

© Пискарев М.В. и соавт., 2023

ОРИГИНАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

УДК: 616.89-008.431, 616.895.4

<https://doi.org/10.30629/2618-6667-2023-21-3-54-63>

Кататония в структуре аффективных и шизоаффективных расстройств послеродового периода

Михаил Валерьевич Пискарев, Вероника Маратовна Лобанова, Елена Борисовна Румянцева
ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия

Автор для корреспонденции: Михаил Валерьевич Пискарев, piskarev-mv@mail.ru

Резюме

Обоснование: в рамках современной дименсиональной парадигмы кататония рассматривается как транснозологическое образование, манифестирующее при различных аффективных и шизоаффективных заболеваниях. В XXI в. все большую актуальность приобретают исследования, посвященные анализу кататонических феноменов, выступающих в клиническом пространстве послеродовых аффективных и шизоаффективных расстройств (J.Y. Lai, T.L. Huang, 2004; A. Nahar и соавт., 2017; С. Камау, 2017; L. Csihi и соавт., 2022). **Цель исследования:** анализ научных публикаций по проблеме кататонии в послеродовом периоде и клинических иллюстраций. **Пациенты и методы:** представлен анализ трех клинических наблюдений пациенток, проходивших лечение в клинике НЦПЗ по поводу биполярного аффективного расстройства (БАР) (F31.3 по МКБ-10; 1 случай) и шизоаффективного расстройства (F25.2 по МКБ-10; 2 случая) с преобладанием моторных расстройств в клинической картине экзacerbации заболевания. Основной метод исследования — клинический, дополнительные — психологическое обследование и оценка данных инструментальной (ЭЭГ) диагностики. **Результаты:** двигательные расстройства, регистрируемые в структуре тоскливо-апатических депрессий в рамках экзacerbации БАР, представлены феноменами гипокINETической кататонии и выступают в качестве амплификатора аффективных расстройств. Кататонические симптомокомплексы в пространстве шизоаффективных расстройств соответствуют клиническим проявлениям паракINETической кататонии, не имеют прямой корреляции со структурой и выраженностью аффективных расстройств и свидетельствуют о нарастании прогрессивности болезненного процесса. **Заключение:** анализ представленных наблюдений свидетельствует о гетерогенности аффективно-кататонических состояний не только по структуре моторных феноменов, но также по психопатологическому профилю аффективных расстройств. Тоскливо-апатические депрессии характеризуются явлениями гипокINETической кататонии, а шизоаффективные приступы — явлениями истерокаатонии.

Ключевые слова: послеродовая депрессия, послеродовой психоз, кататония, моторные расстройства

Для цитирования: Пискарев М.В., Лобанова В.М., Румянцева Е.Б. Кататония в структуре аффективных и шизоаффективных расстройств послеродового периода. *Психиатрия*. 2023;21(3):54–63. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2023-21-3-54-63>

RESEARCH

UDC 616.89-008.431, 616.895.4

<https://doi.org/10.30629/2618-6667-2023-21-3-54-63>

Catatonia in the Structure of Affective and Schizoaffective Disorders of the Postpartum Period

Mikhail V. Piskarev, Veronika M. Lobanova, Elena B. Rumyantseva
FSBSI "Mental Health Research Centre", Moscow, Russia

Corresponding author: Mikhail V. Piskarev, piskarev-mv@mail.ru

Summary

Background: at the present stage of psychiatry, within the framework of the dimensional paradigm, catatonia is considered as a transnosological entity that manifests within the clinical space of various affective and schizoaffective disorders. In the 21st century studies, devoted to the analysis of motor disorders that appear in the clinical space of postpartum affective and schizoaffective disorders, become increasingly relevant (J.Y. Lai, T.L. Huang, 2004; A. Nahar and et al., 2017; C. Kamau, 2017; L. Csihi and et al., 2022). However, research on this issue is very limited. **The objective:** the analysis of catatonic phenomenon, manifesting in the postpartum period, based on the observations of three clinical cases. **Patients and methods:** 3 clinical cases of patients, undergoing treatment in the clinical department of the FSBSI "Mental Health Research Centre" with established diagnoses of bipolar affective disorder (ICD-10: F31.1; 1 case) and schizoaffective disorder (ICD-10: F25.2; 2 cases) with a predominance of motor disorders in the clinical picture of the disease. The main method was clinical with the use of psychological

examination and data from instrumental (EEG) diagnostics. **Results:** movement disorders registered in the structure of apatho-anesthetic depressions within the exacerbation of bipolar affective disorder are represented by the phenomena of hypokinetic catatonia and act as an amplifier of affective disorders. Catatonic symptoms within the clinical space of schizoaffective disorders, are limited by manifestations of parakinetic catatonia, do not have a direct correlation with the structure and severity of affective disorders, and indicate an increase in the progredient endogenous process. **Conclusion:** the analysis of clinical observations testifies in favor of the heterogeneity of affective-catatonic states not only in terms of the structure of motor phenomena, but also in terms of the psychopathological profile of affective disorders.

Keywords: postpartum depression, postpartum psychosis, catatonia, motor disorders

For citation: Piskarev M.V., Lobanova V.M., Rumyantseva E.B. Catatonia in the Structure of Affective and Schizoaffective Disorders of the Postpartum Period. *Psychiatry (Moscow) (Psikhiatriya)*. 2023;21(3):54–63. (In Russ.). <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2023-21-3-54-63>

ВВЕДЕНИЕ

Описания психических расстройств, возникающих в период беременности или после родов и протекающих с преобладанием моторных расстройств, встречаются уже на донозологическом этапе развития психиатрии.

Еще в конце XVIII в. S. Tissot [1] привел описание двух клинических случаев «истерической меланхолии беременных» с явлениями «катаlepsии и судорожных сокращений». Другому автору того же времени — L.V.F. Amard [2] — принадлежит публикация наблюдения пациентки с манифестировавшей на пренатальном этапе беременности меланхолией, осложнившейся после родов моторными симптомокомплексами — приступами немотивированной агрессии, стереотипными действиями, восковой гибкостью, ступорозными расстройствами.

Как известно, первая попытка психопатологической квалификации и систематизации психических расстройств послеродового периода принадлежит J.-É. Esquirol [3]. В трактате 1818 г. «La folie des femmes enceintes» («Безумие беременных женщин») приведено описание целого спектра пуэрперальных расстройств бредового (мономании, помешательство) и аффективного (мания, меланхолия) круга. J.-É. Esquirol описал в границах транзиторных послеродовых меланхолий расстройства, манифестирующие в период беременности резким снижением настроения с преобладанием тревоги и подавленности. Согласно наблюдениям автора, динамика описываемых состояний, наряду с углублением аффективной патологии в послеродовом периоде, определяется присоединением выраженных моторных расстройств, а именно приступов психомоторного возбуждения с брутальной агрессией (*délire fureur*), сменяющихся продолжительными ступорозными состояниями [3].

В статье K.W. Ideler «Über die Vesania puerperalis» («О пуэрперальном безумии») [4], выполненной в психологической традиции, выделена самостоятельная форма расстройств настроения у рожениц, протекающих в форме *melancholia attonita* (заторможенная до степени ступора). В клинической картине описанных K.W. Ideler состояний, наряду с апатией и «эмоциональным бесчувствием», на первый план выступают двигательная монотония и моторная обездвиженность.

L.V. Marcé в монографии «Traité de la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices, et considérations médico-légales qui se rattachent à ce sujet» («Трактат о сумасшествии беременных женщин, только что родивших женщин и кормилиц, а также судебно-медицинских соображениях, связанных с этим предметом») [5] на выборке из 16 пациенток проанализировал расстройства аффективного спектра (тоска, утрата эмоций, апатия), протекающие в постнатальном периоде с включением кататонических симптомокомплексов в виде утраты подвижности, «интеллектуальной» и моторной заторможенности, «вычурности и отсутствия пластики движений», приступов возбуждения и ступора. L.V. Marcé рассматривал послеродовую меланхолию в качестве гормонально спровоцированной экзacerbации депрессии. Присоединение кататонических расстройств, происходящее на высоте аффективного приступа, автор считал фактором, утяжеляющим дальнейшее течение заболевания [5].

Е. Краепелин среди психических расстройств послеродового периода разместил приступы депрессивного психоза, в ряду основных клинических проявлений которого выступают не только расстройства аффективного спектра, но и моторные симптомокомплексы (обеднение моторики, идеомоторная заторможенность, застывания) [6].

W. Runge описал послеродовую кататонию у больных шизофренией [7].

В рамках исследования пуэрперальных психических расстройств А. Мейер привел описание транзиторных психозов, манифестирующих на базе депрессий и протекающих с негативизмом и преобладанием моторных (мутизм, «ступорозность») и галлюцинаторно-бредовых расстройств (преимущественно конгруэнтных аффекту) [8].

Значимый вклад в изучение постнатальных психических расстройств, протекающих с кататоническими расстройствами, внесен представителями отечественной психиатрической школы.

П.П. Малиновский в трактате «Помешательство» в рамках категории «ограниченного помешательства с мрачным расположением духа» выделил вариант депрессивных расстройств («с признаками злобливости и подавленности»), дебютировавших в пренатальном периоде и осложнившихся после родоразрешения присоединением моторных симптомокомплексов. Согласно клиническим наблюдениям автора, «выражение лица

больных становится постоянно одинаково, взгляд продолжительный, застывший, < ... > они не испытывают потребности к движению, сидят однообразно, без изменений» [9].

В монографии «Психозы послеродового периода с этиологической и судебно-медицинской точки зрения» И.Д. Жданов охарактеризовал абортивную форму послеродового психоза как меланхолию, протекающую со сменой ступорозных состояний и кататонического возбуждения [10].

В XX в. отечественные исследования послеродовых депрессий, протекающих с преобладанием моторных феноменов, связаны с работами А.Н. Молохова [11]. В монографии «Психогинекология» А.Н. Молохов при изучении 33 случаев послеродового психоза обнаружил у 88% пациенток преобладание кататонических расстройств в структуре приступа. Автор описал два варианта динамики послеродовых кататонических расстройств. К первому из них он отнес эндогенные психозы с явлениями *catatonia gravis* (по K. Kahlbaum [12]) и преобладанием психомоторного возбуждения над ступором. В этих случаях психозы манифестировали в течение нескольких недель после родов и сопровождались присоединением персекуторного, ипохондрического бреда и слуховыми галлюцинациями. Второй вариант включал транзиторные аффективные фазы, развившиеся после родоразрешения, отсроченно. В структуре депрессий, по наблюдениям автора, на первый план выступали кататонические феномены гипокINETического круга — скованность, ступорозность, двигательная заторможенность.

В монографии «Шизофрения: мультидисциплинарное исследование» А.В. Снежневский выделял послеродовую кататонию в качестве особого варианта течения периодической шизофрении [13]. Согласно исследованию А.В. Снежневского, манифесту заболевания в этих случаях предшествует длительный латентный этап течения эндогенного процесса, а структура приступов включает депрессивные симптомокомплексы, наряду с онейроидно-кататоническими расстройствами.

Судя по доступным публикациям, относящимся к XXI в., все большую актуальность приобретают исследования, посвященные анализу моторных расстройств выступающих в клиническом пространстве послеродовых депрессий [14–20], что может быть объяснено сменой нозологической парадигмы в психиатрии. На современном этапе развития психиатрии кататония рассматривается не в качестве одной из форм прогрессивно протекающей шизофрении, но транснозологического образования, манифестирующего в рамках различных, в том числе послеродовых аффективных заболеваний (DSM-5, проект МКБ-11).

Согласно данным А. Strain, послеродовые депрессии (ПРД), протекающие с такими моторными расстройствами, как двигательная заторможенность и пассивность, утрата подвижности, наблюдаются у 10–15% рожениц, консультированных психиатром [17].

В статье J. Lai и T. Huang «Catatonic features noted in patients with post-partum mental illness» авторами приводится описание клинической картины послеродовой кататонии (с преобладанием анестетических и обсессивно-фобических феноменов), манифестирующей на высоте аффективного психоза [14]. По наблюдениям авторов, кататонические расстройства присоединяются в динамике депрессивного эпизода спустя 3–6 мес. после его манифестации, и в преобладающем числе случаев реализуются моторными феноменами гипокINETического круга (ступор, мутизм, моторная скованность, негативизм).

I. Bernstein в статье «Symptom features of postpartum depression: are they distinct?» проводит сравнительный анализ рекуррентного депрессивного расстройства (РДР), протекающего с эксацербациями в послеродовом периоде и без них [16]. По данным автора, РДР с рецидивами в послеродовом периоде обнаруживает высокую коморбидность с кататоническими расстройствами.

В числе отечественных работ, посвященных изучению ПРД, следует отметить диссертационное исследование А.А. Прибытковой «Клинические особенности депрессивных расстройств невротического уровня в послеродовом периоде» [21]. На основании исследования 882 рожениц автором было выделено четыре основных варианта течения ПРД в границах астено-депрессивного типа (17,3%) В работе приводится описание клинической картины аффективного расстройства, соотносимого по психопатологической структуре с явлениями ступорозной депрессии (*melancholia attonita*). Среди основных психопатологических феноменов отмечены утомляемость, пассивность, апатия, идеомоторная заторможенность, двигательная имобилизация, субступорозные состояния.

Цель исследования — анализ кататонических симптомокомплексов, манифестирующих в послеродовом периоде, на основе разбора трех клинических случаев пациенток с установленными диагнозами биполярного аффективного (БАР) и шизоаффективного расстройства (ШАР).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Наблюдение 1. Пациентка, 35 лет, образование высшее; на момент обращения пациентка находится в декретном отпуске.

Наследственная отягощенность психическими расстройствами не выявлена.

Родилась от первой нормально протекающей беременности, физиологических родов в срок. Раннее развитие без особенностей. По характеру формировалась амбициозной, эгоцентричной, демонстративной. Менархе — в 12 лет, цикл установился сразу, предменструальным синдромом не сопровождался, протекал безболезненно. В возрасте 18 лет после поступления в университет на протяжении года отмечался необычный и стойкий подъем настроения, сопровождавшийся

переживанием эйфории с приливом сил и появлением чрезмерной активности. В тот период сократилась потребность в ночном сне до 4–5 часов в сутки, снизился аппетит, в связи с чем в первые 3 месяца потеряла в весе. Строила большое количество планов, отмечала повышенную общительность, несвойственно для себя нарушала дистанцию с преподавателями (неуместно шутила, спорила). Появился несвойственный ранее интерес к политике, в связи с чем, помимо учебы, организовала несколько социальных проектов, курировала благотворительные собрания. В 28 лет вышла замуж, в 30 лет забеременела первым ребенком. На 24-й неделе беременности узнала о врожденной патологии плода. Отметилось резкое снижение настроения с преобладанием тревоги. Спустя месяц после родов присоединилась тоска с чувством сдавления в эпигастриальной области, плаксивость, раздражительность. По назначению психиатра принимала тимолептическую терапию (sertralinum, flupentixolum). Признаки депрессии редуцировались в течение 3 месяцев. В 34 года на последних неделях второй беременности повторилась депрессия с витальной тоской и апатией. В течение месяца после родов присоединилось ощущение болезненной притупленности эмоций. Утратила чувство привязанности к детям, супругу, родителям. Одновременно с этим притупился вкус пищи, пропало чувство голода, снизилась болевая чувствительность. Снижение аппетита сопровождалось потерей веса. Нарушился сон. После родоразрешения усилилась подавленность настроения (нарастание апатии, тоски с устойчивым ощущением отчаяния и безысходности; появление навязчивых антивитаальных и суицидальных мыслей). Тогда же впервые отмечено присоединение моторных расстройств — стала заторможенной, движения приобрели несогласованный характер, появились эпизоды длительных застываний с утратой отклика на обращенную речь. Постепенно все время стала проводить, залеживаясь в постели, принимала эмбриональную позу, с головой накрываясь одеялом. Ощущала «пустоту в голове», не реагировала на внешние стимулы (в том числе, на плач и крики новорожденного), игнорировала гигиенические и витальные потребности. Потеряла аппетит, отказывалась от приема пищи и воды, ела исключительно по принуждению родственников, потеряла более 15 кг за 2 месяца. В таком состоянии консультирована в ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» и впервые госпитализирована в психиатрическое отделение клиники.

Психический статус: двигательно заторможена, пантомимические реакции отсутствуют, во время беседы сидит в однообразной позе с неестественно ровной осанкой, сложив руки на коленях, устремив взгляд вдаль. Взгляд застывший, пристальный, с редким миганием. Зрительного контакта с врачом избегает. Речь замедленная, тихая, лишенная интонационных модуляций. Отвечает после длительных пауз, односложно, простыми предложениями. При расспросе жалуется на ощущение скованности и болезненного напряжения

в мышцах спины и конечностей, замедленность мыслительных процессов. Отмечает, что в течение последнего времени нарушилась координация движений, появилась моторная неловкость. Признается, что утратила прежнюю потребность в двигательной активности, обрела склонность к длительному монотонному удержанию однообразной позы. Ранее активная и деятельная, свободное время проводит, залеживаясь в постели, «свернувшись в клубок». Периодически, по ее словам, «впадает в ступор», не двигаясь, лежит в кровати, ощущая пустоту в голове, не замечая течения времени. От родных знает о том, что в эти моменты не реагирует на обращение, настроение характеризует как тоскливое, жалуется на апатию. Подтверждает, что не может заставить себя выполнять простейшие бытовые обязанности, гигиенические процедуры. Признается, что тяготеет к ощущению притупленности эмоций, утратой привязанности к родным, в том числе материнских чувств к новорожденному ребенку. Краски окружающего мира воспринимаются блеклыми, неестественно бледными. Отмечает снижение чувствительности к боли и прикосновениям.

Неврологический статус: общемозговых и очаговых симптомов не выявлено. Мышечная сила сохранена. Сухожильные и периостальные рефлексы с рук и ног D=S, средней живости. Брюшные рефлексы без патологий. Координаторные пробы в норме. В пробе Ромберга: минимальное покачивание без определенной сторонности. Атаксии нет. Походка не изменена.

ЭЭГ-исследование: очагов патологической активности, признаков снижения порога судорожной готовности не выявлено.

Заключение невролога: признаки органического поражения ЦНС отсутствуют.

Заключение психолога: психомоторный темп — отмечается выраженное торможение (время консультации психолога (КП) — 23 мин, в норме — до 8 мин). Объем внимания в границах низкой нормы (5 простых объектов, в норме — 5–7). Продуктивность концентрации внимания ослаблена (15 ошибок при тестировании во время КП, в норме — до 10). Показатели переключаемости внимания снижены в связи с общей динамической заторможенностью (среднее время заполнения таблицы Шульце — 57 с). Избирательность процесса сохранна (21 слово в тесте Мюнстерберга). Объем памяти достаточный (пять простых объектов). Продуктивность кратковременной памяти сохранна (кривая по А.Р. Лурия: 5–7–8–9, в норме — 9–10 слов). Долговременная память ослаблена за счет снижения функции сосредоточения (ретенция по А.Р. Лурия — 6 слов, в норме — 8–9). Динамика мыслительных процессов торпидная (11 слов по Mobile-Interpretation Bias Modification. Операциональный компонент мышления обнаруживает единичные ошибки по типу снижения уровня обобщения. В вербальной продукции выявляются единичные соскальзывания. Целенаправленность мышления в границах нормы. Таким образом, в ходе проведенного исследования у пациентки

обнаруживается наличие аффективно-эндогенного патопсихологического симптомокомплекса.

Негативные расстройства по данным шкалы SANS (Scale for the Assessment of Negative Symptoms) не регистрируются (средний балл по SANS — 0,8).

Терапия: 1) amitriptyline (40 мг, в/в/кап); 2) diazepam (10 мг, в/в/кап); 3) quetiapin (100 мг/сут). Становление медикаментозной ремиссии — спустя 3 нед. лечения. Отмечается быстрая положительная динамика в виде полной редукции моторной симптоматики по мере снижения выраженности тоскливо-апатической и анестетической симптоматики уже на первой неделе курса терапии.

Клинический разбор

Состояние больной в период госпитализации определяется апатоанестетической депрессией с преобладанием апатии (20 баллов по Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS). Двигательные расстройства в психическом статусе представлены гипокINETическими феноменами (13,5 балла по шкале кататонических расстройств, Bush-Francis Catatonia Rating Scale, BFCRS).

Течение заболевания фазноаффективное с началом в возрасте 18 лет в виде затяжной гипомании и повторными депрессивными состояниями в 30 лет и 34 года, развившимися после родов. Особенностью повторной депрессии является наличие кататонических симптомов в структуре депрессии. Кататонические феномены носят транзиторный характер, манифестируют на пике депрессивной фазы, полностью редуцируются по минованию аффективного расстройства, приобретая свойства «преходящих моторных симптомокомплексов» [6]. Быстрая обратимость аффективных и кататонических симптомов, отсутствие негативных расстройств позволяют ограничиться диагностикой эндогенного аффективного заболевания, рецидивирующего в послеродовой период.

Диагноз: «Биполярное аффективное расстройство II типа, текущий эпизод умеренной депрессии (F31.3)».

Наблюдение 2. Пациентка, 36 лет, образование высшее; на момент обращения пациентка находится в декретном отпуске.

Наследственная отягощенность психическими заболеваниями не выявлена.

Родилась от первой нормально протекающей беременности, родоразрешение в срок способом кесарева сечения. Детское развитие в соответствии с возрастными нормами. По характеру формировалась амбициозной, демонстративной, прагматичной, педантичной. Отличалась своеобразием мировоззренческих позиций, жизненных взглядов, интересов и поведенческих реакций. В 31 год, во время беременности, впервые отмечался чрезмерно выраженный подъем настроения с эйфорией. Спала не более 3 часов в сутки, завела большое количество социальных контактов. Спустя месяц на фоне психогенной провокации (медицинские показания к немедленному обрыву беременности, последующий аборт) резко снизилось настроение

с преобладанием витальной тоски и апатии. Впервые возникли стойкие моторные расстройства — ощущение напряжения в мышцах шеи с отведением ее кзади, кратковременные судороги в дистальных отделах нижних конечностей, тикоподобные движения глаз и рта. По рекомендации неврологов принимала ноотропную терапию, посещала мануальных терапевтов, массажистов, остеопатов, психологов. Признаки депрессии и сопровождавших ее моторных симптомокомплексов самопроизвольно редуцировались в течение полугода. С 32 лет продолжалось состояние эутимии. В 33 года после родов повторно развилась депрессия с анестетическими (утрата эмоций, привязанности к близким) и двигательными расстройствами. Появилось ощущение скованности в мышцах, тикоподобные движения глаз и рта. Спустя месяц присоединились зрительные и слуховые обманы восприятия (возникающие перед внутренним взором картины нейтрального содержания, «коклик», звучание мыслей). В вечернее время повторялись приступы психомоторного возбуждения, когда начинала «выть» на одной ноте, не реагировала на обращения родных, била себя по лицу, царапала ногтями. В эти моменты отмечались судороги дистальных отделов конечностей, спазм лицевой мускулатуры. Эпизодически проявляла брутальную агрессию, ломала мебель, била кулаками в стену, бросала тяжелые предметы в близких, замахивалась на них, могла грубо оттолкнуть, ударить. Несколько раз отмечались приступы насильственного плача или смеха, во время которых не могла остановиться. В таком состоянии консультирована в ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» и госпитализирована в клиническое отделение.

Психический статус: при поступлении парамимична, жестикуляция вычурная, движения угловатые, «рубленные». Отмечаются тикоподобные движения глаз, гримасничанье. Во время беседы периодически откидывает голову назад, объясняя это сведением мышц. Предъявляет жалобы на спазмирование мускулатуры шейного отдела, из-за которого происходит непроизвольное запрокидывание головы; судороги в дистальных отделах конечностей; тики глаз в виде частого моргания. Сообщает, что на протяжении последних месяцев страдает от непреодолимого двигательного возбуждения, возникающего без видимых причин. Во время таких приступов не может остановить рыдания, начинает стереотипно выть или кричать на одной ноте, катается по полу, бьет головой об стену, наносит себе глубокие расчесы в области предплечий. Периодически в этом состоянии становится агрессивной, импульсивно нападает на близких, наносит физические повреждения. В эти моменты в голове «слышит» звучание собственных мыслей механическим голосом, перед глазами неконтролируемо возникают картины, изображающие пейзажи, сцены из фильмов и т.п. После эпизодов двигательного возбуждения на непродолжительное время становится заторможенной, «застывает» с отрешенным взглядом.

Признает, что тяготеет к утрате эмоций и привязанностей, отсутствием эмоционального отклика окружающего мира. Сообщает, что утратила чувство сна — после пробуждения не понимает, спала ли ночью. Жалуется, что не ощущает аппетита, утратила вкусовую чувствительность, всю еду воспринимает пресной, «как вата». Собственное тело ощущает чуждым, «резиновым», «неживым», иногда, глядя на себя в зеркало, не узнает собственного лица.

Неврологический статус: ЧМН (черепно-мозговые нервы) без особенностей. Сухожильные и периостальные рефлексы D=S, в норме. Брюшные D=S, живые. Подошвенные рефлексы живые. Патологических стопных знаков нет. Координаторные пробы выполняет D=S, удовлетворительно. В пробе Ромберга устойчива.

ЭЭГ-исследование: очагов патологической активности, признаков снижения порога судорожной готовности не выявлено.

Заключение невролога: признаки неврологической патологии отсутствуют. Моторные расстройства определяются основным психическим заболеванием.

Заключения психолога: темп психомоторной активности замедлен (время КП — 13 мин, в норме до 8 мин). Объем внимания сужен (4 простых объекта, в норме — 5–7). Продуктивность концентрации внимания умеренно нарушена (23 ошибки в КП, в норме — 10). Показатели переключаемости внимания снижены (среднее время заполнения таблиц Шульце 53 с) за счет недостаточности функции концентрации (отвлекаемость, выбор неверных чисел, выбор лишь одного числа из двух и др.). Избирательность процесса как показатель мотивационного компонента нарушена (13 слов в тесте Мюнстерберга). Объем памяти ограничен (4 простых объекта). Продуктивность как кратковременной (кривая по А.Р. Лурия: 4–6–5–6, в норме — 9–10 слов), так и долговременной памяти (ретенция по А.Р. Лурия — 4 слова, в норме — 8–9) нарушена. Динамика мыслительных процессов замедлена (18 слов при исследовании быстроты мышления). Операциональный компонент мышления обнаруживает ошибки по типу искажения процессов обобщения с актуализацией латентных признаков. Мышление непоследовательное, по типу тангенциального. В вербальной продукции выявляются шперрунги. В структуре негативных расстройств преобладает эмоциональная дефицитарность (ангедония-асоциальность по SANS — 2,3; апатия-абулия — 1,9). В структуре моторных расстройств преобладают явления паракинетической кататонии (BFCRS — 25 баллов). Таким образом, в ходе проведенного исследования у пациентки обнаруживается наличие эндогенно-процессуального патопсихологического симптомокомплекса.

Терапия: 1) amitriptyline (60 мг/сут); 2) haloperidol (5 мг/сут); 3) olanzapin (10 мг/сут).

Становление ремиссии спустя 3 месяца психофармакотерапии. Моторные расстройства обнаруживали медленный отклик на терапию, несмотря на быструю (в течение месяца) редукцию аффективной

симптоматики. По достижении ремиссии в состоянии эутимии на протяжении еще 4 месяцев сохранялись транзиторные, психогенно провоцируемые, моторные расстройства — кратковременные «застывания», тики лицевой мускулатуры, болезненные спазмирования в мышцах дистальных отделов нижних конечностей.

Клинический разбор

Психическое состояние больной при поступлении определялось анестетической депрессией (HADS — 20; CDS — 93) с кататоническими симптомами, преимущественно паракинетическими, и негативными расстройствами с преобладанием эмоциональной дефицитарности и нарушений мышления.

Состояние депрессии является рецидивом заболевания с началом в возрасте 31 года со сдвоенного аффективного приступа с субклиническими проявлениями в виде гипомании и субдепрессии с двигательными гиперкинетическими расстройствами. Состояние ремиссии длительностью не более одного года характеризовалось резидуальными двигательными симптомами. Повторный приступ заболевания в 33 года в виде анестетической депрессии с кататоническими расстройствами и эпизодами зрительных и слуховых обманов восприятия.

Диагноз: «Шизоаффективное расстройство, смешанный тип (F25.2)».

Наблюдение 3. Пациентка, 27 лет, образование высшее; на момент обследования не работает.

Наследственная отягощенность психическими заболеваниями не выявлена.

Пациентка родилась от второй нормально протекающей беременности, физиологических родов в срок. Раннее развитие в соответствии с возрастными нормами. По характеру формировалась избирательно общительной, прямолинейной, демонстративной в поведении и высказываниях. Отличалась своеобразием мнений, взглядов и поведения, не всегда улавливала нюансировку социальных взаимоотношений. В 16 лет при поступлении в институт на протяжении года отмечался подъем настроения с ощущением эйфории, снижением потребности в сне до 4 часов в сутки, чрезмерной активностью. В 21 год — первая беременность и роды без изменений в психическом состоянии. В 27 лет, после вторых родов, — депрессия с явлениями психической анестезии и дереализационными феноменами (утратила эмоции и привязанности, окружающий мир видела «нечетким», «безжизненным»). Спустя 2 месяца присоединились галлюцинаторные феномены — звучание в голове шепотных фраз, «механического» гудения и скрипов; в периоды застываний перед глазами возникали картинки брутального содержания, «проецируемые на внутреннюю поверхность глаз». Нарушился сон, засыпала под утро, просыпалась к середине дня, будучи уверенной, что не спала. Снижился аппетит, ела по принуждению, потеряла в весе. Прекратила общение с родственниками, переложив на них все бытовые обязанности, полностью забросила

уход за детьми. В этот период впервые присоединились двигательные нарушения, ощущение напряжения в мышцах; судороги в руках, сопровождающиеся их непроизвольным сгибанием; непреходящий тремор нижних отделов конечностей. Ежедневно случались приступы импульсивного моторного возбуждения, во время которых непроизвольно начинала рыдать, после чего резко переходила на хохот, внезапно падала на пол, нанося себе удары кулаками по лицу. Металась по комнате, раскидывала бытовую утварь, хватала острые предметы, нанося себе порезы. По настоянию родных была госпитализирована в клиническое отделение НЦПЗ.

Психический статус: мимические реакции обеднены. Сидит в вычурной позе, неестественно отклонив спину и наклонив набок голову. В положении сидя сохраняется мелкоразмашистый тремор нижних отделов конечностей, периодически начинает растирать ногу, объясняя это ощущением «подергивания мышц под кожей». Речь тихая, лишённая интонаций, перед ответом на вопрос стереотипно повторяет вопросы врача. При расспросе сообщает, что после вторых родов появилось ощущение тяжести в теле, напряжения в мышцах, ограничивающее свободу движений, заметила, что стала моторно неловкой. Жалуется на приступы психомоторного возбуждения, во время которых утрачивает над собой контроль, немотивированно рыдает и смеется, хаотично мечется по квартире, наносит себе самоповреждения. Тонем констатации признается, что «утратила» все эмоции, не ощущает привязанности к близким, окружающий мир воспринимает «бесцветным», «плоским». В течение дня слышит неясный шум в голове, в котором может разобрать отдельные слова и фразы, отмечает наплывы картин угрожающего содержания, непроизвольно возникающие перед внутренним взором.

Неврологический статус: заторможена, амимична. ЧМН — без особенностей. Рефлексы D=S, в норме. Брюшные D=S, живые. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно. В пробе Ромберга устойчива.

ЭЭГ-исследование: слабовыраженные признаки снижения функционального состояния коры головного мозга. Признаков снижения порога судорожной готовности не выявлено.

Заключение невролога: данные в пользу органической патологии ЦНС отсутствуют.

Заключения психолога: психомоторный темп замедлен (время КП — 15 мин, в норме до 8 мин). Объем внимания ограничен (3 простых объекта, в норме — 5–7). Выявляются расстройства концентрации внимания (30 ошибок в КП, в норме до 10 ошибок). Избирательность внимания нарушена (10 слов в тесте Мюнстерберга). Расстройства мнестических функций коррелируют с нарушениями внимания. Объем памяти уменьшен (три простых объектов). Продуктивность как кратковременной (кривая по А.Р. Лурия: 3–5–7–3, в норме — 9–10 слов), так и долговременной памяти (ретенция по А.Р. Лурия — 3 слова, в норме — 8–9)

нарушена. Динамика мыслительных процессов заторможена (15 слов при исследовании быстроты мышления). Мышление тангенциальное, амбивалентное. Операциональный компонент мышления нарушен по типу искажения процессов обобщения с актуализацией латентных признаков. Анализ негативных изменений выявляет преобладание эмоциональных расстройств (ангедония-асоциальность по SANS — 2,5; апатия-абулия — 2,1). Двигательные расстройства с преобладанием полиморфных паракинезов (по шкале BFCRS 24 балла). В структуре депрессивных расстройств (HADS-19) преобладают деперсонализационно-анестетические феномены (Cambridge Depersonalization Scale, CDS — 95). Таким образом, по результатам психологического исследования, у пациентки обнаруживается наличие эндогенно-процессуального симптомокомплекса.

Терапия: 1) amitriptyline (80 мг, в/в/кап); 2) haloperidol (10 мг, в/в/кап); 3) chlorprothixen (30 мг/сут); 4) olanzapini (7,5 мг/сут).

Становление ремиссии в течение 3 месяцев медикаментозной терапии. По достижении состояния эутимии редукция моторных расстройств (редкие, психогенно спровоцированные приступы психомоторного возбуждения — импульсивное выбегание из дома, спазмирование конечностей, деструктивное поведение с бытовыми предметами) произошла в течение полугода от стабилизации аффективного состояния.

Клинический разбор

Психическое состояние больной во время госпитализации определяется умеренно выраженной анестетической депрессией с паракинетическими кататоническими расстройствами, эпизодами обманов восприятия и негативными изменениями с когнитивным снижением и нарушением мышления.

Диагноз: «Шизоаффективное расстройство, депрессивный тип (F25.2)».

ОБСУЖДЕНИЕ

Общим для представленных трех клинических случаев является наличие кататонических симптомов в структуре аффективных расстройств в рамках БАР и ШАР. Во всех наблюдениях двигательные симптомы не имеют органической основы, о чем свидетельствуют данные анамнеза, неврологического обследования и ЭЭГ. У всех трех больных приступы психического заболевания развивались после родов. Диагностические различия определялись клинической картиной аффективных и кататонических расстройств, качеством ремиссий и наличием негативных изменений.

Статус пациентки в первом наблюдении определялся послеродовой апатоанестетической депрессией, выступающей в рамках эксацербации БАР. Спектр кататонических расстройств ограничивался гипокинетическими моторными симптомокомплексами, конгруэнтными структуре аффекта. Двигательные расстройства выступили в качестве амплификатора аффективных расстройств — депрессивная заторможенность

достигала степени ступоров, аффективные когнитивные расстройства имели характер общей мыслительной заторможенности, тугоподвижности психических процессов.

Аффективно-кататонические расстройства во втором и третьем наблюдениях можно квалифицировать в рамках приступов периодической кататонии, реализующейся в клиническом пространстве шизоаффективного психоза, манифестировавшего послеродовой анестетической депрессией¹. В структуре моторных расстройств преобладали явления истерической (паракинетической) кататонии — полиморфные гипоперкинезы, каталептические феномены, приступы психомоторного возбуждения с брутальной агрессией и аутоагрессией, импульсивные моторные акты и др. Присоединение кататонических расстройств в этих случаях происходит на высоте приступа, является отражением нарастания прогрессивности болезненного процесса.

При аффективно-кататонических состояниях в структуре послеродовых тосливо-апатических депрессий моторные расстройства конгруэнтны аффекту (так называемая «melancholia attonita» F. Boissier de Sauvages — цит. по S. Starkstein, G. Berrios [23]). Исторические описания В.П. Сербского [24] соответствуют в современных клинических руководствах диагнозу «Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод депрессивный, с кататоническими симптомами» (6A60.6/6A40 по МКБ-11 [25]; 296.53/293.89 по DSM-5 [26]). Спектр двигательных феноменов в этих случаях представлен симптомокомплексами гипокинетической кататонии [27] с мышечной ригидностью, моторной ретардацией, эпизодами ступора с негативизмом и мутизмом.

Аффективно-кататонические состояния в клиническом пространстве послеродовых психозов в рамках экзацербации ШАР (6A21.0/6A40 по МКБ-11 [25]; 295.70/293.89 по DSM-5 [26]) в отличие от БАР представлены феноменами истерокаатонии [28–30] с полиморфными гиперкинезами (судороги, тики), явлениями каталепсии (продолжительные замирания с сохранением неестественного положения тела), патологической психомоторной активностью [31] в виде приступов импульсивного возбуждения с гримасничаньем, деструктивным поведением, агрессией.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Послеродовые аффективно-кататонические состояния обнаруживают гетерогенность по психопатологическому профилю как аффективных, так и моторных расстройств, что обуславливает диагностические

и прогностические различия. Это имеет значение для терапии и ведения пациенток как во время беременности, так и в послеродовом периоде.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ/REFERENCES

1. Tissot S-A. Traité des Nerfs et de Leurs Maladies: De la Catalepsie, de l'Extase. Lausanne: Grasset; 1789.
2. Amard LVF. Traité analytique de la folie et des moyens de la guérir. Ballanche; 1807.
3. Esquirol J-É. Des Maladies Mentales, Considérées Sous les Rapports Médical, Hygiénique et Médico-Légal. Paris; London: J.-B. Ballière; 1838.
4. Ideler KW. Über die Vesania puerperalis. *Ann Charité Krankenhaus*; Berlin:1851;2:121–182.
5. Marcé LV. Traité de la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices et considérations médico-légales qui se rattachent à ce sujet. J.B. Baillière et Fils. Paris: 1858.
6. Kraepelin E. Psychiatrie: Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte. 6 Aufl. Leipzig: I.A. Barth, 1899.
7. Runge W. Die Generationspsychosen des Weibes. *Arch Psychiatr Nervenkr.* 1911;48:545–690.
8. Meyer A. The problems of mental reaction-types, mental causes and diseases. *Psychological Bulletin.* 1908;5:245–261. doi: [10.1037/h0072906](https://doi.org/10.1037/h0072906)
9. Малиновский ПП. Помешательство. СПб.; 1855. Malinovskij PP. Pomeshatel'stvo. SPb.; 1855. (In Russ.).
10. Жданов ИД. Психозы послеродового периода с этиологической и судебно-медицинской точки зрения. М.: Типография Волчанинова; 1896:412 с. Zhdanov ID. Psihozy poslerodovogo perioda s etiologicheskoy i sudebno-medicinskoj tochki zreniya. M.: Tipografiya Volchaninova; 1896:412 p. (In Russ.).
11. Молохов АН. Очерки гинекологической психиатрии. Кишнев: Картя Молдовеняскэ, 1962:317 с. Molohov AN. Ocherki ginekologicheskoy psihiatrii. Kishenev: Kartya Moldovenyaske, 1962:317 p. (In Russ.).
12. Kahlbaum KL. Die Katatonie oder das Spannungsirresein. Eine klinische Form psychischer Krankheit. Berlin, 1874.
13. Снежневский АВ. Nosos et pathos schizophrenias. В кн.: Шизофрения. Мультидисциплинарное исследование. Под ред. АВ Снежневского. М.; 1972:5–15. Snezhnevskij AV. V kn.: Nosos et pathos schizophrenias. Shizofreniya. Mul'tidisciplinarnoe issledovanie. Pod red. A.V. Snezhnevskogo. M.;1972:5–15. (In Russ.).
14. Lai JY, Huang TL. Catatonic features noted in patients with post-partum mental illness. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2004;58(2):157–162. doi: [10.1111/j.1440-1819.2003.01210.x](https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2003.01210.x)
15. Gervasoni N, Aubry JM. A catatonic syndrome in a postpartum major depressive episode with psychotic features. *Schweiz Arch Neurol Psychiatr.* 2008;159(6):394–396.

¹ Следует отметить, что анестезия с отсутствием чувств к ребенку в послеродовом периоде, по данным исследований, свойственна аффективным расстройствам постнатального периода, реализующихся в пространстве шизофрении и расстройств шизофренического спектра [22].

16. Csihi L, Ungvari GS, Caroff SN, Mann SC, Gazdag G. Catatonia during pregnancy and the postpartum period. *Schizophr Res.* 2022 Sep 3:S0920-9964(22)00305-X. doi: [10.1016/j.schres.2022.08.003](https://doi.org/10.1016/j.schres.2022.08.003)
17. Strain AK, Meltzer-Brody S, Bullard E, Gaynes BN. Postpartum catatonia treated with electroconvulsive therapy: a case report. *Gen Hosp Psychiatry.* 2012;34(4):436.e3–4. doi: [10.1016/j.genhosppsych.2011.11.010](https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2011.11.010)
18. Nahar A, Kondapuram N, Desai G, Chandra PS. Catatonia among women with postpartum psychosis in a Mother-Baby inpatient psychiatry unit. *Gen Hosp Psychiatry.* 2017;45:40–43. doi: [10.1016/j.genhosppsych.2016.12.010](https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2016.12.010)
19. Kamau C. Postpartum depression or psychosis and return to work. *Lancet Psychiatry.* 2017;4(2):96–97. doi: [10.1016/S2215-0366\(16\)30444-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30444-8)
20. Rundgren S, Brus O, Båve U, Landén M, Lundberg J, Nordanskog P, Nordenskjöld A. Improvement of postpartum depression and psychosis after electroconvulsive therapy: A population-based study with a matched comparison group. *J Affect Disord.* 2018;235:258–264. doi: [10.1016/j.jad.2018.04.043](https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.04.043)
21. Прибытков АА. Психогенные послеродовые депрессии непсихотического уровня (клиническая картина и опыт терапии). *Социальная и клиническая психиатрия.* 2011;21(1):9–13.
Pribytkov AA. Psihogennyye poslerodovyye depressii nepsihoticheskogo urovnya (klinicheskaya kartina i opyt terapii). *Sotsial'naya i klinicheskaya psixiatriya.* 2011;21(1):9–13. (In Russ.).
22. Рагимова АА, Иванов СВ. Клиническое исследование послеродовых депрессий при шизофрении. *Психические расстройства в общей медицине.* 2017;(01–02):4–11.
Ragimova AA, Ivanov SV. Klinicheskoye issledovaniye poslerodovyyh depressiy pri shizofrenii. *Psikhicheskie rasstrojstva v obshchej medicine.* 2017;(01–02):4–11. (In Russ.).
23. Starkstein S, Berrios G. The 'Preliminary Discourse' to Methodical Nosology, by François Boissier de Sauvages (1772). *Hist Psychiatry.* 2015;26(4):477–491. doi: [10.1177/0957154X15602361](https://doi.org/10.1177/0957154X15602361)
24. Сербский ВП. Формы психического расстройства, описываемые под именем кататонии. М., 1890.
Serbskij VP. Formy psichicheskogo rasstrojstva, opisyyaemye pod imenem katatonii. M., 1890. (In Russ.).
25. World Health Organization. ICD-11: International classification of diseases (11th revision). 2022.
26. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR®). American Psychiatric Association; 2022:1120. doi: [10.1176/appi.books.9780890425787](https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787)
27. Leonhard K. Aufteilung der endogenen Psychosen und ihre differenzierte Ätiologie. 4. Auf. Akademie Verlag, Berlin; 1968.
28. Urstein M. Katatonie Unter Dem Bilde Der Hysterie Und Psychopathie. Berlin: Karger; 1922.
29. Борисова ПО, Лобанова ВМ. К проблеме истеро-кататонии в клиническом пространстве шизофрении и расстройств шизофренического спектра. *Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова.* 2022;122(7):81–87. doi: [10.17116/jnevro202212207181](https://doi.org/10.17116/jnevro202212207181)
Borisova PO, Lobanova VM. On the problem of hysterocatonia in the clinical space of schizophrenia and schizophrenic spectrum disorders. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry/Zhurnal Nevrologii i Psixiatrii imeni S.S. Korsakova.* 2022;122(7):81–87. (In Russ.). doi: [10.17116/jnevro202212207181](https://doi.org/10.17116/jnevro202212207181)
30. Смулевич АБ, Ключник ТП, Борисова ПО, Лобанова ВМ, Воронова ЕИ. Кататония (актуальные проблемы психопатологии и клинической систематики). *Психиатрия.* 2022;20(1):6–16. doi: [10.30629/2618-6667-2022-20-1-6-16](https://doi.org/10.30629/2618-6667-2022-20-1-6-16)
Smulevich AB, Klyushnik TP, Borisova PO, Lobanova VM, Voronova EI. Catatonia (Actual Problems of Psychopathology and Clinical Systematics). *Psychiatry (Moscow) (Psixiatriya).* 2022;20(1):6–16. (In Russ.). doi: [10.30629/2618-6667-2022-20-1-6-16](https://doi.org/10.30629/2618-6667-2022-20-1-6-16)
31. Wilson JE, Niu K, Nicolson SE, Levine SZ, Heckers S. The diagnostic criteria and structure of catatonia. *Schizophr Res.* 2015;164(1–3):256–262. doi: [10.1016/j.schres.2014.12.036](https://doi.org/10.1016/j.schres.2014.12.036)

Сведения об авторах

Михаил Валерьевич Пискарев, младший научный сотрудник, отдел по изучению пограничной психической патологии и психосоматических расстройств, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия, <https://orcid.org/0000-0001-8109-5977>

piskarev-mv@mail.ru

Вероника Маратовна Лобанова, кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник, отдел по изучению пограничной психической патологии и психосоматических расстройств, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия, <https://orcid.org/0000-0002-7183-1536>

l.o.b.a.n.o.v.a.n.i.k.a@gmail.com

Елена Борисовна Румянцева, младший научный сотрудник, отдел по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия, <https://orcid.org/0009-0000-8401-5864>
elena-92@inbox.ru

Information about the authors

Mikhail V. Piskarev, Junior Researcher, Department for Studying of Borderline Mental Pathology and Psychosomatic Disorders, FSBSI "Mental Health Research Centre", Moscow, Russia, <https://orcid.org/0000-0001-8109-5977>

piskarev-mv@mail.ru

Veronika M. Lobanova, Cand. of Sci. (Med.), Senior Researcher, Department for Studying of Borderline Mental Pathology and Psychosomatic Disorders, FSBSI "Mental Health Research Centre", Moscow, Russia, <https://orcid.org/0000-0002-7183-1536>

l.o.b.a.n.o.v.a.n.i.k.a@gmail.com

Elena B. Rumyantseva, Junior Researcher, Department of Endogenous Mental Disorders and Affective Conditions, FSBSI "Mental Health Research Centre", Moscow, Russia, <https://orcid.org/0009-0000-8401-5864>
elena-92@inbox.ru

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

There are no conflicts of interests.

Дата поступления 16.01.2023 Received 16.01.2023	Дата рецензии 03.04.2023 Revised 03.04.2023	Дата принятия 18.04.2023 Accepted for publication 18.04.2023
--	--	---