

КРИТЕРИИ И КЛИНИЧЕСКИЙ ИНСТРУМЕНТАРИЙ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ЭНДОГЕННОЙ И ОРГАНИЧЕСКОЙ КАТАТОНИИ («ШКАЛА РАЗЛИЧЕНИЯ ЭНДОГЕННОЙ КАТАТОНИИ», ШАГ 3)

Чугунов В.В.

Запорожский государственный медицинский университет

Линский И.В.

ДУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины»

Сафонов Д.Н.

Запорожский государственный медицинский университет

Городокин А.Д.

Запорожский государственный медицинский университет

CRITERIA AND CLINICAL INSTRUMENTS FOR DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF ENDOGENOUS AND ORGANIC CATATONIA («SCALE FOR DISTINGUISHING ENDOGENOUS CATATONIA», STEP 3)

Chugunov V.V., Zaporozhye State Medical University

Linsky I.V., SI «Institute of Neurology, Psychiatric and Narcology of National Academy of Medical Sciences of Ukraine»

Safonov D.N., Zaporozhye State Medical University

Gorodokin A.D., Zaporozhye State Medical University

АННОТАЦИЯ

С целью разработки критериев и инструментария дифференциальной диагностики эндогенной и органической кататонии и последующего создания 3 шага «Шкалы различения эндогенной кататонии» было обследовано 122 пациента КУ «Запорожская областная клиническая психиатрическая больница» ЗОС, среди которых 32 пациента с кататонией эндогенного генеза и 90 пациентов с кататонией органического генеза. Был выделен ряд маркеров, позволяющих вынести диагностическое заключение о принадлежности психопатологических нарушений к кататоническому синдрому эндогенного или органического генеза на трёх уровнях достоверности, на основании которого был сформирован бланк ШРЭК для шага 3.

ABSTRACT

With the aim of developing criteria and tools for differential diagnosis of endogenous and organic catatonia, and subsequent creation of the third step of «Scale for distinguishing endogenous catatonia» 122 patients of «Zaporozhye Regional Clinical Psychiatric Hospital» were examined, including 32 patients with catatonia with endogenous origin and 90 patients with catatonia with organic genesis. A series of markers that allow to make a diagnostic conclusion about belonging a psychopathological disorder to catatonic syndrome of endogenous or of organic origin on three levels of reliability were created; based on these markers, the SDEC blank for step 3 was formed.

Ключевые слова: эндогенная кататония, дифференциальная диагностика, ШРЭК.

Keywords: endogenous catatonia, differential diagnosis, SDEC.

Классические представления об исключительной принадлежности кататонического синдрома к семиотическому кругу шизофрений претерпели значительную трансформацию в течение второй половины XX века в связи с экспансией инициальной фармакотерапии психозов, в ицизивном её варианте, а также становлением эффективных техник нейровизуализации [8, 18]. Результатом данных процессов в отношении профессиональных воззрений на этиологию кататонического синдрома стало абсолютизированное в DSM-IV, DSM-IV-TR и DSM-V нозодиссолютивное расширение контекста рассмотрения комплекса кататоноспецифических психомоторных и поведенческих нарушений за пределы указанной выше нозологической группы шизофрений, – и даже включение кататонического синдрома в структуру эндогенной аффективной психопатологии и обсессивно-компульсивного расстройства [7, 10, 12]. Так, в актуальном клинко-теоретическом дискурсе кататонический синдром рассматривается в контексте:

– психогенного регистра – в структуре психопатологии диссоциативного спектра [7, 9], посттравматического стрессового расстройства [14], синдрома «resignation» [13];

– экзогенного регистра – в структуре химических интоксикаций и нейротропных эффектов фармакотерапии [7, 4], а

также гетерогенных абстинентных состояний [7, 11], инфекционной и аутоиммунной патологии;

– соматогенного регистра – в структуре метаболических нарушений и дефицита биологически активных веществ;

– органического регистра – в структуре фокальных поражений ЦНС, демиелинизирующих и атрофических процессов [1, 7].

Несмотря на обилие диагностических инструментов, позволяющих провести индикацию наличия кататонического синдрома (Rosebush and colleagues scale, The Modified Rogers Scale, Bush-Francis Catatonia Rating Scale, Northoff Catatonia Scale, Catatonia Rating Scale etc.), его этиопатогенез отражён лишь в несистематизированных клинко-анамнестических и параклинических исследованиях. В связи с этим разработка клинческого инструментария в виде диагностической шкалы, предназначенной для клинко-этиологической дифференциации принадлежности кататонического синдрома с помощью клинко-этиологической обсервации, является приоритетной задачей совершенствования формализованного диагностического аппарата психиатрии [4 – 7].

Продолжая расширение диагностического протокола дифференциальной диагностики кататонического синдрома эндогенного генеза, к ранее разработанным шагам «Шкалы различения эндогенной кататонии (ШРЭК)» (шаг

1 – дифференциация эндогенной кататонии и поздних нейротропных эффектов нейролептической терапии [17]; шаг 2 – дифференциация эндогенной кататонии и психомоторных расстройств диссоциативного спектра в настоящей статье добавляется шаг 3 – дифференциация эндогенной и органической кататонии.

Цель исследования: разработка критериев и инструментария дифференциальной диагностики эндогенной и органической кататонии для расширения протокола клинической дифференциации эндогенной кататонии за счёт формирования 3 шага «Шкалы различения эндогенной кататонии».

Контингенты и методы: контингент исследования составили 122 пациента КУ «Запорожская областная клиническая психиатрическая больница» ЗОС. Контингент был разделён на 2 группы согласно регистров принадлежности психопатологических нарушений, а именно:

– группа 1 (Г1): 32 пациента с кататонией эндогенного генеза;

– группа 2 (Г2): 90 пациентов с кататонией органического генеза;

В формировании контингента исследования использованы следующие критерии включения и исключения (последние учитывают состояния, исключающие возможность корректной идентификации признаков кататонии *per se*):

– критерии включения:
– возраст от 18 до 60 лет;
– наличие кататонического синдрома эндогенного генеза (для Г1), а также соответствующего диагноза в рамках рубрики F20 – F29;

– наличие кататонического синдрома органического генеза (для Г2), а также соответствующего диагноза в рамках рубрики F06;

– критерии исключения:
– массивная нейролептическая терапия с развитием нейролептического синдрома, в т. ч. злокачественного;

– состояния острой интоксикации нейро- и миотропными ядами, психоактивными веществами;

– судорожный синдром, эпилептический статус;

– развёрнутая клиническая картина миодистрофической патологии, в

т. ч. миастении;

– грубые нарушения периферической иннервации, параличи и парезы;

– коматозные состояния, апаллический синдром;

– психотехнически индуцированные трансовые состояния с явлениями каталепсии;

– физиологические состояния с явлениями каталепсии, в т. ч. стрессовой, фотогенной и пр.;

– состояния симуляции, сюрсимуляции, агравации.

Были использованы следующие методы и методики исследования:

– клиничко-психопатологический (с использованием BFCRS для верификации кататонического синдрома, а также независимой клинической оценкой состояния психиа-

трами высшей категории, докторами и кандидатами медицинских наук, профессорами и доцентами);

– математической статистики (достоверность различия частот качественных признаков с использованием непараметрического критерия χ^2);

– оценки диагностической ценности (диагностических коэффициентов (ДК), а также информативности (меры информативности (МИ) Кульбака) изучаемых признаков с формированием дифференциально-диагностической таблицы, пригодной для применения в составе последовательной процедуры А. Вальда (в модификации Е. Г. Гублера) [15, 16].

В процессе исследования проводилось компарирование клинической семиотики параллельных групп с последующим катанестическим контролем верификации диагнозов, в 2 этапа:

I этап – клиничко-аналитический, на котором была проведена клиничко-теоретическая гомогенизация психомоторных и поведенческих феноменов в структуре эндогенной и органической кататонии; целью данного этапа было выделение общих кластеров семиотики для использования их в качестве признаков дифференциации на следующем этапе исследования.

II этап – клиничко-статистический, на котором был проведён компаративный анализ частоты встречаемости признаков, выделенных на первом этапе, у больных разных групп, с расчётом ДК и МИ по формулам (Е. В. Гублер, 1978):

$$ДК = 10 \lg(A_1/A_2); (1)$$

$$МИ = 10 \lg(A_1/A_2) \cdot 0.5[A_1 - A_2]; (2)$$

где: ДК – диагностический коэффициент;

МИ – мера информативности (МИ) Кульбака;

A1 – частота признака в I группе сравнения;

A2 – частота признака в II группе сравнения.

В дальнейшем все значимые признаки были сведены в соответствующую дифференциально-диагностическую таблицу и размещены в ней в порядке убывания их информативности.

Результаты исследования

В результате анализа представленности психопатологических феноменов в контингентах исследования был выделен дифференциально-диагностический пул, включающий те симптомы и патологические знаки, которые были зарегистрированы в обеих группах, а именно: амбитендентность, аутоагрессия, вегетативные нарушения, вокальные тики, гетероагрессия, двигательное возбуждение, дистонии, застывания, импульсивные действия, инволюнтные движения, каталепсия, моторные автоматизмы, моторные тики, мутизм, активный и пассивный негативизм, нистагм, онейроид, орофациальные дискинезии, парамимии, пароксизмальное тахипноэ, пассивная подчиняемость, ретроградная амнезия, ригидность, стереотипные движения, ступор, сумеречное расстройство сознания, тремор в покое, хореоатетоз и эхофеномены.

Феномены, требующие исключения для корректной клинической дифференциации эндогенной и органической кататонии, приведены в табл. 1.

Таблица 1

Феномены исключения в дифференциации эндогенной и органической кататонии

| Признак (маркёр) | Исключаемые феномены |
|--|---|
| аутоагрессия (поведенческие паттерны, связанные с самоповреждением либо причинением себе боли) | аутоасфиксофилия, рентные формы поведения, паттерны круга садизм – мазохизм, демонстративный суицид, невротические и депрессивные расстройства, умственная отсталость |
| вегетативные нарушения (функциональные аритмии, суточные колебания АД, саливация, моторика кишечника, кожная секреция и пр.) | аффектогенные и физиогенные вегетативные реакции, побочные действия препаратов и ПАВ, диагностированная соматическая патология, панические атаки, тревожные расстройства, соматизированные депрессии, соматоформные расстройства |
| гетероагрессия (деструктивные паттерны поведения в отношении третьих лиц) | реактивно мотивированная агрессия, психопатоподобные формы поведения, патологические (идиосинкразические) формы алкогольного опьянения, галлюцинаторное и бредовое поведение, умственная отсталость, психомоторное возбуждение с сохранением целенаправленности двигательных актов ¹ |
| дистонии (спастические или тонические гиперкинезы отдельных групп скелетной мускулатуры) | парциальные судорожные припадки, моторные тики, моторные автоматизмы, стереотипии, компульсии и этно-культуральные ритуальные действия |
| застывания (кратковременные состояния неподвижности с сохранением стереотипной позы с утратой коммуникативного контакта) | состояние абсанса, акинетические и миастенические кризы, внешне обусловленные формы реагирования (реактивные состояния) |
| импульсивные действия (целенаправленные двигательные акты, осуществляющиеся без борьбы мотивов и волевых задержек) | психопатоподобные и бредовые внешне немотивированные формы поведения, деменции лобного типа, умственная отсталость (в т. ч. наследственные формы), синдром Ретта, диссоциативный спектр патологии |
| каталепсия (состояние повышения пластического тонуса скелетной мускулатуры с длительным сохранением приданной позы т. н. «восковидной гибкостью») | гипнотическое состояние, повышение пластического тонуса скелетной мускулатуры, нарколепсия, диссоциативные нарушения, болезнь Паркинсона, физиологические и индуцированные состояния ² |
| моторные автоматизмы (непроизвольные двигательные акты, сопряженные с ощущением их чуждости, подконтрольности чужой воле) | компульсивные формы поведения, двигательные стереотипии, фокальные эпилептические пароксизмы, исключительные состояния сознания, амбулаторные автоматизмы (транс, одержимость) |
| мутизм (отсутствие вербальной коммуникации в силу патологически изменённого психического состояния, при сохранном уровне сознания) | нарушения иннервации вокального аппарата, умственная отсталость, истерическая афония, бредовые и этнокультуральные мотивации (обет молчания), расстройства аутистического спектра, шперрунг |
| активный негативизм (активное сопротивление целенаправленным внешним воздействиям, в т. ч. вербальным побуждениям) | психопатоподобные, бредовые и галлюцинаторные формы поведения, диссоциативный спектр патологии, селективный социогенный, внешнемотивированные форм поведения |
| пассивный негативизм (пассивное сопротивление целенаправленным внешним воздействиям в т. ч. вербальным побуждениям, имеющее характер отказа от выполнения) | психопатоподобные, бредовые и галлюцинаторные формы поведения, ступорозные состояния различного генеза, селективный социогенный, нарушения функционирования анализаторов (анакузия, тугоухость и пр.), умственная отсталость, расстройства аутистического спектра |
| онейроид (сновидное помрачение сознания со сценородными галлюцинаторными переживаниями) | делирий, аменция, синдром бредоподобных фантазий, сумеречные состояния, интоксикации галлюциногенами, состояния экзальтации, конфабуляторная парафения |
| парамимии (мимические реакции, характеризующиеся вычурностью и / или инконгруэнтностью текущему аффекту) | орофациальные дискинезии, поражение лицевого нерва, эомимии, гистриоидные мимические паттерны, патологические мимические рефлексы, тики, коммуникативные стереотипии, фокальные эпилептиформные пароксизмы |
| ретроградная амнезия (невозможность воспроизведения прошедшего периода времени в силу нарушений памяти) | фиксационная амнезия, рентное поведение, сумеречные нарушения сознания, особые состояния сознания, психотические интоксикации ПАВ, физиологический и патологический сон, расстройства диссоциативного спектра |

| | |
|---|---|
| стереотипные движения (однообразные, непроизвольно повторяющиеся двигательные акты) | компульсии, моторные автоматизмы, тремор, моторные тики, эпизэквиваленты, коммуникативная пантомимика, фокальные эпилептиформные пароксизмы |
| ступор (длительные периоды сохранения стереотипной позы с утратой коммуникативного контакта) | летаргия, комы, синдром запертого человека, миастенические и акинетические кризы, психогенный ступор, tetanus, нарколепсия, иные виды ступора (диссоциативный, депрессивный и пр.) |
| сумеречное расстройство сознания (аллопсихическая дезориентировка с сохранностью привычных автоматизированных действий и выраженной аффективной аранжировкой) | патоаффективные синдромы (гневливая мания, ажитированная депрессия, эксплозивно-дисфорические состояния), психогенная индукция, физиологический аффект |
| тремор в покое (непроизвольные быстрые дрожательные движения скелетной мускулатуры малой амплитуды) | аффектогенный; физиогенный; двигательные стереотипии, моторные тики, дистонии, гиперкинезы при васкулярных, интоксикационных, состояниях абстиненции; эпизэквиваленты; вибрационная болезнь, побочные действия препаратов и ПАВ, гипертиреоз, гиперэкplexия, переохлаждение |
| хореоатетоз (сочетание медленных мелко и крупноразмашистых спастических гиперкинезов скелетной мускулатуры) | двигательные стереотипии, моторные тики, дистонии, гиперкинезы при васкулярных, интоксикационных, состояниях абстиненции; эпизэквиваленты; вибрационная болезнь, диссоциативные конвульсии |
| эхофеномены (непроизвольное копирование двигательных и вербальных актов, мимики и пантомимики окружающих) | психопатоподобное поведение, умственная отсталость, коммуникативные и индуцированные паттерны, высокая степень эмпатии, транскортикальная моторная афазия, психоневрологические наследственные заболевания (синдромы Ретта и Жиль де ля Туретта) |
| 1 Состояния сумеречного помрачения сознания, патоаффективные синдромы (гневливая мания, ажитированная депрессия, эксплозивно-дисфорические состояния), психогенная индукция, физиологический аффект и пр. | |
| 2 Гипнотическое и иные трансовые состояния, экзальтация, состояния каталепсии вызванной физическими раздражителями запредельной силы (шоковая (стрессогенная), фотогенная, аудиогенная и пр.). | |

Далее был проведён статистический анализ достоверности различий частоты регистрации выделенных признаков в группах методом χ^2 ; кроме того, на данном этапе исследова-

ния для каждого признака (феномена) на основе соотношения их частот в Г1 и Г2 были рассчитаны ДК и МИ (табл. 2).

Таблица 2

Диагностические свойства изученных признаков в дифференциации кататонического синдрома эндогенного и органического генеза

| Признак (наличие) | Частоты в группах | | | | p (χ^2) | Соотношение частот (Г2/Г1) | ДК | МИ | |
|--------------------------|-------------------|----|-----------|-------|----------------|----------------------------|------|-------|------|
| | абс., чел. | | относ., % | | | | | | |
| | Г1 | Г2 | Г1 | Г2 | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | |
| амбитендентность | есть | 20 | 32 | 62,50 | 35,56 | 0,008 | 0,57 | -2,45 | 0,33 |
| | нет | 12 | 58 | 37,50 | 64,44 | 0,008 | 1,72 | 2,35 | 0,32 |
| аутоагрессия | есть | 19 | 29 | 59,38 | 32,22 | 0,007 | 0,54 | -2,65 | 0,36 |
| | нет | 13 | 61 | 40,63 | 67,78 | 0,007 | 1,67 | 2,22 | 0,30 |
| вегетативные нарушения | есть | 1 | 3 | 3,13 | 3,33 | 0,955 | 1,07 | 0,28 | 0,00 |
| | нет | 31 | 87 | 96,88 | 96,67 | 0,955 | 1,00 | -0,01 | 0,00 |
| вокальные тики | есть | 3 | 4 | 9,38 | 4,44 | 0,303 | 0,47 | -3,24 | 0,08 |
| | нет | 29 | 86 | 90,63 | 95,56 | 0,303 | 1,05 | 0,23 | 0,01 |
| гетероагрессия | есть | 2 | 22 | 6,25 | 24,44 | 0,026 | 3,91 | 5,92 | 0,54 |
| | нет | 30 | 68 | 93,75 | 75,66 | 0,026 | 0,81 | -0,94 | 0,09 |
| двигательное возбуждение | есть | 7 | 18 | 21,88 | 20,00 | 0,821 | 0,91 | -0,39 | 0,00 |
| | нет | 25 | 72 | 78,13 | 80,00 | 0,821 | 1,02 | 0,10 | 0,00 |

| | | | | | | | | | |
|---------------------------------------|------|----|----|-------|-------|--------|------|-------|------|
| ДИСТОНИИ | есть | 3 | 3 | 9,38 | 3,33 | 0,662 | 0,36 | -4,49 | 0,14 |
| | нет | 29 | 87 | 90,63 | 96,67 | 0,662 | 1,07 | 0,28 | 0,01 |
| застыва- ния | есть | 18 | 12 | 56,25 | 13,33 | <0,001 | 0,24 | -6,25 | 1,34 |
| | нет | 14 | 78 | 43,75 | 86,67 | <0,001 | 1,98 | 2,97 | 0,64 |
| импуль- сивные действия | есть | 28 | 21 | 87,50 | 23,33 | <0,001 | 0,27 | -5,74 | 1,84 |
| | нет | 4 | 69 | 12,50 | 76,67 | <0,001 | 6,13 | 7,88 | 2,53 |
| инволюн- тарные движения | есть | 3 | 14 | 9,38 | 15,56 | 0,386 | 1,66 | 2,20 | 0,07 |
| | нет | 29 | 76 | 90,63 | 84,44 | 0,386 | 0,93 | -0,31 | 0,01 |
| ката- lepsия | есть | 21 | 17 | 65,63 | 18,89 | <0,001 | 0,29 | -5,41 | 1,26 |
| | нет | 11 | 73 | 34,38 | 81,11 | <0,001 | 2,36 | 3,73 | 0,87 |
| моторные автоматизмы | есть | 14 | 36 | 43,75 | 40,00 | 0,711 | 0,91 | -0,39 | 0,01 |
| | нет | 18 | 54 | 56,25 | 60,00 | 0,711 | 1,07 | 2,28 | 0,01 |
| моторные тики | есть | 3 | 7 | 9,38 | 7,78 | 0,777 | 0,83 | -0,81 | 0,01 |
| | нет | 29 | 83 | 90,63 | 92,22 | 0,777 | 1,02 | 0,08 | 0,00 |
| мутизм | есть | 13 | 11 | 40,63 | 12,22 | 0,001 | 0,30 | -5,22 | 0,74 |
| | нет | 19 | 79 | 59,38 | 87,78 | 0,001 | 1,48 | 1,70 | 0,24 |
| негативизм (активный) | есть | 15 | 14 | 46,88 | 15,56 | <0,001 | 0,33 | -4,79 | 0,75 |
| | нет | 17 | 76 | 53,13 | 84,44 | <0,001 | 1,80 | 2,01 | 0,32 |
| негативизм (пассивный) | есть | 29 | 24 | 90,63 | 26,67 | <0,001 | 0,29 | -5,31 | 1,70 |
| | нет | 3 | 66 | 9,38 | 73,33 | <0,001 | 7,82 | 8,93 | 2,86 |
| нистагм | есть | 1 | 17 | 3,13 | 18,89 | 0,031 | 6,04 | 7,81 | 0,62 |
| | нет | 31 | 73 | 96,88 | 81,11 | 0,031 | 0,84 | -0,77 | 0,06 |
| онейроид | есть | 11 | 7 | 34,38 | 7,78 | <0,001 | 0,23 | -6,45 | 0,86 |
| | нет | 21 | 83 | 65,63 | 92,22 | <0,001 | 1,41 | 1,48 | 0,20 |
| орофа- циальные дискине- зии | есть | 4 | 19 | 12,50 | 21,11 | 0,285 | 1,69 | 2,28 | 0,10 |
| | нет | 28 | 71 | 87,50 | 78,89 | 0,285 | 0,90 | -0,45 | 0,02 |
| парамии | есть | 24 | 31 | 75,00 | 34,44 | <0,001 | 0,46 | -3,38 | 0,69 |
| | нет | 8 | 59 | 25,00 | 65,56 | <0,001 | 2,62 | 4,19 | 0,85 |
| пароксиз- мальное тахипноэ | есть | 2 | 3 | 6,25 | 3,33 | 0,475 | 0,53 | -2,73 | 0,04 |
| | нет | 30 | 87 | 93,75 | 96,67 | 0,475 | 1,03 | 0,13 | 0,00 |
| пассивная подчиняе- мость | есть | 8 | 26 | 25,00 | 28,89 | 0,673 | 1,16 | 0,63 | 0,01 |
| | нет | 24 | 64 | 75,00 | 71,11 | 0,673 | 0,95 | -0,23 | 0,00 |
| ретро- градная амнезия | есть | 22 | 42 | 68,75 | 46,67 | 0,032 | 0,68 | -1,68 | 0,19 |
| | нет | 10 | 48 | 31,25 | 53,33 | 0,032 | 1,71 | 2,32 | 0,26 |
| ригид- ность | есть | 9 | 37 | 28,13 | 41,11 | 0,193 | 1,46 | 1,65 | 0,11 |
| | нет | 23 | 53 | 71,88 | 58,89 | 0,193 | 0,82 | -0,87 | 0,06 |
| стерео- типные движения | есть | 17 | 42 | 53,13 | 46,67 | 0,530 | 0,88 | -0,56 | 0,02 |
| | нет | 15 | 48 | 46,88 | 42,22 | 0,530 | 1,14 | 1,65 | 0,11 |
| ступор | есть | 16 | 17 | 50,00 | 18,89 | 0,001 | 0,38 | -4,23 | 0,66 |
| | нет | 16 | 73 | 50,00 | 81,11 | 0,001 | 1,62 | 2,10 | 0,33 |
| сумереч- ное рас- стройство | есть | 1 | 17 | 3,13 | 18,89 | 0,031 | 6,04 | 7,81 | 0,62 |
| | нет | 31 | 73 | 96,88 | 81,11 | 0,031 | 0,84 | -0,77 | 0,06 |

| | | | | | | | | | |
|----------------|------|----|----|-------|-------|--------|------|-------|------|
| тремор в покое | есть | 3 | 51 | 9,38 | 56,67 | <0,001 | 6,04 | 7,81 | 1,85 |
| | нет | 29 | 39 | 90,63 | 43,33 | <0,001 | 0,48 | -3,20 | 0,76 |
| хореоатетоз | есть | 2 | 16 | 6,25 | 17,78 | 0,114 | 2,84 | 4,54 | 0,26 |
| | нет | 30 | 74 | 93,75 | 82,22 | 0,114 | 0,88 | -0,57 | 0,03 |
| эхофеномены | есть | 27 | 45 | 84,38 | 50,00 | 0,001 | 0,59 | -2,27 | 0,39 |
| | нет | 5 | 45 | 15,63 | 38,89 | 0,001 | 3,20 | 5,05 | 0,87 |

Примечание: признаки с недостоверными различиями частот в группах сравнения выделены заливкой серого цвета.

Анализ достоверности различий (пороговое значение p -критерия $\leq 0,05$) и мер информативности (пороговое значение МИ $\geq 0,5$) признаков позволил сепарировать из об-

щего массива признаки, являющиеся валидными для дифференциации кататонического синдрома эндогенного и органического генеза (табл. 3).

Таблица 3

Маркёры кататонического синдрома эндогенного и органического генеза (в порядке убывания информативности)

| Маркёры кататонического синдрома | | | | | | | | | |
|----------------------------------|-------------------------|------|-------|------|----------------------|-------------------------|------|------|------|
| эндогенного генеза | | | | | органического генеза | | | | |
| № | Признак (наличие) | | ДК | МИ | № | Признак (наличие) | | ДК | МИ |
| 1 | импульсивные действия | есть | -5,74 | 1,84 | 1 | негативизм (пассивный) | нет | 8,93 | 2,86 |
| 2 | негативизм (пассивный) | есть | -5,31 | 1,70 | 2 | импульсивные действия | нет | 7,88 | 2,53 |
| 3 | каталепсия | есть | -5,41 | 1,26 | 3 | тремор в покое | есть | 7,81 | 1,85 |
| 4 | застывания | есть | -6,25 | 1,34 | 4 | каталепсия | нет | 3,73 | 0,87 |
| 5 | онейроид | есть | -6,45 | 0,86 | 5 | эхофеномены | нет | 5,05 | 0,87 |
| 6 | тремор в покое | нет | -3,20 | 0,76 | 6 | парамии | нет | 4,19 | 0,85 |
| 7 | негативизм (активный) | есть | -4,79 | 0,75 | 7 | сумеречное расстройство | есть | 7,81 | 0,62 |
| 8 | мутизм | есть | -5,22 | 0,74 | 8 | застывания | нет | 2,97 | 0,64 |
| 9 | парамии | есть | -3,38 | 0,69 | 9 | нистагм | есть | 7,81 | 0,62 |
| 10 | ступор | есть | -4,23 | 0,66 | 10 | гетероагрессия | есть | 5,92 | 0,54 |
| 11 | эхофеномены | есть | -2,27 | 0,39 | 11 | ступор | нет | 2,10 | 0,33 |
| 12 | аутоагрессия | есть | -2,65 | 0,36 | 12 | негативизм (активный) | нет | 2,01 | 0,32 |
| 13 | амбитендентность | есть | -2,45 | 0,33 | 13 | амбитендентность | нет | 2,35 | 0,32 |
| 14 | ретроградная амнезия | есть | -1,68 | 0,19 | 14 | аутоагрессия | нет | 2,22 | 0,30 |
| 15 | гетероагрессия | нет | -0,94 | 0,09 | 15 | ретроградная амнезия | нет | 2,32 | 0,26 |
| 16 | сумеречное расстройство | нет | -0,77 | 0,06 | 16 | мутизм | нет | 1,70 | 0,24 |

| | | | | | | | | | |
|----|-------------------------|-----|-------|------|----|-------------------------|------|------|------|
| 17 | нистагм | нет | -0,77 | 0,06 | 17 | онейроид | нет | 1,48 | 0,20 |
| 18 | пассивная подчиняемость | нет | -0,23 | 0,00 | 18 | пассивная подчиняемость | есть | 0,63 | 0,01 |

Согласно методологии расчёта достоверности диагностического решения для достижения уровня вероятности 95% ($p=0,05$) пороговая $\sum ДК$ является константой = ± 13 , для достижения вероятности 99% = ± 20 , для достижения вероятности 99,9% = ± 30 , т. о.:

– при $\sum ДК < -13, -20$ и -30 комплекс психопатологической семиотики с вероятностью 95%; 99% и 99,9% соответственно свидетельствует в пользу эндогенной кататонии;

– при $\sum ДК > +13, +20$ и $+30$ комплекс психопатологической семиотики с вероятностью 95%; 99% и 99,9% соответственно свидетельствует в пользу органической кататонии;

– в пределах диапазона $-13 < \sum ДК < +13$ заключение нельзя считать достоверным, т. к. при этом его $p > 0,05$.

На основании полученных данных была построена дифференциально-диагностическая таблица, в которой маркеры дифференциации расположены в порядке убывания $\sum МИ$ (табл. 4). Такой порядок расположения маркёров в таблице диктуется требованиями последовательной процедуры Вальда, в которой они используются. Перебор диагностически ценных признаков в порядке «от наиболее информативных к менее информативным» обеспечивает кратчайший путь к диагностическому (дифференциально-диагностическому) заключению требуемого уровня достоверности.

Таблица 4

Диагностическая таблица признаков для дифференциации кататонического синдрома эндогенного и органического генеза

| № | $\sum ми$ | Признак (маркёр) | Диапазон признака | ДК |
|----|-----------|-------------------------|-------------------|-------|
| 1 | 4,56 | негативизм (пассивный) | есть | -5,31 |
| | | | нет | 8,93 |
| 2 | 4,37 | импульсивные действия | есть | -5,74 |
| | | | нет | 7,88 |
| 3 | 2,61 | тремор в покое | есть | 7,81 |
| | | | нет | -3,20 |
| 4 | 2,13 | каталепсия | есть | -5,41 |
| | | | нет | 3,73 |
| 5 | 1,98 | застывания | есть | -6,25 |
| | | | нет | 2,97 |
| 6 | 1,54 | парамимии | есть | -3,38 |
| | | | нет | 4,19 |
| 7 | 1,26 | эхофеномены | есть | -2,27 |
| | | | нет | 5,05 |
| 8 | 1,07 | негативизм (активный) | есть | -4,79 |
| | | | нет | 2,01 |
| 9 | 1,06 | онейроид | есть | -6,45 |
| | | | нет | 1,48 |
| 10 | 0,99 | ступор | есть | -4,23 |
| | | | нет | 2,10 |
| 11 | 0,98 | мутизм | есть | -5,22 |
| | | | нет | 1,70 |
| 12 | 0,68 | сумеречное расстройство | есть | 7,81 |
| | | | нет | -0,77 |
| 13 | 0,68 | нистагм | есть | 7,81 |
| | | | нет | -0,77 |
| 14 | 0,66 | аутоагрессия | есть | -2,65 |
| | | | нет | 2,22 |
| 15 | 0,65 | амбитендентность | есть | -2,45 |
| | | | нет | 2,35 |
| 16 | 0,63 | гетероагрессия | есть | 5,92 |
| | | | нет | -0,94 |

| | | | | |
|----|------|-------------------------|------|-------|
| 17 | 0,45 | ретроградная амнезия | есть | -1,68 |
| | | | нет | 1,70 |
| 18 | 0,01 | пассивная подчиняемость | есть | 0,63 |
| | | | нет | -0,23 |

Примечание: Σ ми – суммарная информативность обоих диапазонов признака (слагается из информативностей наличия и отсутствия данного признака)

Полученные признаки (маркёры) использованы в формировании бланка ШРЭК, шаг 3 (табл. 5).

Таблица 5

Бланк ШРЭК, шаг 3

| Признак (маркёр) | Есть | Нет | Σ ДК |
|-------------------------|-------|-------|-------------|
| негативизм (пассивный) | -5,31 | 8,93 | |
| импульсивные действия | -5,74 | 7,88 | |
| тремор в покое | 7,81 | -3,20 | |
| каталепсия | -5,41 | 3,73 | |
| застывания | -6,25 | 2,97 | |
| парамимии | -3,38 | 4,19 | |
| эхофеномены | -2,27 | 5,05 | |
| негативизм (активный) | -4,79 | 2,01 | |
| онейроид | -6,45 | 1,48 | |
| ступор | -4,23 | 2,10 | |
| мутизм | -5,22 | 1,70 | |
| сумеречное расстройство | 7,81 | -0,77 | |
| нистагм | 7,81 | -0,77 | |
| аутоагрессия | -2,65 | 2,22 | |
| амбитендентность | -2,45 | 2,35 | |
| гетероагрессия | 5,92 | -0,94 | |
| ретроградная амнезия | -1,68 | 1,70 | |
| пассивная подчиняемость | 0,63 | -0,23 | |

Разработанная шкала имеет ряд категориальных отличий от существующих аналогов, прежде всего в силу специфичности клинических композиций используемых признаков и учёта спектра дисквалифицирующих состояний и исключаемых феноменов.

Заполнение бланка шкалы основывается на клинической обсервации и последовательной регистрации позных и мимических особенностей, артикуляционных, содержательных, эмфатико-интонационных параметров вербальной коммуникации, неврологических стигм и сложных паттернов поведения. При наличии феномена, соответствующего признаку в бланке шкалы и не входящего в спектр исключаемых, производится отметка в столбце «есть» соответствующего ряда, при отсутствии такового или наличии исключаемого феномена отметка производится в графе «нет» соответствующего ряда. По заполнению каждого ряда производится подсчёт суммы ДК путём сложения значений отмеченных рубрик, при достижении значения Σ ДК = +13 или -13 выносится предварительное диагностическое заключение о принадлежности психопатологических нарушений к кататоническому синдрому эндогенного (при Σ ДК = -13) или органического генеза (при Σ ДК = +13), имеющее уровень достоверности = 95% ($p=0,05$). При достижении значения Σ ДК = +20 или -20 выносится окончательное диагностическое заключение, имеющее достоверность 99%

($p=0,01$). При необходимости более высокого уровня достоверности процесс индикации феноменов продолжается до достижения значения Σ ДК = +30 или -30, соответствующего уровню достоверности 99,9% ($p=0,001$).

Приведём клиническую иллюстрацию.

Пациентка Г. И., 1959 г. р. Поступает впервые в состоянии психомоторного возбуждения. Из анамнеза известно, что несколько лет назад перенесла тяжёлую черепно-мозговую травму на производстве, лечилась в нейрохирургическом стационаре. На момент осмотра – негативистична, отказывается отвечать на вопросы врача. Речь ускорена, вербальные конструкции нарочито демонстративны, представлены по большей части выпренными постуляциями, инвективными конструкциями и обценными оборотами (патетическое возбуждения, вербальная агрессия). Командным, повелительным голосом принуждает врача и присутствующий персонал выслушать её, а именно: «закрывать рты, стать на колени и, пока я буду говорить, молчать». Спонтанно высказывает бредовые идеи отношения особого значения, заявляя, что овладела какой-то «истиной», которая «позволяет решать вопросы не только страны, но и всего мира». Не конкретизирует суть этой самой «истины». Угрожает медперсоналу и непонятно кому ещё «страшными наказаниями»: «будете стоять на коленях, просить у меня пощады... вон белый дом, а вот я... это истина...» Заявляет, что «я в

прошлой жизни была Клеопатрой, царицей Екатериной... жила во дворцах... Меня ведьма вскормила своим молоком и поэтому я могу быть прорицательницей, предсказательницей». Мышление с грубыми структурно-логическими нарушениями, доходящими до степени разорванности. Обманов восприятия не демонстрирует.

Т. о., в клинической картине психопатологических нарушений представлены элементы кататонического синдрома в виде специфического патетического психомоторного возбуждения, сопровождающегося агрессией и негативизмом,

а также комплекса нарушений мышления в виде мегаломанических бредовых идей, доходящих до парафренного уровня, что требует проведения дифференциальной диагностики принадлежности психомоторных и поведенческих нарушений в структуре кататонического синдрома к эндогенному или органическому этиопатогенетическому регистру, с учётом анамнестических и возрастных факторов. Результаты аппликации ШРЭК (шаг 3) на массив семиотики, идентифицируемый *per se* у пациентки Г. И., представлены в табл. 6.

Таблица 6

Результаты ШРЭК, шаг 3 (пациентка Г. И.)

| Признак (маркёр) | Есть | Нет | ΣДК | |
|-------------------------|-------|-------|-------|--------|
| негативизм (пассивный) | -5,31 | 8,93 | -5,31 | |
| импульсивные действия | -5,74 | 7,88 | 2,57 | |
| тремор в покое | 7,81 | -3,20 | -0,63 | |
| каталепсия | -5,41 | 3,73 | 3,10 | |
| застывания | -6,25 | 2,97 | 6,07 | |
| парамимии | -3,38 | 4,19 | 10,26 | |
| эхофеномены | -2,27 | 5,05 | 15,31 | p=0,05 |
| негативизм (активный) | -4,79 | 2,01 | | |
| онейроид | -6,45 | 1,48 | | |
| ступор | -4,23 | 2,10 | | |
| мутизм | -5,22 | 1,70 | | |
| сумеречное расстройство | 7,81 | -0,77 | | |
| нистагм | 7,81 | -0,77 | | |
| аутоагрессия | -2,65 | 2,22 | | |
| амбитендентность | -2,45 | 2,35 | | |
| гетероагрессия | 5,92 | -0,94 | | |
| ретроградная амнезия | -1,68 | 1,70 | | |
| пассивная подчиняемость | 0,63 | -0,23 | | |

Комплекс психопатологических нарушений, имеющий место у пациентки Г. И., идентифицирован с помощью 3 шага шкалы ШРЭК как органическая кататония с уровнем достоверности 95% (p=0,05).

Выводы:

1. Проведён сравнительный клинико-психопатологический анализ пациентов с кататоническим синдромом эндогенного или органического генеза, при этом выявлены признаки с достоверными различиями частоты встречаемости в группах сравнения, и для каждого из них рассчитаны величины мер информативности Кульбака (МИ) и диагностические коэффициенты (ДК).

2. Проведена сепарация признаков, являющихся валидными, в ракурсе их клинико-дискурсивной нативности, для использования в качестве критериев дифференциации указанных состояний, на основании пороговых значений уровня достоверности различий (p ≤ 0,05).

3. Введены понятия дисквалифицирующих состояний и исключаемых феноменов, под которыми понимается на-

личие состояний, исключаяющих возможность корректной идентификации признаков кататонии *per se*.

4. На основании данных ДК и МИ валидных признаков разработана клиническая шкала (ШРЭК, шаг 3)), позволяющая вынести диагностическое заключение о принадлежности психопатологических нарушений к кататоническому синдрому эндогенного или органического генеза, с любым из трёх необходимых уровней достоверности: 95% (p=0,05), 99% (p=0,01) или 99,9% (p=0,001).

Литература

1. Ahuja N. Organic catatonia: a review. *Indian Journal of Psychiatry*. – 2000. – N 42 (4). – P. 327-346.
2. American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fifth ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing. – P. 5-25.
3. American Psychiatric Association. «*Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fourth Edition, Text Revision: DSM-IV-TR*». – Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc., 2000.

4. Movement disorders in neuroleptic-naïve patients with schizophrenia spectrum disorders / M. Ayehu, T. Shibre, B. Milkias, A. Fekadu // *BMC Psychiatry*. – 2014. – № 14. – p.280. PubMed PMID: 25298069; PubMed Central PMCID: PMC4195874.
5. The catatonia rating scale I--development, reliability, and use / P. Врдуниг, G. Shugar, J. Нцфлер, I. Вцрнер, S. Кгъгер // *Compr. Psychiatry*. – 2000. – № 41(2). – p. 147-58. PubMed PMID: 10741894.
6. Bush G. Catatonia I: rating scale and standardized examination / G. Bush, M. Fink, G. Petrides // *Acta Psychiatr. Scand.* – 1996. – № 93. – P. 129 – 136.
7. Caroff. S. Catatonia: from psychopathology to neurobiology / S. Caroff, S. Mann, A. Francis, G. Fricchione, eds. // *Am. Psychiatric Publishing*. – 2004. – P. 229.
8. The relationship of catatonia symptoms to symptoms of schizophrenia / Z. Cernovsky, J. Landmark, H. Merskey, R. O'Reilly // *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*. – 1998. – № 43 (10). – P. 1031-1035.
9. Dissociative Disorder Presenting as Catatonia / P. Sarkar et al. // *Indian Journal of Psychiatry*. – 2004. – №46 (2). – P. 176-179.
10. Jagadheesan K. Catatonia in obsessive-compulsive disorder // K. Jagadheesan, H. Nizamie, A. Thakur // *Indian Journal of Psychiatry*. – 2002. – №44(2). – P. 179-182.
11. Lorazepam withdrawal catatonia: a case report / T. Sivakumar, A. Yadav, M. Sood, S. K. Khandelwal // *Asian J Psychiatr*. – 2013. – №6 (6). – P. 620-1.
12. Mukai Y. Chronic catatonia with obsessive compulsive disorder symptoms treated with lorazepam, memantine, aripiprazole, fluvoxamine and neurosurgery / Y. Mukai, A. Two, M. Jean-Baptiste // *BMJ Case Rep*. – 2011. – №4.
13. Resignation Syndrome: Catatonia? Culture-Bound? / K. Sallin et al. // *Front Behav Neurosci*. – 2016. – № 29 (10).
14. Catatonia as an Unusual Presentation of Posttraumatic Stress Disorder Psychopathology / R. Shiloh, B. Schwartz, A. Weizman, M. Radwan. – 1995. – 28. – 285-290.
15. Гублер Е. В. Вычислительные методы анализа и распознавание патологических процессов. – Л. : Медицина, 1978. – 294 с.
16. Гублер Е. В. Применение непараметрических критериев статистики в медико-биологических исследованиях / Е. В. Гублер, А. А. Генкин. – Донецк. – 1973. – С. 13-15.
17. Критерии и клинический инструментарий дифференциальной диагностики эндогенной кататонии и поздних нейротропных эффектов нейролептической терапии («Шкала различения эндогенной кататонии») / В. В. Чугунов, И. В. Линский, Д. Н. Сафонов, А. Д. Городокин // *Український вісник психоневрології*. – 2016. – №1(86). – С. 88-96.
18. Чугунов В. В. Клинико-статистический и историографический анализ представлений об эпидемиологии расстройств кататонического спектра / В. В. Чугунов, Д. Н. Сафонов, А. Д. Городокин // *Acta Psychiatrica, Psychologica, Psychotherapeutica et Ethologica Tavrca*. – 2013. – №1 (62). – С. 69-76.