

Кататония — эволюция взглядов и современные представления (обзор литературы)

Дунаевский В.В., Кузнецов А.В.

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. И.П. Павлова

Резюме. В обзоре литературы приводится история взглядов на проблему кататонии от Кальбаума и до настоящего времени. Описанная Карлом Кальбаумом в качестве отдельного заболевания после работ Крепелина и Блейлера кататония долгие годы ассоциировалась с представлением о шизофрении. В настоящее время кататония классифицируется как неспецифический синдром, который можно наблюдать при многих психических расстройствах. Несмотря на существующие взгляды на кататонию, как на редкое заболевание, многие исследования указывают на широкую распространенность этой патологии. Своевременная диагностика кататонии в не меньшей степени, чем анализ ее структурно-динамических особенностей, имеет принципиальное значение не только для выбора предпочтительной терапевтической тактики, но в некоторых случаях позволяет избежать летального исхода. В связи с этим, в статье приводится описание ряда шкал, используемых в качестве диагностического инструментария для диагностики кататонии у пациентов с различной психической патологией.

Ключевые слова: кататония, психоз, шизофрения, аффективные расстройства

Catatonia — evolution of views and current understanding (literature review)

Dunaevsky V.V., Kuznetsov A.V.

I.P. Pavlov First St. Petersburg State Medical University

Summary. The literature review describes history of views on catatonia from Kahlbaum to present time. Described as a discrete disease by Karl Kahlbaum, since Kraepelin's and Bleuler's works catatonia was associated with schizophrenia for many years. At the present time catatonia is classified as a nonspecific syndrome, which can be observed in many mental diseases. Despite of common view on catatonia as a rare disease, a lot of studies show that this state is very frequent. Catatonia remains an underdiagnosed syndrome. Prompt recognition of catatonia is important since this state is life-threatening and catatonic patients need correct treatment. This article describes some diagnostic scales, used to recognize catatonia in psychiatric patients.

Keywords: catatonia, psychosis, schizophrenia, affective disorders

Проблема кататонических расстройств является весьма актуальной, однако до настоящего времени остается недостаточно изученной. Вопрос диагностической принадлежности кататонических нарушений, а также подходы к их выявлению, с момента первого описания кататонии всегда оставался спорным и вызывал бурную полемику. На сегодняшний день вновь имеет место изменение взглядов на классификацию кататонических расстройств. Как в международной классификации болезней, так и в DSM-V кататония отныне рассматривается в качестве дополнительного синдрома, встречающегося при различных психических заболеваниях.

Пристальное внимание исследователей к проблеме кататонии обусловлено тяжестью кататонических нарушений, высокой частотой осложнений и высокой вероятностью летального исхода в случае неверной терапевтической тактики. Таким образом, совершенствование подходов к выявлению кататонических расстройств в рамках различных нозологических групп, использование в клинической практике современных представлений об их патогенезе может существенно повлиять на повышение качества медицинской помощи.

Эпидемиология кататонических расстройств

В настоящее время все большее внимание исследователей уделяется вопросу выявления кататонических расстройств. До середины прошлого столетия (в «донеуролептический» период) частота случаев кататонической шизофрении составляла около 20-30% от всех госпитализированных пациентов [56]. Наиболее часто встречающимися кататоническими симптомами являлись мутизм (68% случаев) и негативизм (62% случаев) [33]. Затем ситуация изменилась, и за последние десятилетия частота диагностики кататонической формы шизофрении постепенно снизилась до 2-10% [53, 21, 48]. До сих пор обсуждается вопрос, связаны ли эти изменения с введением в широкую практику антипсихотических препаратов.

Часть исследователей связывает их с постепенным улучшением диагностики соматических и неврологических расстройств, в связи с чем все меньшая часть случаев вторичной кататонии рассматриваются в рамках шизофрении [53, 35, 37]. Тем не менее, до настоящего времени кататонические расстройства при шизофрении встречаются весьма часто. Также часто кататоническая симптоматика представлена в рамках аффективной пато-

логии — как при маниакальных, так и при депрессивных состояниях. По данным разных исследователей, частота встречаемости кататонических симптомов у больных с аффективными расстройствами составляет от 13 до 31% [32, 20]. Если принять во внимание нозологически неспецифический характер кататонических расстройств, а также тенденцию рассматривать случаи злокачественного нейрорептического синдрома как вариант ятрогенно обусловленного кататонического состояния, становится ясно, что эта патология встречается гораздо чаще, чем принято думать. Также весьма распространенными являются кататонические нарушения, носящие симптоматический характер и связанные с общесоматическим состоянием. Частота соматогенной кататонии, по данным ряда исследований, составляет от 20 до 25% от всех пациентов, госпитализированных в связи с развитием кататонических состояний [25, 27, 28, 51]. Таким образом, проблема кататонии по-прежнему сохраняет свою актуальность, а ее дальнейшее изучение представляет собой важную исследовательскую задачу.

История изучения

Упоминания о причудливых артефактах человеческого поведения, получивших в последствии название кататонических расстройств, встречаются уже у античных авторов. Позднее их красочные описания со страниц литературных памятников постепенно стали перемещаться в медицинские трактаты, все больше и больше привлекая внимание профессиональных психиатров.

Термин «кататония» был введен Карлом Кальбаумом в 1868 году. Он был первым, кто наиболее полно описал психическое расстройство, проявляющееся двигательными, аффективными и соматическими нарушениями. В качестве основных симптомов, характеризующих эти состояния, он выделил негативизм, каталепсию, мутизм, стереотипии, вербигерации, а также симптомы, связанные с нарушением мышечного тонуса. Кроме того, он отмечал, что эта патология в значительной степени ассоциирована с депрессивными и маниакальными расстройствами, которые неизменно присутствуют на разных этапах развития заболевания. Полное описание кататонических нарушений было представлено Кальбаумом в монографии «Die Katatonie oder das Spannungsirresein», опубликованной в 1974г.

Наиболее яркие проявления кататонии, названные им «melancholia attonita», возникают, по его мнению, при нарастании и углублении депрессивных расстройств. Он выделил несколько разновидностей кататонии в зависимости от ее тяжести и характера течения. 1) «katatonia gravis», характеризующаяся полнотой симптомов и четко очерченным стереотипом развития. 2) «katatonia mitis», для которой типична неполная представленность симптоматики и не резко выраженные двигательные нарушения. 3) «protrahite formen», затяжной вариант кататонии, протекающий с пе-

риодическими послаблениями симптоматики. Кроме того, исходя из характера двигательных нарушений, он выделял эпилептоидную, тетаническую, хореатическую, каталептическую и индифферентную формы. Отмечая благоприятный прогноз и высокую частоту выздоровления у пациентов, страдающих кататонией, он подчеркивал, что светлые промежутки часто носят характер интермиссий и не сопровождаются какой-либо резидуальной симптоматикой. [41]. В дальнейшем ученик Кальбаума Ewald Hecker выделил в качестве отдельной формы гебефрению, которая первоначально рассматривалась как разновидность кататонического психоза [38].

Уникальное своеобразие этой симптоматики дало основание Кальбауму рассматривать кататонию в качестве отдельной нозологической единицы. Подобная позиция практически сразу вызвала бурную полемику в психиатрическом сообществе, не прекращающуюся до настоящего времени. Многие авторы, наблюдавшие описанный синдром у больных с различными иными психическими расстройствами, имеющими преимущественно аффективную природу, расценивали кататонию не как самостоятельное заболевание, а как осложнение прочих психотических состояний. С. Wernicke рассматривал кататонию как акинетический психоз с двигательными нарушениями (akinetische motilitätspsychose), выделяя его в качестве самостоятельного заболевания. В ряде случаев оно может хронифицироваться и носить неизлечимый характер, в то же время имеют место случаи с длительными ремиссиями высокого качества, сопровождающиеся в качестве резидуальных расстройств исключительно явлениями астенического регистра [57].

Одним из первых резкой критике концепцию Кальбаума подверг Arndt [10]. Он отрицал нозологическое единство состояний, определяемых как кататония, связывая их с избыточным возбуждением нервной системы, возникающим по самым разным причинам. Meynert [10] также считал, что многие пациенты, страдающие различными психическими расстройствами при ухудшении состояния демонстрируют развитие кататонических симптомов. Таким образом, он относил случаи кататонии к галлюцинаторному помешательству, клиническая картина которого усложняется двигательными расстройствами за счет тех или иных факторов, влияющих на течение заболевания. В 1898 году Н. Schule в своем докладе, сделанном на XII международном съезде психиатров, также выступил с критикой оценки кататонии как нозологической единицы. Он отмечал, что характерные для нее психомоторные расстройства встречаются при различных заболеваниях и, не имея единого происхождения, могут быть объединены в одну группу исключительно по симптоматическому принципу, по внешним признакам. Им были описаны проявления кататонии, встречающиеся как при острых эндогенных психозах, так и при хронических психических расстройствах, в том числе, при органических поражениях голов-

ного мозга. Такие случаи расценивались им в рамках симптоматической кататонии. В то же время Schule не отрицал существования “истинной кататонии”, протекающей в соответствии со стереотипом заболевания, описанным Кальбаумом. При этом он рассматривал случаи тяжелой кататонии не как самостоятельное заболевание, но как иные, первичные психические расстройства, видоизмененные кататоническими проявлениями, возникшими за счет конституциональных особенностей или внешних воздействий. В дальнейшем, он изменил свою позицию, разделяя взгляды Кальбаума относительно нозологической самостоятельности первичного кататонического психоза [10].

Среди прочих оппонентов Кальбаума следует упомянуть G. Kirby и его публикацию, посвященную кататоническим расстройствам у пациентов, страдающих аффективной патологией. Им были описаны случаи типично протекающего маниакально-депрессивного психоза, при котором часть аффективных фаз “замещается” кататоническими приступами. [42] В 1922 г. J.Lange, обследовав 700 пациентов, страдавших маниакально-депрессивным психозом, выявил кататонические симптомы у 25% обследованных [44].

Многие авторы расценивали кататонию как неврологическое расстройство и связывали ее с паркинсонизмом, дистониями и прочими моторными нарушениями органического генеза [29, 36]. В пользу данной гипотезы свидетельствовали наблюдения, указывающие на частую представленность кататонической симптоматики при психозах, возникающих как осложнение эпидемического энцефалита [30]. Другие авторы расценивали кататонию как проявление гормональных [43, 45, 46], метаболических нарушений [34].

Новый взгляд на нозологическую принадлежность кататонических расстройств связан с именем Эмиля Крепелина. В своей систематике психических заболеваний, вводящей дихотомическую концепцию маниакально-депрессивного психоза и шизофрении, он включил кататонию в рамки *dementia praecox*. Кататония расценивалась им как состояние, постепенно приводящее к формированию психического дефекта и имеющее неблагоприятный прогноз. Наряду с выделением кататонии в качестве заболевания из группы болезней шизофренического спектра, Крепелин отмечал, что отдельные кататонические симптомы могут встречаться в рамках всех остальных форм шизофрении, не являясь при этом главенствующими. В своих описаниях кататонического типа шизофрении Крепелин подчеркивал, что клиническая картина у этих больных не ограничивается психомоторными нарушениями и может включать в себя широкий спектр симптомов, таких как аффективные нарушения, галлюцинаторные расстройства, характерные для шизофрении бредовые идеи, ипохондрические переживания. Особое внимание он уделял манерности, считая ее весьма характерным симптомом кататонии. При описании конечных состояний в рамках шизофрении он подчеркивал широкую распространенность

различных кататонических симптомов у больных на поздних этапах заболевания, что объяснялось им с точки зрения прогрессирующих явлений интрапсихической атаксии и нарастающей утраты способности к контролю волевых акций. [5].

Э. Блейлер также был склонен рассматривать кататонические расстройства как проявления шизофрении. В то же время, он полностью не разделял взглядов Крепелина на неуклонное прогрессирование заболевания с неизбежным формированием дефектных состояний, отмечая, что в значительном количестве случаев заболевание заканчивается выздоровлением, либо неполной ремиссией. В своих описаниях процессуальных модальностей Э.Блейлер дифференцировал острые кататонические приступы, обладающие благоприятным прогнозом, с непрерывно текущими формами, при которых происходит расширение спектра кататонических расстройств, а их удельный вес постепенно нарастает, и заболевание завершается формированием личностного дефекта. Психозы, отмеченные хронической кататонической симптоматикой, Э. Блейлер рассматривал как наиболее неблагоприятные в отношении прогноза [1].

Подобные диагностические воззрения долгое время господствовали в психиатрическом сообществе, что в дальнейшем нашло отражение в самых разных классификациях психических заболеваний, где кататония рассматривалась, преимущественно, как разновидность шизофрении [1].

Вслед за немецкими авторами Н. Еу также описывал кататонические расстройства в рамках шизофрении. При этом он расценивал кататонию как крайнюю степень характерной для шизофрении несогласованности психических, волевых, двигательных актов. Рассматривая внутренние аспекты психической деятельности этих больных, он полагал, что кататония в большинстве случаев сопровождается массивной психотической симптоматикой, включающей “кататонический бред”. В качестве основных разновидностей кататонических расстройств он описывал ступор, возбуждение, а также «малую» и «великую кататонию», характеризующуюся хроническим течением, некурабельностью, делающую контакт с больным практически невозможным. При этом им также описывались широко встречающиеся “псевдокататонии” или “кататонотипные синдромы”, возникающие в рамках симптоматических психозов. Кроме того, им было выделено несколько вариантов конечных состояний, характеризующихся преобладанием в клинической картине тех или иных кататонических симптомов [17].

Как уже отмечалось, для многих последующих классификаций психических заболеваний взгляды Крепелина и Блейлера сохранили свое принципиальное значение. В первом издании DSM, опубликованном в 1952 году, кататония была представлена исключительно в рамках одного из подтипов шизофренической реакции. В 1968 году во втором издании DSM она была включена в рамки шизофрении в качестве ее кататонической формы, при этом выделялись два ее типа — с преобладани-

ем заторможенности и возбуждения. В 1948 году в шестом издании Международной Классификации Болезней кататония была включена в группу расстройств шизофренического спектра в качестве одного из вариантов шизофрении. Эта диагностическая квалификация сохранилась вплоть до 11 издания МКБ [54].

Несмотря на признанный авторитет таких фигур, как Блейлер и Крепелин, многие исследователи продолжали оспаривать отнесение кататонии к группе шизофрений. Ряд исследователей продолжал причислять кататонию к патологии преимущественно аффективной сферы [24, 52]. Крайние позиции занимали авторы, полагавшие, что кататонические расстройства у пациентов, страдающих маниакально-депрессивным психозом, встречаются чаще, чем у больных шизофренией [44].

Карл Ясперс так же, как и Кальбаум, был склонен рассматривать кататонию в качестве отдельной нозологической единицы. При этом, опираясь в своих диагностических представлениях на феноменологический подход, он трактовал кататонию более широко. В кругу этих расстройств он рассматривал все двигательные акты, природа которых не является психологически понятной. Ясперс также указывал на благоприятный исход при острых кататонических приступах с возможностью полного выздоровления [18].

Курт Шнайдер придерживался той точки зрения, что кататония является неспецифическим синдромом и может встречаться при самых разных психических расстройствах. Также он обращал внимание на различия между больными, страдающими генуинной кататонией и теми, у кого ее симптомы появляются на отдаленных этапах заболевания, подчеркивая принципиальный характер этих отличий. Он выделял чаще встречающиеся при шизофрении гипокINETические формы и наблюдаемые, по большей части, в рамках симптоматических психозов гиперкинетические [16].

Традиция школы Клейста-Леонгарда рассматривала кататонию в качестве одного из вариантов системной шизофрении. В этом кругу были выделены и описаны ряд заболеваний, протекающих с преимущественно кататоническими расстройствами (паракINETическая кататония, манерная кататония, проскинетическая кататония, негативистическая кататония, кататония речевой готовности и кататония речевой заторможенности), а также сходные с ними гебефренические психозы (нелепая гебефрения, чудаковатая гебефрения, бесчувственная гебефрения, аутистическая гебефрения). Остро протекающие кататонические психозы были включены в группу несистемной шизофрении (периодическая кататония) и циклоидных психозов (возбужденно-заторможенный психоз спутанности и гиперкинетически-акинетический двигательный психоз). Кроме того, отдельно рассматривалась кататония, возникающая в детском возрасте [6].

В отечественной психиатрии представления о кататоническом синдроме также претерпели зна-

чительные изменения. Первоначально доминирующими являлись взгляды, соответствующие диагностическим воззрениям Кальбаума. Одним из первых отечественных трудов, посвященных вопросам кататонии, явилась монография В.Ф. Чижа, который придерживался взглядов Кальбаума на кататонию как на особую форму психических расстройств [10]. С.С. Корсаков также разделял это мнение, указывая на различия между кататонией и ранним слабоумием. Он выделил в особую модальность — “кататоническое помешательство” (“*vesania catatonica*”), рассматриваемое им в рамках психозов смешанного типа. В то же время, при описании различных психомоторных расстройств, он подчеркивал, что кататонические симптомы не являются строго специфичными для какого-либо заболевания и могут встречаться при психозах самого различного происхождения. В том числе и достаточно часто в рамках аффективной патологии [4].

В.М. Бехтерев рассматривал кататонию в качестве отдельной нозологической единицы, при этом указывая на необходимость ее разграничения с *dementia praecox*. При рассмотрении психических нарушений, сопровождающих психомоторные эксцессы у кататоников, Бехтерев обращал внимание на широкую распространенность галлюцинаторно-бредовых расстройств у данной категории больных. В то же время, он отмечал недостаточную изученность кататонии и трудности ее дифференцирования на начальных этапах развития с прочими душевными болезнями [10].

В.П. Осипов в своем “курсе общего учения о душевных болезнях” приводит множество описаний кататонических симптомов и симптомокомплексов, которые он также рассматривал в рамках традиционных представлений о кататонии Кальбаума. Он отмечал, что характерное сочетание симптомов, динамика их развития и закономерности течения настолько уникальны, что выделение кататонии в качестве отдельного заболевания является вполне закономерным. По его мнению, те или иные кататонические симптомы могут встречаться и при других психических заболеваниях, обладая при истинной кататонии лишь наибольшей степенью выраженности. В связи с этим он ставил под сомнение целесообразность использования термина “кататонические” для обозначения группы психомоторных симптомов. Рассматривая кататонический ступор как “эталон” ступорозных состояний, он отмечал, что все остальные их разновидности остаются разнородными. Не связывая в большинстве случаев кататонические расстройства с проявлениями шизофрении, Осипов все же высоко оценивал гипотезы происхождения кататонии, объясняющие ее с точки зрения интрапсихической диссоциации, расщепления психики, подчеркивая, что генез кататонии не ограничивается исключительно психологическими аспектами, но имеет в своей основе и биологические предпосылки. В качестве их основной причины он предполагал наличие аномального возбуждения, возникающего в центральной нервной системе. За-

метим, что эта гипотеза в значительной мере подтверждается современными исследованиями патогенеза кататонии, объясняющего его с точки зрения дисфункции ГАМК-ергических структур [11].

В.Х. Кандинский рассматривал кататонию в качестве одной из форм выделяемой им идеофрении (“*ideophrenia catatonica*”), во многом соответствующей современным представлениям о шизофрении. В то же время, он отмечал ее самостоятельность в рамках описываемой им группы психозов, тяготея, таким образом, к взглядам на кататонию Кальбаума. Опираясь на свои представления о природе психических расстройств в контексте понимания взаимоотношений корковых анализаторов, он полагал, что кататонические расстройства в большом количестве случаев сопровождаются галлюцинаторными расстройствами, что, в частности, может объяснить симптом мутизма у этих больных, обусловленного конкурентным возбуждением речевых и чувствительных зон [3].

В.А. Гиляровским кататония описывалась в качестве одной из форм шизофрении. В то же время, он подчеркивал, что кататонические расстройства не являются патогномоничными для шизофрении и могут встречаться при различных психозах, особенно широко при психических расстройствах органического происхождения [2].

В.П. Сербский в своей работе “Формы психического расстройства, описываемые под именем кататонии” оспаривал взгляды Кальбаума и расценивал кататонию как психопатологический синдром, а не отдельное заболевание. Он отмечал, что явления ступора, по мнению Кальбаума, характерные именно для кататонии, могут встречаться при различных заболеваниях и не являются специфичными. Он считал, что кататонические расстройства имеют между собой только внешнее сходство, но не имеют единства патогенеза и динамики развития. Это обстоятельство не позволяет выделить их в отдельный симптомокомплекс, характерный для какого-либо одного заболевания. В широком спектре кататонических расстройств Сербский выделял следующие: острое слабоумие, острое помешательство (включая острую спутанность и острые бредовые психозы), атоничную меланхолию, хроническое помешательство, прогрессивный паралич, некоторые формы периодических психозов, истерические психозы, прогрессирующее слабоумие (гебефрения и приобретенное вторичное слабоумие после тех или иных психозов). Особо следует отметить факт выделения им двух форм кататонии — онейроидной и люцидной, имеющих различное течение и прогноз. Исходя из своих наблюдений, он относил люцидную кататонию к проявлениям раннего слабоумия [13].

В дальнейшем в отечественной литературе постепенно отмечалась тенденция к трансформации диагностических представлений относительно нозологической принадлежности кататонии. Со временем она стала рассматриваться главным образом как один из синдромов, характерных для шизофрении. Эти же тенденции просматриваются в практике повседневной клинической работы. Так,

например, в случае проведения дифференциальной диагностики между атипичными формами аффективных психозов и шизофренией наличие выраженной кататонической симптоматики чаще всего расценивалось врачами как свидетельство в пользу шизофренического происхождения психоза. Изучение проблемы кататонии современными отечественными исследователями развивается в русле этой традиции.

С.Ф. Семенов рассматривал кататонические расстройства как характерное проявление шизофрении, подчеркивая при этом тесную связь между кататоническими расстройствами и явлениями психических автоматизмов. Указывая на единство патогенеза ступорозных состояний и возникающих проявлений моторного автоматизма, которое связывалось им с нарушением функционирования кинестетического анализатора, он описывает картины, при которых явления кататонического ступора сочетаются с ощущением утраты контроля над своими двигательными актами в феномене “бредового ступора”. При этом, с учетом выдвинутой гипотезы о происхождении кататонических расстройств, он обращает внимание на конкордантность двигательных нарушений и переживаний ипохондрического характера, которые также, по его мнению, обусловлены нарушениями восприятия в телесной сфере. На основании этой гипотезы он предлагает выделить еще один вид кататонического ступора, возникающего на фоне ипохондрических бредовых переживаний — “ипохондрический ступор” [12].

Многие отечественные авторы [7, 12, 14], рассматривавшие кататонический синдром преимущественно, в рамках шизофрении, традиционно структурировали его на онейроидный вариант, характерный для острых психотических приступов и люцидную кататонию, как правило, встречающуюся на отдаленных этапах заболевания (так называемая “вторичная кататония”). В то же время ими допускалось наличие кататонических расстройств при органических, симптоматических психозах. При этом отдельные кататонические симптомы, не достигшие феноменологической завершенности, позволяющей говорить о наличии сформированного кататонического синдрома, описывались в рамках острых психотических приступов аффективно-бредовой и галлюцинаторно-параноидной структуры, встречающихся при шизофрении. В качестве явления патоморфоза указывалось на снижение частоты встречаемости очерченного кататонического синдрома и преобладание его неразвернутых, рудиментарных форм, “малой кататонии” [7].

В современных отечественных клинических исследованиях наиболее полные и детальные описания клинко-психопатологических аспектов острых психотических приступов, протекающих с кататоническими расстройствами, приведены А.С. Тигановым в монографии, посвященной фебрильной шизофрении. При этом, несмотря на то, что в наблюдаемых им случаях стереотип развития психозов имел существенные отличия от ти-

пичных шизофренических и в рамках сегодняшних диагностических представлений с не меньшей вероятностью мог бы трактоваться в рамках аффективных либо шизоаффективных расстройств, автором они квалифицировались исключительно как проявление шизофренического процесса [15]. В других своих работах, посвященных вопросам общей психопатологии, кататоническая симптоматика также рассматривалась им в контексте типичных процессуальных расстройств [14].

Несколько особняком стоят взгляды некоторых других отечественных авторов. Так, например, Ю.Л. Нуллер рассматривал кататонические симптомы как характерные и часто встречающиеся проявления аффективных психозов [8]. Особое внимание в его работах уделяется вопросам терапии атипичных аффективных психозов, протекающих с кататоническими нарушениями, и их дифференциальному диагнозу с заболеваниями шизофренического спектра. Кататонические расстройства он расценивал как следствие крайнего аффективного напряжения, редуцирующегося в ходе проведения терапии, направленной на купирование имеющейся аффективной патологии [9].

Значительная ревизия взглядов на проблему кататонии в общемировой психиатрии произошла в 1970-х годах прошлого столетия. В 1973 году Morrison опубликовал масштабное ретроспективное исследование, охватывавшее временной отрезок в 50 лет. Работа проводилась с использованием архивной документации пациентов, которым был выставлен диагноз «кататоническая шизофрения». У 15% пациентов, клиническая картина у которых определялась чередованием кататонического ступора и возбуждения, отвечали критериям диагностики аффективных расстройств (депрессии или мании). 10% пациентов, страдающих гипокINETическими формами кататонии, тяготели к кластеру депрессивного расстройства. При этом у пациентов с аффективной патологией, сочетающейся с кататоническими нарушениями, отмечался лучший ответ на проводимое лечение и более благоприятный прогноз [47].

Вскоре после этого стало появляться все больше работ, посвященных представленности кататонической симптоматики при различных психопатологических состояниях, преимущественно при аффективной патологии. Одним из знаковых моментов в истории изучения кататонии является исследование Abrams и Taylor, проведенное на 55 пациентах, госпитализированных в острые психиатрические отделения, у которых имели место кататонические расстройства. Пациенты включались в исследование в случае наличия у них хотя бы одного из основных кататонических симптомов (стереотипии, каталепсия, мутизм, негативизм, застывания, автоматическая подчиняемость, эхосимптомы, ступор). В ходе исследования было обнаружено, что только 7% обследованных (4 пациента) страдали шизофренией, преобладали же пациенты с аффективной патологией (71%, 39 человек). Помимо этого, диагностировались также симптоматические и реактивные психозы. Дан-

ное исследование являлось весьма знаменательным, так как представления о кататонии как о характерном проявлении шизофрении и в отечественной, и мировой литературе все еще сохраняли свою приоритетность [55]. В последующих своих работах Abrams и Taylor приводили результаты изучения кататонических расстройств при маниакальных состояниях. На основании проведенных исследований они разделили кататонический синдром на два подтипа. В первом случае психомоторные нарушения у пациентов были представлены преимущественно ступором, мутизмом и негативизмом. Данный подтип рассматривался как нозологически неспецифичный и одинаково часто встречался в рамках различных психических заболеваний. Второй подтип обладал более широким спектром симптомов, куда входили мутизм, стереотипии, автоматическая подчиняемость, восковая гибкость, и значительно чаще встречался у пациентов, страдающих аффективной патологией [19].

Fink и Taylor, также широко известные исследованиями в области кататонических расстройств, в своих работах пришли к выводу, что около 10% всех пациентов, поступающих на лечение в остром психотическом состоянии имеют кататонические расстройства. В соответствии с их результатами у 25% пациентов, переносивших маниакальные состояния, отмечалась кататоническая симптоматика. Кроме того, около 50% всех пациентов, у которых были выявлены кататонические расстройства, страдали биполярным аффективным расстройством [32]. В тот же период Fink и Taylor, по результатам проведенных исследований, установили, что кататония чаще встречается при аффективной патологии. При этом было отмечено, что при маниакальных состояниях кататонические расстройства распространены наиболее широко [31, 32]. В дальнейшем появлялось все больше свидетельств о том, что эта симптоматика может встречаться при неврологической патологии, инфекционных, токсических поражениях, метаболических нарушениях, аутоиммунных заболеваниях [26, 40].

С учетом постепенного распространения представлений о кататонии как о неспецифическом синдроме, пересмотр взглядов на ее нозологическую принадлежность нашел свое отражение в последних версиях классификаций болезней. Начиная с четвертого издания Diagnostic And Statistical Manual of Mental Disorders традиционные подходы к ее диагностике постепенно стали меняться. Была введена новая диагностическая категория — кататония, обусловленная соматическими расстройствами. Подобные изменения были связаны с все большим количеством описанных на тот момент случаев кататонических нарушений, носящих симптоматический характер, которые развивались на фоне экзогенных вредностей у пациентов, не страдающих какими-либо психическими заболеваниями [22].

Другими причинами, повлиявшими на оценку диагностической принадлежности кататонии, яв-

лялись некоторые аспекты практической работы, связанные с фармакотерапией этих больных. Был отмечен быстрый ответ пациентов, находящихся в кататонических состояниях, на терапию бензодиазепинами, а также малую эффективность антипсихотических препаратов, которые, кроме того, могли приводить к развитию большого количества осложнений у подобных пациентов, включая злокачественный нейролептический синдром, являющийся состоянием с потенциально высокой летальностью.

В DSM-IV кататония рассматривается в рамках шизофрении, как осложнение аффективных расстройств либо в качестве состояния, связанного с соматической патологией [22]. В DSM-V помимо последней рубрики кататоническая симптоматика может квалифицироваться в качестве уточняющего модификатора для следующих заболеваний: шизофрения, шизоаффективное расстройство, шизофреноподобное расстройство, острое психотическое расстройство, расстройства, связанные со злоупотреблением ПАВ, большое депрессивное расстройство, биполярное расстройство I типа, биполярное расстройство II типа. Помимо этого, предусмотрена рубрика неуточненного кататонического расстройства [23]. В Международной Классификации Болезней 11 пересмотра кататония так же, как и в DSM-V, рассматривается как самостоятельная клиническая единица, либо как дополнительный модификатор при прочих психических расстройствах.

Таким образом, на сегодняшний день отмечается тенденция к широкой интерпретации термина «кататония» и включению в ее границы практически всех двигательных нарушений, возникающих в рамках различных психотических состояний. Такие традиционно выделяемые категории как, например, депрессивный, либо галлюцинаторный ступор, на сегодняшний день уже не квалифицируются в качестве отдельных клинических феноменов. Несмотря на то, что данную тенденцию можно воспринимать в качестве проявлений редукционизма и отказа от методов традиционной психопатологии, подобные изменения представляются оправданными с точки зрения оптимизации терапии и верификации прогноза, а также ввиду того, что современные исследования позволили обнаружить некоторые общие патогенетические механизмы кататонических расстройств. Новые возможности терапии кататонических нарушений с использованием как селективных, так и унифицированных методов ставят клиницистов перед необходимостью повышения эффективности диагностической работы, что может быть достигнуто на основе как традиционных подходов к проблеме кататонии, так и с использованием последних достижений психиатрической науки в этой области.

Выявляемость кататонических расстройств

Одной из причин низкой выявляемости кататонических расстройств является уже упоминав-

шийся патоморфоз, по причине чего практикующие психиатры сталкиваются с этой патологией все реже и реже. Это обстоятельство не могло не отразиться на уровне владения психопатологическим методом. Утрачивая по этой причине навыки клинической работы, врачи уделяют все меньшее внимание ее выявлению, и зачастую не квалифицируют отдельные симптомы как принадлежащие к кругу кататонических. В одном из проведенных исследований было обнаружено, что при рутинном обследовании пациентов, проходящих стационарное лечение, практикующими врачами кататония выявлялась у 2% больных, в то время как исследовательской группой, осматривавшей тех же пациентов при помощи стандартизованных методик, кататония была выявлена в 18% случаев [39]. В исследовании, проведенном Oulis и Lykougas, при использовании стандартизованных методов обследования соответствие критериям кататонической шизофрении было обнаружено у 43% пациентов, в то время как при рутинном врачебном осмотре кататония у тех же больных была выявлена всего в 5% случаев [50].

T. Stompe et al в качестве причин снижения показателей распространенности кататонической формы шизофрении приводят следующие факторы: более жесткие критерии диагностики шизофрении в последних изданиях классификаций болезней; уменьшение спектра кататонических симптомов, описанных в современных классификациях болезней в сравнении с традиционными работами Кальбаума, Крепелина, Клейста и Леонгарда; отнесение значительного числа случаев к симптоматическим психозам за счет совершенствования диагностических методов; развитие методов фармакотерапии. В своем исследовании авторы, обследовали одну и ту же выборку пациентов, проводя диагностику при помощи различных диагностических методик. При постановке диагноза при помощи критериев DSM-IV кататоническая шизофрения была выявлена у 10,3% пациентов, в то время как при использовании критериев Леонгарда — в 25,3% случаев. [53]. Таким образом, очевидно, что при использовании специализированных диагностических методик количество выявленных пациентов, имеющих в структуре заболевания кататонические расстройства значительно выше, что ставит под сомнение тезис о малой распространенности кататонии в популяции. Исходя из этого, представляется целесообразно необходимым дальнейшее совершенствование методов диагностики с целью повышения выявляемости кататонии.

Современные методы диагностики

Своевременное выявление кататонических расстройств является важным аспектом психиатрического обследования, так как существенно влияет на выбор дальнейшей тактики лечения пациента. В связи с этим, в настоящее время предлагается большой спектр диагностических инструментов для выявления кататонических рас-

стройств. Наиболее распространенной и изученной является шкала Bush Francis Catatonia Rating Scale (BFCRS), разработанная в 1996 году. Она состоит из двух блоков и включает в себя помимо пунктов, направленных на оценку степени тяжести кататонии, инструмент для скрининга кататонических расстройств — Bush Francis Catatonia Screening Instrument (BFCSI). Данная шкала используется в большинстве современных исследований, направленных на выявление и количественную оценку кататонических расстройств. Она достаточно проста в использовании, так как изначально разрабатывалась с целью рутинного обследования пациентов. По замыслу авторов время, необходимое на оценку состояния с ее помощью, составляет около 5 минут [27]. В то же время несмотря на удобство использования и интуитивную понятность, данная шкала обладает рядом значительных недостатков. Так, например, несмотря на описанный механизм обследования пациента, сами дефиниции выявляемых симптомов являются поверхностными и, преимущественно, дублируют определения из диагностических руководств. Кроме того, описание степени тяжести ряда симптомов является достаточно расплывчатым и ведет к возможному расхождению результатов (так, значительная часть пунктов оценивается по принципу “редко, часто, постоянно”). С учетом данных особенностей, а также малого скринингового порога (2 симптома из блока BFCSI) существует риск ложноположительных результатов при скрининге кататонии.

В дальнейшем, с учетом особенностей профиля симптомов, встречающихся при хронических кататонических состояниях в рамках шизофрении, был разработан скорректированный вариант данной шкалы — Bush-Francis Catatonia Rating Scale Revised Version (BFCRS-R) [58]. Однако, на сегодняшний день она не приобрела широкой популярности и в исследованиях по-прежнему используется, как правило, оригинальный вариант BFCRS.

Большой интерес также представляет разработанная в 1999 году Northoff Catatonia Rating Scale (NCRS). В отличие от BFCRS, опирающейся, преимущественно, на критерии DSM, для выявления кататонической симптоматики, и оценивающей, в основном, ее количественную представленность, NCRS построена по другому принципу. Спектр симптомов, оцениваемых при помощи данной шкалы, намного шире и включает расстройства, описанные в работах Кальбаума, Крепелина, Блейлера, Ясперса, Клейста и Леонгарда. Особенностью данной шкалы является разграничение всех представленных симптомов на три группы — моторные, аффективные и поведенческие симптомы. При этом для констатации у обследуемого кататонических расстройств, помимо определенной количественной оценки, необходимо выявить наличие хотя бы одного симптома из каждой группы [49]. В связи с этой особенностью данная шкала широко используется в исследованиях, классифицирующих пациентов с кататони-

ей в зависимости от преобладающей группы симптомов, в частности, в нейровизуализационных. Несмотря на все отмеченные достоинства, ее недостатком является отсутствие четко описанного протокола опроса пациента. Также она мало подходит для повседневной клинической практики в виду своего значительного объема.

Менее широко в настоящее время используются такие инструменты как Rogers Catatonia Scale (RCS), Modified Rogers Catatonia Scale (MRS), Braunig Catatonia Rating Scale (BCRS) и Katatonia, Autism, Neuropsychiatric and Neuromovement Examination Rating (Kanner scale). “Золотым стандартом” для оценки кататонических расстройств как в исследовательской, так и в практической деятельности в настоящее время остается Bush Francis Catatonia Rating Scale.

Несмотря на большое количество инструментов, используемых с целью выявления и оценки кататонических нарушений, при их детальном изучении обращает на себя внимание отсутствие согласованности между разными авторами как относительно важности отдельных проявлений для диагностики кататонии, так и в отношении самих дефиниций описанных симптомов. Эти обстоятельства, в целом, отражают еще один актуальный аспект проблемы кататонии, нуждающийся в дальнейшем совершенствовании и унификации.

Выводы

Таким образом, возникшие на заре человеческой истории представления о кататонии, как о культуральном феномене, постепенно перекочевали в область медицины, где рассматривались вначале в качестве отдельного заболевания, затем как проявление аффективной патологии, в систематике Крепелина заняв наконец место одной из форм шизофрении. В дальнейшем, по мере накопления знаний по данной проблеме, эти взгляды претерпели значительные изменения. На сегодняшний день большинством исследователей кататонические нарушения вновь рассматриваются, как неспецифическое осложнение тяжело протекающих психических расстройств различной этиологии, наиболее часто встречающееся в рамках аффективных нарушений. Таким образом, произошел возврат к первоначальным взглядам на кататонию, изложенным Кальбаумом при описании данного симптомокомплекса. В качестве еще одной причины, влияющей на оценку нозологической принадлежности кататонических нарушений, можно указать на постепенное изменение диагностических критериев и границ аффективных и шизофренических расстройств. Значительная часть острых психотических приступов с кататоническими расстройствами, рассматривавшихся ранее в рамках приступообразных форм шизофрении, на сегодняшний день относится к числу расстройств аффективного спектра.

Теоретические аспекты данной проблемы, существенно влияющие на диагностику кататонии, в свою очередь определяют терапевтические так-

тики врачей, принимающих участие в лечении этого контингента больных. С учетом современных представлений о нозологической принадлежности, патогенезе кататонии и результатов исследований, направленных на оценку эффективности терапии кататонических расстройств, в настоящее время можно говорить о необходимости пересмотра длительное время существовавших терапевтических стратегий. Широко использовавшиеся ранее в отечественной медицине терапия высокоактивными антагонистами дофаминовых рецепторов на сегодняшний день рассматривается не только как неэффективная, но и как увеличивающая риски ухудшения состояния.

Также остается актуальным и требует дальнейшей методологической разработки вопрос верификации кататонических расстройств. Несмотря на увеличение количества сведений о том, как часто кататоническая симптоматика встречается при различных психотических состояниях, инструменты для ее выявления остаются недостаточно эффективными. Мало того, что они носят весьма разнородный характер, критерии и протокол их использования остаются недостаточно проработанными. Кроме того, большинство

из этих методик, будучи достаточно громоздкими, требуют значительных временных затрат, что делает их мало пригодными для повседневной клинической работы.

Несмотря на многочисленные данные о различных профилях и динамических характеристиках кататонических нарушений в рамках различных психических расстройств, имеющиеся исследования ограничиваются, как правило, оценкой ответа на терапию у различных категорий больных, оставляя без внимания клинико-психопатологические аспекты этих состояний.

Таким образом, констатируя значительное увеличение в мировом исследовательском сообществе интереса к проблеме кататонии следует признать, что на сегодняшний день многие ее аспекты остаются мало изученными и требуют дальнейших исследований, направленных на детальное изучение клинической картины, особенностей терапии различных контингентов этих больных. Актуальной задачей является дальнейшее совершенствование диагностического инструментария, а также разработка надежных методов оценки эффективности применяемых сегодня терапевтических вмешательств.

Литература / References

1. Блейлер Э. Руководство по психиатрии // М.: «Независимая психиатрическая ассоциация». — 1993. — 576 с. [Bleuler E Textbook of Psychiatry. M.: «Nezavisimaya psikhiatricheskaya assotsiatsiya». — 1993. — 576 p. (In Russ)]
2. Гиляровский В.А. Психиатрия: руководство для врачей и студентов // Ленинград.: Гос. Мед. изд-во. — 1931. — 658с. [Gilyarovskii VA Psikhiatriya: rukovodstvo dlya vrachei i studentov. Leningrad.: Gos. Med. izad-vo. — 1931. — 658p. (In Russ)]
3. Кандинский В.Х. О псевдогаллюцинациях // Н.Новгород.: Издательство НГМА. М. Медицинская книга. — 2001. — 157 с. [Kandinskii VKh O psevdogallyutsinatsiyakh. N.Novgorod.: Izdatel'stvo NGMA. M. Meditsinskaya kniga. — 2001. — 157p. (In Russ)]
4. Корсаков С.С. Вопросы клинической психиатрии // М.: Книжный дом «ЛИБРОКОМ». — 2014. — 264 с. [Korsakov SS Voprosy klinicheskoi psikhiatrii. M.: Knizhnyi dom «LIBROKOM». — 2014. — 264p. (In Russ)]
5. Крепелин Э. Введение в психиатрическую клинику / Э. Крепелин; пер. с нем. 3-е изд. // М.: БИНОМ. Лаборатория знаний. — 2009. — 493с. [Krepelin E Vvedenie v psikhiatricheskuyu kliniku / E. Krepelin; per. s nem. 3-e izd. M.: BINOM. Laboratoriya znanii. — 2009. — 493p. (In Russ)]
6. Леонгард К. Систематика эндогенных психозов и их дифференциальная этиология / К. Леонгард; под ред. Г. Бекмана; пер. с нем. под ред. А.С.Тиганова. // М.: Практическая медицина. — 2019. — 456с. [Leonhard K Classification of Endogenous Psychoses and their Differentiated Etiology/ K Leongard; pod red. G. Bekmana; per. s nem. pod red. A.S.Tiganova. M.: Prakticheskaya meditsina. — 2019. — 456 p. (In Russ)]
7. Морозов Г.В., Шумский Н.Г. Введение в клиническую психиатрию (пропедевтика в психиатрии) // Н.Новгород.: Изд-во НГМА. — 1998. — С.189. [Morozov GV, Shumskii NG Vvedenie v klinicheskuyu psikhiatriyu (propedevtika v psikhiatrii). N.Novgorod: Izd-vo NGMA. — 1998. — P.189. (In Russ)]
8. Нуллер Ю.Л. Аффективные психозы. // Ленинград.: Медицина. — 1988. — 264с. [Nuller YuL Affektivnye psikhozy. Leningrad: Meditsina. — 1988. — 264p. (In Russ)]
9. Нуллер Ю.Л. Структура психических расстройств. // Киев.: Сфера. — 2008. — 128с. [Nuller YuL Struktura psikhicheskikh rasstroistv. Kiev.: Sfera. — 2008. — 128p. (In Russ)]
10. Осипов В.П. Кататония Kahlbaum'a: лит.-клин.исслед// Казань.: Типо-Лит. Имн. Унта. — 1907. — 540с. [Osipov VP Katatoniya Kahlbaum'a: lit.-klin.issled. Kazan': Tipo-Lit. Imp. Un-ta. — 1907. — 540p. (In Russ)]
11. Осипов В.П. Курс общего учения о душевных болезнях // Берлин.: Гос.Изд. РСФСР. — 1923. — 723с. [Osipov VP Kurs obshchego ucheniya o dushevnykh boleznyakh. Berlin.: Gos.Izd.RSFSR. — 1923. — 723p. (In Russ)]
12. Семенов С.Ф. Шизофрения (проблемы клиники и патофизиологии) // Киев.: Государственное медицинское издательство УССР. — 1991. — 232с. [Semenov SF Shizofreniya (problemy kliniki i patofiziologii). Kiev.: Gosudarstvennoe meditsinskoe izdatel'stvo USSR. — 1991. — 232p. (In Russ)]

13. Сербский В.П. Формы психического расстройства, описываемые под именем кататонии. // М.: — 1890. [Serbskii VP Formy psikhicheskogo rasstroistva, opisyyaemye pod imenem katatonii. M.: — 1890. (In Russ)]
14. Тиганов А.С. Общая психопатология: курс лекций // М.: ООО «Медицинской информационное агентство». — 2008. — 128 С. [Tiganov AS Obshchaya psikhopatologiya: kurs lektzii. M.: ООО «Meditsinskoi informatsionnoe agentstvo». — 2008. — 128p. (In Russ)]
15. Тиганов А.С. Фебрильная шизофрения // М.: Медицина. — 1982. — 228с. [Tiganov AS Febril'naya shizofreniya. M.: Meditsina. — 1982. — 228p. (In Russ)]
16. Шнайдер К. Клиническая психопатология // К.: Сфера. — 1999. — 236 С. [Shneider K Clinical psychopathology. K.: Sfera. — 1999. — 236 p. (In Russ)]
17. Эй А. Шизофрения // К.: Сфера. — 1998. — 388 С. [Ey H Schizophrenia. K. Sfera. — 1998. — 388p. (In Russ)]
18. Ясперс К. Общая психопатология / Пер. с нем. Л.О. Аконяна // М.: Практика, 1997. — 1056с. [Jaspers K General Psychopatology / Per. s nem. L.O. Akopyana. M.: Praktika, 1997. — 1056p. (In Russ)]
19. Abrams R, Taylor MA, Coleman Stolurow KA. Catatonia and mania: patterns of cerebral dysfunction // Biological Psychiatry. — 1979. — №14(1). — С.111-117. [Abrams R, Taylor MA, Coleman Stolurow KA. Catatonia and mania: patterns of cerebral dysfunction. Biological Psychiatry. 1979; 14(1):111-117.]
20. Abrams R, Taylor MA. Catatonia: a prospective clinical study // Archives of General Psychiatry. — 1976. — №33. — С.579-581. [Abrams R, Taylor MA. Catatonia: a prospective clinical study. Archives of General Psychiatry. 1976; 33(5):579-581] doi:10.1001/archpsyc.1976.01770050043006
21. Achte KA. The course of schizophrenic and schizopreniform psychoses: A comparative study of changes in disease pictures, prognoses and the patient-physician relationship in the years 1933–1935 and 1953–1955 // Acta Psychiatrica Scandinavica. — 1961. — №36(155). — С.1-273. [Achte KA. The course of schizophrenic and schizopreniform psychoses: A comparative study of changes in disease pictures, prognoses and the patient-physician relationship in the years 1933–1935 and 1953–1955. Acta Psychiatrica Scandinavica. 1961; 36(155):1-273. (in German)]
22. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual IV, Text Book Revision // American Psychiatric Association. — 1994. [American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual IV, Text Book Revision. American Psychiatric Association, 1994.]
23. American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. // Arlington, VA. American Psychiatric Association. -2013. [American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington, VA. American Psychiatric Association. 2013.]
24. Aschaffenburg G. Die Katatoniefrage. // Allg Z Psychiatr. — 1898. — №54. — С.1004–1026. [Aschaffenburg G. Die Katatoniefrage. Allg Z Psychiatr. 1898; 54:1004–1026. (In German)]
25. Barnes MP, Saunders M, Walls TJ, et al. The syndrome of Karl Ludwig Kahlbaum // Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry. — 1986. — №49(9). — С.991-996. [Barnes MP, Saunders M, Walls TJ, et al. The syndrome of Karl Ludwig Kahlbaum. Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry. 1986; 49(9):991-996.] doi: 10.1136/jnnp.49.9.991
26. Bhati MT, Datto CJ, O'Reardon JP. Clinical manifestations, diagnosis, and empirical treatments for catatonia // Psychiatry -2007. — №4(3). — С.46–52. [Bhati MT, Datto CJ, O'Reardon JP. Clinical manifestations, diagnosis, and empirical treatments for catatonia. Psychiatry 2007; 4(3):46–52.]
27. Bush G, Fink M, Petrides G, Dowling F, Francis A. Catatonia. I. Rating scale and standardized examination. Acta Psychiatrica Scandinavica. — 1996. — №93(2). — С.129–136. [Bush G, Fink M, Petrides G, Dowling F, Francis A. Catatonia. I. Rating scale and standardized examination. // Acta Psychiatrica Scandinavica. 1996; 93(2):129–136.] doi: 10.1111/j.1600-0447.1996.tb09814.x
28. Carroll BT., Goforth HW. Medical catatonia. // Arlington, VA: American Psychiatric Publishing. — 2004. — С.123. [Carroll BT., Goforth HW. Medical catatonia. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing. 2004; 123.]
29. Dide G, La Robert Fage. Syndrome parkinsonian dans la demence precoce. // Revista de Neurologia. — 1921. — №28. — С.692–694. [Dide G, La Robert Fage. Syndrome parkinsonian dans la demence precoce. Revista de Neurologia. 1921; 28:692–694. (In French)]
30. von Economo C. Encephalitis Lethargica. // London, England: Oxford University Press. — 1931. [von Economo C. Encephalitis Lethargica. London, England: Oxford University Press. 1931]
31. Fink M, Taylor MA. Catatonia: a separate category for DSM-IV? // Integrative psychiatry. — 1991. — №7. — С.2-10. [Fink M, Taylor MA. Catatonia: a separate category for DSM-IV? Integrative psychiatry. 1991; 7:2-10.]
32. Fink M, Taylor MA. Catatonia in Psychiatric Classification: A Home of its Own // American Journal of Psychiatry. — 2003. — №160(7). — С.160. [Fink M, Taylor MA. Catatonia in Psychiatric Classification: A Home of its Own. American Journal of Psychiatry, 2003; 160(7):160.] doi: 10.1176/appi.ajp.160.7.1233
33. Francis A, Fink M, Appiani F, et al. Catatonia in Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition // The Journal of ECT. — 2010. — №26(4). — С.246–247. [Francis A, Fink M, Appiani F, et al. Catatonia in Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition // The Journal of ECT. 2010; 26(4):246–247.] doi: 10.1097/YCT.0b013e3181fe28bd

34. Gjessing R. Contributions to the Somatology of Periodic Catatonia // Oxford, England: Pergamon Press. — 1976. — 421c. [Gjessing R. Contributions to the Somatology of Periodic Catatonia. Oxford, England: Pergamon Press. 1976; 421].
35. Guggenheim FG, Babigian HM. Catatonic schizophrenia: Epidemiology and clinical course // Journal of Nervous and Mental Disorders. — 1974. — №158(4). — C.291–305. [Guggenheim FG, Babigian HM. Catatonic schizophrenia: Epidemiology and clinical course. Journal of Nervous and Mental Disorders. 1974; 158(4):291–305.] doi: 10.1097/00005053-197404000-00007
36. Guiraud P. Conception neurologique du syndrome catatonique // Encephale. — 1936. — №31. — C.229–270. [Guiraud P. Conception neurologique du syndrome catatonique. Encephale. 1936; 31:229–270. (In French)]
37. Hare E. Schizophrenia as a recent disease // British Journal of Psychiatry — 1988. — №153(4). — C.521–531. [Hare E. Schizophrenia as a recent disease. British Journal of Psychiatry 1988; 153(4):521–531.] doi: 0.1192/bjp.153.4.521
38. Hecker E. Die Hebephrenie: ein Beitrag zur klinischen Psychiatrie. // Arch Pathol Anat Physiol Klinische Med. 1871; №52. — C.394–429. [Hecker E. Die Hebephrenie: ein Beitrag zur klinischen Psychiatrie. Arch Pathol Anat Physiol Klinische Med. 1871; 52:394–429.]
39. van der Heijden FM, Tuinier S, Arts NJ, Hoogendoorn ML, Kahn RS, Verhoeven WM. Catatonia: disappeared or underdiagnosed? // Psychopathology. — 2005. — №38(1). — C.3–8. [van der Heijden FM, Tuinier S, Arts NJ, Hoogendoorn ML, Kahn RS, Verhoeven WM. Catatonia: disappeared or underdiagnosed? Psychopathology. 2005; 38(1):3–8.] doi: 10.1159/000083964
40. Hervey WM, Stewart JT, Catalano G. Diagnosis and management of periodic catatonia // Journal of Psychiatry & Neuroscience. — 2013. — №38(3). — C.7–8. [Hervey WM, Stewart JT, Catalano G. Diagnosis and management of periodic catatonia. Journal of Psychiatry & Neuroscience. 2013; 38(3):7–8.] doi: 10.1503/jpn.120249
41. Kahlbaum KL. Die Katatonie oder das Spannungsirresein // Berlin, Verlag August Hirshwald. — 1874. — 124 C. [Kahlbaum KL. Die Katatonie oder das Spannungsirresein. Berlin, Verlag August Hirshwald. 1874; 124. (in German)]
42. Kirby G. Catatonic syndrome and its relations to manic-depressive illness // The Journal of Nervous and Mental Diseases. — 1913. — Vol.40. — C.694–704. [Kirby G. Catatonic syndrome and its relations to manic-depressive illness. The Journal of Nervous and Mental Diseases. 1913; 40(11):694–704].
43. Komori T, Nomaguchi M, Kodama S, Takigawa M, Nomura J. Thyroid hormone and reserpine abolished periods of periodic catatonia: a case report // Acta Psychiatrica Scandinavica. — 1997. — Vol.96. — C.155–156. [Komori T, Nomaguchi M, Kodama S, Takigawa M, Nomura J. Thyroid hormone and reserpine abolished periods of periodic catatonia: a case report. Acta Psychiatrica Scandinavica. 1997; 96(2):155–156.] doi: 10.1111/j.1600-0447.1997.tb09921.x
44. Lange J. Katatonische Erscheinungen im Rahmen manischer Erkrankungen, in Alzheimer, Lewandowsky // Monographien aus dem Gesamtgebiete der Neurologie und Psychiatrie. — 1922. — №31. — 173c. [Lange J. Katatonische Erscheinungen im Rahmen manischer Erkrankungen, in Alzheimer, Lewandowsky. Monographien aus dem Gesamtgebiete der Neurologie und Psychiatrie. 1922; 31:173 (in German)].
45. Lindsay JSB. Periodic catatonia // The Journal of Mental Science. — 1948. — №94. — C.590–602. [Lindsay JSB. Periodic catatonia. The Journal of Mental Science. 1948; 94:590–602.] doi: 10.1192/bjp.94.396.590
46. Minde K. Periodic catatonia: a review with special reference to Rolv Gjessing // The Canadian Journal of Psychiatry. — 1966. — №11. — C.421–425. [Minde K. Periodic catatonia: a review with special reference to Rolv Gjessing. The Canadian Journal of Psychiatry. 1966; 11:421–425.] doi: https://doi.org/10.1177/070674376601100509
47. Morrison JR. Catatonia: retarded and excited types // Archives of General Psychiatry — 1973. — №28(1) — C.39–41. [Morrison JR. Catatonia: retarded and excited types Archives of General Psychiatry 1973; 28(1):39–41.] doi: 10.1001/archpsyc.1973.01750310023005
48. Morrison JR. Changes in subtype diagnosis of schizophrenia: 1920–1966 // American Journal of Psychiatry. — 1974. — №131(6). — C.674–677. [Morrison JR. Changes in subtype diagnosis of schizophrenia: 1920–1966. American Journal of Psychiatry. 1974; 131(6):674–677.] doi: 10.1176/ajp.131.6.674
49. Northoff G, Koch A, Wenke J, Eckert J, Boker H, Pflug B, Bogerts B. Catatonia as a psychomotor syndrome: a rating scale and extrapyramidal motor symptoms // Movement Disorders. — 1999. — №14(3). — C.404–416. [Northoff G, Koch A, Wenke J, Eckert J, Boker H, Pflug B, Bogerts B. Catatonia as a psychomotor syndrome: a rating scale and extrapyramidal motor symptoms. Movement Disorders. 1999; 14(3):404–416.] doi: 10.1002/1531-8257(199905)14:3<404::aid-mds1004>3.0.co;2-5
50. Oulis P, Lykouras L. Prevalence and diagnostic correlates of DSM-IV catatonic features among psychiatric inpatients // Journal of Nervous & Mental Diseases. — 1996. — №184(6). — C.378–379 [Oulis P, Lykouras L. Prevalence and diagnostic correlates of DSM-IV catatonic features among psychiatric inpatients. Journal of Nervous & Mental Diseases. 1996; 184(6):378–379] doi: 10.1097/00005053-199606000-00010
51. Rosebush PI, Hildebrand AM, Furlong BG, et al. Catatonic Syndrome in a general psychiatric inpatient population: frequency, clinical presentation and response to lorazepam // Journal of Clinical Psychiatry. — 1990. — №51(9). — C.357–362. [Rosebush PI, Hildebrand AM, Furlong BG, et al. Catatonic Syndrome in a general psychiatric inpatient

- population: frequency, clinical presentation and response to lorazepam. *Journal of Clinical Psychiatry*. 1990; 51(9):357-362.]
52. Schule H. Zur Katatonie-Frage: Eine klinische Studie // *Allg Z Psychiatr.* — 1898. — №54. — С.515–552. [Schule H. Zur Katatonie-Frage: Eine klinische Studie. *Allg Z Psychiatr.* 1898; 54:515–552.]
 53. Stompe T, Ortwein-Swoboda G, Ritter K, Schanda H, Friedmann A. Are we witnessing the disappearance of catatonic schizophrenia? // *Comprehensive Psychiatry*. — 2002. — №43(3). — С.167-174. [Stompe T, Ortwein-Swoboda G, Ritter K, Schanda H, Friedmann A. Are we witnessing the disappearance of catatonic schizophrenia? *Comprehensive Psychiatry*. 2002; 43(3):167-174.] doi: 10.1053/comp.2002.32352
 54. Takacs R, Rihmer Z. Catatonia in Affective Disorders // *Current Psychiatry Reviews*. — 2013. — №9(2). — С1-5. [Takacs R, Rihmer Z. Catatonia in Affective Disorders. *Current Psychiatry Reviews*. 2013; 9(2):1-5]. doi: 10.2174/1573400511309020003
 55. Taylor MA, Abrams R. The phenomenology of mania. A new look at some old patients // *Archives of General Psychiatry*. — 1973. — №29(4). — С.520-522. [Taylor MA, Abrams R. The phenomenology of mania. A new look at some old patients. *Archives of General Psychiatry*. 1973; 29(4):520-522]. doi: 10.1001/archpsyc.1973.04200040066011
 56. Ungvari GS, Leung SK, Ng FS, Cheung H, Leung T. Schizophrenia with prominent catatonic features ('catatonic schizophrenia'). I. Demographic and clinical correlates in the chronic phase // *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*. — 2005. — №29(1). — С.27-38. [Ungvari GS, Leung SK, Ng FS, Cheung H, Leung T. Schizophrenia with prominent catatonic features ('catatonic schizophrenia'). I. Demographic and clinical correlates in the chronic phase. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*. 2005; 29(1):27-38]. doi: 10.1016/j.pnpbp.2004.08.007
 57. Wernicke C. Grundriss der Psychiatrie in Klinischen Vorlesungen // Leipzig. Verlag von Georg Thieme. — 1900. — С.408-438 [Wernicke C. Grundriss der Psychiatrie in Klinischen Vorlesungen. Leipzig. Verlag von Georg Thieme. 1900; 408-438 (in German)].
 58. Wong E, Ungvari GS, Leung SK, Tang WK. Rating catatonia in patients with chronic schizophrenia: Rasch analysis of the Bush–Francis Catatonia Rating Scale // *International Journal of Methods in psychiatric Research*. — 2007. — №16(3). — С.161–170. [Wong E, Ungvari GS, Leung SK, Tang WK. Rating catatonia in patients with chronic schizophrenia: Rasch analysis of the Bush–Francis Catatonia Rating Scale. *International Journal of Methods in psychiatric Research*. 2007; 16(3):161–170]. doi: 10.1002/mpr.224

Сведения об авторах

Дунаевский Владимир Владимирович — кандидат медицинских наук, доцент кафедры психиатрии и наркологии ГБОУП ВПО МЗ РФ «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. И.П. Павлова». E-mail: vvdunaevsky@yandex.ru

Кузнецов Арсений Васильевич — очный аспирант кафедры психиатрии и наркологии ГБОУП ВПО МЗ РФ «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. И.П. Павлова». E-mail: arseny.mailbox@gmail.com