

© А.Б. Смулевич и др., 2022

ОРИГИНАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

УДК 616.895.8; 616.895.84; 616-002

<https://doi.org/10.30629/2618-6667-2022-20-1-6-16>

Кататония (актуальные проблемы психопатологии и клинической систематики)

А.Б. Смулевич^{1,2}, Т.П. Ключник¹, П.О. Борисова¹, В.М. Лобанова¹, Е.И. Воронова^{1,2}¹ФГБНУ Научный центр психического здоровья, Москва, Россия²ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия

Автор для корреспонденции: Евгения Ивановна Воронова, voronova_e@mail.ru

Резюме

Обоснование: необходимость концептуального осмысления феномена кататонии продиктована новой клинической реальностью. Речь идет о создании на базе данных клинических, нейробиологических, психофармакологических исследований систематики широкого круга кататонических расстройств. **Цель исследования:** представить психопатологическую систематику двигательных расстройств, объединенных концепцией кататонии как транснозологического образования (DSM-5, проект МКБ-11). **Пациенты и методы:** обследованы 38 пациентов (20 мужчин, 18 женщин; средний возраст 24,7 года; средняя длительность заболевания 14,4 года), проходивших лечение в отделе по изучению пограничной психиатрии и психосоматических расстройств ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» с установленными диагнозами шизофрении (F20), расстройств шизофренического (F21) и шизоаффективного (F25) спектра. Основной критерий включения — наличие в состоянии симптомов непсихотической кататонии. Симптомокомплексы, составляющие психопатологическое пространство кататонической формы шизофрении, т.е. острой психотической кататонии, не рассматриваются. **Методы исследования:** клинический, патопсихологический, психометрический, шкала оценки кататонических расстройств (BFCRS), шкала оценки негативных расстройств (SANS). **Результаты:** в ряду категорий двигательных расстройств, объединяющих «непсихотические» формы кататонии, выделено два синдрома — паракинетиической (K. Kleist, K. Leonhard) и стереотипной (K. Kleist) кататонии. Паракинетиическая кататония характеризуется полиморфизмом двигательных симптомокомплексов с охватом изолированных участков тела, импульсивностью, чрезвычайной интенсивностью, экспрессивностью, эффектом чуждости, потерей произвольности сенсомоторных актов. Эти проявления паракинетиической кататонии формируются по механизму психического автоматизма, выступают в качестве трансформеров, видоизменяющих позитивные патопсихологические расстройства и усложняющих клиническую картину последующих эпизодов экзацербации процесса. Симптомокомплексы стереотипной кататонии отличаются однообразием, общей замедленностью, монотонностью двигательных актов, не связанных с ощущением неудобства, чуждости моторных ощущений. Они формируются по механизму эволюционирующей дискинетопатии и в психопатологическом пространстве заболевания исполняют роль дублеров или амплификаторов таких негативных расстройств, как абulia, пассивность, апатия, эмоциональное уплощение, и когнитивных нарушений. Скованность находится вне сферы внимания пациентов. **Заключение:** выделенные кататонические синдромы — паракинетиическая и стереотипная кататония — клинически гетерогенны как в плане путей формирования (механизм психического автоматизма vs эволюционирующая дискинетопатия) и функциональной активности в психопатологическом пространстве заболевания (трансформеры позитивных расстройств vs дублеры негативных изменений), так и клинического прогноза.

Ключевые слова: кататония, шизофрения, психопатология, систематика

При поддержке: грант РФФИ № 19-07-01119 «Интеллектуальный анализ клинических и генетических данных с применением ДСМ-метода автоматизированной поддержки научных исследований дефицитарных изменений при шизофрении и расстройствах шизофренического спектра».

Для цитирования: Смулевич А.Б., Ключник Т.П., Борисова П.О., Лобанова В.М., Воронова Е.И. Кататония (актуальные проблемы психопатологии и клинической систематики). *Психиатрия*. 2022;20(1):6–16. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2022-20-1-6-16>

RESEARCH

UDC 616.895.8; 616.895.84; 616-002

<https://doi.org/10.30629/2618-6667-2022-20-1-6-16>

Catatonia (Actual Problems of Psychopathology and Clinical Systematics)

А.Б. Smulevich^{1,2}, Т.П. Klyushnik¹, П.О. Borisova¹, В.М. Lobanova¹, Е.И. Voronova^{1,2}¹FSBSI Mental Health Research Centre, Moscow, Russia²I.M. Sechenov First Moscow State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation (Sechenov University), Moscow, Russia

Corresponding author: Evgeniya I. Voronova, voronova_e@mail.ru

Summary

Background: the necessity of conceptual understanding of catatonia phenomenon is dictated by a new clinical reality. The matter concerns creating systematics of a wide range of catatonic disorders, based on the data of clinical, neurobiological and psychopharmacological studies. **The aim of the study** was to present psychopathological systematics of movement disorders, united by the concept of catatonia as transnosological entity (DSM-5, ICD-11 project). **Patients and methods:** a total of 38 patients (20 males; 18 females; mean age 24.7 years; average duration of the disease 14.4 years) were studied. The subjects with established diagnoses of schizophrenia (F20), schizophrenic (F21) and schizoaffective (F25) spectrum disorders underwent treatment in the department of borderline psychiatry and psychosomatic disorders of the FSBSI "Mental Health Research Centre". **Methods:** clinical, pathopsychological, psychometric, Bush Fransis Catatonia Rating Scale (BFCS), The Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS). **Results:** in the range of movement disorders, that combine non-psychotic forms of catatonia, two categories were distinguished, i.e. parakinetic catatonia syndrome (K. Kleist, K. Leonhard) and stereotyped catatonia syndrome (K. Kleist). Manifestations of parakinetic catatonia (polymorphism of motor symptom complexes, covering isolated areas of the body; impulsivity; extreme intensity; expressiveness with the effect of alienation, loss of arbitrariness of sensorimotor acts) are formed according to the mechanism of mental automatism, act as transformers, that modify positive pathocharacterological disorders and complicate the clinical picture of subsequent exacerbations of the process. Symptom complexes of stereotyped catatonia (monotony, general slowness, uniformity of unrelated motor acts/stiffness is out of the scope of patients' attention/with a feeling of discomfort, alienation of motor sensations) are formed according to the mechanism of evolving dyskinesopathy. In the psychopathology space of the disease they play the role of doublers, amplifiers of negative (abulia, passivity, apathy, emotional flattening) and cognitive disorders. **Conclusion:** the identified non-psychotic catatonic syndromes (parakinetic and stereotyped catatonia) are clinically heterogeneous both in terms of the ways of their formation (mechanism of mental automatism/evolving dyskinesopathy) and functional activity in the psychopathology space of the disease (transformers of positive disorders/doublers of negative changes) and clinical prognosis.

Keywords: catatonia, schizophrenia, psychopathology, systematics

The work was supported by the Russian Science Foundation, Project # 19-07-01119 "Intellectual analysis of clinical and genetic data using method of automatized support of research in schizophrenia and schizophrenic spectrum disorders".

For citation: Smulevich A.B., Klyushnik T.P., Borisova P.O., Lobanova V.M., Voronova E.I. Catatonia (Actual Problems of Psychopathology and Clinical Systematics). *Psychiatry (Moscow) (Psikhiatriya)*. 2022;20(1):6–16. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2022-20-1-6-16>

ВВЕДЕНИЕ

Кататония — психопатологический синдром, традиционно представленный комплексом двигательных расстройств с вовлечением когнитивных, эмоциональных, волевых, поведенческих, речевых и соматовегетативных психопатологических феноменов.

На протяжении многих лет к классическим кататоническим симптомокомплексам относились преимущественно «тяжелые» (severe) проявления двигательных расстройств (так называемая большая кататония). При этом кататония (в первую очередь наиболее тяжелые варианты синдрома) квалифицировалась в ряду ядерных форм шизофрении (МКБ-9; МКБ-10).

В настоящее время в плане нозологической квалификации кататонии ситуация коренным образом изменилась. В соответствии с DSM-5 и проектом МКБ-11 в современных публикациях кататония рассматривается как транснозологическое образование [1–4].

В представленных выше диагностических руководствах выделяются три формы кататонии: 1) кататоническое расстройство, вызванное другими заболеваниями; 2) кататония, связанная с другими психическими расстройствами, и 3) неуточненная кататония; при этом традиционная категория кататонической шизофрении оказывается исключенной.

Оставляя в стороне историю вопроса и предполагаемые причины формирования новой нозологической парадигмы, остановимся на произошедших в концепции DSM-5 и МКБ-11 изменениях в селекции и структуре наиболее характерных для кататонии

психопатологических проявлений, приобретающих первостепенное значение в настоящем исследовании.

Речь идет об изменениях, означающих, с одной стороны, расширение проявлений кататонии за счет двигательных расстройств непсихотического регистра¹, а с другой — тесную связь двигательных симптомокомплексов не только (и не столько) с галлюцинаторными и бредовыми, но и с дименсиями других психопатологических образований: истерией, негативными и аффективными расстройствами, обсессивно-компульсивного расстройства (ОКР) [4–12].

Предваряя дальнейший анализ современной парадигмы, следует отметить, что описания двигательных расстройств, выступающих в форме отдельных дименсий в клинической картине истерии, аффективных заболеваний, ОКР и пр. (т.е. в рамках различных, невзаимосвязанных клинических категорий) содержатся уже в исследованиях, относящихся к донозологическому этапу развития клинической психиатрии: концепция Melancholia attonita J.G. Baillarger [13], J. Guislain [14], R. Krafft-Ebing и др. [15], «меланхолия с тупоумием» W. Griesinger [16]; кататония с «истерической почвой» H. Schüle [17], «обсессивный паралич» L. Du Saulle [18]; «прогрессирующий компульсивный психоз» K. Heilbronner [19].

Теперь, благодаря объединению кататонии в рамках транснозологической модели, создались благоприятные условия для разработки систематики широкого круга кататонических расстройств.

¹ Проявления непсихотических двигательных расстройств, квалифицируемых на современном клиническом этапе в рамках кататонии, представлены в клиническом пространстве выборки собственного материала (табл. 1).

О назревшей необходимости в концептуальном осмыслении клинической реальности свидетельствуют данные ряда публикаций [20, 21]. Создание новой парадигмы кататонии на базе результатов клинических, нейробиологических, психофармакологических исследований предусматривает замещение категориальной модели кататонии дименсиональной моделью. Категориальная модель ограничена психотическими симптомокомплексами в рамках отдельного клинического образования с преимущественно неблагоприятным течением — кататонической формы шизофрении, в то время как психопатологическое пространство дименсиональной модели представлено многообразными моторными феноменами, относящимися к различным нозологическим единицам.

При этом чаще всего речь идет о проблемах, относящихся к сфере клинической практики, о выявлении и верификации (в частности, посредством специализированных психометрических шкал типа Bush–Francis Catatonia Rating Scale, Rogers Catatonia Scale, Northoff Catatonia Rating Scale, Braunig Catatonia Rating Scale, Kanner Scale) тех или иных кататонических симптомокомплексов в ряду проявлений расстройств аутистического спектра (РАС) [22–24], истерии [6, 7], ОКР [25], аффективной патологии [26], болезни Паркинсона [27] и других заболеваний.

В качестве **цели настоящего исследования** рассматривается попытка создания психопатологической систематики двигательных расстройств, объединенных на базе концепции кататонии, представленной в DSM-5 и проекте МКБ-11.

ПАЦИЕНТЫ

В исследование включены 38 больных (20 мужчин и 18 женщин; средний возраст — 24,7 года; средняя длительность заболевания — 14,4 года), проходивших лечение в отделе по изучению пограничной психиатрии и психосоматических расстройств ФГБНУ НЦПЗ (зав. отделом академик РАН А.Б. Смулевич) с установленным диагнозом шизофрении (F20), расстройств шизофренического (F21) и шизоаффективного (F25) спектра. Все пациенты подписывали информированное согласие на участие в исследовании. Проведение исследования соответствовало положениям Хельсинкской декларации 1964 г., пересмотренной в 2013 г.

В исследование не включались пациенты с признаками тяжелой органической патологии ЦНС; наличием верифицированного неврологического диагноза; злоупотреблением ПАВ.

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Для клинической оценки применялись клинический, психометрический (патопсихологическое исследование психических процессов; оценка кататонических расстройств по шкале BFCRS; оценка негативных расстройств по шкале SANS) методы.

Статистический анализ полученных данных осуществлялся с использованием программы STATISTICA 12.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В соответствии с поставленной целью исследования тестировались следующие клинические позиции.

Новая систематика не предполагает перераспределения симптомокомплексов, составлявших психопатологическое пространство кататонической формы шизофрении² [18–30].

В предлагаемой систематике рассматриваются категории двигательных расстройств, объединяющие непсихотические формы кататонии, не включающие наиболее тяжелые свойственные острой психотической кататонии двигательные симптомокомплексы³. Непсихотические варианты кататонии описываются также в категориях: Catatonia mitis [31], «малой кататонии» [32], «стертых форм с малыми симптомами кататонии» [33], «кататонизма» [34], «кататоноподобных знаков» [35], «субкататонической симптоматики» [9] в сочетании преимущественно с расстройствами относительно легких психопатологических регистров в рамках истерии, ОКР, тревожно-фобического расстройства (ТФР), аффективной патологии⁴.

К этим вариантам кататонии, судя по данным доступных публикаций и характеристикам собственных наблюдений, относятся моторные симптомокомплексы в рамках шизофрении, расстройств шизофренического, шизоневротического (шизоидные невротики [36], шизоидные истерики [37]) и шизоаффективного (реактивная шизотимия [38, 39], нажитая циклотимия [40], немеланхолическая депрессия [41, 42]) спектра, дебютирующих преимущественно в детском (РАС) и юношеском возрасте. Непсихотические кататонические расстройства определяют клиническую картину стертых приступов и фаз либо персистируют на всем протяжении заболевания.

Клинические отличия моторных расстройств, реализующихся в рамках так называемой малой кататонии, от психопатологических феноменов, свойственных психотическим ее формам, обнаруживаются не только в степени тяжести двигательных симптомокомплексов,

² Кататонические психозы, систематические исследования которых проводились на протяжении XIX–XX столетия и продолжаются в XXI.

³ Возможность и обоснованность дифференцированного изучения «стабилизированных» форм двигательных расстройств отдельно от клинических проявлений острой кататонии находит подтверждение в исследованиях G.S. Ungvari с соавт. (2010), L. Доех с соавт. (2012). При этом подчеркивается, что именно непсихотические — не свойственные острой кататонии — двигательные симптомокомплексы обнаруживают наибольшие корреляции с основными клиническими переменными, такими как негативные, позитивные расстройства, характеристики течения, возраст и др.

⁴ Дизайн настоящего исследования, несмотря на установленный в рамках современной клинической парадигмы транснозологический характер кататонических расстройств, не предполагает изучения двигательных феноменов, представленных в границах неврологических, психосоматических (ургентная психосоматика) и др. нозологических категорий, ограничиваясь исключительно рамками психической патологии.

Таблица 1. Феномены непсихотической кататонии, регистрируемые в границах собственной выборки клинического материала ($n = 38$)
Table 1. Phenomena of non-psychotic catatonia recorded within the boundaries of our own sample of clinical material ($n = 38$)

Кататонические расстройства в пространстве психотических форм/Catatonic disorders in the space of psychotic forms	Проявления феномена, регистрируемые на базе собственного клинического материала, в границах «непсихотических» форм кататонии/Manifestations of the phenomenon recorded on the basis of own clinical material, within the boundaries of "non-psychotic" forms of catatonia		абс./abs.	% в общей выборке больных/In the total sample of patients
Ригидность/Rigidity	Синдром мышечной скованности/Stiff person syndrome	Субъективно декларируемое пациентом ощущение «скованности» в мышцах, повышение мышечного тонуса, периодические фасцикуляции и болезненные спазмы/ Subjectively declared by the patient a feeling of "stiffness" in the muscles, increased muscle tone, periodic fasciculations and painful spasms	19	50
	Моторная неловкость/ Motor awkwardness	Недостаточность координации, точности, ловкости и плавности движений, дезавтоматизация двигательных актов/ Lack of coordination, accuracy, dexterity and smoothness of movements, disautomation of motor acts	15	39,5
	Трудности инициации двигательного акта/ Difficulties in the initiation of the motor act	Отсутствие произвольности в реализации необходимого движения, потребность в стимуляции извне (падение плашмя без попыток выставить руки; неподвижность при летящем в сторону пациента предмете, компенсирующиеся при команде к выполнению или осознанном волевом усилии, и проч.)/Lack of arbitrariness in the implementation of the necessary movement, the need for stimulation from the outside (falling flat without trying to put out his hands; immobility when an object flying towards the patient, compensating for a command to execute or a conscious volitional effort; etc.)	10	26,3
	Явления брадикинезии/ Phenomena of bradykinesia	Замедление активных и содружественных движений/Slow down active and friendly movements	26	68,4
Стереотипии/Stereotypes	Устойчивые бесцельные повторения движений, слов или фраз; клишированные однотипные гиперкинезы/Steady, aimless repetitions of movements, words, or phrases; clichéd homogeneous hyperkinesia	Мимические, вокальные, мануальные тики, акатизия/Mimic, vocal, manual tics, akathisia	10	26,3

Примечание. В таблицу включены двигательные расстройства, не обнаруживающие неврологического генеза по данным комплексного неврологического обследования.
Note. The table includes motor disorders that do not reveal a neurological genesis according to a comprehensive neurological examination.

но также в парциальности, полиморфизме и своеобразии их психопатологической структуры (табл. 1). Так, при оценке показателей собственных клинических наблюдений случаев непсихотической кататонии с применением шкалы Буша–Френсиса (BFCRS) у пациентов отмечается легкая степень выраженности моторных расстройств ($22,3 \pm 7,5$), достоверно отличающаяся от установленного по данным современных исследований [43–45] среднего балла ($45,4 \pm 10,3$) по этой шкале у больных с «психотической» кататонией.

В качестве базисного концепта разрабатываемой систематики выступает представление (неоднократно тестируемое в исследованиях) [46–48] о психопатологической гетерогенности рассматриваемой группы

двигательных расстройств. В качестве критерия дифференциации в настоящем исследовании принимается не уровень тяжести кататонических симптомокомплексов, как это принято в ряде старых (К. Kahlbaum разделяет кататонию на синдромально-развернутую, затяжную и малую формы болезни) и современных классификаций кататонии [49], а показатели психопатологической структуры, отражающие характеристики функциональной активности кататонических(dimensions) в клиническом пространстве шизофрении, расстройств шизофренического и шизоаффективного спектра.

На базе содержащихся в целом ряде публикаций клинических описаний, а также данных имеющейся

Таблица 2. Сравнительная характеристика стереотипной и паракинетической кататонии по данным психометрического исследования

Table 2. Comparative characteristics of psychometric research data for groups of stereotyped and parakinetic catatonia

Средний суммарный балл по шкале/Scale score	Паракинетическая кататония/ Parakinetic catatonia (n = 18)	Стереотипная кататония/ Stereotyped catatonia (n = 20)	p
BFCRS	25,7 ± 7,2	19,09 ± 4,3	< 0,05
SANS			
Апатобулические расстройства/Apato-abulic disorders	3,25	2,7	< 0,01
Ангедония-асоциальность/Anhedonia-asociality	2,8	3,8	< 0,01

в нашем распоряжении казуистики выделено две группы двигательных расстройств — синдромы **паракинетической** [46, 50] и **стереотипной** [46] **кататонии** (табл. 2).

Двигательные расстройства по типу паракинетической кататонии (Kleist K., 1937; Leonhard K., 1979) — 18 наблюдений (все женщины, средний возраст 25,3 года)

Моторные симптомокомплексы с момента их формирования принимают свойства транзиторных, иррегулярных полиморфных вычурных двигательных расстройств обоих — гиперкинетического и акинетического — типов, провоцированных как эмоционально значимыми событиями (разрыв любовных отношений, смерть родственника), так и в ряде случаев (5 набл.) возникающих аутохтонно, что создает эффект интрузии, внезапной манифестации.

В клинической картине преобладают моторные пароксизмы изолированного характера: локализованные ощущения скованности (в одной конечности или только определенной группы мышц с выкручиванием кистей рук, подергиваниями плечами, повторяющимися поворотами, запрокидыванием головы и др.) и псевдофасцикуляции (подергивания уголков рта, мышц отдельных участков тела и др.).

При этом «игра движений, приобретающих паракинетический характер» (импульсивные, неожиданные действия, странные поступки, акинезии в виде «зависания», тика, тремора, подергиваний, «сведения» языка, спазмов лицевой мускулатуры) сопоставима по уровню отчетливости чувственного восприятия и «чрезвычайной интенсивности» [50] сенсомоторных актов с псевдогаллюцинаторными расстройствами [51]. Особая экспрессивность и чувственная окраска кататонических стигм рассматриваемой группы подчеркивается в исследованиях Н. Варук: «личность кататоника буквально переполнена настоящей силой, которая неудержимо, неукротимо и в чем-то автоматически приводит в действие механизмы свободного движения» [52].

При этом двигательные расстройства принимают формы, свойственные моторному кинестетическому автоматизму G.G. Clérambault [53], воспринимаются как нечто аномальное, сопровождающееся ощущением дискомфорта, субъективно «новое», в большинстве случаев с утратой эффекта произвольности моторных актов, т.е. «не зависимое от воли». В описаниях G.G. Clérambault фигурируют психомоторные

феномены и «заторможенность всех видов», обнаруживающие свойства постороннего воздействия: «волна вторжения», «ощущение подчиненности», «чувство одержимости».

При этом в ряде случаев двигательные расстройства могут занимать доминирующее положение в клинической картине, принимают форму субъективно непереносимых проявлений болезни, становятся объектом ипохондрической фиксации, постоянных жалоб, причиной многочисленных обращений к специалистам, сопровождающихся манипулятивным поведением.

Тем не менее двигательные расстройства, регистрируемые в границах собственной казуистики, обнаруживают определенные отличия от клинического материала, которым оперируют В.Х. Кандинский (1890), а много позднее G.G. Clérambault (1992), а также большинство авторов, публикации которых относятся к XX и XXI в., при описании явлений психического автоматизма [54–57].

В концепции G.G. Clérambault явления психического (в том числе и двигательного) автоматизма (так же как и псевдогаллюцинации В.Х. Кандинского) классифицируются в качестве синдрома, формирующегося в рамках галлюцинаторно-бредового психоза [53]. Соответственно, кататонические расстройства, рассматриваемые в публикациях авторов как проявления двигательного автоматизма, оказываются непосредственно связаны с псевдогаллюцинациями и бредом воздействия.

Необходимо подчеркнуть, что в исследованной выборке случаев первичная психическая патология не относится к расстройствам бредового регистра. Симптомокомплексы паракинетической кататонии, как правило, формируются на базе психопатоподобных, шизоистерических, шизотипических, сенситивных, деперсонализационных, тревожно-фобических и тревожно-аффективных расстройств. В структуре двигательных симптомокомплексов отсутствуют атрибуты бреда воздействия⁵: элемент «сделанности», ощущение реализации моторных актов под влиянием извне, чувство одержимости и др.

⁵ Необходимо отметить, что в некоторых случаях (4 набл.) манифестация кататонических расстройств лишь на первых этапах болезни реализовалась вне связи с галлюцинаторно-параноидными симптомокомплексами. В дальнейшем, по мере выявления признаков прогрессирующего течения, реализация в клинической картине двигательных признаков совмещалась с формированием бреда воздействия.

Возможность формирования явлений психического автоматизма вне регистра бредовых симптомокомплексов G.G. Clérambault не предполагал. Тем не менее в ряде современных исследований, выполненных как в психологической, так и клинической традиции, такие варианты психического автоматизма рассматриваются.

Так, в публикации D. Cohen [58] представлена модель, являющаяся, по существу, попыткой ранжировать проявления кататонии, формирующейся по механизму психического автоматизма, не только в зависимости от бредовых, но и других психопатологических расстройств (ОКР, ТФР, тревожно-депрессивных состояний).

Учитывая данные приведенных выше публикаций, а также психопатологические характеристики кататонической симптоматики, составляющей собственную казуистику (сохраняющееся при отсутствии бредового воздействия чувство «чуждости», утраты произвольного контроля над собственными волевыми усилиями и двигательной активностью), представляется правомерной в порядке рабочей гипотезы попытка квалификации двигательных расстройств, объединяемых нами в рамках синдрома паракинетики кататонии, в качестве особой группы психопатологических образований, формирующихся по механизму психического автоматизма.

Функциональная активность моторных феноменов, манифестирующих по механизму психического автоматизма в психопатологическом пространстве заболевания, определяется аффилиацией кататонических симптомокомплексов к позитивным расстройствам.

Манифестация кататонической симптоматики, формирующейся по механизму психического автоматизма, означает видоизменение и утяжеление структуры первичных психопатологических дименсий за счет присоединившихся двигательных расстройств (грубые истерические вспышки с потерей контроля, приступами ярости, ауто- и гетероагрессивными актами с нанесением разнообразных самоповреждений, вспышками brutальной агрессии по отношению к близким и эпизодами бытовой деструкции).

Таким образом, «вторжение» двигательных расстройств в клиническую картину сопоставимо, по образному выражению G.G. Clérambault, с эффектом «новообразования» («опухоли»), что позволяет квалифицировать клиническую активность кататонических дименсиональных структур, формирующихся по механизму психического автоматизма, в качестве трансформеров, видоизменяющих иные позитивные, патохарактерологические и др. расстройства в психопатологическом пространстве заболевания.

При этом манифестация кататонических расстройств не только видоизменяет клинические проявления заболевания, но и выступает в качестве катализатора — усложняет клиническую картину последующих экзакцербаций процесса за счет включения симптомокомплексов более тяжелых

психопатологических регистров (деперсонализации с явлениями психической анестезии, моральной ипохондрии, галлюцинаторно-параноидных расстройств и др.).

Двигательные расстройства по типу стереотипной кататонии (K. Kleist, 1937) — 20 наблюдений (все мужчины, средний возраст 24,2 года)

Моторные симптомокомплексы, отнесенные к этой группе, в отличие от проявлений паракинетики кататонии (изолированных, полиморфных транзиторных, вычурных двигательных расстройств), характеризует тотальность, монотонность, («деревянность... движений», по E. Kretschmer) [59], однообразие/стереотипность персистирующих моторных проявлений (перебирание пальцами, раскачивания, повторяющиеся движения языком и губами, «гудение», «покашливания», «зажмуривания»⁶ (синдром психомоторной бедности P.F. Liddle [60]).

На первом плане — общая, нарастающая с годами медлительность, эпизоды «замираний» и/или «застываний» в однообразных позах. Характерно обеднение (малоподвижность, гримасничанье) «экспрессивной мимической моторики» [50]. Речь лишена модуляции (говорят на одной ноте, в одном диапазоне громкости), приглушенная, замедленная с вычурными оборотами, односложными ответами на вопросы, спонтанными выкриками, растягиванием слов, с многократным повторением однотипных вводных фраз (синдром «оцепенелой кататонии» K. Leonhard [50]).

В отличие от наблюдений, отнесенных к паракинетики кататонии, при стереотипной кататонии, в границах которой манифестация двигательных расстройств сопровождается утратой ощущения произвольности моторных актов, симптомокомплексы не обнаруживают связи с ощущением чуждости двигательных сенсаций. Общая скованность находится вне сферы внимания пациентов, субъективно не вызывает неудобства и соответственно не сопровождается формированием ипохондрии фиксации.

В части случаев (7 набл.) первые отчетливые моторные симптомокомплексы выступают в рамках реакций дезадаптации (в возрасте 10–13 лет), чаще всего связанных (в противоположность реакциям горя при паракинетики кататонии) с повышением учебной или производственной нагрузки.

В отличие от внезапно возникающих и в последующем рецидивирующих, интрузивных паракинетики расстройств, не связанных со структурой преморбиды, симптомокомплексы стереотипной кататонии

⁶ В ряде случаев на первый план выступает склонность к стереотипной деятельности — многократно повторяющиеся движения рук, сжимания-разжимания кулаков, раскачивание часами на качелях, катание вверх и вниз на лифте, а также отмечавшаяся еще E. Kretschmer в качестве одной из типичных, свойственных лицам с кататоническими расстройствами черт: «тягучесть... стремление к схематизму... и образованию систем». Среди такого рода проявлений — коллекционирование моделей конструкторов, вычурных деталей одежды, малоизвестных периодических изданий («коллекционирование странных разнородных предметов», по Н. Еу), скрупулезное составление графиков движения транспорта и т.д.

обнаруживают признаки медленного эволюционирующего развертывания симптоматики, как бы органично «вытекающей» из преморбидно свойственных явлений врожденной моторной неловкости.

Дальнейшая динамика (видоизменение симптома-тики без признаков смены синдрома) также принимает эволюционирующий характер, полярный по ряду базисных клинических параметров модели психического автоматизма.

Соответственно, применительно к модели формирования стереотипной кататонии может быть рассмотрен концепт эволюционирующей дискинетопатии⁷.

Закономерности динамики кататонических расстройств, формирующихся по механизму эволюционирующей дискинетопатии, могут быть ранжированы в рамках следующих, отражающих эволюционирующий характер динамики психопатологических проявлений, клинических показателей: персистирующий характер двигательных симптомокомплексов в клинической картине на всем протяжении заболевания; формирование (дебют чаще всего приходится на детский или ранний пубертатный возраст) на базе моторной акцентуации преморбида (неуклюжесть, нерасторопность движений, отчетливо обнаруживающиеся в игровом поведении неусидчивость, эпизоды чрезмерной моторной активности и др. [61, 62]); стереотипизация и частичная редукция двигательных симптомокомплексов («мягкие» изменения моторного стереотипа — оживление жестикуляции и пантомимики, повышение громкости ранее шепотной речи, расширение диапазона двигательных реакций), реализующиеся в рамках терапевтических ремиссий (8 набл.) или резидуальных состояний (14 набл.).

Функциональная активность двигательных расстройств, формирующихся по механизму эволюционирующей дискинетопатии, в психопатологическом пространстве заболевания определяется аффилиацией кататонических симптомокомплексов к негативным (абулия, пассивность, апатия и эмоциональное уплощение) и когнитивным расстройствам.

Кататонические расстройства в большинстве изученных случаев (18 набл.) обнаруживаются уже в рамках клинических проявлений дизонтогенеза, предполагающего преобладание негативных изменений. Об этом свидетельствуют значительное отставание в интеллектуальном развитии, бедность речи, признаки когнитивной слабости, эмоциональная скудность, аутизм,

относимый в соответствии с целым рядом исследований к проявлениям РАС, синдрома Аспергера, задержки психического развития (ЗПР), расстройств личности шизоидного спектра [8, 23, 49, 63].

В шести случаях двигательные расстройства выступают в качестве структур, дублирующих когнитивные симптомокомплексы. Присоединение кататонической симптоматики происходит на базе ранее сформировавшихся когнитивных расстройств (брадифрения, по В.Ю. Воробьеву [64]). Явления торможения динамики психических процессов (замедление мыслительного потока, непреходящее ощущение «пустоты» в голове и т.п.) дублируются появлением моторной заторможенности; стереотипность мышления (однотипность построения вербальной продукции; трудности смены рамок мыслительного стереотипа и проч.) сопровождается двигательными стереотипиями; психическая замедленность (грубые расстройства динамического компонента внимания и памяти, нарушения переключаемости, «застывание», тугоподвижность мышления) сочетается с моторной ригидностью.

Описываемая связь кататонических и когнитивных расстройств отмечалась уже В.П. Сербским [31]. Автор рассматривал двигательные стереотипии в качестве вторичных, опосредованных психическими процессами, психопатологических образований. Этот феномен обсуждается и в современных публикациях и расценивается некоторыми авторами в качестве доказательства связи кататонии с патологией фронтальных отделов мозга [66].

В восьми наблюдениях изученной выборки двигательные расстройства с момента их манифестации реализуются в рамках особой группы когнитивно-моторных нарушений (обозначаемых как обсессивная замедленность [5], кататоническая мизофобия [67], синдром кататонических компульсий [12]).

На высоте идеаторных расстройств обсессии дублируются феноменами двигательной сферы, принимающими форму многократно повторяющихся моторных актов — двигательных стереотипий (моторный негативный синдром [68]).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результаты проведенного исследования свидетельствуют о клинической гетерогенности выделенных кататонических синдромов (паракинетическая и стереотипная кататония) как в плане путей формирования (механизм психического автоматизма vs эволюционирующая дискинетопатия) и функциональной активности в психопатологическом пространстве заболевания (трансформеры позитивных расстройств vs дублиеры негативных изменений), так и клинического прогноза.

Манифестация паракинетической кататонии выступает в качестве маркера прогредиентного расширения спектра позитивных расстройств за счет симптомокомплексов более тяжелых психопатологических регистров. Формирование стереотипных кататонических

⁷ Представленная в настоящем исследовании модель эволюционирующей дискинетопатии — адаптация принадлежащей Н. Еу концепции эволюционирующей шизоидии к симптомокомплексу двигательных расстройств, выступающему в рамках стереотипной кататонии, а не только калька термина. В соответствии с концепцией Н. Еу речь идет об особом варианте процессуально обусловленной эволюции психопатологических расстройств, берущей начало в проявлениях клинической динамики патохарактерологической конституции. Наряду с концепцией эволюционирующей шизоидии может быть использована в качестве предмета анализа и концепция патохарактерологических расстройств как продрома заболевания E. Kretschmer, предполагающая рассмотрение вариантов патохарактерологических преморбидных расстройств в качестве «зачатков»/«ростков» болезненного процесса.

симптомокомплексов означает в дальнейшей перспективе стабилизацию проявлений дискинетопатии, реализующуюся на разных этапах дезактивации негативных расстройств (ремиссии, резидуальные состояния).

Приведенные психопатологические сопоставления (паракинетики/стереотипный кататонии) верифицированы данными биологического исследования, проведенного на базе представленного в настоящей публикации клинического материала. Этими исследованиями выявлены периферические нейроиммунные изменения, ассоциированные с различными клиническими особенностями кататонических расстройств (анализ результатов опубликован в отдельной статье данного выпуска журнала).

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ/REFERENCES

1. Tandon R, Heckers S, Bustillo J, Barch DM, Gaebel W, Gur RE, Malaspina D, Owen MJ, Schultz S, Tsuang M, van Os J, Carpenter W. Catatonia in DSM-5. *Schizophr Res*. 2013;150(1):26–30. DOI: 10.1016/j.schres.2013.04.034
2. Peralta V, Cuesta M. Motor Abnormalities: From Neurodevelopmental to Neurodegenerative Through “Functional” (Neuro) Psychiatric Disorders. *Schizophr Bull*. 2017;43(5):956–971. DOI: 10.1093/schbul/sbx089
3. Gazdag G, Takács R, Ungvari G. Catatonia as a putative nosological entity: A historical sketch. *World J Psychiatry*. 2017;7(3):177–183. DOI: 10.5498/wjpv7.i3.177
4. Конорева АЕ, Цукарзи ЭЭ, Мосолов СН. Кататония: патофизиология, диагностика и современные подходы к лечению *Современная терапия психических расстройств*. 2019;4:2–10.
Konoreva AE, Tsukarzi EE, Mosolov SN. Katatoniya: patofiziologiya, diagnostika i sovremennye podkhody k lecheniyu. *Sovremennaya terapiya psikhicheskikh rasstroistv*. 2019;4:2–10. (In Russ.).
5. Rachman S. Primary obsessional slowness. *Behav Res Ther*. 1974;12(1):9–18. doi: 10.1016/0005-7967(74)90026-6
6. Dabholkar PD. Use of ECT in hysterical catatonia. A case report and discussion. *Br J Psychiatry*. 1988;153:246–247. DOI: 10.1192/bjp.153.2.246. PMID: 3255441.
7. Wiener P. A Case of Conversion Catatonia Misdiagnosed for 24 Years. *Jefferson Journal of Psychiatry*. 1990;8(1). DOI: 10.29046/jjp.008.1.005
8. Shorter E, Wachtel L. Childhood catatonia, autism and psychosis past and present: is there an ‘iron triangle’? *Acta Psychiatr Scand*. 2013;128(1):21–33. DOI: 10.1111/acps.12082
9. Иванова ЛА, Рожкова МЮ, Бобров АС. Субкататоническая и кататоническая симптоматика в клинике манифестного депрессивного варианта шизоаффективного расстройства. *Сибир. мед. журн*. 2012;7:59–62.
Ivanova LA, Rozhkova MY, Bobrov AS. Subcatatonic and catatonic symptoms in clinical pictures of manifest depressive variant of schizoaffective disorder. *Sibir. med. zhurn*. 2012;7:59–62. (In Russ.).
10. Чугунов ВВ, Линский ИВ, Сафонов ДН, Городокин АД. Критерии и клинический инструментальный дифференциальной диагностики эндогенной и органической кататонии («Шкала различения эндогенной кататонии», шаг 3). *Sciences of Europe*. 2016;6–2(6):78–87.
Chugunov VV, Linskiy IV, Safonov DN, Gorodokin AD. Criteria and clinical differentiation tools of endogenous catatonia and disorders of dissociative spectrum (“Endogenous catatonia differentiation scale”, step 3). *Sciences of Europe*. 2016;6–2(6):78–87. (In Russ.).
11. Румянцев АО, Омельченко МА, Каледа ВГ. Атенуированная психотическая симптоматика в структуре юношеской депрессии (клинико-психопатологические и прогностические аспекты). *Российский психиатрический журнал*. 2018;1:61–70.
Rumyantsev AO, Omel'chenko MA, Kaleda VG. Attenuated psychotic symptoms in the structure of youth depression (clinical and psychopathological aspects). *Rossiiskii Psikhiatricheskii zhurnal*. 2018;1:61–70. (In Russ.).
12. Колюцкая ЕВ, Горшкова ИВ. Кататонические проявления в структуре синдрома обсессивной замедленности у больных с шизотипическим расстройством. *Психиатрия*. 2016;71(3):17–21.
Kolyutskaya EV, Gorshkova IV. Catatonic symptoms in the structure of obsessional slowness syndrome in patients with schizotypal disorder. *Psychiatry (Moscow) (Psikhatriya)*. 2016;71(3):17–21. (In Russ.).
13. Baillarger JG. De l'état désigné chez les aliénés sous le nom de stupidité *Ann. Med. Psychol*. 1843;1:76–256.
14. Guislain J. Leçons Orales Sur Les Phrénopathies, Ou, Traité Théorique Et Pratique Des Maladies Mentales. Gand: L. Hebbelynck. Paris, J.B. Baillière. Bonn, A. Marcus; 1852.
15. Krafft-Ebing R. Die Melancholie, Eine Klinische Studie. Kessinger Publishing, LLC; 2010.
16. Гризингер В. Душевные болезни: О распознавании и лечении сумасшествия. Пер. с нем. под ред. Ф.В. Овсянникова. 4-е изд. «ЛИБРОКОМ»; 2012. 568 с.
Grizinger Vil'gel'm. Dushevnyye bolezni: O raspoznavanii i lechenii sumasshestviya. Per. s nem. pod red. F.V. Ovsyannikova. 4-e izd. «LIBROKOM»; 2012. 568 s. (In Russ.).
17. Руководство к душевным болезням д-ра Генриха Шюле. Пер. д-ра Д.Г. Фридберга; 1880. 639 с.
Rukovodstvo k dushevnyum bolezniam d-ra Genrikha Shyule. Per. d-ra D.G. Fridberga; 1880. 639 s. (In Russ.).
18. Legrand du Saulle H. Les Hysteriques. Paris; 1883.

19. Heilbronner K. Zwangsvorstellung und Psychose. *Zeitschrift für Gesamte Neurologie und Psychiatrie*. 1912;9:301–326.
20. Fink M, Shorter E, Taylor M. Catatonia Is not Schizophrenia: Kraepelin's Error and the Need to Recognize Catatonia as an Independent Syndrome in Medical Nomenclature. *Schizophr Bull*. 2009;36(2):314–320. DOI: 10.1093/schbul/sbp059
21. Ungvari G, Caroff S, Gerevich J. The Catatonia Conundrum: Evidence of Psychomotor Phenomena as a Symptom Dimension in Psychotic Disorders. *Schizophr Bull*. 2009;36(2):231–238. DOI: 10.1093/schbul/sbp105
22. Wing L, Shah A. Catatonia in autistic spectrum disorders. *Brit J Psychiatry*. 2000;176(4):357–362. DOI: 10.1192/bjp.176.4.357
23. Ohta M, Kano Y, Nagai Y. Catatonia in Individuals With Autism Spectrum Disorders in Adolescence and Early Adulthood: A Long-term Prospective Study. *Int Rev Neurobiol*. 2006;41–54. DOI: 10.1016/s0074-7742(05)72003-1
24. Wachtel L. Catatonia in autism: Etiology, incidence and treatment. Abstracts for Poster Session. *Europ Psychiatry*. 2008;23:S402. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2008.01.1391
25. Fontenelle LF, Lauterbach EC, Telles LL, Versiani M, Porto FH, Mendlowicz MV. Catatonia in obsessive-compulsive disorder: etiopathogenesis, differential diagnosis, and clinical management. *Cogn Behav Neurol*. 2007;20(1):21–24. DOI: 10.1097/WNN.0b013e31802e3bc6. PMID: 17356340.
26. Taylor M, Fink M. Catatonia in Psychiatric Classification: A Home of Its Own. *Am J Psychiatry*. 2003;160(7):1233–1241. DOI: 10.1176/appi.ajp.160.7.1233
27. Northoff G. Catatonia and neuroleptic malignant syndrome: psychopathology and pathophysiology. *J Neural Transm*. 2002;109(12):1453–1467. DOI: 10.1007/s00702-002-0762-z
28. Kraepelin E. *Psychiatrie: Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte*. 6 Aufl. Leipzig: IA. Barth; 1899.
29. Ungvari GS, Leung SK, Ng FS, Cheung HK, Leung T. Schizophrenia with prominent catatonic features ('catatonic schizophrenia'): I. Demographic and clinical correlates in the chronic phase. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2005;29(1):27–38. DOI: 10.1016/j.pnpbp.2004.08.007. PMID: 15610942.
30. Кузнецов АВ. Кататонические расстройства в клинической картине остропротекающих психотических состояний. *Психиатрия и психофармакотерапия*. 2020;5:27–31.
Kuznetsov AV. Catatonic disorders in the clinical picture of acute psychotic states. *Psychiatry and psychopharmacotherapy*. 2020;5:27–31. (In Russ.).
31. Сербский ВП. Формы психического расстройства, описываемые под именем кататонии. 1890.
Serbskii VP. Formy psichicheskogo rasstroistva, opisivaemye pod imenem katatonii. 1890. (In Russ.).
32. Pascal C. La démence précoce. Alcan. edit., Paris, 1911:302 p.
33. Эй А. Шизофрения. Очерки клиники и психопатологии. М.: Сфера; Киев; 1988:209–238.
Ei H. Shizofreniya. Ocherki kliniki i psikhopatologii. M.: Sfera; Kiev; 1988:209–238. (In Russ.).
34. Ey H. *Manuel De Psychiatrie*, 6 edition, Masson, Paris; 1989:529 p.
35. Compton M, Fantes F, Wan C, Johnson S, Walker E. Abnormal movements in first-episode, nonaffective psychosis: Dyskinesias, stereotypies, and catatonic-like signs. *Psychiatry Res*. 2015;226(1):192–197. DOI: 10.1016/j.psychres.2014.12.048
36. Бунеев АН. О шизоидных невротиках. *Журнал невропатологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. 1923;23(11):198–211.
Buneev AN. O shizoidnyh nevrotikah. *Zhurnal nevropatologii i psihiatrii imeni S.S. Korsakova*. 1923;23(11):198–211. (In Russ.).
37. Симсон ТП. О шизоидных истериках. В кн.: I Всероссийский съезд по психоневрологии. М.; 1923:9–15.
Simson TP. O shizoidnyh isterikah. V kn.: I Vserossijskij s'ezd po psihonevrologii. M.; 1923:9–15. (In Russ.).
38. Bornstein M. Über eigenartigen Typus psychischer Spaltung (Schizotypia reactiva). *Z. Ges. Neurol. Psychiat*. 1917;36:86–145.
39. Смугевич АБ, Германова КН, Читлова ВВ. Психогенные депрессии и эндогенный процесс (к проблеме реактивной шизофрении). *Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. 2016;(5):4–12.
Smulevich AB, Germanova KN, Chitlova VV. Psychogenic depression and endogenous process (to the problem of reactive schizophrenia). *S.S. Korsakov Journal of neurology and psychiatry*. 2016;(5):4–12. (In Russ.).
40. Каннабих ЮВ. Циклотимия (cyclothymia), ее симптоматология и течение. М., 1914.
Kannabikh IuV. Tsiklotimiia (cyclothymia), ee simptomatologiya i techenie. M., 1914. (In Russ.).
41. Shimoda M. Über das manisch-depressive Irresein. *Med Zischr Yonago*. 1950;(2):1–2.
42. Смугевич АБ, Дубницкая ЭБ, Читлова ВВ. Тревожная депрессия: проблема типологии и конституционального предрасположения. *Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. 2013;(1):56–68.
Smulevich AB, Dubnickaya EB, Chitlova VV. Anxious depression: problem of typology and constitutional predisposition. *Zhurnal nevrologii i psihiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2013;(1):56–68. (In Russ.).
43. Cohen D, Flament M, Dubos PF, Basquin M. Case series: catatonic syndrome in young people. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1999;38(8):1040–1046. DOI: 10.1097/00004583-199908000-00021. PMID: 10434497.

44. Kinrys P, Logan K. Periodic catatonia in an adolescent. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001;40(7):741–742. DOI: 10.1097/00004583-200107000-00007
45. Бархатова АН. Особенности эндогенного юношеского приступообразного психоза с кататоническими расстройствами в структуре манифестного приступа. *Психиатрия*. 2005;(3):38–44. Barhatova AN. Specificities of endogenous adolescent shift-like psychoses with catatonic disorders in the structure of manifest attack. *Psychiatry (Moscow) (Psikhiatriya)*. 2005;(3):38–44. (In Russ.).
46. Kleist K, Driest W. Catatonia revealed by follow-up studies: Part I, degeneration psychosis which were mistaken for catatonias. *Z Ges Neurol Psychiat.* 1937;(157):479–556.
47. Pfuhlmann B, Stöber G. The different conceptions of catatonia: historical overview and critical discussion. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2001;251(S1):I4–I7. DOI: 10.1007/pl00014199
48. Jhaver H, Sidhu M, Patel R. Missed Diagnosis of Major Depressive Disorder with Catatonia Features. *Brain Sci*. 2019;9(2):31. DOI: 10.3390/brainsci9020031
49. Wing L, Shah A. A Systematic Examination of Catatonia like Clinical Pictures in Autism Spectrum Disorders. *Int Rev Neurobiol*. 2006:21–39. DOI: 10.1016/s0074-7742(05)72002-x
50. Леонгард К. Систематика эндогенных психозов и их дифференцированная этиология. *Практическая медицина*, 2010:454 с. Leonhard K. Sistematika endogennyh psihozov i ih differencirovannaya etiologiya. *Prakticheskaya medicina*, 2010:454 p. (In Russ.).
51. Кандинский ВХ. О псевдогаллюцинациях. Нижний Новгород: Ниж ГМА. 2001:158 с. Kandinskii VKh. O psevdogallyutsinatsiyakh. Nizhnii Novgorod: Nizh GMA. 2001:158 p. (In Russ.).
52. Baruk H. *Psychiatrie médicale, physiologique et expérimentale: Sémiologie-Thérapeutique*, Presses universitaires de France, 1938:828 p.
53. Клерамбо ГГ. Психический автоматизм. М.: ИД «Гордец», 2018:112 с. Clérambault GG. Psikhicheskii avtomatizm. M.: ID "Gorodets", 2018:112 p. (In Russ.).
54. Халецкий АМ. Шизофрения, ее границы и психопатологические особенности. В кн.: Шизофрения (Вопросы нозологии, патогенеза, клиники и анатомии). М., 1962:224–228. Khaletskii AM. Shizofreniya, ee granitsy i psikhopatologicheskie osobennosti. V kn.: Shizofreniya (Voprosy nozologii, patogeneza, kliniki i anatomii). M., 1962:224–228. (In Russ.).
55. Семенов СФ. Шизофрения (проблемы клиники и патофизиологии). Киев: Государственное медицинское издательство УССР. 1991:232 с. Semenov SF. Shizofreniya (problemy kliniki i patofiziologii). Kiev: Gosudarstvennoe meditsinskoe izdatel'stvo USSR. 1991:232 p. (In Russ.).
56. Концевой ВА. Шизофрения, протекающая в форме шубов. В кн.: Актуальные проблемы невропатологии и психиатрии. М., 1974:156–169. Kontsevoi VA. Shizofreniya, protekayushchaya v forme shubov. V kn.: Aktual'nye problemy nevropatologii i psikiatrii. M., 1974:156–169. (In Russ.).
57. Пятницкий НЮ. Номиналистические аспекты клинической психопатологии: псевдогаллюцинации и синдром психического автоматизма. *Российский психиатрический журнал*. 2008;4:1–6. Pyatnitskii NYu. Nominalisticheskie aspekty klinicheskoi psikhopatologii: psevdogallyutsinatsii i sindrom psikhicheskogo avtomatizma. *Rossiiskii psikhiatricheskii zhurnal*. 2008;4:1–6. (In Russ.).
58. Cohen D, Towards A. Valid Nosography and Psychopathology of Catatonia in Children and Adolescents. *Int Rev Neurobiol*. 2006:131–147. DOI: 10.1016/s0074-7742(05)72008-0
59. Кречмер Э. Строение тела и характер. М.: Академический проект. 2015. Kretschmer E. Stroenie tela i harakter. M.: Akademicheskij proekt. (In Russ.).
60. Liddle P. The Symptoms of Chronic Schizophrenia. *Brit J Psychiatry*. 1987;151(2):145–151. DOI: 10.1192/bjp.151.2.145
61. Dunham H. The Social Personality of the Catatonic-Schizophrenic. *Am J Sociology*. 1944;49(6):508–518. DOI: 10.1086/219473
62. Жислин СГ. Конституция и моторика. В кн.: Труды психиатрической клиники. 1928;3:245–263. Zhislin SG. Konstitucija i motorika. V kn.: Trudy psikiatricheskoi kliniki. 1928;3:245–263. (In Russ.).
63. Вроно МШ. Шизофрения у детей и подростков: особенности клиники и течения. М.: Медицина. 1971:127 с. Vrono MSh. Shizofreniya u detej i podrostkov: osobennosti kliniki i techeniya. M.: Medicina. 1971:127 p. (In Russ.).
64. Смулевич АБ, Воробьев ВЮ. Психопатология шизофренического дефекта (к построению интегративной модели негативных изменений). *Журнал невропатологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. 1988;9:100–105. Smulevich AB, Vorob'ev VYu. Psychopathology of schizophrenic defect (towards the construction of an integrative model of negative changes). *Zhurnal nevropatologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova*. 1988;9:100–105. (In Russ.).
65. Dean D, Woodward N, Walther S, McHugo M, Armstrong K, Heckers S. Cognitive motor impairments and brain structure in schizophrenia spectrum disorder patients with a history of catatonia. *Schizophr Res*. 2020;222:335–341. DOI: 10.1016/j.schres.2020.05.012
66. Joseph R. Frontal Lobe Psychopathology: Mania, Depression, Confabulation, Catatonia, Perseveration, Obsessive Compulsions, and Schizophrenia.

Psychiatry. 1999;62(2):138–172. DOI: 10.1080/00332747.1999.11024862

67. Белова НА, Колюцкая ЕВ. Феномен «моральной мизофобии» в клинике шизофрении. *Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. 2012;112(6):13–17.
Belova NA, Kolutskaya EV. “Moral mysophobia” phenomenon in schizophrenia. *Zhurnal nevrologii i*

psikhiatrii imeni S.S. Korsakova. 2012;112(6):13–17. (In Russ.).

68. Docx L, Morrens M, Bervoets C, Hulstijn W, Fransen E, De Hert M, Baeken C, Audenaert K, Sabbe B. Parsing the components of the psychomotor syndrome in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand*. 2012;126(4):256–265. DOI: 10.1111/j.1600-0447.2012.01846.x

Сведения об авторах

Анатолий Болеславович Смелевич, академик РАН, доктор медицинских наук, заведующий отделом по изучению пограничной психической патологии и психосоматических расстройств, ФГБНУ Научный центр психического здоровья; заведующий кафедрой психиатрии и психосоматики, ИКМ ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия, <https://orcid.org/0000-0003-2737-3432>

absmulevich@list.ru

Татьяна Павловна Ключник, профессор, доктор медицинских наук, заведующая лабораторией нейробиологии, ФГБНУ Научный центр психического здоровья, Москва, Россия, <https://orcid.org/0000-0001-5148-3864>

klushnik2004@mail.ru

Полина Олеговна Борисова, младший научный сотрудник, ФГБНУ Научный центр психического здоровья, Москва, Россия, <https://orcid.org/0000-0002-6563-9169>

bori.pauline@gmail.com

Вероника Маратовна Лобанова, младший научный сотрудник, ФГБНУ Научный центр психического здоровья, Москва, Россия, <https://orcid.org/0000-0002-7183-1536>

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

Евгения Ивановна Воронова, кандидат медицинских наук, кафедра психиатрии и психосоматики, ИКМ ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет); ФГБНУ Научный центр психического здоровья, Москва, Россия, <https://orcid.org/0000-0001-6605-4851>

voronova_e@mail.ru

Information about the authors

Anatoly B. Smulevich, Academician of RAS, Professor, Dr. of Sci. (Med.), Head of Department, FSBSI Mental Health Research Centre, Head of Psychiatry and Psychosomatics Department, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation (Sechenov University), Moscow, Russia, <https://orcid.org/0000-0003-2737-3432>

absmulevich@list.ru

Tatyana P. Klyushnik, Professor, Dr. of Sci. (Med.), Head of the Laboratory of Neuroimmunology, director, FSBSI Mental Health Research Centre, Moscow, Russia, <https://orcid.org/0000-0001-5148-3864>

klushnik2004@mail.ru

Polina O. Borisova, Junior Researcher, FSBSI Mental Health Research Centre, Moscow, Russia, <https://orcid.org/0000-0002-6563-9169>

bori.pauline@gmail.com

Veronika M. Lobanova, Junior Researcher, FSBSI Mental Health Research Centre, Moscow, Russia, <https://orcid.org/0000-0002-7183-1536>

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

Evgeniya I. Voronova, Cand. of Sci. (Med.), Associate Professor, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation (Sechenov University); FSBSI Mental Health Research Centre, Moscow, Russia, <https://orcid.org/0000-0001-6605-4851>

voronova_e@mail.ru

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

There is no conflicts of interests.

Дата поступления 14.06.2021
Received 14.06.2021

Дата рецензии 05.09.2021
Revised 05.09.2021

Дата принятия 30.11.2021
Accepted for publication 30.11.2021