

Эволюция концепции аффективной кататонии в XIX–XXI вв.

Анатолий Болеславович Смугевич^{1,2}, Вероника Маратовна Лобанова¹, Михаил Валерьевич Пискарев¹,
Наталья Алексеевна Ильина¹

¹ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия

²ФГАУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова МЗ РФ (Сеченовский Университет), Москва, Россия

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

Резюме

Обоснование: связь кататонических расстройств с аффективной патологией отмечается в работах, относящихся еще к донозологическому этапу исследований в психиатрии. Клиническим исследованиям этой проблемы посвящены многочисленные публикации минувшего века и последних десятилетий наступившего. На настоящем этапе развития психиатрии кататония рассматривается в качестве транснозологического образования, манифестирующего в рамках различных, в том числе аффективных заболеваний. **Цель:** теоретический анализ развития представлений об аффективно-кататонических расстройствах в период XIX–XXI вв. и построения концептуальной модели аффективно-кататонических состояний, формирующихся в клиническом пространстве шизофрении и расстройств шизофренического спектра. **Заключение:** аффективно-кататонические расстройства представляют собой континуум психопатологически дифференцированных фазно протекающих состояний. На одном из полюсов континуума кататонические расстройства, манифестирующие в структуре аффективной патологии и реализующиеся на уровне рекуррентных депрессий/гипоманий, на другом — аффективно-кататонические состояния более тяжелого психопатологического регистра, выступающие в клиническом пространстве биполярного аффективного расстройства и шизоаффективных психозов. Соучастие двигательных расстройств в формировании клинической картины аффективно-кататонических приступов и фаз, а также модус взаимодействия кататонических расстройств с аффективными варьируются в широких пределах. В одних случаях двигательные симптомокомплексы вытесняют аффективную симптоматику, на базе которой они сформировались, и целиком определяют клиническую картину, в других — лишь модифицируют проявления аффективных расстройств, не видоизменяя их синдромальной структуры.

Ключевые слова: кататония, двигательные нарушения, аффективная кататония, периодическая кататония, расстройства шизофренического спектра

Для цитирования: Смугевич А.Б., Лобанова В.М., Пискарев М.В., Ильина Н.А. Эволюция концепции аффективной кататонии в XIX–XXI вв. *Психиатрия*. 2022;20(2):97–108. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2022-20-2-97-108>

REVIEW

UDC 616.89-008.431; 616.895.1; 616.895.3; 616.895.4; 616.895.5; 616.895.8

<https://doi.org/10.30629/2618-6667-2022-20-2-97-108>

Evolution of the Affective Catatonia Concept in XIX–XXI Centuries

Anatoly Boleslavovich Smulevich^{1,2}, Veronika Maratovna Lobanova¹, Mikhail Valerievich Piskarev¹, Natalia Alekseevna Ilyina¹

¹FSBSI "Mental Health Research Centre", Moscow, Russia

²Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education I.M. Sechenov First Moscow State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation (Sechenov University), Moscow, Russia

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

Summary

Background: the connection of catatonic disorders with affective pathology is noted in publications related to the prenosological stage of research in psychiatry. Numerous publications of the last and the current centuries are devoted to clinical studies of the relationship between affective and catatonic symptoms. At the present stage of scientific development, catatonia is considered as a transnosological formation, manifesting in the framework of various nosological units, including affective diseases. **Aim:** analysis of the affective catatonia construct's development in the period of the XIX–XXI centuries and development of affective-catatonic states, forming in the clinical space of schizophrenia and schizophrenic spectrum disorder, conceptual model. **Conclusion:** affective-catatonic disorders represent a continuum of psychopathologically differentiated phase-flowing state. At one of the continuum pole there are catatonic disorders manifesting in the structure of affective pathology, which is realized at the level of recurrent depressions; at the other pole — affective-catatonic states of more severe psychopathological

register, acting in the clinical space of bipolar affective disorder and schizoaffective psychoses. The role of movement disorders in affective-catatonic attacks and phases, as well as the modus of interaction of catatonic disorders with affective ones, also varies widely. In some cases, motor symptoms replace the affective symptoms, on the basis of which they were formed, and completely determine the clinical picture of the state; in others — they only modify the manifestations of affective disorders without altering their syndromic structure.

Keywords: catatonia, movement disorder, affective catatonia, periodic catatonia, schizophrenia spectrum disorders

For citation: Smulevich A.B., Lobanova V.M., Piskarev M.V., Ilyina N.A. Evolution of the Affective Catatonia Concept in XIX–XXI Centuries. *Psychiatry (Moscow) (Psikhiatriya)*. 2022;20(2):97–108. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2022-20-2-97-108>

Связь кататонических расстройств с аффективной патологией отмечается в публикациях, относящихся к донозологическому этапу исследований в психиатрии. Первые упоминания о двигательных расстройствах, формирующихся в структуре аффективной патологии, обнаруживаются еще в конце XVIII в.

В 1764 г. врач из Мангейма F.C. Medicus [1] описал «периодическую каталепсию» (*periodischer Starrsucht*) как повторяющуюся утрату чувств, возникающую совместно со спазмом или тоническим напряжением тела. В 1776 г. венский врач L. Auenbrugger [2] представил описание случая меланхолии с явлениями каталептического ступора.

При этом коннотация аффективных и двигательных расстройств в целом ряде исследований доклинического периода [3, 4] рассматривается в рамках концепции стадийности — последовательной смены депрессивных/маниакальных состояний двигательными расстройствами.

В наблюдениях Ph. Pinel приводятся описания присоединяющихся к перемежающейся мании или глубокой меланхолии моторных расстройств, схожих с кататоническими симптомокомплексами. Согласно представлениям автора, меланхолии и мании (по описаниям Ph. Pinel соответствующие аффективно-бредовым, шизоаффективным и монополярным аффективным психотическим приступам) могут приводить к развитию вторичных по отношению к аффективной патологии моторных расстройств. В клинической картине описаны следующие проявления: «больные вовсе не говорят или ограничиваются бормотанием бессвязных звуков, их фигура бездушна, их чувства притуплены, их движения автоматичны, форма обычного их состояния представляет полное отупение со ступором» [5].

Целый ряд исследований донозологического этапа развития психиатрии посвящен изучению особых вариантов меланхолии, протекающих с преобладанием каталептоидной симптоматики. J.C. Reil [6] выделял меланхолию, относимую им к категории «расстройств движения». При этом речь шла об аффективных состояниях, в структуре которых превалируют феномены торможения и неподвижности.

J. Guislain [7] впервые описал «меланхолию с отупением» (*melancholia stupida*), в клинической картине которой на первый план выступают явления «оглушенной медлительности», утрата «моторной живости», приступы обездвиженности с «отрешением от любого внешнего события или обращения».

В 1843 г. J.G. Baillarger [8] представил клиническую характеристику депрессивно-ступорозного состояния (*mélancholie avec stupeur*) с явлениями меланхолического бреда.

Исследования вариантов депрессий, в клиническом пространстве которых аффективные симптомокомплексы сочетаются с моторными расстройствами, вновь получают развитие несколько позднее, вслед за выделением F. Boissier de Sauvages [9] конструкта *melancholia attonita* — меланхолии с явлениями ступорозности, заторможенности и «двигательного отупения», редуцирующимися по миновании экстацервации психического расстройства.

В монографии J.C.A. Heinroth [10] приводится классификация аффективных состояний, дифференцированных по фактору взаимосвязи с двигательными симптомокомплексами, возникающими в структуре депрессивного приступа, с делением их на три группы: *melancholia activa* (с психомоторным возбуждением), *melancholia simplex* (без включения двигательных расстройств), *melancholia attonita* (периодически протекающая меланхолия с преобладанием ступора, заторможенности и акинетических расстройств).

Описание *melancholia attonita* как особого варианта депрессивно-кататонических состояний позднее приводится в работах R. Krafft-Ebing [11], K. Kahlbaum [12], T. Seglas, Ph. Chaslin [13], W. Noyes [14], J. Wigglesworth [15].

Одним из первых среди отечественных психиатров, описавших вариант меланхолии с «оцепенелостью», протекающей с преобладанием моторных расстройств, стал И.Е. Дядьковский [16]. Согласно описаниям автора, «больные долгое время остаются неподвижными, не обнаруживают ни голода, ни жажды, ни склонности ко сну».

Подробное описание *melancholia attonita* было приведено Ф. Мауэром [17]. По наблюдениям автора, меланхолия с оглушением представляет собой клинически неоднородное образование, выступающее с равной частотой как в форме самостоятельного заболевания, так и в качестве синдрома, «симптоматически присоединяющегося ко всем другим формам меланхолии». В психопатологическом пространстве меланхолии с оглушением, в соответствии с данными Ф. Мауэра, преобладает формирующаяся на высоте тоски двигательная заторможенность, когда «...иногда в одном положении и без движения больные остаются даже по неделям... больной противится попытке изменить его положение, но тело уступает усилию и затем остается в данном ему положении...

в высших степенях больной бездвигателен и нечувствителен, как статуя»¹.

В руководстве по судебной психиатрии В.П. Сербский [18] в границах меланхолии по типу «предсердечной тоски» описывал динамику с формированием приступов «меланхолического порыва» — состояний двигательного возбуждения, реализующегося бесцельными, рефлекторными, стереотипными движениями, после чего наступает этап «двигательной разрядки», клиническая характеристика которого соответствует ступорозным состояниям при кататонии. В.П. Сербский также подчеркивал клиническую взаимосвязь меланхолических порывов с течением *melancholia attonita*: «приступы эти проходят на фоне значительной двигательной связанности и неподвижности таких меланхоликов... обретающей сходства с кататонией».

Возвращаясь к анализу донозологических исследований аффективно-кататонических состояний, следует отметить работу В.А. Morel [19], выделившего вариант депрессии, клиническая картина которой включает большое число симптомов каталепсии (странные позы, прыжки, стереотипное повторение одних и тех же действий). Клинические характеристики депрессии с кататонической симптоматикой описаны также в труде Н. Maudsley [20].

W. Griesinger [21] принадлежит описание «меланхолии с летаргией», в клинической картине которой наряду с явлениями глубокой грусти и тревоги выступают отчетливые симптомы каталепсии (застывание в однообразных позах, ограничения в движениях конечностей, мутизм).

Данные о психопатологических характеристиках моторных симптомокомплексов, формирующихся в структуре аффективного приступа, на донозологическом этапе психиатрии содержатся также в работах отечественных исследователей того времени [22–26].

С.Ф. Хотовицкий [22] выделял в границах описываемого им конструкта «переходящих душевных болезней» — внезапно возникающих, кратковременных, болезненных психических состояний — двигательные расстройства. К таким моторным феноменам автор относил формирующиеся в рамках мгновенно возникающей мании или бешенства (по описаниям сходных с шизоаффективными и аффективно-бредовыми вспышками) продолжающиеся на протяжении нескольких часов или дней эпизоды двигательной расторможенности или ступорозности, носящие либо преходящий, либо ремиттирующий характер.

В монографии П.А. Бутковского [23] в рамках описания различных механизмов формирования меланхолии приведена характеристика депрессии, протекающей с эпизодами психомоторного возбуждения и/или ступора. По наблюдениям автора, по мере усугубления

болезненного процесса на высоте тоскливого эффекта больные «становятся периодами буйны, склонны к драке, совершают смешные повторяющиеся телодвижения», после чего «подолгу сидят неподвижно, безгласно, бормочут про себя, < ... >, не слышат никакого голоса». Ключевым отличием описываемого варианта меланхолии выступает преходящий характер двигательных феноменов, обнаруживающий прямую корреляцию с фазами основного аффективного расстройства.

П.П. Малиновский [24] в рамках категории «бесмыслия» описывал кататонические симптомокомплексы (стереотипии, гримасничание, вокализации, мышечное напряжение), возникающие в течении мономаний, маний или меланхолий. Автором особо подчеркивалась зависимость манифестации моторных расстройств от тяжести меланхолии или мании: «во время особой тяжести расстройств настроения у пациентов иногда наступает период, протекающий приступами особого возбуждения, когда психика напрягается до высшей степени — большие без злости, словно повинувшись неодолимоу влечению к движению, ломают любимые предметы, рвут одежды, избивают родных».

В.Ф. Чиж [25] в монографии «Кататония» выделял конструкт «присоединившейся кататонии». В пределах этой психопатологической модели описаны кататонические расстройства, усугубляющие клинические проявления аффективных приступов различной психопатологической структуры: аффективно-бредовых, маниакально-депрессивных и др. Осложнение различных душевных болезней кататоническими симптомокомплексами, согласно автору, встречается в клинической практике с высокой частотой. Кататонические феномены при «присоединившейся кататонии», по данным автора, конгруентны структуре первичного болезненного процесса — аффективной патологии: лицо застывает либо в страдальческом выражении, либо принимает выражение эйфорического возбуждения. В отличие от маскообразного, амимичного лица «истинных кататоников», ступорозные состояния здесь носят характер упадка жизненных сил, возбуждение — маниакальной расторможенности, в то время как ступор и приступы психомоторного возбуждения при самостоятельной форме кататонии, по В.Ф. Чижу, носят исключительно двигательный, эмоционально выхолащенный характер.

Особого внимания заслуживают исследования С.С. Корсакова [26], посвященные атонической меланхолии. В границах выделяемой автором категории *melancholia avec stupeur* описан особый вариант депрессии, протекающей с преобладанием тосливо-мрачного настроения, на высоте которой манифестируют (и позднее полностью определяют клиническую картину заболевания) каталептические феномены — напряжение мышц, заторможенность психических процессов, однообразие позы, неподвижность, мутизм и др. Присоединение моторных симптомокомплексов к аффективной патологии, согласно Корсакову, свидетельствовало о нарастающей прогрессирующей

¹ Анализируя клинические описания Ф. Мауэра, следует отметить то, что моторные феномены, квалифицируемые автором в границах аффективного конструкта меланхолии, на современном этапе рассматриваются в рамках аффективно-кататонического синдрома при эндогенно-процессуальной патологии.

болезненного процесса и ухудшении прогноза (вплоть до исхода в слабоумие).

Исследования [12, 27–29], проводившиеся на начальных этапах нозологической эры психиатрии, значительно расширили представления о взаимосвязи двигательных и аффективных расстройств и их распространённости в когорте психически больных.

К. Kahlbaum [12] в монографии «Catatonia or Tension Insanity» описал вариант кататонии, формирующейся в границах аффективной патологии, в рамках которой мании и депрессии выступают в качестве продромального этапа, предшествующего манифестации двигательных расстройств.

Согласно наблюдениям Е. Краепелин [27], выделявшего в структуре маниакально-депрессивных приступов кататонические феномены, почти 50% кататонических атак начинаются с депрессивного эпизода.

Схожих с крепелиновскими воззрений придерживался Е. Bleuler [28], по наблюдениям которого депрессивные и маниакальные приступы в целом ряде случаев могут протекать по типу периодической кататонии. В рамках рассматриваемой патологии двигательные симптомокомплексы в динамике фазоаффективной патологии присоединяются к депрессивным или маниакальным расстройствам.

Ж. Lange [29] на основании исследования 700 стационарных больных с маниакально-депрессивным психозом установил наличие кататонических симптомокомплексов как у пациентов, клиническая картина которых определялась «чистой манией» (13%), так и у больных со смешанными маниакально-депрессивными состояниями (28%).

С развитием нозологической парадигмы в XX в. происходит формирование двух самостоятельных направлений в исследовании аффективно-кататонических состояний: 1) аффективная кататония как самостоятельное приступообразно протекающее заболевание, квалифицируемое в рамках особых форм шизофрении: циркулярной [27, 30, 31] и периодической [32–34]; 2) аффективно-кататонические состояния как диагностически спорная категория, на синдромальном уровне реализующаяся в границах целого ряда психопатологических образований — депрессий, маний, биполярно-аффективного расстройства и др. (голодисфрения, по В. Fernandez [35]; маниакально-депрессивные психозы, по J.R. Morrison [36], циклоидные психозы, по R. Gjessing [37], G. Winokur [38]).

Одним из представителей первого направления выступает S. Nobile [39], при описании клиники смешанных психозов в течении циркулярной шизофрении выделивший вариант аффективно-кататонических приступов с присоединением на высоте аффективных расстройств явлений возбуждения, двигательной заторможенности, гипердинамики или адинамики.

В монографии К. Schneider «Клиническая психопатология» [40] приведена классификация промежуточных психозов, формирующихся в рамках эндогенно-процессуальной патологии. Приступы болезни

в этих случаях содержат шизофренические и циклотимические расстройства с присоединяющимися моторными симптомокомплексами.

В отечественной психиатрии к первому направлению относится целый ряд исследований школы А.В. Снежневского.

Г.Я. Ильон [31] при изучении клинических форм циркулярной шизофрении в качестве одного из вариантов выделила кататонический — протекающий чередой аффективно-кататонических приступов с включением галлюцинаторной и бредовой симптоматики. Л.К. Лобова [41] также описала особый тип течения циркулярной шизофрении, протекающей в виде континуального чередования аффективных приступов, структура которых определяется включением моторных (гипер- и гипокинетических) расстройств.

В диссертации Л.И. Акоповой «Клиническая типология онейроидной кататонии» [33] выделяется самостоятельная форма онейроидно-аффективной острой кататонии, манифестирующей в рамках периодической шизофрении. На первый план в клинической картине приступов, согласно наблюдениям автора, выступают стойкие аффективные расстройства (депрессивные/маниакальные) с развивающимися на их фоне отчетливыми кататоническими стигмами — ступором, возбуждением с изменением мышечного тонуса, негативизмом и восковой гибкостью. Отличительной особенностью моторных расстройств при этом варианте периодической кататонии является транзитный характер с полной редуциацией кататонических симптомокомплексов по минованию аффективно-онейроидного приступа.

В диссертационном исследовании В.А. Концевого «Шизофрения, протекающая в форме шубов» [32] автором в рамках течения периодической шизофрении выделяется вариант транзитных кататонико-онейроидных состояний, клиническая картина которых определяется манифестацией на высоте аффективно-бредового приступа кататонических расстройств. Согласно данным В.А. Концевого, задолго до развития психотического эпизода у больных этой группы нарастают аффективные расстройства, реализующиеся на уровне нерезко выраженных колебаний настроения. Присоединение кататонических симптомокомплексов происходит одновременно с утяжелением картины аффективных расстройств, присоединением позитивных психопатологических феноменов (бред, явления психического и кинестетического автоматизма, синдром Кандинского–Клерамбо). Отличительной чертой описываемых автором аффективно-онейроидных состояний является транзитный характер позитивных и моторных психопатологических образований, полностью редуцирующихся по минованию психотического эпизода.

В монографии Т.Ф. Пападопулоса [42], отражающей результаты диссертационного исследования автора, в рамках типологии психозов при периодической кататонии приведено описание приступов онейроидной кататонии, в структуре которых выступают симптомокомплексы аффективного расстройства.

А.В. Снежневский [34], обобщая данные фундаментального исследования эндогенно-процессуальной патологии, включил в качестве одного из клинических вариантов периодической шизофрении депрессивно-ступорозную форму. На первый план в клинической картине приступов выступают аффективные расстройства, сопровождающиеся манифестацией кататонических симптомокомплексов (ступор, двигательная заторможенность, явления мышечной ригидности и т.п.).

Переходя к анализу исследований второго направления, следует особо отметить работы, посвященные фазно или приступообразно протекающим (циклоидным/циркулярным) либо смешанным психозам [43, 44] гетерогенной нозологической природы (аффективной, эндогенно-процессуальной, органической и др.).

Особое внимание заслуживают работы С. Wernicke [43], посвященные разработке конструкта моторных психозов. Следует отметить, что нозологическая принадлежность выделяемого автором конструкта с позиции современных клинических воззрений с большей достоверностью может быть квалифицирована в границах расстройств аффективного спектра.

Созданная автором типология представляет различные варианты корреляций аффективных и моторных образований: 1) дебютирующие на базе смешанных аффективных состояний составные психозы подвижности со сменяющимися психопатологически независимыми стадиями гипер- и акинеза; 2) циклические психозы подвижности с одноразовой сменой полюса аффективных фаз (с маниакальной на депрессивную или наоборот) и конгруэнтными изменениями настроения со сменой профиля двигательных симптомокомплексов (с маниакального гиперкинеза на депрессивный акинез); 3) психозы подвижности (*motilität*), развивающиеся на основе особой формы «паралитической меланхолии» (уже в дебюте которой отмечаются признаки «двигательной сомноленции», психомоторной заторможенности и каталептических феноменов).

Много позднее К. Leonhard [45], следуя идеям С. Wernicke, адаптировал конструкт психозов подвижности к реалиям актуальной для XX в. клинической парадигмы, выделив категорию аффективно-кататонических психозов, реализующихся в рамках двух различных нозологических образований — аффективной патологии (моторные расстройства с благоприятным исходом, манифестирующие в динамике маниакально-депрессивных психозов, депрессий или маний) и шизофрении (моторные психозы с неблагоприятным прогнозом, формирующиеся по механизму периодической кататонии в рамках аффективных эксацербаций эндогенного процесса).

Изучению аффективно-кататонических состояний как синдромального образования, не завершающегося, в отличие от шизофрении, формированием дефекта, посвящены исследования Н.А. Varahona Fernandez [35]. Выделяя собственный конструкт голодисфрении (по мнению Т.Ф. Попадопулос [42], нозологически нечетко очерченного образования, промежуточного между

шизофренией и МДП), автор описывал в качестве одного из подтипов голодисфрении двигательный вариант. Клиническая картина приступов в этих случаях определяется чередованием гипер- и акинетической симптоматики на фоне отчетливых колебаний аффекта. Двигательные психозы при голодисфрении, по данным Н.А. Varahona Fernandez, отличаются быстрым острым дебютом и завершаются полной ремиссией без негативных изменений.

Особого внимания заслуживают работы другого португальского психиатра Р. Polonio [46], выделявшего одновременно две группы аффективно-кататонических состояний — в рамках «циклоидных реакций» и «циклоидной»/«периодической шизофрении». В первом случае на фоне остро возникающего аффективного неблагополучия формируются явления гиперкинетического или акинетического психоза. К проявлениям периодической шизофрении автор относил случаи, при которых наблюдалось не менее трех приступов, разделенных ремиссиями. В качестве одной из форм такого рода приступов им выделена кататоническая — с преобладанием отчетливых аффективных колебаний, сосуществующих с явлениями ступора и возбуждения в клинической картине приступа, наряду с чем выступают маниакально-бессвязный экспансивный бред или галлюциноз. Негативные изменения, преимущественно эмоциональные, в этом случае выражены нерезко.

А. Gianini [30] в границах группы расстройств аффективного спектра выделял четыре варианта «смешанных психозов», в рамках одного из которых происходит чередование явно шизофренических и более типичных циркулярных с двигательными феноменами расстройств.

В исследовании R. Gjessing [37] манифестирующее на фоне острого аффективного расстройства чередования моторных фаз (гиперкинетическая — инициальная и гипокинетическая — реактивная) описывались в рамках экзогенно- или психогенно спровоцированной периодической кататонии.

Р. Polatin [47] в качестве одного из вариантов циркулярной шизофрении описал транзиторные психозы по типу «микрокататонии», протекающие с психомоторным возбуждением, характеризующиеся внезапным выходом без выраженных негативных изменений.

Изучению циркулярных психозов, протекающих с включением кататонической симптоматики, посвящен ряд исследований японской психиатрической школы.

В работе Т. Wada и соавт. [48] о психопатологической оценке атипичных психозов и построении их клинической систематики авторами приведено описание особого варианта течения циркулярных психозов, реализующееся преобладанием кататонических расстройств (психомоторное возбуждение, стереотипии, явления ступора и/или заторможенности), протекающих на фоне лабильного (в ряде случаев — смешанного) аффекта. По данным исследователей, течение приступов у этой когорты больных имело выраженный «шизофренический нюанс», что свидетельствовало

об их промежуточной между аффективной и эндогенно-процессуальной патологией нозологической позиции. В пользу возможности классификации таких состояний в рамках расстройств аффективного спектра, согласно воззрениям авторов, свидетельствовал регистрируемый у пациентов этой группы благоприятный вариант прогноза с полной редукцией моторной, аффективной и шизокарной симптоматики.

Циркулярные атипичные психозы рассматривались также N. Hatotani и соавт. [49] в качестве особой нозологической категории, занимающей промежуточное место между аффективной патологией и шизофренией. В клинической картине, в соответствии с наблюдениями авторов, на базе основного аффективного расстройства (депрессии, мании или смешанного состояния) на первый план выступают моторные симптомокомплексы, протекающие с включением онейроидной симптоматики.

В известной работе J. Morrison «Catatonia: Prediction of Outcome» [50] автором обобщены данные анализа историй болезни 250 пациентов, проходивших лечение с установленным диагнозом кататонической шизофрении в период с 1920 по 1975 г. и продолжавших амбулаторное наблюдение у психиатра на протяжении не менее года. В соответствии с полученными автором результатами, кататония является нозологически однородным образованием, реализуясь как в рамках клинического пространства шизофрении, так и аффективной патологии. Согласно наблюдениям J. Morrison, моторные симптомокомплексы в границах аффективных расстройств манифестируют в структуре шизоаффективных психозов или биполярного аффективного расстройства. На высоте мании/депрессии возможно присоединение позитивной симптоматики — бреда, галлюцинаций, ОКР. Основным дифференциально-диагностическим критерием отличия кататонии при аффективной патологии от кататонии при шизофрении является, по мнению J. Morrison, возможность исхода с полным выздоровлением. Соответственно, 19% анализируемых автором клинических случаев, диагностированных при первичной госпитализации в рамках кататонической шизофрении, были ретроспективно отнесены им к категории расстройств аффективного спектра².

Однако следует указать, что признаки, используемые J. Morrison для определения «полного выздоровления без признаков дефекта», представляются, в соответствии с современными клиническими воззрениями, весьма спорными. К ним отнесены проживание дома (возможно, под опекой родных), отсутствие позитивных расстройств, в ряде наблюдений — сохранение трудоспособности, но преимущественно с переходом на более низкий уровень квалификации и т.п.

Результаты исследования P. Brauning и соавт. [51], посвященные изучению кататонических расстройств

в рамках маниакальных состояний, свидетельствуют о высокой распространенности моторных расстройств при БАР II типа. По данным авторов, манифестация кататонических симптомокомплексов отражает утяжеление течения и неблагоприятный исход аффективной патологии, сопровождается видоизменением психопатологической структуры приступов. Клиническая картина аффективных приступов, протекающих с присоединением моторных расстройств, определяется смешанным аффектом, приступами тяжелого психомоторного возбуждения с парабулиями, самоповреждениями и/или брутальной агрессией. Исходы кататонно-маниакальных состояний, характеризующихся нарастанием анергической симптоматики, квалифицируются авторами в рамках расстройств аффективного спектра.

Исследование S. Krüger и соавт. [52] подтверждает данные, полученные P. Brauning и соавт., об утяжелении течения маниакальных/депрессивных эпизодов при присоединении кататонической симптоматики. В клинической картине маниакального состояния в этих случаях преобладал смешанный аффект, на высоте которого впервые манифестировали классические для кататонии психопатологические феномены: каталепсия, восковая гибкость, мутизм и др. До манифестации кататонических расстройств у пациентов в анамнезе, по наблюдением S. Krüger [52], отмечались проявления циклотимии с преобладанием депрессивных фаз, тяжесть которых нарастала с течением заболевания. По миновании аффективно-кататонической фазы в преобладающем числе случаев устанавливалась устойчивая ремиссия, в ряде случаев — неполная ремиссия с явлениями анергических изменений.

Среди исследований отечественной школы, относящихся ко второму направлению, следует отметить диссертационное исследование Н.М. Михайловой «Клинические особенности аффективных психозов, промежуточных между маниакально-депрессивным психозом и приступообразной шизофренией» [53]. При описании клиники аффективных фаз, выступающих в рамках промежуточных психозов, автором отмечено включение моторных симптомов, манифестирующих в структуре аффективных расстройств, однако быстро утрачивавших (или же изначально не обнаруживавших) конгруэнтность аффекту.

Судя по большому числу публикаций, относящихся к XXI в., интерес к проблеме коморбидных соотношений аффективных расстройств и кататонии [54–60] значительно возрос. Такая ситуация в известной мере может быть связана с изменением нозологической парадигмы. В соответствии с последними систематиками психических расстройств (DSM-5, проект МКБ-11) кататония рассматривается не в качестве одной из форм шизофрении, но как транснозологическое образование, манифестирующее в рамках различных, в том числе аффективных заболеваний [58, 61].

О возросшем интересе к заявленной в настоящем обзоре проблематике в первую очередь свидетельствует

² Детальный анализ диагностических критериев, используемых J. Morrison, не входит в задачи настоящей публикации.

большое количество эпидемиологических и метааналитических исследований, содержащих данные о высокой распространенности аффективно-кататонических состояний в общей когорте психических пациентов³. В исследовании эпидемиологии кататонических расстройств в когорте психиатрических больных J. Daniels [66] приводит данные о том, что только у 10–15% пациентов с установленными кататоническими симптомами в качестве основного болезненного процесса, на базе которого они реализуются, выступает эндогенно-процессуальная патология, в то время как значительно чаще наблюдается развитие двигательных расстройств, манифестирующих в структуре депрессии и БАР.

Ранее М.А. Taylor и R. Abrams [67] на выборке из 102 пациентов с установленным диагнозом БАР обнаружили явления кататонии у 28% больных. При этом указывается, что более 2/3 случаев кататонических состояний обнаруживают корреляцию с аффективной патологией. Позднее полученные данные были повторно подтверждены современным исследованием М.А. Taylor и M. Fink [68].

По данным R.K. Ries [69], контингент страдающих биполярным расстройством представляет самую многочисленную «нешизофреническую» кататоническую группу пациентов.

Анализируя выборку больных с кататоническим синдромом, G. Ungvari [70] установил корреляцию с депрессивными расстройствами в 17% случаев, V. Venegal [71] — в 25%. По данным W.K. Bajwa [57], 28%, а по P. Sienaert и соавт. [72], 43% больных с кататоническими состояниями страдают коморбидным биполярным расстройством.

R. Takács и Z. Rihmer [73] наблюдали кататонию примерно в 10% случаев госпитализаций в клинику с установленным диагнозом расстройств аффективного спектра. По данным авторов, у 13–31% пациентов с аффективными расстройствами обнаруживаются «классические» кататонические признаки (мутизм, стереотипия, позы, каталепсия, автоматическое послушание, негативизм, эхолалия/эхопраксия или ступор).

В публикации M. Solmi [74] приведены данные о том, что распространенность кататонии составляет 10% от общей когорты больных, поступающих в психиатрическую сеть. Проведенный автором корреляционный анализ взаимосвязи кататонической симптоматики с различными нозологическими категориями указывает на приоритетную взаимосвязь с аффективными расстройствами (от 14 до 71%) по сравнению с шизофренией (от 4 до 67%) и иными психиатрическими заболеваниями (от 4 до 6%).

В соответствии с результатами исследования J. Rogers [64], кататонические признаки присутствуют у 28–66% в различных фазах биполярного аффективного и шизоаффективного расстройства биполярного подтипа. В этих случаях маниакальные симптомы более

выражены, а смешанные состояния — более часты. Кататонические симптомы чаще всего (около 61%) возникают при смешанных аффективных состояниях, 46% этих пациентов нуждаются в госпитализации в психиатрическое отделение.

Данные психометрического исследования аффективных фаз, протекающих с преобладанием моторных симптомокомплексов, содержатся в целом ряде публикаций [75–78].

Согласно результатам сравнительной оценки двух групп депрессивных больных (с моторными расстройствами и без них), полученным С. Sobin и соавт. [79] с применением видеорегистрации и шкальной оценки, депрессии, протекающие с двигательными симптомокомплексами, обнаруживают ряд клинических особенностей — выраженное психомоторное замедление, двигательное беспокойство, обеднение мимики и речевой выразительности, явления мягкой каталепсии, постуральные расстройства.

Данные о высокой распространенности аффективно-кататонических расстройств находят отражение в актуальных классификациях современных диагностических руководств.

Аффективно-кататонические состояния в проекте МКБ-11 включены в рубрики «Кататония, связанная с другими психическими расстройствами» (включая монополярное депрессивное расстройство, биполярное аффективное расстройство I и II типов), а также в рубрику «Психомоторные симптомы (сопутствующие острому транзиторному шизоаффективному расстройству)».

В DSM-5 кататоническая симптоматика также включена в качестве спецификатора в рубрики «Биполярное аффективное расстройство», «Шизоаффективное расстройство» и «Генерализованное депрессивное расстройство». К основным критериям диагностики кататонии, в соответствии с обоими руководствами, относятся ступор, каталепсия, восковая гибкость, мутизм, негативизм, расстройства постурации, манеризм, стереотипии, моторное возбуждение, гримасничание, эхолалия и эхопраксия. При этом четкие критерии дифференциации кататонических феноменов, выступающих в клиническом пространстве шизофрении и расстройств шизорфенического спектра (РШС), от кататонии при аффективной патологии в современных диагностических руководствах не указываются.

Судя по данным приведенных публикаций, благодаря новой, представленной в МКБ-11 и DSM-5 транснозологической концепции кататонии, в рамках одной из моделей этого расстройства — периодической кататонии — сформировалась большая группа психопатологически дифференцированных фазно протекающих аффективно-кататонических состояний. Клинические проявления фаз представлены континуумом состояний, различающихся как по структуре соотношений аффективных и двигательных расстройств, так и по тяжести психопатологических образований. На одном из полюсов этого континуума наиболее легкие

³ В некоторых публикациях отмечается тенденция к снижению частоты рассмотрения случаев вторичной кататонии в рамках шизофрении [62–65].

варианты аффективно-кататонических фаз. Основной характеристикой этих психопатологических образований, по описаниям Е. Краепелин, выступает транзиторный характер возникающих на высоте депрессивных, маниакальных или смешанных аффективных фаз, двигательных расстройств, приобретающих свойства преходящих моторных симптомокомплексов.

Аффективные расстройства в качестве составляющих клиническую картину этих фаз описывались авторами в рамках циклоидных психозов, рассматривающихся на уровне клинических категорий рекуррентных депрессий (циклический психоз подвижности С. Wernicke, в рамках которого моторные расстройства «спаиваются с циклотимическими формами меланхолии»). Двигательные расстройства в структуре такого рода рекуррентных депрессий проявляются в первую очередь минимизацией мимических движений (уменьшение улыбок, движений бровей, глаз), более частыми и продолжительными мелкими движениями головы. Наряду с этим отмечается когнитивная замедленность и нарушения речи (замедленность ответов, увеличение времени речевой паузы, монотонные фразы) [78].

На другом полюсе континуума — аффективно-кататонические состояния более тяжелых психопатологических регистров, выступающие в клиническом пространстве биполярного аффективного расстройства [80] и шизоаффективных психозов [81–82].

Симптоматика этих приступов принимает «заторможенно-ступорозные или возбужденно-делириозные формы» [54], включает явления восковой гибкости, «воздушной подушки», повышение тонуса мышц шеи, а также элементы онейроидного помрачения сознания, явления псевдогаллюциноза и бредовые феномены (манихейский, ипохондрический бред, бред интерметаморфозы). Развертыванию кататано-бредовой симптоматики сопутствует и витализация депрессивного аффекта [82].

Проявления этой группы аффективно-кататонических расстройств рассматривались ранее, как на это уже указывалось [32], в рамках приступов периодической шизофрении (МКБ-9).

Как свидетельствуют приведенные выше данные и материалы доступных публикаций, соучастие двигательных расстройств в формировании клинической картины аффективно-кататонических приступов и фаз, а также модус взаимодействия кататонических расстройств с аффективными варьируются в широких пределах. В одних случаях двигательные симптомокомплексы вытесняют аффективную симптоматику, на базе которой они сформировались, и целиком определяют клиническую картину [82], в других они значительно «менее агрессивны» и лишь модифицируют проявления аффективных расстройств, не видоизменяя их синдромальной структуры.

Различия в модусе взаимодействия кататонических и аффективных расстройств отмечались уже в публикациях конца XIX — начала XX в., в том числе в приведенных в настоящем обзоре.

В работе Н. Schüle [83] выделена вторичная кататония (наряду с кататонией как самостоятельным синдромом), формирующаяся в рамках бредовых или аффективных/депрессивных приступов. Как подчеркивал Н. Schüle, возникающая в структуре депрессий кататония в одних случаях только сопровождает аффективные расстройства (в виде ограниченных двигательных симптомокомплексов — «малая кататония»), в то время как в других нивелирует депрессивную симптоматику, полностью определяя последующую клиническую картину приступа.

В соответствии с концепцией, разработанной еще С. Wernicke и получившей развитие в трудах В.П. Сербского [18], кататонические расстройства могут выступать в качестве «продолжения» «интрапсихической дисфункции» (в оригинале — «гипер-, либо афункции»), т.е. они являются конечным «выражением» — амплификатором аффективных расстройств.

В то же время С. Wernicke рассматривал возможность полярных соотношений, когда двигательные симптомокомплексы либо замещают, либо «зашторивают» аффективную симптоматику, целиком определяя клиническую картину. По данным С. Wernicke, двигательные симптомы, относимые в настоящее время ко второй группе, «только прививаются к другому столь же значительному (аффективному, по А.Б. Смулевичу) расстройству и изначально заслоняют его».

Н. Kirby [84] выделял транзиторные кататонические симптомокомплексы, присоединяющиеся на высоте депрессий или маний к аффективным расстройствам и редуцирующиеся параллельно с минованием фаз. Вместе с тем автор отмечал возможность противоположных тенденций в динамике двигательных симптомокомплексов, когда «кататонический приступ» может целиком заменить депрессию.

Такие контрасты во взаимодействии двигательных симптомокомплексов с аффективными расстройствами побудили Н. Kirby [84] выдвинуть предположение о гетерогенности кататонических расстройств, в последующем нашедшее поддержку в исследованиях других авторов [54, 58, 66, 72]. В соответствии с концепцией Н. Kirby, девиации в активности симптомокомплексов моторной сферы, реализующиеся в психопатологическом пространстве аффективной патологии, являются отражением, как писал автор, различных по природе «кататонических случаев, представляющих собой принципиально разные типы реакций»⁴.

В заключение следует признать, что верификация концепции психопатологической гетерогенности кататонических расстройств тесно увязана с рядом более общих проблем, относящихся к взаимодействию-dimensionalных структур в психопатологическом пространстве аффективно-кататонических состояний. Механизм его до сих пор не совсем ясен, а исследования клинических проявлений (типология, закономерности

⁴ Психические расстройства трактуются Н. Kirby [84] в качестве реакций вслед за А. Meyer [85].

течения, клинический и социальный прогноз), несмотря на длительную (более двух столетий) историю изучения кататонии, далеки от завершения.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ/REFERENCES

1. Medicus FC. Geschichte periodischer Krankheiten. Karlsruhe. 1764.
2. Auenbrugger L. Experimentum nascens de remedio specifico sub signo specifico in mania virorum. Vienna, Kurzbök. 1776.
3. Zeller EA. Bericht über die Wirksamkeit der Heilanstalt Winnenthal, vom 1. März 1840 bis 28. Februar 1843. *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medicin*. 1844;1:1–79.
4. Griesinger W. Pathologie und Therapie der Psychischen Krankheiten. Stuttgart. 1845.
5. Pinel Ph. Nosographie philosophique, ou La méthode de l'analyse appliquée à la médecine. Paris. 1802.
6. Reil JC. Entwurf einer allgemeinen Pathologie, Curtische Buchhandlung, Halle. 1815.
7. Guislain J. Traité des phrénopathies ou doctrine nouvelle des maladies mentales. Etablissement Encyclopédique, Brussels. 1833.
8. Baillarger JG. De l'état designe chez les alienes sous le nom de stupidite. *Ann Med Psychol*. 1843;1:76–256.
9. Starkstein SE, Berrios GE. The 'Preliminary Discourse' to Methodical Nosology, by François Boissier de Sauvages (1772). *Hist Psychiatry*. 2015;26(4):477–491. doi: [10.1177/0957154X15602361](https://doi.org/10.1177/0957154X15602361) PMID: 26574063
10. Heinroth JCA. Lehrbuch der Störungen des Seelenlebens oder der Seelenstörungen und ihrer Behandlung. Vogel, Leipzig. 1818.
11. Krafft-Ebing R. Die Melancholie: Eine klinische Studie. Enke. 1874.
12. Kahlbaum KL. Die Katatonie oder das Spannungsirresein. Eine klinische Form psychischer Krankheit. Berlin. 1874.
13. Seglas T, Chaslin PH. Katatonia. *Brain*. 1890;12:191–232.
14. Noyes W. Acute Confusional Insanity by Conally Norman. *Am J Psychol*. 1891;2(4):326–328. doi: [10.2307/1411286](https://doi.org/10.2307/1411286)
15. Wigglesworth J. On the Pathology of Certain Cases of Melancholia Attonita or Acute Dementia. *J Ment Sci*. 1883;29(127):355–372. doi: [10.1192/bjp.29.127.355](https://doi.org/10.1192/bjp.29.127.355)
16. Дядьковский ИЕ. Общая терапия. М. 1836. Dyad'kovskij IE. Obshchaya terapiya. М. 1836. (In Russ.).
17. Мауэр Ф. Melancholia attonita. *Военно-медицинский журнал*. 1858;3:1–22. Mauer F. Melancholia attonita. *Военно-медицинский журнал*. 1858;3:1–22. (In Russ.).
18. Сербский ВП. Формы психического расстройства, описываемые под именем кататонии. М. 1890. Serbskij VP. Formy psicheskogo rasstrojstva, opisyvaemye pod imenem katatonii. М. 1890. (In Russ.).
19. Morel BA. Études cliniques sur les maladies mentales considérées dans leur rapport avec la médecine légale des aliénés, 2 vols. Paris. 1851/1852.
20. Maudsley H. The Physiology and Pathology of Mind. London. 1867.
21. Griesinger W. Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten fuer Aerzte und Studierende. Zweite, umgearbeitete Auflage. Stuttgart: Verlag von Adolph Krabbe. 1861.
22. Хотовицкий СФ. О болезнях в судебно-медицинском отношении. *Воен.-мед. журн*. 1828;11(1):3–105;(2):254–279(3):356–384. Hotovickij SF. O boleznyah v sudebno-medicinskom otnoshenii. *Voен.-мед. zhurn*. 1828;11(1):3–105;(2):254–279;(3):356–384. (In Russ.).
23. Бутковский ПА. Душевные болезни, изложенные сообразно началу нынешнего учения психиатрии в общем и частном, теоретическом и практическом ее содержании (в 2 ч.). СПб. 1834. Butkovskij PA. Dushevnyye bolezni, izlozhennyye soobrazno nachalam nyneshnego ucheniya psichiatrii v obshchem i chastnom, teoreticheskom i prakticheskom ee soderzhanii (v 2 ch.). SPb. 1834. (In Russ.).
24. Малиновский ПП. Помешательство. СПб. 1855. Malinovskij PP. Pomeshatel'stvo. SPb. 1855. (In Russ.).
25. Чиж ВФ. Кататония. Обзор психиатрии. 1903. Chizh VF. Katatoniya. Obzor psichiatrii. 1903. (In Russ.).
26. Корсаков СС. Курс психиатрии, т. 2. Рихтер, 1901. Korsakov SS. Kurs psichiatrii, t. 2. Rihter. 1901. (In Russ.).
27. Kraepelin E. Psychiatrie: Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte. 6 Aufl. Leipzig: IA. Barth. 1899.
28. Bleuler E. Dementia Praecox oder Gruppe der Schizophrenien. Leipzig, Germany: Deuticke. 1911.
29. Lange J. Katatonische Erscheinungen im Rahmen manischdepressiver Erkrankungen, Springer-Verlag. Berlin Heidelberg GmbH. 1922.
30. Giannini A, Del Carlo Giannini G. Sulla schizofrenia periodica [periodic schizophrenia]. *Rass Studi Psichiatria*. 1959;48(1):73–106.
31. Ильон ГЯ. Вопросы клиники, патогенеза и лечения шизофрении. М. 1957. Il'on GYa. Voprosy kliniki, patogeneza i lecheniya shizofrenii. М. 1957. (In Russ.).
32. Концевой ВА. Клиническая типология острых параноидальных состояний при шизофрении с приступообразно-прогредиентным течением. *Журнал невропатологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. 1971;1:118–125. Koncevoj VA. Klinicheskaya tipologiya ostryyh paranojal'nyh sostoyanij pri shizofrenii s pristupoobrazno-progredientnym techeniem. *Zhurnal nevropatologii i psichiatrii imeni S.S. Korsakova*. 1971;1:118–125. (In Russ.).

33. Акопова ИЛ. Типология онейроидной кататонии. *Журнал невропатологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. 1965;11:1710–1716.
Akopova IL. Tipologiya onejroidnoj katatonii. *Zhurnal nevropatologii i psichiatrii imeni S.S. Korsakova*. 1965;11:1710–1716. (In Russ.).
34. Снежневский АВ. Nosos et pathos schizophrenias. В кн.: Шизофрения. Мультидисциплинарное исследование / Под ред. А.В. Снежневского. М. 1972:5–15.
Snezhnevskij AV. Nosos et pathos schizophrenias. V kn.: Shizofreniya. Mul'tidisciplinarnoe issledovanie / Pod red. A.V. Snezhnevskogo. M. 1972:5–15. (In Russ.).
35. Barahona Fernandes HJ. The Disturbed Mind. Multi-structural Systematic Model of Psychopathology. In: Pichot P, Berner P, Wolf R, Thau K. *Clinical Psychopathology Nomenclature and Classification*. Springer, Boston, MA. 1985. doi: [10.1007/978-1-4899-5049-9_71](https://doi.org/10.1007/978-1-4899-5049-9_71)
36. Morrison JR. Catatonia. Retarded and excited types. *Arch Gen Psychiatry*. 1973;28(1):39–41. doi: [10.1001/archpsyc.1973.01750310023005](https://doi.org/10.1001/archpsyc.1973.01750310023005) PMID: 4683142
37. Gjessing R. Contributions to the Somatology of Periodic Catatonia. England, 1976.
38. Winokur G. Psychosis in bipolar and unipolar affective illness with special reference to schizo-affective disorder. *Br J Psychiatry*. 1984;145:236–242. doi: [10.1192/bjp.145.3.236](https://doi.org/10.1192/bjp.145.3.236) PMID: 6478118
39. Nobile S. Psicosi maniaco depressiva e schizofrenia; forme di transizione. *Riv Sper Freniatr Med Leg Alien Ment*. 1953;77(4):669–695.
40. Schneider K. *Klinische Psychopathologie*. 8th ed. Thieme, Stuttgart. 1967.
41. Лобова ЛК. О циркулярной шизофрении с непрерывным течением. *Журнал невропатологии и психиатрии имени С.С. Корсакова* 1965;8:1239.
Lobova LK. O sirkulyarnoj shizofrenii s nepreryvnyum techeniem. *Zhurnal nevropatologii i psichiatrii imeni S.S. Korsakova*. 1965;8:1239. (In Russ.).
42. Пападопулос ТФ. Острые эндогенные психозы (психопатология и систематика). М.: Медицина. 1975.
Papadopoulos TF. Ostrye endogennye psihozy (psihopatologiya i sistematika). M.: Medicina. 1975. (In Russ.).
43. Wernicke C. *Grundriss der Psychiatrie in Klinischen Vorlesungen*. Leipzig. Verlag von Georg Thieme. 1900:408–438.
44. Kleist K. Die klinische Stellung der Motilitätspsychosen (Vortrag auf der Versammlung des Vereins bayerischer Psychiater, München, 6.-7-6-1911). *Z Gesamte Neurol. Psychiatr. Referate* 3. 1911:914–977.
45. Leonhard K. *Aufteilung der Endogenen Psychosen*. 4th ed. Akademie Verlag, Berlin. 1968.
46. Polonio P. Periodic schizophrenia. *Monatsschr Psychiatr Neurol*. 1954;128(4):265–272. doi: [10.1159/000139791](https://doi.org/10.1159/000139791)
47. Polatin P. Diagnosis of schizophrenia: pseudoneurotic and other types. *Int psychiatry clin*. 1964;1:735–751.
48. Wada T, Tanaka Z, Sakurada T, Ogasawara N, Sakurada S. Pathophysiological studies on the atypical endogenous psychoses. *Folia Psychiatr Neurol Jpn*. 1963;16:301–319. doi: [10.1111/j.1440-1819.1963.tb00673.x](https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.1963.tb00673.x) PMID: 13998154
49. Hatotani N, Ishida C, Yura R, Maeda M, Kato Y, Nomura J, Wakao T, Takekoshi A, Yoshimo S, Yoshimoto K, Hiramoto K. Psycho-physiological studies of atypical psychoses — endocrinological aspect of periodic psychoses. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 1962;16:248–292. doi: [10.1111/j.1440-1819.1962.tb00670.x](https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.1962.tb00670.x)
50. Morrison JR. Catatonia: prediction of outcome. *Compr Psychiatry*. 1974;15(4):317–324. doi: [10.1016/0010-440x\(74\)90053-4](https://doi.org/10.1016/0010-440x(74)90053-4)
51. Brauning P, Kruger S, Shugar G. Prevalence and clinical significance of catatonic symptoms in mania. *Compr Psychiatry*. 1998;39:35–46. doi: [10.1016/S0010-440X\(98\)90030-X](https://doi.org/10.1016/S0010-440X(98)90030-X)
52. Krüger S, Bräunig P. Catatonia in affective disorder: new findings and a review of the literature. *CNS Spectr*. 2000;5(7):48–53. doi: [10.1017/s1092852900013390](https://doi.org/10.1017/s1092852900013390)
53. Михайлова НМ. Клинические особенности аффективных психозов, промежуточных между МДП и приступообразной шизофренией. *Журнал невропатологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. 1974;1:106–112.
Mikhaylova NM. Klinicheskie osobennosti affektivnyh psihozov, promezhutochnyh mezhdru MDP i pristupoobraznoj shizofreniej. *Zhurnal nevropatologii i psichiatrii imeni S.S. Korsakova*. 1974;1:106–112. (In Russ.).
54. 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](https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.7.1233)
55. Fink M, Taylor MA. The catatonia syndrome: forgotten but not gone. *Arch Gen Psychiatry*. 2009;66:1173. doi: [10.1001/archgenpsychiatry.2009.141](https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2009.141)
56. Bennabi D, Vandel P, Papaxanthis C, Pozzo T, Haf-fen E. Psychomotor retardation in depression: a systematic review of diagnostic, pathophysiological, and therapeutic implications. *Biomed Res Int*. 2013;2013:158746. doi: [10.1155/2013/158746](https://doi.org/10.1155/2013/158746)
57. Bajwa WK, Rastegarpour A, Bajwa OA, Babbitt J. The management of catatonia in bipolar disorder with stimulants. *Case Rep Psychiatry*. 2015;2015:423025. doi: [10.1155/2015/423025](https://doi.org/10.1155/2015/423025)
58. Appiani FJ, Castro GS. Catatonia is not schizophrenia and it is treatable. *Schizophr Res*. 2018;200:112–116. doi: [10.1016/j.schres.2017.05.030](https://doi.org/10.1016/j.schres.2017.05.030) Epub 2017 Jun 10. PMID: 28610803
59. Jhawer H, Sidhu M, Patel RS. Missed Diagnosis of Major Depressive Disorder with Catatonia Features. *Brain Sci*. 2019;9(2):31. doi: [10.3390/brainsci9020031](https://doi.org/10.3390/brainsci9020031)

60. Ojimba C, Isidahome E, Odenigbo N, Umudi O, Olayinka O. Catatonia in major depressive disorder: diagnostic dilemma. A case report. *Journal of Psychology and Clinical Psychiatry*. 2019;10(5):187–189. doi: [10.15406/jpcpsy.2019.10.00651](https://doi.org/10.15406/jpcpsy.2019.10.00651)
61. Конорева АЕ, Цукарзи ЭЭ, Мосолов СН. Кататония: патофизиология, диагностика и современные подходы к лечению. *Современная терапия психических расстройств*. 2019;4:2–10. doi: [10.21265/PSYPH.2019.17.70.001](https://doi.org/10.21265/PSYPH.2019.17.70.001)
Konoreva AE, Cukarzi EE, Mosolov SN. Katatoniya: patofiziologiya, diagnostika i sovremennye podhody k lecheniyu. *Sovremennaya terapiya psihicheskikh rasstrojstv*. 2019;4:2–10. (In Russ.). doi: [10.21265/PSYPH.2019.17.70.001](https://doi.org/10.21265/PSYPH.2019.17.70.001)
62. Stompe T, Ortwein-Swoboda G, Ritter K, Schanda H, Friedmann A. Are we witnessing the disappearance of catatonic schizophrenia? *Compr Psychiatry*. 2002;43(3):167–174. doi: [10.1053/comp.2002.32352](https://doi.org/10.1053/comp.2002.32352) PMID: 11994832
63. Van der Heijde C, van der Heijden B. The development and psychometric evaluation of a multi-dimensional measurement instrument of employability —and the impact of aging. *International Congress Series*. 2005;1280:142–147. doi: [10.1016/j.ics.2005.02.061](https://doi.org/10.1016/j.ics.2005.02.061)
64. Rogers JP, Pollak TA, Begum N, Griffin A, Patel R, Pritchard M, Broadbent M, Blackman G, Kolliakou A, Stewart R, Nicholson TRJ, David SA. Epidemiology of catatonia in a large dataset. *JNNP*. 2019;90:–A11. doi: [10.1136/jnnp-2019-BNPA.23](https://doi.org/10.1136/jnnp-2019-BNPA.23)
65. Hervey WM, Stewart JT, Catalano G. Diagnosis and management of periodic catatonia. *J Psychiatry Neurosci*. 2013;38(3):E7–8. doi: [10.1503/jpn.120249](https://doi.org/10.1503/jpn.120249)
66. Daniels J. Catatonia: clinical aspects and neurobiological correlates. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2009;21(4):371–380. doi: [10.1176/jnp.2009.21.4.371](https://doi.org/10.1176/jnp.2009.21.4.371)
67. Taylor MA, Abrams R. Catatonia: Prevalence and Importance in the Manic Phase of Manic-Depressive Illness. *Arch Gen Psychiatry*. 1977;34(10):1223–1225. doi: [10.1001/archpsyc.1977.01770220105012](https://doi.org/10.1001/archpsyc.1977.01770220105012)
68. Fink M, Taylor MA. The catatonia syndrome: forgotten but not gone. *Arch Gen Psychiatry*. 2009;66(11):1173–1177. doi: [10.1001/archgenpsychiatry.2009.141](https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2009.141)
69. Ries RK. DSM-III implications of the diagnoses of catatonia and bipolar disorder. *Am J Psychiatry*. 1985;142(12):1471–1474. doi: [10.1176/ajp.142.12.1471](https://doi.org/10.1176/ajp.142.12.1471)
70. Baran B, Bitter I, Ungvari GS, Gazdag G. The birth of convulsive therapy revisited: a reappraisal of Laszlo Meduna's first cohort of patients. *J Affect Disord*. 2012;136:1179–1182. doi: [10.1016/j.jad.2011.11.045](https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.11.045)
71. Benegal V, Hingorani S, Khanna S. Idiopathic catatonia: validity of the concept. *Psychopathology*. 1993;26:41–46. doi: [10.1159/000284798](https://doi.org/10.1159/000284798)
72. Sienaert P, Rooseleer J, De Fruyt J. Measuring catatonia: a systematic review of rating scales. *J Affect Disord*. 2011;135:1–9. doi: [10.1016/j.jad.2011.02.012](https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.02.012)
73. Takacs R, Rihmer Z. Catatonia in Affective Disorders. *Curr Psychiat Rev*. 2013;9:101–105. doi: [10.2174/1573400511309020003](https://doi.org/10.2174/1573400511309020003)
74. Solmi M, Pigato GG, Roiter B, Guaglianone A, Martini L, Fornaro M, Monaco F, Carvalho AF, Stubbs B, Veronese N, Correll CU. Prevalence of Catatonia and Its Moderators in Clinical Samples: Results from a Meta-analysis and Meta-regression Analysis. *Schizophr Bull*. 2018;44(5):1133–1150. doi: [10.1093/schbul/sbx157](https://doi.org/10.1093/schbul/sbx157)
75. Benoit O, Royant-Parola S, Borbely AA, Tobler I, Widlöcher D. Circadian aspects of motor activity in depressed patients. *Acta Psychiatr Belg*. 1985;85(5):582–592.
76. Volkers AC, Tulen JH, van den Broek WW, Bruijn JA, Passchier J, Peplinkhuizen L. Motor activity and autonomic cardiac functioning in major depressive disorder. *J Affect Disord*. 2003;76(1–3):23–30. doi: [10.1016/s0165-0327\(02\)00066-6](https://doi.org/10.1016/s0165-0327(02)00066-6)
77. Iverson GL. Objective assessment of psychomotor retardation in primary care patients with depression. *J Behav Med*. 2004;27(1):31–37. doi: [10.1023/b:-jobm.0000013642.43978.f9](https://doi.org/10.1023/b:-jobm.0000013642.43978.f9)
78. Bennabi D, Vandel P, Papaxanthis C, Pozzo T, Haffen E. Psychomotor retardation in depression: a systematic review of diagnostic, pathophysiologic, and therapeutic implications. *Biomed Res Int*. 2013;2013:158746. doi: [10.1155/2013/158746](https://doi.org/10.1155/2013/158746)
79. Sobin C, Sackeim HA. Psychomotor symptoms of depression. *Am J Psychiatry*. 1997;154(1):4–17. doi: [10.1176/ajp.154.1.4](https://doi.org/10.1176/ajp.154.1.4)
80. Jhaver H, Sidhu M, Patel RS. Missed Diagnosis of Major Depressive Disorder with Catatonia Features. *Brain Sci*. 2019;9(2):31. doi: [10.3390/brainsci9020031](https://doi.org/10.3390/brainsci9020031)
81. Болгов МИ. Кататонические расстройства в структуре приступа эндогенной депрессии. *Психиатрия*. 2015;68(04):32–36.
Bolgov MI. Catatonic disorders in the structure of endogenous depression. *Psychiatry (Moscow) (Psikh-iatriya)*. 2015;68(04):32–36. (In Russ.).
82. Иванова ЛА, Рожкова МЮ, Бобров АС. Субкататоническая и кататоническая симптоматика в клинике манифестного депрессивного варианта шизоаффективного расстройства. *Сибирский медицинский журнал*. 2012;114(7):59–62.
Ivanova LA, Rozhkova MYu, Bobrov AS. Subkatatonicheskaya i katatonicheskaya simptomatika v klinike manifestnogo depressivnogo varianta shizoafektivnogo rasstrojstva. *Sibirskij medicinskij zhurnal*. 2012;114(7):59–62. (In Russ.).
83. Schüle H. Handbuch der Geisteskrankheiten (Manual of mental illness). Germany. 1878.
84. Kirby GH. The Catatonic Syndrome and its Relation to Manic-Depressive Insanity. *Journal of Nervous & Mental Disease*. 1913:694–704.
85. Meyer A. Fundamental conceptions of dementia praecox. *British Medical Journal*. 1906;2:757–760.

Сведения об авторах

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

absmulevich@list.ru

Вероника Маратовна Лобанова, кандидат медицинских наук, 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

Михаил Валерьевич Пискарев, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия, <https://orcid.org/0000-0001-8109-5977>

piskarev-mv@mail.ru

Наталья Алексеевна Ильина, доктор медицинских наук, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия, <https://orcid.org/0000-0002-7183-1536>

nataly20022002@bk.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

Veronika M. Lobanova, Cand. of Sci. (Med.), 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

Mikhail V. Piskarev, FSBSI “Mental Health Research Centre”, Moscow, Russia, <https://orcid.org/0000-0001-8109-5977>

piskarev-mv@mail.ru

Natalia A. Ilyina, Dr. of Sci. (Med.), FSBSI “Mental Health Research Centre”, Moscow, Russia, <https://orcid.org/0000-0002-7183-1536>

nataly20022002@bk.ru

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

There is no conflict of interests.

Дата поступления 22.11.2021
Received 22.11.2021

Дата рецензии 25.02.2022
Revised 25.02.2022

Дата принятия 01.03.2022
Accepted for publication 01.03.2022