

РАЗВИТИЕТО НА ПСИХОПАТОЛОГИЯТА И РЕНЕСАНСА НА КАТАТОНИЯТА

Г. Попов

Key words: catatonia, mania, depression, schizophrenia

Едно от основните направления на съвременната психопатология е проучването на диагностичната стойност на отделните симптоми. Публикуваните данни от тези проучвания налагат преосмисляне на класическите представи за приоритетната диагностична принадлежност на някои основни симптоми и синдроми. Пример за това е кататонията.

Кататония

Кататонията е синдром на двигателна дисрегулация. Класическият образ на кататонията е синдромът на Калбаум, именуван в чест на Карл Калбаум, който първи дефинира кататонията през 1874г. Пациентите са неподвижни, не говорят, безжизнено и втръчено гледат в пространството и за продължително време заемат неудобни пози в легнало или изправено положение. Освен тази класическа картина съществуват много градации и флукуации на кататонните симптоми, които могат да си взаимодействат с други симптоми и по-специално – депресивни и манийни. Така наречената, „кататонна възбуда“ е според редица автори проява на лежаща в основата и мания (атипична мания) и не представлява специфичен синдром (M. Taylor & N. Vaidya, 2009). Традиционно обаче кататонната възбуда се асоциира с шизофрения още от времето на Е. Крепелин и включва стериоти-

Катедра по Психиатрия и Медицинска психология, Медицински университет Варна, УМБАЛ „Св. Марина“ Варна

DEVELOPMENT OF PSYCHOPATHOLOGY AND RENAISSANCE IN CATATONIA

G. Popov

One of the main tendencies in contemporary psychopathology is to study the diagnostic value of different symptoms. The published data of these investigations brought out another meaning of the classic conceptions about the prior diagnostic appurtenance of some fundamental symptoms and syndromes. Catatonia is an example. The data of antecedent and recent studies, cited in this work, showed that catatonic symptoms have been most often met in mania and depression and seldom in schizophrenia.

пии, маниеризми, ехопраксия, ехолалия, импулсивни действия. Движенията са нецеленасочени и разхвърлени. Може да се стигне до неистова възбуда, т.нар. раптус, който се появява внезапно на фона на кататонен ступор. Раптус се описва още при меланхолна депресия, когато на фона на тежка хипокинезия и хипоактивност пациентът внезапно се ажитира и предприема суицидален опит. Наблюдава се и при някои културно-обусловени синдроми (boufee delirante: внезапна психомоторна възбуда и агресия в комбинация с обърканост - наблюдава се в Западна Африка и Хаити; latah: внезапен страх до ужас с ехопраксия, ехолалия, дисоциативно поведение, автоматична подчиняемост – наблюдава се в Малайзия и Индонезия).

Кататонната възбуда трябва да се разграничава от редица други форми на психомоторна възбуда. Първото диференциално-диагностично "стъпало" изисква да се отхвърли евентуалната органична етиология на възбудата - хипогликемия, хипокалиемия, субарахноидален мозъчен кръвоизлив, черепно-мозъчна травма, интоксикация (напр. алкохолна), епилепсия, възпалителни заболявания на мозъка и т.н. Второто диагностично "стъпало" изисква диференциране на кататонната възбуда от маниакалната възбуда, депресивната възбуда (ажитираната депресия) и сборната група на т.нар. психогенна възбуда. От клинично-терапевтична гледна точка е от решаващо значение да се отхвърли органичната етиология на възбудата.

В съвременните класификации кататонията се свързва на първо място с шизофренията, но според някои автори това е анахронизъм и върши лоша услуга на повечето пациенти, защото клиницистите си изграждат убеждението, че повечето, ако не всички, пациенти с кататония страдат от шизофрения. Лечението се основана на това погрешно впечатление и разчита на нарастващи дози антипсихотици за „кататонната шизофрения“. Този терапевтичен подход не подобрява кататонията и дори може да влоши състоянието чрез индуциране на невролептичен малигнен синдром (НМС), който представлява форма на малигнената кататония. Малигнената кататония се предизвиква от внезапно, рязко спиране на допаминергични медикаменти, или от неподходящо предписване на антипсихотици и други D2 блокиращи медикаменти, но също и от серотонинергични лекарства. НМС е неразграничим от малигнената кататония, която възниква по други причини. Винаги са на лице мускулна ригидност и други кататонни симптоми. Съществува висок фебрилитет, жизнените показатели са нестабилни и флукуират в широки граници; нараства серумната креатенин фосфокиназа и намалява серумното желязо.

Серотониновият синдром има идентична клинична картина, но може също да се проявява с крампи и диария.

Фебрилната кататония е описана в края на 19 и началото на 20 век като летална кататония, защото повечето пациенти са умирали от бъбречни или сърдечни увреждания. Сега фебрилната кататония, както и серотониновия синдром, се лекуват успешно.

Различни телесни заболявания включват кататонни симптоми. На първо място това са инфекции, метаболитни разстройства, постенцефалитни състояния, заболявания на базалните ганглии и фронталния дял на мозъка и други. Около 10% от пациентите с кататония отговарят на диагностичните критерии за шизофрения.

Системни проучвания на кататонни пациенти в Европа, Северна Америка и Азия от началото на 20-те години на 20-ти век до сега, откриват при около 50% от тях манийно-депресивно заболяване (Taylor & Vaidya, 2009).

Сред манийните пациенти 25% или повече имат видими кататонни симптоми. При по-тежко манийно болни почти всички имат кататонни симптоми. Тези пациенти са силно възбудени непрекъснато се движат и крещят, никога не се успокояват и не могат да спят. Могат да бъдат дезориентирани и да конфабулират. Речта им е толкова ускорена, а асоциациите объркани, че те не могат да бъдат разбрани. Тази форма се нарича „делириозна мания“. Тези пациенти нямат ригидност и към кататонията насочват такива симптоми като гримасиране, ехололия, ехопраксия, маниеризъм и позиране и изразен негативизъм. При някои кататонни пациенти може да е налице онейроидно помрачение на съзнанието. Според DSM-IV в депресивен епизод също могат да се наблюдават кататонни белези и преди всичко обездвиженост проявена в каталепсия и /или ступор. В този контекст остава не много ясен клиничния статут на т.нар. депресивен ступор, с който преди се назова-

ваха ступорозните състояния при тежка депресия с мимична изразителност адекватна на емоционалното състояние.

Съществуват и други вариации на кататонията. К. Leonhard е формулирал оригинална класификационна система основана на неговото разбиране за важността на двигателните белези при очертаването на психотичните разстройства. Тези състояния обаче според съвременните представи не са отделни заболявания, а представляват варианти на кататонията.

В крайна сметка е видно, че кататонията е диагностично нехомогенно разстройство и ексклузивното свързване с диагнозата шизофрения в МКБ-10 и DSM-IV е неправомерно. Съществуват предложения кататонията да бъде класифицирана отделно, както са делира и деменцията, и да се въведат някои нейни модификации (субтипове) на основата на тежестта и вероятната причина (афективно разстройство, шизофрения, органични разстройства и др.)

Кататонията е често срещано състояние. От 1990 година системните проучвания на хоспитализирани остри психиатрични пациенти откриват, че 10-15% от тези пациенти са кататонни, дори според рестриктивните критерии на DSM. Последните проучвания показват аналогични резултати с докладваните през периода 1920-1976г. и откриват, че честотата на кататонията сред хоспитализирани психиатрични пациенти е 7-37%. Тази висока честота също аргументира важността на проблема за диагностичната (нозологичната) принадлежност на кататонните симптоми.

Литература

1. МКБ-10. (1998). *Психични и поведенчески разстройства. Национален център за комплексно изследване на човека, Център за сътрудничество със СЗО по проблемите на психичното здраве, София.*

2. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders – DSM-IV, fourth edition. American Psychiatric Association, Washington, DC, 2005*
3. Taylor M.A., Vaidya N. (2009). *Descriptive Psychopathology. Cambridge University Press, Cambridge.*