

ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет имени  
профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения РФ  
Кафедра психиатрии и наркологии с курсом ПО  
Заведующий кафедрой - д.м.н., доцент Березовская М.А.

## **Реферат**

**На тему: Кататонический синдром**

Выполнила: ординатор 1 года обучения  
специальности «Психиатрия» Трифонова В.В.  
Проверила: д.м.н., доцент Березовская М.А.

Красноярск, 2020

## Оглавление

1. Введение.....	3
2. Кататонический синдром .....	3
3. Кататонический ступор.....	4
4. Кататоническое возбуждение.....	5
5. Онейроидные и люцидные кататонические состояния.....	6
6. Осложнения.....	7
7. Диагностика.....	8
8. Лечение.....	9
9. Заключение.....	10
8. Список литературы.....	11

## 1. Введение

Волевая сфера в рамках познавательных процессов представлена мотивационным аспектом. При этом существенным является оценка влияния мотивационных процессов и активности личности в познании действительности. Важны такие особенности волевой деятельности как целеустремленность, решительность и настойчивость, которые могут выступать также в виде индивидуально-психологических особенностей. Мотивацией называется процесс целенаправленной, организованной и устойчивой деятельности, направленный на удовлетворение потребностей. Для психиатрии значимым является факт тесной связи мотивации и активности с двигательными процессами. В связи с этим нередко волевая сфера обозначается как двигательно-волевая.

Одним из наиболее ярких клинических синдромов двигательно-волевой сферы считается кататонический синдром. Данная тема актуальна как для врачей-психиатров, так и для врачей других специальностей, потому что кататонию важно уметь распознавать, чтобы определить в профильный стационар, назначить правильное лечение, обеспечить должный уход за пациентом, а также вовремя предотвращать причинение им вреда себе и окружающим.

## 2. Кататонический синдром

**Кататонический синдром, кататония** (от др.-греч. *κατατείνω* — «натягивать, напрягать») — психопатологический синдром (группа симптомов), основным клиническим проявлением которого являются двигательные расстройства, проявляющиеся ступором и возбуждением.

Впервые был описан немецким психиатром Кальбаумом в конце XIX века, вначале рассматривался как самостоятельное психическое заболевание. Позднее другой немецкий психиатр Крепелин счел данное расстройство одним из проявлений шизофрении.

В настоящее время всё более распространённым становится утверждение, что кататония чаще является следствием аффективных расстройств, чем шизофрении. В 2009 году в публикации в журнале *Schizophrenia Bulletin* отмечалось, что кататония гораздо чаще встречается при депрессии и мании и при нейротоксических расстройствах, чем при шизофрении, и что нежелание признавать этот факт часто приводит к неверному лечению и неблагоприятным результатам лечения, в частности повышенному риску смертности.

Непосредственная причина возникновения этого синдрома пока не выяснена, однако существует несколько гипотез, объясняющих его появление. Ученые предполагают, что спровоцировать развитие кататонии может недостаточность ГАМК в коре головного мозга, внезапный глобальный недостаток дофамина и некоторые другие метаболические нарушения в головном мозге. Существует также теория, связывающая появление данного расстройства с примитивными реакциями страха, характерными для всех млекопитающих, то есть, с замиранием при виде хищника. Сторонники этой теории считают, что кататонический ступор является реакцией организма на субъективное предчувствие неминуемой смерти.

Развитие кататонических расстройств является показателем большой тяжести психического состояния.

Причины возникновения кататонического синдрома могут быть самые разнообразные. Ниже перечислены самые распространенные группы из них:

### **Психические расстройства**

- 1) шизофрения, различные виды психозов (органических, инфекционных, интоксикационных, абстинентных, соматических, острых психических расстройствах в послеродовом периоде).
- 2) аффективные расстройства (чаще – мания)
- 3) ПТСР, диссоциативные расстройства, истерия
- 4) у детей с аутизмом (может провоцироваться всеми расстройствами аутистического спектра).

### **Неврологические нарушения**

опухоли мозга, черепно-мозговые травмы (обычно – в отдаленном периоде), височная эпилепсия, синдром Туретта, сосудистые поражения головного мозга

### **Соматические заболевания**

тяжелые инфекционные заболевания, тромбоцитопеническая пурпура, аутоиммунные болезни и эндокринопатии.

### **Прием лекарственных препаратов и наркотических веществ**

- 1) кокаиномании, ряде других наркоманий и легальном лечении некоторыми препаратами, относящимися к группе психоактивных веществ.
- 2) как реакция на отмену психотропных препаратов или последствие их приема (ЗНС), прием кортикостероидов
- 3) отравление угарным газом, свинцом.

Таким образом, можно заметить, что чаще всего причинами возникновения кататонического синдрома становятся психические заболевания.

Сам синдром включает в себя кататонический ступор и кататоническое возбуждение. Оба этих состояния могут чередоваться друг с другом.

### **3. Кататонический ступор**

Проявляется обездвиженностью, повышением мышечного тонуса и мутизмом (отказом от речи). Движения замедлены или наблюдается их практически полное исчезновение движений. При ступоре часто развиваются гипергидроз, гиперсаливация, снижение артериального давления, отечность и синюшность конечностей. Клиническая картина ступора дополняется другими проявлениями кататонии.

Различают ступор с явлениями восковой гибкости, негативистический ступор и ступор с оцепенением.

- 1) Ступор с явлениями восковой гибкости (каталепсия) — состояние, при котором любое изменение позы больного сохраняется более или менее продолжительное время. Как правило, явления восковой гибкости возникают сначала в мышцах жевательной мускулатуры, затем последовательно в мышцах шеи, верхних и нижних конечностей.

Характерен "симптом воздушной подушки", при котором приподнятая над подушкой голова сохраняет приданное ей положение неопределенно долгое время. Исчезновение этих явлений происходит в обратном порядке.

Ступор с восковой гибкостью может переходить в ступор с негативизмом. Последний иногда предшествует наступлению ступора с оцепенением.

2) Негативистический ступор проявляется полной обездвиженностью больного, причем любая попытка изменить позу вызывает резкое напряжение мышц с противодействием. Нередко выделяют признаки *пассивного* и *активного негативизма*.

При *пассивном* негативизме больные не выполняют инструкции, а при попытке заставить их произвести то или иное действие оказывают сопротивление, сопровождающееся повышением мышечного тонуса.

При *активном* негативизме они не только сопротивляются предлагаемому действию, но и стремятся совершить противоположный двигательный акт.

3) Ступор с оцепенением — состояние резчайшего мышечного напряжения, при котором больные постоянно пребывают в одной и той же позе, чаще во внутриутробной: они лежат на боку, ноги согнуты в коленных суставах и прижаты к животу, руки скрещены на груди, голова прижата к груди, челюсти сжаты. Нередко у этих больных наблюдается симптом хоботка: губы вытянуты вперед при плотно сжатых челюстях. Для ступора с оцепенением, впрочем как и для некоторых других видов кататонического ступора, характерны явления мутизма.

Кроме перечисленных видов ступора, выделяют субступорозные состояния с неполной обездвиженностью, нерезко выраженными явлениями восковой гибкости, частичным мутизмом.

#### **4. Кататоническое возбуждение**

В состоянии возбуждения пациент подвижен, активно совершает какие-то целенаправленные или нецеленаправленные действия. Протекает непрерывно, либо сменяется кататоническим ступором.

Кататоническое возбуждение может быть экстатическим (растерянно патетическим), гебефреническим, импульсивным и немым (безмолвным).

1) Экстатическое, или растерянно-патетическое, возбуждение проявляется патетикой, экстазом. Больные принимают театральные позы, поют, декламируют стихи, на их лицах преобладает выражение восторга, проникновенности. Речь выпеннена, непоследовательна. Возбуждение может прерываться эпизодами ступора или субступора. Экстатическое возбуждение обычно предшествует импульсивному, затем может смениться гебефреническим и иногда немым.

2) Импульсивное возбуждение выражается в неожиданных, внезапных поступках. Больные внезапно вскакивают, куда-то бегут, стремятся ударить окружающих, впадают в состояние неистовой ярости, агрессии, застывают на непродолжительное время, вновь становятся возбужденными.

В речи нередко преобладает повторение услышанных слов (эхолалия), или повторение одних и тех же слов (вербигерация), а также повторения движений (эхопраксия) и мимики (эхомимия) окружающих.

3) Гебефреническое возбуждение характеризуется дурашливостью, гримасничаньем, нелепым, бессмысленным хохотом. Больные прыгают, кривляются, пляшут, неуместно плоско шутят, внезапно становятся агрессивными.

4) Немое (безмолвное) возбуждение — хаотическое, нецеленаправленное, безмолвное с агрессией, яростным сопротивлением. Бессмысленные агрессивные действия, во время которых пациент молча наносит тяжелые повреждения себе или другим людям.

На высоте такого возбуждения движения больных становятся ритмическими, напоминают хореатические или атетоидные.

Некоторые специалисты считают немое возбуждение крайней степенью импульсивного возбуждения.

### **5. Онейроидные и люцидные кататонические состояния**

Кататонические состояния в зависимости от наличия или отсутствия помрачения сознания соответственно подразделяют на онейроидные и люцидные.

**Люцидная кататония** характеризуется отсутствием продуктивной симптоматики. Другими словами при люцидной кататонии бредовых и навязчивых идей, галлюцинаций, припадков, напоминающих эпилептические. Помрачения сознания также не наблюдается.

Люцидная кататония характеризуется следующими особенностями проявления. У больных может наблюдаться:

- импульсивное возбуждение;
- негативистический ступор (больной словно игнорирует просьбы или слова, обращенные к нему);
- обездвиженность с оцепенением.

При этом больные полностью осознают происходящее с ними. У них сохраняется память о произошедших событиях. Кроме того отсутствует потеря временной, пространственной и личностной ориентации.

В состоянии ступора у человека отмечается резкое напряжение мускулатуры. Он может продолжительное время сохранять принятое положение тела.

**Онейроидная кататония**, по мнению многих ученых, знаменует собой предельную остроту состояния. Характеризуется она внезапным началом. Данная форма кататонии часто наступает после соматогенных реакций или психогении. При этом в течение пары часов может достигнуть своей кульминации.

В первый черед, заболевание проявляется нарастанием психомоторного возбуждения, резко выраженной растерянностью. Моторика, мимика и поведенческие реакции больных устойчиво изменчивы. Так, например, выражение всепоглощающего ужаса на лице внезапно может смениться беспричинным смехом, беспорядочное нецеленаправленное возбуждение со стереотипиями, кататонической импульсивностью, гримасничаньем, дурашливостью моментально переходит в ступор.

Для данной формы кататонического синдрома менее свойственны цинизм, грубость, нечистоплотность, злобность, безжалостность, вычурность, «нечеловеческая» дурашливость, часто отталкивающая. В возбуждении обычно преобладают маниакальные черты, сопровождающиеся безудержным весельем, пластичностью, естественностью двигательных дисфункций.

Для речевого возбуждения характерна речевая разорванность. Нередко окружающие не могут понять суть патетических высказываний больных.

Также для данной формы кататонического синдрома характерна диссоциация между поведенческим паттерном больного и сутью его переживаний. Приступ протекает с расстройством по онейроидному типу сознания. Больной отрешен от окружающего мира. Он проживает в собственных чрезвычайно ярких, чувственно насыщенных, фантастических переживаниях. Содержание его сознания обычно включает сцены космических полетов, землетрясений, кошмаров, ужасных пыток. Реальная обстановка, окружающая больного, сменяется вымышленной: он начинает считать, что пребывает в кабине космического звездолета, в тюрьме, на поле боя. Сцены, разыгрывающиеся в воспаленном сознании, обычно носят сюжетно-завершенный характер. Все фантастические события между собой взаимосвязаны. Больной ощущает себя непосредственным участником всех событиях, разыгравшихся в его сознании. Он пребывает в центре всех ситуаций.

Таким образом, онейроидная кататония является сновидным помрачением сознания, которое идет вкуче с грезоподобными фантастическими переживаниями, выраженной растерянностью, стремительной сменой отрицательных эмоциональных переживаний (таких как страх, тревожность, депрессивность, мания), моментальным переходом беспорядочного возбуждения в кататоническое ступорозное состояние. Мимика больного полностью отражает все ощущаемые им патологические переживания, вследствие чего она часто бывает экспрессивной и очень выразительной.

Именно при онейроидном помрачении сознания развиваются экстатическое, импульсивное и гебефреническое возбуждение, а также ступор с явлениями восковой гибкости и субступорозные состояния.

При выходе из неё большая часть продуктивной симптоматики амнезируется.

## **6. Осложнения**

К тяжёлым осложнениям при кататонии могут приводить нарушение контакта с пациентом вследствие мутизма или других симптомов, неподвижность, недостаток ухода (в том числе в учреждениях длительного ухода, таких как дома престарелых, государственные психиатрические больницы),

излишний пессимизм врачей в отношении состояния пациентов, когда состояние ошибочно оценивается как безнадежное, который приводит к пассивности в плане лечения и профилактики осложнений.

У пациентов с кататонией возможны следующие тяжёлые осложнения:

- пневмония вследствие аспирации, недоедания или других причин
- венозный тромбоз и лёгочная эмболия
- пневмоторакс, бронхоплевральный свищ
- нарушения со стороны желудочно-кишечной системы (запор и кишечная непроходимость, эзофагит, диарея, бактериальная колонизация желудка и др.)
- метаболические последствия кормления через трубку (гипогликемия, гиперкапния, электролитные нарушения)
- карнес, заболевания дёсен, грибковые инфекции полости рта
- повреждения кожи (пролежни)
- задержка мочи, недержание мочи, инфекции мочевых путей
- вагинальные инфекции у женщин
- нервно-мышечные осложнения (сгибательная контрактура, нервный паралич)

### **7. Диагностика**

Диагностика кататонического синдрома заключается в визуальном и физикальном выявлении симптомов кататонии и определения основной патологии, спровоцировавшей развитие синдрома. При подозрении на шизофрению, депрессию или манию необходимо выяснить анамнез у родственников пациента. При сохранении контакта показана беседа с больным для выявления продуктивной симптоматики. Если контакт невозможен, наличие бреда и галлюцинаций устанавливается опосредованно, с учетом поведения пациента. Всем больным проводят неврологический осмотр.

Для постановки диагноза «кататоническая шизофрения» необходимо наличие хотя бы одного из перечисленных признаков на протяжении 2 недель: кататоническое возбуждение, кататонический ступор, любая разновидность негативизма, каталепсия, восковая гибкость, ригидность и автоматическое подчинение указаниям медицинского персонала. Для диагностирования депрессии или мании с психотическими симптомами достаточно наличия ступора, другие признаки не обязательны.

Интоксикации и постинтоксикационные состояния выявляют на основании анамнеза (постановка на учет в связи с наркоманией, лечение в наркологической клинике), слов родственников и объективных признаков употребления психоактивных веществ.



При подозрении на органическую патологию головного мозга (злокачественные и доброкачественные новообразования, ЧМТ, сосудистые заболевания) назначают консультации соответствующих специалистов: невролога, нейрохирурга, онколога и т. д. Объем дополнительных исследований определяется выявленной патологией.

В обязательный перечень исследований входят общий анализ крови, биохимический анализ крови, анализ мочи на наркотики, определение уровня сахара в крови и определение уровня гормонов щитовидной железы.

В зависимости от результатов осмотра могут быть назначены КТ головного мозга, МРТ головного мозга, электроэнцефалография, ЭКГ, спинномозговая пункция, исследование сыворотки крови на антитела, анализы на ВИЧ и на сифилис, бакпосев крови и мочи.

*Возрастные особенности.* Отдельно стоит упомянуть особенности диагностики кататонического синдрома в зависимости от возраста пациента, так как в каждом наблюдаются свои особенности симптоматики и течения кататонии.

У детей часто выявляются повторения слов окружающих и ритмичные стереотипные движения. Возможно поведение, соответствующее раннему возрасту (дети дошкольного возраста ведут себя как малыши первого-второго года жизни).

Самая четкая и яркая картина кататонии наблюдается у подростков и молодых людей, страдающих шизофренией, особенно – при возникновении ступора. Обычно первый приступ развивается до 40 лет, более позднее начало наблюдается редко.

У женщин климактерического и пременопаузального возраста впервые возникшая кататония на начальных этапах может напоминать истерию.

## 8. Лечение

Лечение обычно проводят в условиях психиатрического отделения. При тяжелых соматических заболеваниях осуществляют госпитализацию в отделение соответствующего профиля (неврологическое, онкологическое).

Пациенты с возбуждением могут представлять опасность для себя или других людей, в подобных случаях осуществляют фиксацию, вводят успокоительные препараты. Необходимо постоянное наблюдение, качественный уход и отслеживание жизненно важных функций. При продолжительной кататонии может потребоваться парентеральное питание и внутривенное введение жидкостей для профилактики обезвоживания, а также регулярное изменение положения тела больного для предупреждения тромбозов, вызванных длительной неподвижностью.

План лечения основного заболевания составляют с учетом выявленной патологии. Лечебные мероприятия по выведению из кататонии включают в себя введение бензодиазепинов (эффективны как при возбуждении, так и при ступоре). Антипсихотические средства назначают с осторожностью, поскольку они могут спровоцировать развитие злокачественного нейролептического синдрома и повышенный риск смертности. Даже при острой кататонической шизофрении в некоторых случаях следует избегать приема нейролептиков, пока не завершилась кататоническая стадия. Тем не менее они могут быть эффективны при терапевтически резистентной кататонии.

Возможно использование нормотимиков: карбамазепина, золпидема и их аналогов. Некоторые авторы отмечают эффективность антиглутаматных препаратов.

При злокачественном нейролептическом синдроме в дополнение к бензодиазепинам используются миорелаксанты (например, дантролен натрия) и агонисты дофамина (например, бромкриптин).

Прогноз исхода заболевания определяется основным заболеванием, адекватностью и своевременностью начала лечения и качеством наблюдения за больным. Прогноз ухудшается при возникновении таких осложнений, как отказ от еды, присоединение сопутствующей патологии в виде пневмонии, пролежней. При легких проявлениях кататонического ступора – субступора – больные могут принимать пищу из рук медперсонала, могут передвигаться по отделению, что уменьшает риск развития вышеперечисленных осложнений и существенно улучшает прогноз.

Также стоит отметить, что люцидная кататония является одним из вариантов злокачественного течения шизофрении. Начинаясь в юношеском возрасте, она течет непрерывно и сопровождается быстро нарастающими изменениями личности, глубоким апатико-абулическим дефектом и ранней инвалидизацией. При онейроидной же исход более благоприятен.

### 9. Заключение

Кататонический синдром на сегодняшний день претерпевает значительные изменения в своих проявлениях. Если раньше в психиатрических больницах часто можно было увидеть типичных больных, застывших в неестественных позах, натянувших на голову «капюшоны» из простыней или рубашек, а также совершающих импульсивные, бессмысленные действия, то по мере развития науки и появления антипсихотических препаратов клинические проявления кататонии претерпели существенные изменения. Развернутые, богатые симптоматикой двигательные нарушения при кататонии исчезли, оставив лишь отдельные рудименты в виде речевых или двигательных стереотипий и отдельных, стертых двигательных расстройств. Такие больные часто повторяют отдельные фразы или слова, порой совершают отдельные стереотипные движения и иногда замолкают, проявляя негативизм к командам врача. Симптом «капюшона», симптом «воздушной подушки», восковая гибкость стали редкостью, которую уже не увидишь в чистом виде в современных психиатрических заведениях.

В связи с изменившейся картиной кататонического синдрома особые требования предъявляются и к диагностике данного состояния. Еще более тщательнее нужно собирать анамнез, еще внимательнее присматриваться к тонким нарушениям двигательной сферы пациента. Вместе с тем широкое развитие психофармакологической базы позволило существенно снизить риск развития осложнений кататонического синдрома и успешно купировать данное психопатологическое состояние.

#### 10.Список литературы

- 1.Александровский Ю.А., Незнанов Н.Г. Психиатрия. Национальное руководство под ред. Ю.А., Н.Г. Незнанова, 2020 год.
- 2.Дмитриева Т.Б., Незнанов Н.Г., Краснов В.Н. – Психиатрия. Национальное руководство. ГЭОТАР-Медиа, 2019 год.
- 3.Иванец Н.Н., Тюльпин Ю.Г., Кинкулькина М.А., Психиатрия и медицинская психология: учебник – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 896 с.
- 4.Каплан Г.И., Седок Б. Дж. Клиническая психиатрия в 2-х т. Пре. С англ. М.: Медицина, 1994 год.
- 5.Менделевич В.Д. Психиатрия: учебник/ В.Д. Менделевич, Е.Г. Менделевич - Ростов н/Д: Феникс, 2018 год.
- 6.Незнанов Н.Г., Психиатрия: учебник – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 496 с
- 7.Тиганов А.С. – Руководство по психиатрии. Москва, 1999 год.

### РЕЦЕНЗИЯ НА РЕФЕРАТ

Кафедра \_\_\_\_\_ психиатрии и наркологии с курсом ПО \_\_\_\_\_  
(наименование кафедры)

Рецензия \_\_\_\_\_ зав. кафедрой, д.м.н. Березовской М.А. \_\_\_\_\_  
(ФИО, учёная степень, должность рецензента)

на реферат ординатора 1 года обучения по специальности Психиатрия  
Муромова В.В.  
(ФИО ординатора)

Тема реферата Кататонический синдром

#### основные оценочные критерии

№	Оценочный критерий	положительный/отрицательный
1.	Структурированность	+
2.	Актуальность	+
3.	Соответствие текста реферата его теме	+/-
4.	Владение терминологией	+
5.	Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	+
6.	Логичность доказательной базы	+
7.	Умение аргументировать основные положения и выводы	+
8.	Источники литературы (не старше 5 лет)	4/5
9.	Наличие общего вывода по теме	+
10.	Итоговая оценка (оценка по пятибалльной шкале)	хорошо

Дата: «13» июль 2020 год

Подпись рецензента \_\_\_\_\_

Березовская М.А.

Подпись ординатора \_\_\_\_\_

Муромова В.В.