmidt-Degenhard M., 2004; Walther S., 2016]. Отсутствие единого понимания в квалификации онейроидно-кататонических состояний сохраняется до настоящего времени [Fink M., 2006; Hori T., 2013; Jahraus V., 2006]. Одни исследователи рассматривают онейроидную кататонию как самостоятельную единицу [Meduna L.J., 1950]. Другие описывают онейроид как один из видов проявления делирия или аменции, некоторые связывают развитие онейроидных состояний с шизофренией [Ротштейн В.Г., 1966; Никл Я., 1969; Молохов А.Н., 1936; Демонова Д.П., 1972; Mayer-Gross W., 1932]. 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 [Алимов Х.А., 1982; Пападопулос Т.Ф., 1966; Мазаева Н.А., 1969; Снежневский А.В., 1960; Тиганов А.С., 1966; Francis A., 1997].

Следует отметить, что до настоящего времени критерии диагностики и оценки прогноза данных состояний остаются не до конца ясными. Кроме того, исключение понятия «онейроид» из современных классификациях болезней [DSM-V, DSM-V-TR, ICD-10] является вопросом в значительной степени дискуссионным.

Отсутствие четких алгоритмов терапевтической тактики при онейроидно-кататонических состояниях в условиях наличия современных методов и антипсихотических препаратов нового поколения создают предпосылки для

дальнейшего изучения данного вопроса [Мосолов С. Н., 1998; Андрусенко М.П., 2001; Бархатова А.Н., 2005; Clark A.F., 2001; Fleischhacker W.W., 2002; Kane J.M., 2003; Sienaert P. et al.; 2014 Serata D. et al., 2015].

Таким образом, проблема онейроидно-кататонических состояний при эндогенных заболеваниях требует дальнейшей разработки и определяет актуальность настоящего исследования.

**Степень разработанности темы исследования.** Несмотря на существующий ранее интерес к проблеме онейроидного помрачения сознания, исследования прошлого века вряд ли могут полностью отражать современное состояние данной проблемы. В последние десятилетия количество работ, посвященных проблеме онейроидно-кататонических состояний, значительно уменьшилось, а имеющиеся публикации лишь косвенно касаются данной тематики [Субботская Н.В., 2006; Портнов В.В., 2006; Соколов Р.Е., 2011; Schmidt-Degenhard M., 2004; Hori T., 2013; Panyakaew P., 2015; Serata D. et al., 2015].

До настоящего времени остается не изученным вопрос об особенностях структуры, систематики и психопатологии расстройств, наблюдающихся при онейроидном помрачении сознания, а также особенностей клинической картины и динамики заболевания, при котором они возникают, их нозологическая принадлежность. Не достаточно разработаны современные аспекты патогенеза и лечения онейроидной кататонии.

Кроме того, исследование патоморфоза онейроидных состояний показывает, что в настоящее время отмечается изменение структуры и содержания онейроидных расстройств, а также длительности течения, в результате чего онейроидные картины представляют собой транзиторные, редуцированные состояния. Атипичность описанных ранее онейроидных приступов и этапов развития онейроида, отсутствие четких психопатологических критериев онейроидного помрачения сознания, недостаточная изученность влияния возраста, преморбидных особенностей, психопатологической симптоматики, предшествующей онейроидному приступу, видоизменение приступа под влиянием психофармакотерапии, все это позволяет говорить о необходимости дальнейшего исследования этого психопатологического состояния [Тиганов, А.С., 2009; Цуцуйковская, М.Я., 2008; Мазаева Н.А., Соколов Р.Е., 2010; Двирский А.Е., 2004].

**Целью** исследования являлось изучение клинико-психопатологических и клинико-динамических особенностей онейроидно-кататонических состояний при эндогенных заболеваниях, определение дифференциально-диагностических и прогностических параметров, а также оптимизация 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 формам течения шизофрении;
4. Выделение патогенетических факторов заболевания, протекающих с онейроидно-кататоническими приступами;
5. Обоснование адекватных подходов к выбору терапевтической тактики при лечении онейроидно-кататонических психозов.

**Научная новизна работы.** В отличие от исследований, представленных по данной проблеме ранее [Стойнов С.Т., 1961; Аكوпова И.Л., 1965; Демонова Д.П., 1972; Ротштейн В.Г., 1966; Оршанский И.Г., 1889; Jaspers K., 1957], впервые предложено разграничение онейроидно-кататонических состояний на основании выделения основного проявления синдрома - наличия тех или иных видов фантастических переживаний, преобладающих в картине психоза. В рамках представленных вариантов произведено уточнение и детализация психопатологических особенностей онейроидно-кататонических состояний, рассмотрена и описана взаимосвязь с другими психопатологическими проявлениями (в частности аффективными нарушениями и расстройствами бредового регистра), образующих сложную структуру приступа.

В отличие от существующих ранее подходов к квалификации онейроидно-кататонических состояний [Тиганов, А.С., 1997; Снежневский, А.В., 1963; Пападопулос Т.Ф., 1976; Краепелин Е., 1902; Kahlbaum K., 1874], когда в качестве основного признака избиралась степень выраженности помрачения сознания, в работе решена проблема разграничения онейроидно-кататонических состояний на основании выделения компонентов расстройства сознания. Динамический подход, который был использован в исследовании, в сочетании с анализом психопатологической картины, позволил по-новому оценить значение развития характерных этапов приступа онейроидной кататонии.

Впервые единым инструментом обследованы разные категории больных, благодаря чему удалось отметить неоднородность проявления заболевания, протекающего с онейроидно-кататоническими состояниями, в зависимости от возраста пациента, преморбидных особенностей личности, предшествующей психопатологической симптоматики, а также проанализировать структуру данных состояний. Данное исследование позволило обратить внимание на клиническую

картину форм и вариантов течения шизофрении, в структуре которых возникают онейроидно-кататонические состояния. Рассмотрены особенности манифестного и повторных онейроидно-кататонических приступов в динамике заболевания, что позволило проанализировать закономерности течения, дать оценку степени прогрессивности заболевания, а также доказать нозологическую предпочтительность онейроидной кататонии.

В отличие от предложенных ранее принципов терапии [Корнетова Е.Г., 2009; Мосолов С.Н., 1998; Радионова С.И., 2007; Цуцульковская М.Я., 2002; Соколов Р.Е., 2011; Давыдов А.Т., Бельских А.Н., 2006; Abrams R., 1992; Beck, A.T., 2008; Serata D., 2015; Shenai N., 2016; Sienaert P., 2014; Raveendranathan D., 2012; Kane, J.M., 2003] были предложены модернизированные терапевтические методики лечения онейроидно-кататонических состояний, которые учитывают гетерогенность онейроидно-кататонических состояний, а также клинические особенности заболевания, в рамках которого развиваются данные состояния.

**Теоретическая и практическая значимость исследования** определяется решением актуальной для клинической психиатрии задачи исследования клинко-психопатологических особенностей онейроидно-кататонических состояний при эндогенных заболеваниях, определения дифференциально-диагностических и прогностических критериев их оценки и оптимизации терапевтической тактики данных расстройств. Результаты, полученные в процессе исследования, позволяют дать современную оценку феномену сновидного помрачения сознания и вносят вклад в развитие учения об эндогенных психозах, которые протекают с картиной онейроидной кататонии. Разработана оригинальная типология онейроидно-кататонических состояний, которая уточняет их психопатологические и клинко-динамические особенности и обладает как теоретической, так и клинической значимостью. Проведенный анализ структуры и динамики онейроидной кататонии, а также заболевания, в рамках которого она развивается, дают возможность дифференциально-диагностической оценки картины состояния. Исследованы клинко-психопатологические особенности приступов эндогенного заболевания, протекающего с картиной онейроидной кататонии, и их динамики, ремиссий после перенесенных острых психотических состояний, а также анализ социально-трудовой адаптации, 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 приступы онейроидной кататонии, 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 являлись 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.Ключник) 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.

**Критериями включения** в исследование явились: формирование онейроидно-кататонического состояния в структуре приступа; наличие признаков помраченного сознания по К.Jaspers в картине состояния; соответствие приступа диагностическим критериям шизофрении (F20, F23 по МКБ-10); наличие катамнестического наблюдения не менее 5 лет.

**Критерии исключения:** В исследование не включались больные с наличием сопутствующей психической патологии органическими заболеваниями, 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-статистический; клинико-терапевтический;

**Основные положения, выносимые на защиту:**

1. Онейроидно-кататонические состояния, формирующиеся в рамках эндогенного заболевания, представляют собой клинически гетерогенную группу приступов

2. Разнообразие онейроидно-кататонических состояний связано с различным соотношением структурных психопатологических элементов: преобладанием различных компонентов расстройства сознания, выделенных на основании проявления тех или иных фантастических переживаний; неодинаковой динамики

развития онейроидно-кататонических приступов; различным удельным весом аффективных нарушений и расстройств бредового регистра (острый чувственный бред, проявления психического автоматизма и др.), выраженности явлений помрачения сознания, благодаря чему возможно типологическое разделение данных расстройств.

3. Течение и исход эндогенного заболевания имеет взаимосвязь с типологической разновидностью онейроидно-кататонических состояний с различной их прогностической значимостью.

4. Выбор дифференцированной терапевтической тактики определяется типологической разновидностью онейроидно-кататонических состояний.

**Степень достоверности и апробация результатов исследования.** Достоверность научных положений и выводов исследования обеспечивается тщательным изучением репрезентативного клинического материала (68 больных с онейроидно-кататоническими состояниями в приступах в рамках эндогенного заболевания); адекватным и комплексным подходом к исследованию с использованием клинко-психопатологического, клинко-катамнестического, статистического и клинко-терапевтического методов исследования, их соответствием поставленной цели и задачам. Результаты подтверждены статистическим анализом. Комплексный подход, включающий достоверные, апробированные и признанные методики исследования, обеспечил возможность адекватного решения поставленных задач и определил обоснованность результатов диссертационной работы и следующих из них выводов.

**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.).

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

**Публикация результатов исследования.** Основные результаты исследования достаточно полно представлены в 5 публикациях (из них - 3 статьи в рецензируемых научных журналах ВАК). Список работ приводится в конце автореферата.

**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.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Онейроидно-кататонические состояния представляют собой сложный психопатологический синдром в виде сновидного помрачения сознания, проявляющегося отрешенностью от действительности, искаженным восприятием окружающего, с фантастическими переживаниями, дезориентировкой в месте, времени, в собственной личности и различной степенью амнезии. Характерными проявлениями состояния являются кататонические расстройства, выраженные в той или иной степени, аффективные нарушения и явления острого чувственного бреда. Характерна определенная динамика развития приступа с наличием или отсутствием последовательных этапов его развития. В результате исследования удалось выделить основные *компоненты расстройства сознания*, проявлением которых явились те или иные виды фантастических переживаний в структуре онейроида. Ими определялись клиничко-психопатологические особенности, что позволило выделить следующие типологические разновидности состояний: *онейроидно-кататонические состояния с преобладанием зрительного компонента расстройства сознания*, среди которых выделены подгруппы - с последовательным развитием характерных этапов приступа и 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, характеризующиеся сочетанием зрительного и сенсорного компонентов расстройства сознания. Такое подразделение онейроидно-кататонических расстройств, основанное на преобладании различных видов фантастических переживаний в структуре состояний, а также отражающее особенности динамики развития онейроида, позволило регистрировать имеющуюся гетерогенность между сходными на первый взгляд состояниями онейроидной кататонии, а также отметить качественные особенности составляющих онейроидно-кататонических состояний и удельный вес онейроида в картине приступа.

**В I группе онейроидно-кататонических состояниях с преобладанием зрительного компонента расстройства сознания** (37 наблюдений - 13 женщин и 7 мужчин, 54% случаев) нарушение восприятия окружающего характеризовалось 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, которое создавало картину «полного погружения» в мир фантазий. Наличие чувства «сновидности», которое больные

определяли как ощущение «сна наяву», являлось важной чертой состояния. Онейроид у таких больных соответствовал грезоподобному варианту или истинному онейроиду. Особое место занимало перевоплощение личности больных в живые существа, бесформенную материю, неодушевленные предметы; при этом больные оказывались активными участниками происходящих событий.

**Ia группа** - *Онейроидно-кататонические состояния с преобладанием зрительного компонента расстройства сознания с наличием характерных этапов* (20 наблюдений - 29%): развитие приступа онейроидной кататонии происходило поэтапно. Короткий период аффективных нарушений не превышал 2 месяцев. Их нарастание сопровождалось появлением расстройств бредового регистра. Структура состояния определялась чувственным бредом в виде синдрома инсценировки с наличием отдельных элементов явлений психического автоматизма (идеаторные автоматизмы, псевдогаллюцинации, неразвернутые идеи воздействия). Формирующийся фантастический бред приобретал «грезоподобность» и «сновидность». Появлялись и нарастали кататонические проявления. Онейроид развивался вслед за синдромами с преобладанием чувственного бреда. Для таких больных было характерно чередование кататонического ступора и возбуждения. Сюжет онейроидных картин отличался вариабельностью, превалировало мистическое и фантастическое содержания переживаний. Аффективная окраска онейроида соответствовала полюсу аффекта в приступе. Для больных с экспансивным онейроидом было характерно активное участие больного в переживаемых событиях. Обращало на себя внимание, что при экспансивном онейроиде чаще наблюдались кататонические расстройства в виде ступора. Активность больных в пределах фабулы депрессивного онейроида была иной, больные не выполняли активную роль, а становились пассивными наблюдателями или «готовились» стать участниками событий. Для таких больных было характерно кататоническое возбуждение с тревожно-тоскливым оттенком аффекта, которое изредка сменялось эпизодами кататонического ступора. Кататонические расстройства были представлены ярко, выходили на первый план в состоянии больных. Непосредственно после выхода из онейроида, воспоминания об остром периоде у больных отсутствовали. Впоследствии, можно было обнаружить постепенное восстановление воспоминаний острого периода. В ряде случаев воспоминания об остром периоде имели место лишь в короткий промежуток времени после выхода из онейроида, в дальнейшем больные говорили лишь о факте «необычных снов», содержание которых не могли вспомнить. Выход из состояния был литическим с характерным постепенным обратным развитием этапов, симметричным развитием приступа в целом. Критика к перенесенным онейроидным состояниям в большинстве случаев была выражена в достаточной степени.

В **Iб** группу были включены *онейроидно-кататонические состояния с преобладанием зрительного компонента расстройства сознания и нарушением последовательности характерных этапов приступа* (17 наблюдений - 25%). Онейроид развивался в рамках острых транзиторных психотических состояний. Его развитию предшествовали кратковременные (от нескольких часов до 1-2 суток) и внезапно возникшие чувства беспредметного страха, смятения, недоумения, растерянности, эмоционального напряжения или беспричинного воодушевления, восторженного ожидания необъяснимого в зависимости от преобладания депрессивного или маниакального полюса аффекта. Такое аффективное напряжение с элементами чувственного бреда в виде инсценировки, внезапно перерастало в онейроидное помрачение сознания, минуя стадию антагонистического бреда и острого парафренного состояния. Больные рассказывали о внезапно возникших «снах наяву»; картина соответствовала грезоподобному онейроиду. Отмечалась максимальная степень выраженности зрительного компонента расстройства сознания, особая красочность и яркость фантастических переживаний. Содержание онейроида было непоследовательным, фантастичным, с изменчивостью сюжета. Длительность онейроида ограничивалась одним или несколькими непродолжительными эпизодами, отмечающимися в течение одного или нескольких дней. Кататонические расстройства представляли собой эпизодически возникающие элементы ступора/возбуждения с отдельными стереотипиями, редкими эхолоалиями, непродолжительными застываниями. Выход из состояния был критическим. Вслед за онейроидом отмечался кратковременный период аффективных расстройств в сочетании с эпизодами острого чувственного бреда, представленного синдромом инсценировки. По истечению времени лишь у части больных формировалась критика к перенесенному психозу. В ряде случаев обратное развитие онейроидно-кататонического приступа сопровождалось формированием острого парафренного состояния с преобладанием чувственного бреда. У таких больных нарушение последовательности развития приступа онейроидной кататонии проявлялось выпадением этапа антагонистического и фантастического бреда. Быстрое формирование картины онейроида с отсутствием характерных этапов сменялось более затяжным и длительным выходом из приступа, что позволяло говорить об отсутствии симметричности развития приступа в целом. В структуре приступа у таких больных превалировал острый чувственный бред. Выход из приступа не сопровождался формированием критики к перенесенному психозу. Несмотря на дезактуализацию болезненных переживаний, у больных сохранялась убежденность в реальности произошедших с ними событий в острый психотический период.

Во **II** группу были включены **онейроидно-кататонические состояния с преобладанием сенсорного компонента расстройства сознания** (31 наблюдение

- 46%). Среди них 12 наблюдений (18%) - Па группу составили состояния с минимально выраженным зрительным компонентом или его отсутствием. Отличительной особенностью онейроидного помрачения сознания было преобладание тактильных, кинестетических и слуховых расстройств, которые в совокупности с определенной трактовкой данных ощущений и отсутствии зрительных проявлений определяли картину онейроида. Кинестетические проявления были представлены чувством перемещения в пространстве (движения, полет), которые сопровождалась тактильными проявлениями - разнообразными ощущениями на поверхности кожи (давления воздуха, тепла или холода, капель дождя или ветра) - весь спектр тактильных ощущений, соответствующих содержанию фантастических переживаний, создавали у таких больных ощущение реальности при отсутствии визуальных картин события. Подобные проявления сопровождалась и слуховыми расстройствами (шум, гул, музыки и др. звуки), соответствующими фантастическим событиям. Обонятельные нарушения были представлены разнообразными запахами, также соответствующих сюжету происходящего - запах дыма, костра, цветов и др. В результате преобладания сенсорного компонента расстройства сознания, больные не видели, а ощущали, как они перевоплощались в необычных существ, ангелов, демонов, чувствуя при этом видоизменения структуры кожи, появлении чешуи и превращении в животных (ящерицу, прорастания хвоста и шерсти, появления ангельских, рогов и др.). Подобные проявления можно было квалифицировать как бред метаморфозы. Визуальные образы были минимальными или их наличие выявить не представлялось возможным. Больные описывали чувство «отключения сознания», «проваливания в другую реальность», «попадание в забытие», «пустоту», «небытие», которые воспринимались как темное, черное, порой «вязкое» пространство и оказывалась единственной существующей зрительной картиной. У данной группы больных сохранялось классическое течение этапов развития приступа онейроидной кататонии с симметричным их развитием до и после онейроида. Формирование онейроида происходило вслед за состоянием с явлениями чувственного бреда и обилием проявлений психического автоматизма. Содержание онейроида отличалось четкостью, последовательностью, с единой сюжетной линией. Сюжеты, имевшие место в предыдущих этапах, имели свое отражение в содержании онейроидных переживаний. Превалировал фантастический характер переживаний, реже события развивались в рамках бытового сюжета. Несмотря на то, что больные являлись центром происходящих событий, активными участниками они не были. Так, чувствуя полет или перемещение в пространства, больные пассивно повиновались происходящему, а не управляли им. События происходили с ними, или вокруг них, однако больные не всегда становились главными действующими лицами. Аффективная окраска

онейроида сохранялась на протяжении приступа. Длительность онейроида у большинства больных составляла от нескольких дней до недели. Больные определяли онейроид как состояние возникшее остро и неожиданно и также внезапно закончившееся. Для таких больных в большей степени была выражена амнезия реальных событий, фантастические переживания амнезировались частично. Выход из приступа был последовательным с постепенным обратным развитием этапов приступа онейроидной кататонии с формированием картины чувственного бреда и явлениями психического автоматизма. У больных отмечался длительный период аффективных нарушений в виде депрессивных состояний, а также отсутствовала критики к перенесенному состоянию.

**IIб группа** - *Онейроидно-кататонические состояния с сочетанием зрительного и сенсорного компонентов расстройства сознания (сенсорно-зрительный вариант)* (19 наблюдений - 28%). 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 фантастического сюжета, что позволяло отнести данные состояния к иллюзорно-фантастическому варианту онейроида. Зрительные расстройства были фрагментарными, напоминали иллюзорное восприятие окружающего. 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 войны или битвы. У таких больных отмечалась максимальная степень иллюзорного восприятия, отражающего фантастические переживания. Самосознание больных расстраивалось незначительно. Структура личности больных претерпевала лишь частичное качественное изменение, они были наделены фантастическими способностями, оставаясь сами собой. Самоидентификация «Я» была не изменена. Являясь героями и участниками фантастических событий, больные играли определенную роль в происходящем. Однако, перевоплощений, фантастических метаморфоз и

видоизменений личности не отмечалось. Аффективные расстройства были представлены нарушениями обоих полюсов, однако у таких больных превалировала депрессивная окраска онейроида. Кататонические проявления были представлены преобладанием возбуждения, отмечались отдельные двигательные стереотипии, кататонический ступор с явлениями мутизма и негативизма. Для данной группы было характерно сохранение типичных этапов развития приступа онейроидной кататонии. Онейроид развивался вслед за состоянием с преобладанием чувственного бреда и явлениями психического автоматизма, и соответствовал картине иллюзорно-фантастического варианта. Выход из приступа был литическим. При обратном развитии в состоянии превалировали проявления чувственного бреда в сочетании с явлениями психического автоматизма с преобладанием последних. Несимметричность приступа могла проявляться неодинаковым полюсом аффекта до развития онейроида и после выхода из сновидного состояния. Амнезия была выражена в незначительной степени, больные подробно рассказывали о пережитом. Критика как к перенесенным онейроидным переживаниям, так и болезни в целом была выражена в недостаточной степени.

**Формы течения эндогенного заболевания** с онейроидно-кататоническими состояниями в приступах были проанализированы с учетом выделенных типологических разновидностей онейроида. В ходе исследования были рассмотрены преморбидные особенности личности и доманифестный этап заболевания, сопоставлены возрастные особенности больных в различных группах. Исследовались манифестный и повторные онейроидно-кататонических приступы, ремиссии после перенесенных психозов, рассмотрены особенности течения заболевания, протекающего с онейроидно-кататоническими приступами, и описаны клинические варианты шизофрении с различной степенью прогрессивности эндогенного процесса. В соответствии с данными параметрами было выделено 3 клинические группы шизофрении.

**I. Группа с благоприятным течением эндогенного процесса** (15 больных, из них 8 мужчин и 7 женщин). *Манифестация заболевания* происходила в молодом возрасте (от 17 до 25 лет) с развития онейроидно-кататонического приступа с превалированием зрительного компонента расстройства сознания и последовательным развитием характерных этапов приступа (Ia тип). Психоз отличался преобладанием явлений острого чувственного бреда в виде инсценировки и минимальными проявлениями психического автоматизма, исчерпывающегося единичными идеаторными компонентами, высоким темпом развития, калейдоскопичностью, высоким удельным весом кататонических расстройств, преобладанием депрессивных аффективных нарушений. Длительность манифестного психоза в среднем составляла около 3 месяцев. После выписки из

стационара социальный статус и учебные показатели больных в большинстве случаев оставались неизменными. Катамнез исследуемой когорты составил от 3 до 20 лет. Длительность первой ремиссии достигала 10 лет. Дальнейшую *динамику заболевания* можно было представить несколькими разновидностями течения. В случаях одноприступного течения после перенесенного психоза состояние больных представляло собой ремиссию высокого качества с сохранением социально-трудового уровня. О каких-либо изменениях личности говорить не представлялось возможным. У отдельных больных отмечались неглубокие аффективные расстройства циклотимического уровня, без влияния данных расстройств на качество жизни пациентов. При наличии в динамике заболевания приступов по типу «клише», повторные состояния сохраняли психопатологическую структуру, аналогичную манифестному приступу. В ремиссиях у больных также могли появляться аффективные расстройства неглубокого уровня, при этом снижения социально-трудового статуса не отмечалось. С течением времени период ремиссий становился более продолжительными, а психотические приступы менее развернутыми. Исследование показало возможность наличия динамики, где на первых этапах заболевания у больных можно было отметить повторные приступы по типу «клише», в дальнейшем характер приступов менялся. Их структура была представлена преимущественно картинками острого чувственного бреда в виде инсценировки, которые не достигали уровня онейроида. В ремиссиях регистрировались стертые циклотимоподобные колебания аффекта, при этом больные сохраняли достаточную социальную активность, при этом отсутствовали признаки, свидетельствующие о наличии негативной симптоматики. В последующем отмечалось снижение частоты психотических приступов, укорочение их продолжительности, болезненные проявления были представлены аффективной структурой. В *преморбидном личностном складе* у данной группы больных преобладали гипертимные и сенситивные черты характера в сочетании с разной степенью выраженности демонстративных черт и отдельных шизоидных проявлений, отмечалась склонность к фантазированию и мечтательности. Наследственность психическими заболеваниями была неотягощена. Отличительной особенностью данной группы было отсутствие какие-либо психопатологических проявлений вплоть до пубертатного возраста, а также достаточно короткий по продолжительности и скудный по наличию психопатологических нарушений *доманифестный период*. Появление первых признаков заболевания ограничивалось неглубокими аффективными нарушениями с явлениями реактивной лабильности отмечалось в возрасте 15–17 лет. Они отличались малой глубиной, не отражались на социальном уровне или учебной деятельности больных, продолжительность их не превышала 6 месяцев. Анализ течения заболевания больных данной группы позволил отметить отсутствие каких-либо ярко выраженных изменений личности,

сохранение достаточного уровня эмоциональной сохранности больных. При отдаленном катамнезе в 10 и более лет лишь в небольшом количестве наблюдений отмечались ипохондрические проявления (в виде некоторого избегания или ограничения контактов в случаях развития инфекционной эпидемии), нерезко выраженные астеноподобные нарушения, которые возникали лишь на отдаленных этапах болезни и не оказывали существенного влияния на качество жизни больных. Все это позволило говорить о наличии *рекуррентного типа течения* шизофрении у данной группы больных.

**II. Группа с относительно благоприятным течением эндогенного процесса** (32 больных, из них 10 мужчин и 22 женщины). *Манифестное состояние* развивалось в юношеском возрасте от 20 до 25 лет, у 5-х больных - в зрелом возрасте (после 30 лет). По структуре психозов данная группа больных была наиболее неоднородной. У большинства больных отмечалось развитие онейроидно-кататонического состояния с превалированием зрительного компонента расстройства сознания и нарушением последовательности характерных этапов приступа (Iб тип), в остальных случаях возникал онейроид с превалированием сенсорного компонента (IIа типа). Отличительной чертой у больных этой группы являлось наличие маниакального аффекта до развития манифестного психоза, а также нетипичной динамики развития приступа. Если у большинства больных (14 наблюдений) картина состояния представляла собой психоз, не превышающий 2-х недель, то в 4 наблюдениях приступ имел более затяжное течение, а вслед за онейроидом развивалось острое парафренное состояние с преобладанием чувственного бреда. У других больных манифестный приступ характеризовался онейроидом с превалированием сенсорного компонента расстройства сознания (IIб тип), динамика состояния отличалась затяжным течением. Приступы имели иную структуру с острым чувственным бредом и превалированием в картине состояния явления психического автоматизма. Аффективные проявления были монотонными, быстро теряли свою яркость и остроту, приобретая характерные черты затяжных состояний. Продолжительность психоза составила в среднем 6-8 мес. *Ремиссии* у данной группы больных после перенесенного манифестного онейроидно-кататонического приступа были неполными. Критика к перенесенному психозу у всех больных была формальной. У части больных после перенесенного приступа болезни появлялись неврозоподобные расстройства различной степени выраженности. Они были представлены агарофобическими и обсессивными нарушениями, могли сочетаться с ритуальными действиями и имели связь с аффективными расстройствами континуального характера. *Катамнез* заболевания составил от 3 до 9 лет. Одноприступное течение характеризовалось развитием онейроидно-кататонического приступа с последующим отсутствием критического отношения к болезни после выхода из психоза. Больные оставались убежденными в

реальности пережитых событий, относились к психозу как полезному жизненному опыту, меняли образ жизни. Повторные госпитализации чаще были связаны с появлением обсессивно-фобической и/или аффективной симптоматикой. Отмечалось сужение круга общения и интересов, такие больные порой слыли «чужаками» в своем кругу. Если заболевание проявлялось приступами по типу «клише», то психозы не отличались по своей психопатологической структуре от манифестного. Можно было отметить сокращение их продолжительности до 3-4 месяцев. Ремиссии после повторных приступов были аналогичны таковым после первого манифестного психоза по особенностям личностных изменений и по уровню социально-трудовой адаптации. Их длительность составляла от 1 до 5 лет. *Преморбидно* большинство больных имело мозаичный тип личности с преобладанием истерических и шизоидных черт в характере. Реже у больных отмечались отдельные сенситивные и паранойяльные черты. Больные были избирательно общительны, отличались впечатлительностью, мнительностью, мечтательностью, склонностью к фантазированию. Отмечались черты психического инфантилизма, свойственные больным с детства. У данной группы больных можно было обнаружить наличие *наследственной отягощенности*. Родственники больных страдали психическими заболеваниями (чаще депрессиями), встречались случаи с накоплением у близких родственников патологических черт личности и злоупотреблением алкоголем. На *доманифестном* этапе развитие первых проявлений эндогенного заболевания отмечалось значительно раньше, чем в предыдущей группе больных. Уже в детском возрасте (с 5-6 лет) можно было отметить появление невротоподобных расстройств (разнообразные фобии), которые отмечались вплоть до подросткового периода. У 1/3 больных первые аффективные (депрессивные) расстройства появлялись в дошкольном возрасте. Такие состояния сопровождались реактивной лабильностью и возникали при смене привычного образа жизни. В дальнейшем колебания настроения утрачивали связь с внешними событиями. Возникали дисморфофобические расстройства разной степени выраженности. В возрасте 15-16 лет становились отчетливыми аффективные нарушения противоположного полюса. Отмечалось появление ранее несвойственных больным особых увлечений сверхценного характера (толкиенизм, кельтская культура, иппология, эзотерика). Нарастание выраженности и продолжительности аффективных расстройств имело тенденцию к безремиссионному течению. У 1/3 больных на доманифестном этапе заболевания можно было обнаружить наличие *транзиторных психотических эпизодов* с состояниями сновидной структуры в форме «вещего сна» или с переживаниями персекуторного характера. Таким образом, анализ заболевания данной группы больных показал наличие определенной степени выраженности изменений личности при сохранении социально-трудового статуса, что позволило говорить об

*относительно благоприятном типе течения приступообразно-прогредиентной шизофрении.*

**III. В группу с прогностически неблагоприятным течением эндогенного процесса** (21 наблюдение - 6 мужчин и 15 женщин). *Манифестация заболевания* приходилась на молодой возраст и варьировалась от 18 до 25 лет. В 13 случаях заболевание манифестировало онейроидно-кататоническим состоянием с преобладанием сенсорно-зрительного компонента расстройства сознания (Пб тип). 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 предшествовали возникновению чувственного бреда. Явления психического автоматизма (чаще идеаторные, реже сенсорные) становились первыми признаками развития психоза. Развившееся психотическое состояние могло продолжаться несколько месяцев, при этом больные не обращались к психиатрам. Онейроид отличался отсутствием полной отрешенности от окружающей действительности, неглубоким уровнем расстройства сознания, переплетением болезненных переживаний и восприятием элементов реальной обстановки. Для больных данной группы было характерно наличие двойной ориентировки в пространстве и максимальная степень выраженности иллюзорного восприятия. В остальных случаях (8 наблюдений) манифестным становилось состояние с преобладанием явлений психического автоматизма и чувственного бреда в виде синдрома инсценировки. *Ремиссия* после первого манифестного приступа отличалась низким качеством. Возникающие в дальнейшем биполярные аффективные расстройства становились четко континуальными, имели выраженную глубину и являлись причиной нарушения социально-трудового статуса больных. Длительность первой ремиссии не превышала полутора лет. Кроме того, в ремиссиях нередко отмечались выраженные неврозоподобные расстройства и психопатоподобные нарушения, что затрудняло оценку личностных изменений. Однако уже на этом этапе заболевания у больных данной группы было заметно определенное обеднение интересов и сужение социальных контактов. В структуре повторных психозов отмечалось преобладание явлений психического автоматизма с низким удельным весом чувственного бреда. Лишь на отдаленных этапах заболевания, спустя несколько лет от манифестации, можно было обнаружить развитие онейроидно-кататонических состояний, которые становились 3-м, 5-м и др. приступами по счету в динамике заболевания. Эти состояния становились самым тяжелыми и развернутыми на протяжении болезни. В психозе основное место занимали проявления психического автоматизма вплоть до феномена тотального овладения. Онейроидные нарушения имели характер эпизодов. Их отличала

максимальная степень иллюзорности восприятия, неразвернутость и кратковременность. Повторные *ремиссии* характеризовались усилением видимых личностных изменений в виде инфантилизма больных, ограничения круга общения и интересов, аутизации. Имели место острые психотические состояния иной структуры. От приступа к приступу, а у отдельных больных уже после манифестного состояния нарастала социальная и профессиональная несостоятельность, непродуктивный характер деятельности или практически полная бездеятельность ( $\chi^2 = 29,771$ ;  $p < 0,05$ ). Со временем можно было говорить об ослаблении эмоциональных привязанностей и глубины эмоциональных реакций по отношению к родным и близким. Наряду с эмоциональной нивелировкой прослеживалась личностная динамика в виде сглаживания ранее присущих психопатических черт. С течением времени отмечалось уменьшение продолжительности ремиссии и учащение частоты повторных экзацербаций. Немаловажным являлось отсутствие критики к отдельным проявлениям болезни и к заболеванию в целом. *Преморбидные особенности личности* были представлены преимущественно шизоидным радикалом, который сочетался с отдельными неустойчивыми, истерическими, сенситивными чертами с выраженной замкнутостью, малообщительностью и отсутствием каких-либо эмоциональных привязанностей. У всех больных данной группы можно было обнаружить *наследственную отягощенность*, которая в трети случаев была представлена наличием шизофрении у ближайших родственников, в трети наблюдений - отмечались случаи аффективных расстройств, в остальных случаях - приверженность к злоупотреблению алкоголя различной степени выраженности и/или накопление патологических черт в характере. Среди особенностей течения *доманифестного этапа* важно отметить, что у таких больных уже с раннего детского возраста можно было выявить наличие неврозоподобной симптоматики в виде фобий (страх темноты, высоты) как эквивалента аффективных состояний. По мере взросления можно было говорить о наличии биполярных аффективных нарушений с тенденцией к затяжному или континуальному их течению. Эти случаи характеризовало раннее появление иного круга расстройств, свойственных юношескому возрасту (дисморфомания, дромоманические, алкогольные и наркоманические тенденции и др.). Нередко на фоне выраженных аффективных нарушений возникали персекуторные идеи, которые не являлись конгруэнтными полюсу аффекта. Такие состояния сопровождались явной социальной дезадаптацией больных. *Транзиторные психотические эпизоды* на доманифестном этапе у данной группы больных встречались в 80 % случаев. Их структура соответствовала картине развивающихся в дальнейшем развернутых психотических состояний. Критическое отношение к ним отсутствовало. Таким образом, анализ течения заболевания

позволил говорить о наличии *приступообразно-прогредиентной шизофрении с неблагоприятным типом течения* у данной группы больных.

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 дефицитарнее оказывалась изначальная личностная структура, тем менее благоприятным представлялось само заболевание ( $\chi^2 = 44.822$ ;  $p < 0,05$ ). 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 ( $\chi^2 = 57.825$ ;  $p < 0,05$ ). Более гармонично сложенная личность, короткий инициальный этап или его отсутствие, а также одноприступное течение или наличие приступов «клише» позволяло определить течение эндогенного процесса как более благоприятное. Важную патогенетическую роль оказывал юношеский возраст, что подтверждается большим процентом и частотой возникновения онейроидно-кататонических состояний в юношеском возрасте. Приступы у таких больных оказывались наиболее острыми и развернутыми в сравнении с больными более старшего возрастного диапазона. 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 или почти не встречался как манифестный, что формировало иную динамику картины заболевания в целом.

Выделенные клинико-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 и благоприятным течением

эндогенного процесса наиболее эффективным оказалось применении комбинации типичного нейролептика (хлорпромазин) и ЭСТ ( $\chi^2 = 24.566$ ;  $p < 0,05$ ). При чем общие показатели эффективности в результате терапевтического воздействия в данной группе оказывались наиболее высокими, что отражало более благоприятный прогноз. Для больных со средним темпом развития и относительно благоприятным течением эндогенного процесса, включающих две типологические разновидности, объединенные наиболее сходным клиническим течением, основной схемой терапии стала комбинация двух типичных нейролептиков (хлорпромазин + трифлуоперазин/галоперидол) или же сочетании типичного нейролептика и нормотимика (карбамазепин), что было обусловлено особенностями течения картины заболевания. Достаточная степень эффективности при психофармакологическом воздействии отражала, в том числе, и относительную благоприятность клинико-прогностический параметров ( $\chi^2 = 37.727$ ;  $p < 0,05$ ). Для группы больных с затяжным, менее благоприятным течением с тенденцией к непрерывности процесса, ведущими в терапии стали достаточно разнообразные комбинации препаратов, включающие как типичные нейролептики, так и атипичные антипсихотики, комбинацию двух антипсихотиков, сочетание с антидепрессантами и нормотимиками. При этом общие показатели эффективности проводимого лечения были существенно ниже, чем в обеих предыдущих группах.

## **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Результаты диссертационного исследования, основанные на изучении больных с онейроидно-кататоническими состояниями при эндогенных заболеваниях, позволили сформулировать следующие 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 и аффективных расстройств и определенной последовательностью развития характерных этапов приступа.

2. Онейроидно-кататонические состояния при внешнем сходстве представляют собой группу состояний, гетерогенность которых выявляется на

основании психопатологических, клинико-динамических, дифференциально-диагностических, а также прогностических параметров.

3. Типологическая дифференциация онейроидно-кататонических состояний, основанная на психопатологическом анализе структуры состояния, позволила выделить следующие типы острых состояний:

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

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

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

- Pb тип: онейроидно-кататонические состояния с сочетанием зрительного и сенсорного компонентов расстройства сознания (сенсорно-зрительный вариант).

3.1 Указанные типологические группы были сформированы на основании выделения главных *компонентов расстройства сознания*, структура которых зависела от превалирования тех или иных видов фантастических переживаний в онейроиде, а также на основании наличия определенной динамики (этапности) развития состояния.

4. Анализ клинических особенностей заболевания, протекающих с приступами онейроидной кататонии, показал их неоднородность, проявляющуюся в различном диагностическом и прогностическом значении.

4.1 Нозологическая оценка онейроидно-кататонических состояний показала, что они являются предпочтительными для приступообразного течения шизофрении, причем в большинстве случаев в процессе заболевания обнаруживается определенная степень прогрессивности эндогенного процесса.

4.2 Онейроидно-кататонические состояния возникают при различных типах течения шизофрении с определенной взаимосвязью выделенных типологических разновидностей онейроида с динамикой заболевания и его прогрессивностью: онейроидно-кататонические состояния с преобладанием зрительного компонента расстройства сознания с сохранением характерных этапов развития развиваются преимущественно при рекуррентном типе течения; онейроидно-кататонические состояния с преобладанием зрительного компонента расстройства сознания и с нарушением развития характерных этапов приступа и онейроидно-кататонические состояния с преобладанием сенсорного компонента расстройства сознания характерны для приступообразно-прогрессивной шизофрении с относительно благоприятным течением эндогенного процесса; онейроидно-кататонические состояния с сочетанием зрительного и сенсорного компонентов расстройства

сознания отмечается в динамике приступообразно-прогредиентного варианта течения шизофрении.

5. Важными патогенетическими факторами, имеющими диагностическую и прогностическую роль в формировании особенностей заболевания являются, конституциональные личностные особенности, клинико-психопатологическая характеристики доманифестного этапа заболевания, возраст манифестации болезни, а также особенности динамики заболевания и ремиссий после перенесенных онейроидно-кататонических приступов.

6. Типологические различия в психопатологической структуре онейроидно-кататонических состояний, их взаимосвязь с динамикой различных вариантов шизофрении позволили обосновать выбор психофармакотерапевтической тактики с максимальной степенью эффективности лечения при различных вариантах онейроида и формы 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 РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ****Статьи в журналах, рецензируемых ВАК:**

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. 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. 11-16.

**Статьи и тезис в других периодических изданиях:**

4. Алексеева А.Г. Психопатологическая картина онейроидно-кататонических состояний при шизофрении / А.Г. Алексеева // Психиатрия: вчера, сегодня, завтра. Материалы Всероссийской школы молодых ученых и специалистов в области психического здоровья с международным участием, 22-24 апреля 2014 г. - Кострома. – 2014. - С. 12-16
5. Алексеева А.Г. Клинико-психопатологические особенности онейроидных состояний при шизофрении / А.Г. Алексеева // Психиатрия. - 2014. -№3. –С. 23.