

© Борисова П.О., Лобанова В.М., 2022

ОРИГИНАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

УДК 616.89-008.431; 616.895.84; 616-009.1

<https://doi.org/10.30629/2618-6667-2022-20-3-28-38>

Стереотипная кататония

Полина Олеговна Борисова, Вероника Маратовна Лобанова

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия

Автор для корреспонденции: Полина Олеговна Борисова, bori.pauline@gmail.com

Резюме

Цель работы: изучить феномен стереотипной кататонии в клиническом пространстве шизофрении на всем протяжении болезненного процесса; определить взаимосвязи проявлений стереотипной кататонии, негативных и когнитивных нарушений и установить прогностические характеристики эндогенно-процессуальной патологии с преобладанием стереотипной кататонии. **Пациенты и методы:** обобщены результаты наблюдений 28 больных с верифицированным диагнозом шизофрении и преобладанием в клинической картине заболевания кататонических феноменов в виде явлений гипокинезии (идеомоторной замедленности и скованности движений), обеднения мимики и выразительных движений с развитием моторных стереотипий и гримасничанья, эволюционирующих на базе преморбидных двигательных особенностей. **Результаты и обсуждение:** составлено психопатологическое описание феномена стереотипной кататонии, выступающего в качестве психомоторного нарушения, эволюционирующего из особой моторной и патохарактерологической конституции, дублирующего и амплифицирующего проявления негативных расстройств с формированием общего «моторного негативного синдрома» и когнитивных нарушений с развитием псевдобрадифрении. Течение эндогенно-процессуального заболевания с преобладанием стереотипной кататонии различно: в ряде случаев в виде однопоступной шизофрении, в других наблюдениях — в форме непрерывнотекущей кататонической шизофрении.

Ключевые слова: кататония, шизофрения, негативные расстройства, когнитивные расстройства

Для цитирования: Борисова П.О., Лобанова В.М. Стереотипная кататония. *Психиатрия*. 2022;20(3):28–38. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2022-20-3-28-38>

RESEARCH

UDC 616.89-008.431; 616.895.84; 616-009.1

<https://doi.org/10.30629/2618-6667-2022-20-3-28-38>

Stereotypical Catatonia

Polina O. Borisova, Veronika M. Lobanova

FSBSI "Mental Health Research Centre", Moscow, Russia

Corresponding author: Polina O. Borisova, bori.pauline@gmail.com

Summary

The aim: to study the phenomenon of stereotypical catatonia in the clinical manifestations of schizophrenia throughout the disease process; to determine the relationship between the manifestation of catatonia, negative and cognitive symptoms and to establish the prognostic manifestations characteristics of endogenous process with a predominance of stereotypical catatonia. **Patients and methods:** 28 patients with a verified diagnosis of schizophrenia, developing with predominance in the clinical picture the phenomena of catatonia among the hypokinesia manifestations, firstly occurring in the form of ideomotor slowness, diminishing of facial expressions with the emergence of motor symptoms and grimacing, evolving on the basis of premorbid motor features. **Results and discussion:** a psychopathological description of the stereotypical catatonia phenomenon, manifesting itself as a psychomotor disorder, "evolving" on the basis of the motor and pathocharacterological constitution, duplicating and amplifying the manifestations of: a) negative symptoms with the formation of a general "motor-inactive syndrome"; b) cognitive symptoms with the formation of the pseudo-bradyphrenia — is given. The course of schizophrenia (and schizophrenia spectrum disorders) with a predominance of stereotypical catatonia is different. In some cases it's a "single episode" type of schizophrenia, in other cases the disease develops in the form of the continuous (chronic) catatonic type of schizophrenia.

Keywords: catatonia, schizophrenia, negative disorders, cognitive disorders

For citation: Borisova P.O., Lobanova V.M. Stereotypical Catatonia. *Psychiatry (Moscow) (Psikhiatriya)*. 2022;20(3):28–38. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2022-20-3-28-38>

ВВЕДЕНИЕ

Обсуждаемая в настоящем исследовании форма кататонии получила свое название от термина «стереотипии» (*stéréotypies*), который ввел в научный лексикон французский психиатр J.-P. Falret в 1864 г. [1] для обозначения болезненного повторения слов, жестов и действий.

Однако задолго до работ J.-P. Falret, в 1818 г. Ph. Pinel в монографии «Философская нозография или метод анализа, применяемый в медицине» (*Nosographie philosophique, ou, La méthode de l'analyse appliquée à la médecine*) [2], характеризуя состояние каталепсии (утрата сенсорных функций и мышечного движения), приводит подробное описание однообразных поз больных, сочетающихся с сохранением приданного исследователем положения тела.

Принадлежность стереотипии (в современном понимании) к проявлениям кататонии была определена K.L. Kahlbaum (1874), который использовал эту дефиницию для обозначения хореических движений/жестов, всегда воспроизводимых пациентами по одному и тому же шаблону и реализующихся еще на ранних стадиях болезни в виде повторяющихся «застывших» поз [3].

Работы зарубежных и отечественных авторов содержат отдельные описания проявлений стереотипной кататонии как в конституциональном личностном складе, так и на разных этапах шизофренического процесса — продромальном, прогрессивном течении, резидуальном.

С.Г. Жислин в труде «Конституция и моторика» (1926) [4], изучив семейный анамнез больных с проявлениями остаточной кататонической «потери грации» (*Verlust der Grazie*), выделяет особый наследственный акинетический вид моторной недостаточности. Такие двигательные изменения, с точки зрения автора, обнаруживают тесную связь с шизоидным складом личности и являются предиктором развития шизофренического процесса.

Проблема выявления черт стереотипной кататонии еще в преморбидном профиле пациентов привлекала особое внимание детских психиатров. Г.Е. Сухарева в монографии «Шизоидные психопатии в детском возрасте» (1925) [5] приводит описание юных пациентов с моторной недостаточностью, медлительностью, неловкостью и угловатостью движений, вялой мимикой, склонных к стереотипии. Важно отметить, что автор акцентирует внимание на «своеобразном» типе мышления обследуемых в виде резонерства и «нелепого мудрствования», а также на аутистической установке, уплощенности и поверхностности эмоций. В другом исследовании [6] Г.Е. Сухарева медлительность и вялость шизоидов сопоставляет с проявлениями кататонической скованности, а «биполярность» симптоматики таких пациентов (смена автоматической подчиняемости негативизмом), по мнению автора, подобна кататоническим симптомокомплексам шизофрении.

Т.П. Симсон (1935) [7] квалифицирует моторику шизоидных детей с явлениями аутизма как неуклюжую, неловкую, а мимику — как бедную, невыразительную. В соответствии с описаниями автора, двигательные проявления (стереотипия, негативизм и др.) варьируются по проявлениям от торможения до импульсивного беспорядочного возбуждения, а моторные навыки осваиваются с запозданием.

Н. Asperger в труде, посвященном аутистическим психопатиям в детском возрасте (1943) [8], подчеркивает распространенность двигательных стереотипий у рассматриваемого контингента. Автор приводит описания ритмичных однообразных действий при скудной, застывшей мимике, общей «чопорности» и неловкости движений.

П.Б. Ганнушкин (1933) [9] характерной чертой взрослых шизоидов обозначает отсутствие «естественности, гармоничности и эластичности» психической жизни. Такие пациенты, по наблюдению автора, обращают на себя внимание малоподвижностью и угловатостью движений, зачастую однообразными и скудными: больные «кажутся деревянными, вроде кукол,двигающихся, как на шарнирах», «судорожно стереотипно».

Знаковым исследованием, отражающим клинические характеристики стереотипной кататонии на этапах прогрессивного течения заболевания, стала работа K. Kleist, K. Leonhard и H. Schwab «Кататония на основании катамнестических исследований» (*Die Katatonie auf Grund katamnestischer Untersuchungen*) (1939) [10], в которой авторы, обследовав 104 больных шизофренией, разработали систематику кататонии. В ряду бедных движениями, негативистических, паракинетических и манерных форм исследователи выделили итеративно-стереотипную кататонию с преобладанием однообразных действий, прослеженных с самого начала болезни.

Позже эти данные нашли подтверждение в труде *Die katatonien* (1943) [11]. В результате длительного (более 30 лет) катамнестического наблюдения K. Kleist выделил стереотипную кататонию как отдельную форму, относя к основным ее проявлениям тенденцию к повторяющимся действиям, усиливавшуюся в ходе заболевания и приобретающую полное «господство» над больным.

Вслед за K. Kleist Н. Еу (1955) [12] среди прочих форм кататонии также выделял стереотипную кататонию, характеризующуюся повторяющимся и манерным поведением, бесчувственностью, скудостью движений и нарушениями речи.

Описания развернутой картины стереотипной кататонии встречаются в исследованиях, базирующихся на концепции бинарного деления форм кататонических явлений в соответствии с превалированием в клинической картине гипер- или гипокинетических феноменов. Так, J.R. Morrison (1973) [13], основываясь на данных обследования 250 больных шизофренией с кататоническими расстройствами, выделяет в противовес «возбужденному» типу «заторможенную» кататонию

с преобладанием мутизма, ригидности и каталепсии. В сравнении с «возбужденной» кататонией у таких пациентов обнаружен менее благоприятный исход заболевания с отсутствием стойких ремиссий со значимым ослаблением психомоторной симптоматики.

В исследованиях отечественных авторов варианты двигательных расстройств, сопоставимые со стереотипной кататонией, описывались главным образом в клинике кататонической и простой формы шизофрении.

А.Г. Амбрумова и Е.Н. Королева в главе «Неблагоприятно протекающие варианты простой формы шизофрении» монографии «Шизофрения (клиника, патогенез, лечение)» (1968) [14] при описании злокачественного варианта простой формы шизофрении акцентируют внимание на преобладании стереотипий в клинической картине, наряду с выраженными апато-абулическими изменениями и нарушениями мышления. Такие пациенты часами сохраняют одну и ту же позу, стереотипно размахивают руками; их движения угловатые, отмечается гримасничанье.

Картину «вялого» ступора с последующим присоединением кататонического возбуждения и исходом вслед за ослаблением психомоторной симптоматики в проявления апатоабулического дефекта с эмоциональной уплощенностью рассматривает Л.Д. Чудина в исследовании «К закономерностям смены типа течения кататонической формы шизофрении» (1969) [15].

В.М. Михлин в монографии «Клинические и морфофизиологические показатели типов течения кататонической формы шизофрении» (1970) [16] выделяет хронический тип кататонии, проявляющейся в отсутствие расстройства сознания. В клинической картине этой группы кататонических симптомокомплексов обнаруживаются вялость, бедность и замедленность движений с преобладанием моторных стереотипий: пациенты постоянно шепчут и производят однообразные мелкие движения кистями рук.

Описания симптомов стереотипной кататонии на поздних этапах болезненного процесса (резидуальные, конечные состояния) обнаруживаются еще в трудах Е. Краепелин (1898) [17]. Выделяя кататоническую форму раннего слабоумия (*dementia praecox*), автор указывал на наличие особых большей частью переходящих в слабоумие состояний ступора (или возбуждения) с явлениями негативизма, стереотипий в движениях и поступках.

А. Cahen в работе *Contribution à l'étude des stéréotypies* (1901) [18] рассматривал стереотипии в качестве хронической формы двигательных расстройств. При этом автор отмечал, что стереотипные движения, наблюдающиеся в конечной стадии кататонии, сочетаются с явлениями выраженного интеллектуального снижения.

В монографии «Кататония» В.Ф. Чиж (1897) [19], изучая закономерности течения психомоторных нарушений, особое внимание уделял остаточным (по

миновании острого периода болезни) двигательным расстройствам — стереотипным жестам и позам больных, как и в целом «стереотипности поведения». При этом автор подчеркивал неблагоприятное прогностическое значение кататонии с преобладанием стереотипии.

В ряде исследований конца XX — начала XXI в. обеднение и стереотипизация моторики больных шизофренией обозначаются термином «психомоторная бедность» (*psychomotor poverty*). Такие двигательные симптомокомплексы, по мнению авторов [20–26], обнаруживают связь с негативными и когнитивными расстройствами. P.F. Liddle (1987) относит к «психомоторной бедности» такие проявления, как недостаточную спонтанность движений, уплощение аффекта, бедность речи, отождествляя их с негативными симптомами шизофрении [26].

Приведенные выше сведения отражают характеристики стереотипной кататонии как в продроме заболевания, так и на разных этапах его течения. При этом данные, относящиеся к общим закономерностям развития стереотипной кататонии как особого варианта двигательных расстройств, доминирующих в клиническом пространстве эндогенного процесса на всем его протяжении, весьма ограничены и требуют уточнения.

Цель настоящего исследования — изучить проявления стереотипной кататонии в клиническом пространстве шизофрении на всем протяжении болезненного процесса, определить взаимосвязь кататонических, негативных и когнитивных нарушений, а также установить прогностические характеристики течения эндогенно-процессуальной патологии с преобладанием стереотипных кататонических феноменов.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ

В настоящем исследовании¹ обобщены результаты наблюдения 28 больных (все мужчины; средний возраст $24,1 \pm 4,8$ года) с верифицированным диагнозом шизофрении, установленным в соответствии с критериями МКБ-10. В клинической картине заболевания преобладают кататонические расстройства. Оценка по шкале кататонии Буша–Фрэнсиса (*Bush–Francis Catatonia Rating, BFCRS*) составляла $24,7 \pm 5,1$. На момент обследования все пациенты проходили стационарное лечение в клинике ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» в связи с экзacerbацией эндогенно-процессуальной патологии.

Для достижения однородности клинического материала был разработан блок диагностических критериев.

Критерии включения:

- верифицированный диагноз шизофрении (F20 по МКБ-10);

¹ Исследование проведено в отделе по изучению пограничной психической патологии и психосоматических расстройств (руководитель академик РАН проф. А.Б. Смулевич).

- наличие в клинической картине психопатологических расстройств, соответствующих проявлениям кататонии при шизофрении (F20.2 по МКБ-10);
- соответствие критериям шизофрении (F20.9) с дополнительным кодом «кататония, ассоциированная с шизофренией» (F06.1) по DSM-5²;
- наличие в психическом статусе кататонических феноменов круга стереотипной кататонии [11] (оценка по шкале BFCRS — $31,3 \pm 8,5$), среди которых на первом плане явления гипокинезии в виде идеомоторной замедленности и скованности движений, обеднения мимики и выразительных движений с развитием моторных стереотипий и гримасничанья на основе преморбидных двигательных особенностей;
- информированное согласие больных на участие в исследовании.

Критерии не включения:

- наличие сопутствующей соматической (острых или тяжелых хронических соматических и/или инфекционных заболеваний) или неврологической патологии в стадии декомпенсации;
- психические и поведенческие нарушения вследствие употребления психоактивных веществ (F10–F19 по МКБ-10);
- умственная отсталость (F70–F79 по МКБ-10).

Ведущий метод исследования — клинический, включавший обследование пациентов, сбор и анализ субъективных и объективных анамнестических сведений, а также изучение доступной медицинской документации. Для изучения стереотипа течения эндогенно-процессуальной патологии применялся клинико-катамнестический метод с использованием данных собственных наблюдений.

Всем пациентам проводилось патопсихологическое обследование, а психометрическая оценка состояния пациентов включала развернутое исследование с применением следующих специализированных клинических шкал: 1) BFCRS, стандартизированная количественная шкала оценки тяжести кататонии; 2) Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS), клиническая рейтинговая шкала оценки структуры и степени выраженности негативных психопатологических симптомов.

Неврологический и соматический статус больных определяли на основании осмотра соответствующими специалистами (неврологом, терапевтом, офтальмологом) с применением рутинных методов физикальной, лабораторной (клинический и биохимический анализы крови, мочи) и инструментальной диагностики (исследование глазного дна, ЭКГ, рентгеноскопия органов грудной клетки). В ряде случаев для исключения сопутствующей соматоневрологической патологии

использовались дополнительные методы обследования (ЭЭГ, КТ головного мозга).

Заключительная экспертная оценка психического состояния обследуемых с целью верификации клинических наблюдений и установления окончательного диагноза проводилась на основании полученных данных (анамнестических, психометрических, патопсихологических и др.) в рамках клинических разборов под руководством академика РАН А.Б. Смулевича с участием сотрудников отдела по изучению пограничной психической патологии и психосоматических расстройств ФГБНУ «Научный центр психического здоровья».

Этические принципы

Исследование проводилось в соответствии с Хельсинкской декларацией 1964 г. и ее пересмотренного варианта 1975–2013 г., одобрено Локальным этическим комитетом ФГБНУ НЦПЗ (протокол № 618 от 07.02.2020).

Ethic approval

The study was conducted in accordance with the Helsinki Declaration of 1964 and its revised version of 1975–2013 and approved by the Local ethics committee of Mental Health Research Centre (Protocol #618 from 07.02.2020).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Анализ социодемографических параметров обследованной выборки (табл. 1) отражает значимую дефицитарность семейной и профессиональной сферы больных. Несмотря на тот факт, что треть пациентов (32%) получили высшее образование, на момент проведения исследования 100% обследуемых не работали, а в восьми наблюдениях уже в относительно молодом возрасте пациентов ($24,1 \pm 4,8$) оформлена группа инвалидности по психическому заболеванию. Негативное влияние болезни на получение образования демонстрирует тот факт, что среди учащихся более половины находятся в академическом отпуске. Из табл. 1 видно, что на момент проведения исследования 100% обследованных никогда не состояли в браке.

Важно отметить исключительно мужской состав обследованных (все 28 набл.) в изученной выборке. Целесообразным при этом представляется сопоставление приведенных гендерных характеристик с данными соотношения мужчин и женщин, полученными в нашем исследовании, посвященном изучению феноменов истерокаатонии, где выборку составили только женщины (100%) [27].

Обращает на себя внимание наличие у половины обследуемых (15 набл.) перинатального неврологического отягощения (перинатальная энцефалопатия (ПЭП), минимальная мозговая дисфункция (ММД) и др.). Большинство пациентов с первых месяцев жизни находились под наблюдением врачей-неврологов в связи с синдромом мышечной дистонии, гидроцефальным синдромом, задержкой и внезапными «откатами» психомоторного развития и другими проявлениями дизонтогенеза [28–31].

² Согласно ICD-11 психопатологические расстройства клинической выборки настоящего исследования соответствуют критериям шизофрении (6A20) со спецификатором 6A25.4 «психомоторные симптомы при основных психотических заболеваниях».

Таблица 1. Социодемографические показатели пациентов выборки ($n = 28$)**Table 1.** Social and demographic characteristics of the sample ($n = 28$)

Показатель/Characteristics	Значения/data абс./abs.	%
Пол/Gender: мужчины/male	28	100
Возраст (лет)/Age (years)	24,1 ± 4,8	
<i>Клиническая характеристика/Clinical characteristics</i>		
средний возраст начала заболевания (лет)/mean age of onset (years)	13,7 ± 4,3	–
средняя длительность заболевания (лет)/duration of disease	10,8 ± 4,7	–
среднее число госпитализаций/number of hospitalizations	2,2 ± 1	–
<i>Семейный статус/Marital status</i>		
состоят в браке/married	0	–
разведены/divorced	0	–
никогда не состояли в браке/single	28	100
<i>Образование/Education</i>		
высшее/higher	9	32
неоконченное высшее/university not completed	4	14
среднее специальное/college	4	14
среднее общее/school	11	39
<i>Социально-трудоустрой статус/Social Employment status</i>		
учащиеся/student	5	17
из них/of them:		
в академическом отпуске/leave of absence	3	11
работают/working	0	–
не работают/unemployment	28	100
из них/of them:		
иждивенцы/dependent	20	71
инвалиды по психическому заболеванию/disabled due to mental disease	8	29

В раннем детском возрасте в соответствии с объективными сведениями, полученными от родственников пациентов, выявлялись многочисленные невропатические «стигмы»: снохождение и сноговорение, ночное недержание мочи, невротическое расстройство речи (заикание), нарушения сна. При необходимости деятельности, требующей когнитивных усилий, обследуемые обнаруживали неусидчивость, склонность к высокой переключаемости внимания и отвлекаемости^{3,4}.

Преморбидный личностный склад⁵ больных соответствует описаниям аутистической психопатии. В детстве эти лица не терпят прикосновений, не ищут контакта со сверстниками, в коллективах оторваны от деятельности других детей, «нескладны и негибки во всей своей социальной установке» [6]. Уже с дошкольного возраста прослеживаются попытки построения собственного «аутистического» мира с абстрактными фантазиями, в то же время на первый план выдвигаются односторонние увлечения (наиболее часто коллекционирование книг, монет, игрушечных моделей, карт и схем движения транспорта). Такие черты, как застенчивость, избирательность или формальность в общении, ориентированность преимущественно на свой внутренний мир, Н. Warren Dunham (1944) относит

к основным характеристикам личностного паттерна пациентов, у которых в последующем развивается заболевание с картиной кататонии.

Мимика пациентов в детстве скудная, застывшая, движения угловатые, «ничего не получается естественно, все происходит интеллектуально» [8]. На фоне бедности движений и жестов нередко двигательные стереотипии (однообразные действия с игрушками или неигровыми предметами, «перебирание» пальцами, «обдирание» кожи на руках и губах, кивательные движения, зажмуривание), в речи наблюдаются элементы эхолалии. Медлительность и вялость порой сменяются внезапным двигательным бесцельным возбуждением («хаос движений» [7]): дети бегают по кругу (манежный бег), кружатся вокруг своей оси, раскачиваются, ломают игрушки, подчас бывают негативистичны⁶.

С. Rado (1953) [37], рассматривая сходные патохарактерологические проявления как свойства проприоцептивного диатеза (шизофренического фенотипа), включает в круг шизотипической дезинтеграции такие четко сформулированные кататонические феномены, как стереотипии, эхо-феномены, гипер- и акинезию, мутизм, застывания, гримасничанье, «восковую гибкость» и ригидность, а также возбуждение и ступор.

³ Обсуждаемые феномены некоторые авторы трактуют как проявления синдрома «дефицита внимания с гиперактивностью» (attention deficit hyperactivity disorder) [32, 33].

⁴ Ряд детских психиатров такие признаки соматовегетативного дизонтогенеза рассматривает в границах «врожденной детской нервности» (детской невропатии) [34, 35].

⁵ Сведения получены по данным изученной медицинской документации, а также результатам сбора объективного анамнеза со слов родственников пациентов.

⁶ Почти в половине наблюдений (13 набл.) указанные расстройства гипертрофируются, значимо нарушают приверженность к распорядку в детских дошкольных заведениях и влекут за собой обращение за специализированной (неврологической и/или психиатрической) помощью, завершившейся улучшением с частичным обратным развитием симптоматики.

Начало шизофренического процесса приходилось на подростковый возраст ($13,7 \pm 4,3$ года) и было представлено кататоническим приступом [38], развившимся в рамках реакции «отказа» [39, 40] или юношеской астенической несостоятельности [41, 42] в связи с повышенной учебной/производственной нагрузкой. В структуре приступа происходит лавинообразное нарастание свойственных пациентам и ранее моторных нарушений (табл. 2). Обеднение двигательного стереотипа становилось тотальным (синдром «психомоторной бедности», по P.F. Liddle), возникали эпизоды застываний с симптомом «капюшона» и «воздушной подушки» Дюпре. Больные сохраняли эмбриональную позу, наблюдались выраженная ригидность мышц, крайний негативизм. Лицо становилось маскообразным с гримасничаньем, взгляд — пристальным с редким морганием, произвольные движения — роботообразными, скованными, речь — тихой, монотонной, замедленной с вычурным растягиванием слов, вербигерациями. Это состояние сменялось проявлениями мутизма⁸. Учащались двигательные стереотипии, подчас приобретающие персистирующий характер: пациенты неустанно раскачивались, теребили края одежды, мастурбировали.

Отмечались вспышки возбуждения, во время которых обследуемые проявляли агрессию к близким, били кулаками о стены и мебель, кричали/«гудели» на одной «ноте»⁹. Такие субступорозные кататонические проявления, сменяющиеся двигательным возбуждением, по данным детских психиатров, одинаково распространены и часты на всем протяжении детского и подросткового возраста [44], а характерные психомоторные изменения (стереотипии, манерность, мутизм и др.) служат ярким признаком начала шизофренического процесса [45].

Помимо выступающей на передний план двигательной симптоматики в структуре приступа наблюдались и разнообразные проявления психотического регистра: диффузная подозрительность, идеи/бред отношения, явления вербального и зрительного галлюциноза. У части больных (13 набл.) к психотическому состоянию присоединялись стереотипизированные обсессивно-компульсивные расстройства, амальгамированные с кататоническими нарушениями с формированием синдрома обсессивной замедленности [46, 47].

Важно отметить, что (как уже было показано в предыдущем сообщении, посвященном в том

⁷ С точки зрения современных авторов [43], кататония, аутизм и психоз обнаруживают тесную взаимосвязь и имеют вид неразделимого так называемого «железного треугольника».

⁸ Несмотря на выраженность психомоторной симптоматики, пациенты остаются не критичны к происходящим изменениям состояния и собственным двигательным нарушениям, скованность и замедленность их движений субъективно не вызывает дискомфорта.

⁹ Указанные клинические данные о структуре начального периода шизофренического процесса получены по данным представленной медицинской документации, а также по результатам сбора объективных сведений у родственников пациентов.

Таблица 2. Средние суммарные баллы подшкал BFCRS в выборке больных с синдромом стереотипной кататонии, у которых показатели не достигали диагностического порога исключения

Table 2. Mean scores of the BFCRS subscales in patients with stereotypical catatonia (indicators below the diagnostic threshold are excluded)

Пункты шкалы/Scale items	Стереотипная кататония/ Stereotypical catatonia
Ступор/Stupor	2,3 ± 0,7
Мутизм/Mutism	2,4 ± 0,6
Неподвижность взора/Staring	2,1 ± 0,1
Каталепсия/Catalepsy	1,7 ± 0,2
Гримасничанье/Grimacing	1,3 ± 0,1
Стереотипии/Stereotypy	2,8 ± 0,2
Манерность/Mannerism	1,3 ± 0,4
Ригидность/Rigidity	2,5 ± 0,3
Негативизм/Negativism	1,1 ± 0,2
Отказ от питания и/или контакта/ Withdrawal	1,7 ± 0,3
Явления восковой гибкости/Waxy flexibility	1,6 ± 0,5
Импульсивность/Impulsivity	2,1 ± 0,4
Вербигерации/Verbigeration	1,8 ± 0,3
Общий балл/Total	24,7 ± 5,1

числе феноменам стереотипной кататонии [27]) с началом шизофренического процесса двигательные симптомокомплексы дублируют и амплифицируют проявления нарастающих негативных расстройств с формированием «моторного негативно-го синдрома» [48]: пациенты безвольно проводят дни напролет, «застывая» в постели. Отмечается влияние кататонических симптомокомплексов и на когнитивные функции пациентов. Выраженное замедление динамики ассоциативных процессов (псевдобрадифрения [49]) сопровождается моторная замедленность. Стереотипность мышления по типу клише находит отражение и в двигательных стереотипиях. Нарушения динамического компонента мышления (трудности переключаемости, «застывания») дублированы двигательной ригидностью. Шперрунги с чувством «пустоты» в голове сопровождаются застываниями с «выключением» двигательной активности (табл. 3, 4).

Как показали результаты катamnестического исследования (16 набл.; длительность катamnеза $5,8 \pm 5,8$ года)¹⁰, по миновании шизофренического приступа ($3,6 \pm 2,9$ года) в ряде случаев (8 набл.) течение болезни принимало вид одноприступной шизофрении («шизофрения, остановившаяся в самом начале» [50]) с формированием «первичного дефект-синдрома» [51] и последующей стабилизацией процесса. На первый

¹⁰ Указан срок катamnестического наблюдения с момента последней госпитализации в психиатрический стационар.

Таблица 3. Показатели выраженности негативных расстройств в группе больных с синдромом стереотипной кататонии по данным шкалы SANS**Table 3.** Indicators of negative disorders severity in sample of patients with stereotypical catatonia, based on the assessment with SANS

Шкалы SANS/SANS scales	Стереотипная кататония/ Stereotypical catatonia (n = 28)
Уплотнение и ригидность эффекта/Affective Flattening or Blunting	
Обеднение мимики/Unchanging Facial Expression	2,8 ± 0,3
Снижение спонтанной активности/Decreased Spontaneous Movements	2,5 ± 0,4
Обеднение выразительности моторики/Paucity of Expressive Gestures	3,2 ± 0,2
Избегание контакта взглядом/Poor Eye Contact	0,9 ± 0,6
Уплотнение аффекта/Affective Nonresponsivity	1,8 ± 0,4
Неадекватность аффекта/Inappropriate Affect	0,8 ± 0,5
Монотонность, снижение выразительности речи/Lack of Vocal Inflections	2,5 ± 0,4
Субъективное ощущение потери эмоций/Subjectivelack of emotions	1,1 ± 0,3
Нарушения речи/Alogia	
Обеднение словарного запаса/Poverty of Speech	0,5 ± 0,2
Обеднение тематики разговора, стереотипность мышления/Poverty of Content of Speech, stereotypy of ideation	2,8 ± 0,4
Обрывы мыслей/Blocking	2,1 ± 0,2
Ответы с задержкой, ригидность мышления/Increased Latency of Response, rigidity of ideation	3,1 ± 0,3
Субъективная оценка нарушений речи/Global Rating of Alogia	1,9 ± 0,2
Апатоабулические расстройства/Avolition–Apathy	
Уход за собой/Grooming and Hygiene	3,6 ± 0,6
Снижение продуктивности в работе или учебе/Impersistence at Work or School	3,5 ± 0,5
Снижение физического энергетического потенциала/Physical Anergia	2,5 ± 0,3
Субъективная оценка апатоабулических нарушений/Global Rating of Avolition–Apathy	3,4 ± 0,3
Ангедония-асоциальность/Anhedonia–Asociality	
Активность свободного времени/Recreational Interests and Activities	2,1 ± 0,2
Сексуальные интересы/Sexual Interest and Activity	3,3 ± 0,5
Способность чувствовать интимность и близость/Ability to Feel Intimacy and Closeness	3,6 ± 0,4
Отношения с родными и коллегами/Relationships with Friends and Peers	2,7 ± 0,2
Субъективное осознание ангедонии-асоциальности/Global Rating of Anhedonia-Asociality	2,9 ± 0,3

план в структуре состояния выступала редукция энергетического потенциала [52], и по мере нарастания дефицитарных изменений наблюдалось редуцирование резидуальных кататонических феноменов, вплоть до полного их элиминирования. Часть пациентов (2 набл.) трудоустроивалась на низкоквалифицированные должности, однако большинство проживало на иждивении родственников, нуждаясь в опеке и побуждении к выполнению бытовых и гигиенических процедур.

В другой части наблюдений (8 набл.) стереотип развития болезни приобретал характеристики непрерывнотекущей кататонической шизофрении, при которой, в отличие от пациентов с одноприступным течением, психомоторная симптоматика была не подвержена полному обратному развитию, а трансформировалась в проявления псевдопсихопатии с формированием кататонической личности [27, 53]. Пациенты становились пассивны, медлительны, склонны к кратковременным застываниям,

испытывали трудности в инициации и завершении деятельности, их мимика и моторика были стереотипны и непластичны, движения скованы и бедны, отмечались элементы гримасничанья. Негативные расстройства были представлены эмоциональным оскудением, монотонностью и нарастающей замкнутостью. Наблюдались выраженные когнитивные нарушения по типу тугоподвижности и ригидности психических процессов, трудности переключаемости внимания, утрата способности к абстрагированию с явлениями формализма и сверхконкретности [27].

Важно отметить, что в обсуждаемой группе больных с непрерывным течением болезненного процесса признаки социальной реадaptации (возобновление образовательной деятельности, трудоустройство) достижимы лишь в рамках медикаментозной стабилизации состояния [54]. При снижении доз массивной нейролептической терапии или при отмене поддерживающего лечения наблюдались повторные эксацербации проявлений кататонии, в связи с чем пациенты нуждались

Таблица 4. Данные корреляционного анализа связи пунктов шкалы негативной симптоматики SANS с пунктами шкалы кататонических симптомокомплексов BFCRS среди выборки пациентов с синдромом стереотипной кататонии

Table 4. Correlation of the negative disorders scale with the subscales of the BFCRS in sample of patients with stereotypical catatonia

Пункты SANS/SANS items	Пункты BFCRS/BFCRS items					
	Ступор/ Stupor	Мутизм/ Mutism	Неподвижность взора/Staring	Стереотипии/ Stereotypy	Ригидность/ Rigidity	Негативизм/ Negativism
	R					
Обеднение мимики/ Unchanging facial expression	0,675	NC	NC	NC	NC	NC
Снижение спонтанной активности/ Decreased spontaneous movements	0,787	NC	NC	NC	0,565	NC
Обеднение выразительности моторики/Paucity of expressive gestures	0,545	NC	0,537	NC	NC	NC
Монотонность, снижение выразительности речи/Lack of vocal inflections	NC	0,578	NC	NC	0,564	NC
Стереотипность мышления/ Stereotypy of ideation	NC	NC	NC	0,879	NC	NC
Ответы с задержкой, ригидность мышления/Increased latency of response, rigidity of ideation	NC	NC	NC	NC	0,865	0,532
Снижение энергетического потенциала/Energy potential reduction	0,645	NC	NC	NC	NC	NC
Активность свободного времени/ Recreational interests and activities	0,678	NC	NC	NC	0,532	NC

в госпитализации (в том числе недобровольной в двух наблюдениях).

и негативных расстройств с формированием общего «моторного негативного синдрома» [48]¹¹.

ОБСУЖДЕНИЕ

Формирование психопатологических проявлений стереотипной кататонии происходит на базе особой моторной и патохарактерологической конституции, сопоставимой по ряду параметров с описаниями аутистической психопатии [8]. К феноменам стереотипной кататонии, как уже указывалось в предыдущем сообщении [27], относится концепт эволюционирующей дискинотопии, представляющий собой адаптацию теории «эволюционирующей шизоидии», принадлежащей Н. Еу [55], к собственному материалу. В соответствии с представлениями этого автора речь идет о развитии психопатологических (применительно к нашему материалу — кататонических расстройств) на почве конституциональных патохарактерологических дименсий. Схожим образом к обсуждаемой выборке больных приложимо и учение Е. Kretschmer (1924), включающее рассмотрение патохарактерологических расстройств в качестве продрома («зачатков»/«ростков») шизофренического процесса.

Манифестация эндогенно-процессуального заболелания в подростковом возрасте сопряжена с формированием когнитивных и негативных нарушений, в качестве амплификатора которых вступает феномен кататонии [27]. Таким образом, обнаруживается значимое сродство проявлений стереотипной кататонии

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ/REFERENCES

1. Falret JP. Traité des maladies mentales et des asiles d'aliénés, leçons cliniques, avec un plan de l'asile de Illenau, Baillière. Paris. 1864.
2. Pinel Ph. Nosographie philosophique, ou, La méthode de l'analyse appliquée à la médecine. 1818. Paris: Chez J.A. Brosson.
3. Kahlbaum KL. Die Katatonie oder das Spannungsirre-seins. Berlin: Hirschwald, 1874.
4. Жислин СГ. Конституция и моторика. В кн.: Труды психиатрической клиники. 1928;3:245–263. Zhislin SG. Konstitucija i motorika. V kn.: Trudy psichiatricheskoj kliniki. 1928;3:245–263. (In Russ.).
5. Сухарева ГЕ. Шизоидные психопатии в детском возрасте. В кн.: Вопросы педологии и детской психоневрологии, выпуск 2. М., 1925:157–187. Suhareva GE. Shizoidnye psihopatii v detskom vozraste. V kn.: Voprosy pedologii i detskoj psihonevrologii, vypusk 2. М., 1925:157–187. (In Russ.).

¹¹ Тесную связь проявлений стереотипной кататонии с негативными расстройствами подчеркивают многие зарубежные и отечественные авторы [11, 17, 56, 57]. Так, французский психиатр J. Séglas в своем труде Démence Précoce et Catatonie (1902) [57] приходит к выводу, что в основе развития феномена стереотипии лежит «душевная пассивность», абulia, утрата умственной активности, медленность психических процессов, прогрессирующее ослабление умственного синтеза.

6. Сухарева ГЕ. К проблеме структуры и динамики детских конституционных психопатий (шизоидные формы). *Журнал невропатологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. 1930;6:64–74.
Suhareva GE. K probleme struktury i dinamiki detskikh konstitucionnyh psihopatij (shizoidnye formy). *Zhurnal nevropatologii i psihiatrii imeni S.S. Korsakova*. 1930;6:64–74. (In Russ.).
7. Симсон ТП, Модель ММ, Гальперин ЛИ. Психоневрология детского возраста. М.; Л.: Биомедгиз. 1935.
Simson TP, Model' MM, Gal'perin LI. Psihonevrologiya detskogo vozrasta. M.; L.: Biomedgiz. 1935. (In Russ.).
8. Asperger, H. (1991). "Autistic psychopathy" in childhood (U. Frith, Trans.). In U. Frith (Ed.). *Autism and Asperger syndrome*. Cambridge University Press, 1991:37–92.
9. Ганнушкин ПБ. Клиника психопатий, их статика, динамика, систематика. М.: Север; 1933.
Gannushkin PB. Klinika psihopatij, ikh statika, dinamika, sistematika. M.: Sever; 1933. (In Russ.).
10. Kleist K, Leonhard K., Schwab H. Die Katatonie auf Grund katamnestischer Untersuchungen. *Z. f. d. g. Neur. u. Psych.* 1940;168:535–586. doi: [10.1007/BF02871574](https://doi.org/10.1007/BF02871574)
11. Kleist K. Die Katatonien. *Nervenarz.* 1943;16:1–10.
12. Ey H, Bleuler M. *La Psychiatrie Dans Le Monde*. In: *Encyclopédie médico-chirurgicale; Psychiatrie*. T. 1–3: Editée sur fascicules mobiles constamment tenue à jour / Fondée en 1929 par A. Laffont et F. Durieux Publ. sous la direction de Henri Ey. Paris, [1955].
13. 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)
14. Шизофрения (клиника, патогенез, лечение) / под ред. ЛЛ Рохлина, ДД Федотова. М.: Медицина. 1968.
Shizofreniya (klinika, patogeneze, lechenie) / pod red. LL Rohlina, DD Fedotova. M.: Medicina. 1968. (In Russ.).
15. Чудина ЛД. К закономерностям смены типа течения кататонической шизофрении. *Журнал невропатологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. 1970;70(7):1027–1031.
Chudina LD. K zakonomernostyam smeny tipa techeniya katatonicheskoy shizofrenii. *Zhurnal nevropatologii i psihiatrii imeni S.S. Korsakova*. 1970;70(7):1027–1031. (In Russ.).
16. Михлин ВМ. Клинические и морфофизиологические показатели типов течения кататонической формы шизофрении. 1970:164 с.
Mihlin VM. Klinicheskie i morfofiziolozicheskie pokazateli tipov techeniya katatonicheskoy formy shizofrenii. 1970:164 p. (In Russ.).
17. Kraepelin E. *Psychiatrie: ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte*. Aufl. Leipzig, Verlag J.A. Barth, 1915.
18. Cahen A. Contribution à l'étude des stéréotypes. *Archives de Neurologie*. 1901; XII, 2 série: 476–505.
19. Чиж ВФ. Кататония. Казань: типо-лит. Ун-та, 1897 (обл. 1898).
- Chizh VF. Katatoniya. Kazan': tipo-lit. Un-ta, 1897 (obl. 1898). (In Russ.).
20. Baxter RD, Liddle PF. Neuropsychological deficits associated with schizophrenic syndromes. *Schizophr Res.* 1998;30(3):239–249. doi: [10.1016/S0920-9964\(97\)00152-7](https://doi.org/10.1016/S0920-9964(97)00152-7) PMID: 9589518.
21. Lanser MG, Berger HJ, Ellenbroek BA, Cools AR, Zitman FG. Perseveration in schizophrenia: failure to generate a plan and relationship with the psychomotor poverty subsyndrome. *Psychiatry Res.* 2002;112(1):13–26. doi: [10.1016/S0165-1781\(02\)00178-6](https://doi.org/10.1016/S0165-1781(02)00178-6)
22. Woodward TS, Thornton AE, Ruff CC, Moritz S, Liddle PF. Material-specific episodic memory associates of the psychomotor poverty syndrome in schizophrenia. *Cogn Neuropsychiatry*. 2004;9(3):213–227. doi: [10.1080/13546800344000219](https://doi.org/10.1080/13546800344000219)
23. Morrens M, Hulstijn W, Sabbe B. Psychomotor slowing in schizophrenia. *Schizophr Bull.* 2007;33(4):1038–1053. doi: [10.1093/schbul/sbl051](https://doi.org/10.1093/schbul/sbl051)
24. 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](https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2012.01846.x)
25. Bervoets C, Docx L, Sabbe B, Vermeylen S, Van Den Bossche MJ, Morsel A, Morrens M. The nature of the relationship of psychomotor slowing with negative symptomatology in schizophrenia. *Cogn Neuropsychiatry*. 2014;19(1):36–46. doi: [10.1080/13546805.2013.779578](https://doi.org/10.1080/13546805.2013.779578)
26. Liddle PF. The symptoms of chronic schizophrenia. A re-examination of the positive-negative dichotomy. *Br J Psychiatry*. 1987;151:145–151. doi: [10.1192/bjp.151.2.145](https://doi.org/10.1192/bjp.151.2.145)
27. Смуглевич АБ, Ключник ТП, Борисова ПО, Лобанова ВМ, Воронова ЕИ. Кататония (актуальные проблемы психопатологии и клинической систематики). *Психиатрия*. 2022;20(1):6–16. doi: [10.30629/2618-6667-2022-20-1-6-16](https://doi.org/10.30629/2618-6667-2022-20-1-6-16)
Smulevich AB, Klyushnik TP, Borisova PO, Lobanova VM, Voronova EI. Catatonia (Actual Problems of Psychopathology and Clinical Systematics). *Psychiatry (Moscow) (Psikhiatriya)*. 2022;20(1):6–16. (In Russ.). doi: [10.30629/2618-6667-2022-20-1-6-16](https://doi.org/10.30629/2618-6667-2022-20-1-6-16)
28. Юрьева ОП. О типах дизонтогенеза у детей, больных шизофренией. *Журнал невропатологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*, 1970;8:1229–1235.
Yur'eva OP. O tipah dizontogeneza u detej, bol'nyh shizofreniej. *Zhurnal nevropatologii i psihiatrii imeni S.S. Korsakova*. 1970;8:1229–1235. (In Russ.).
29. Ковалев ВВ. Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков. М.: Медицина, 1985:288 с.
Kovalev VV. Semiotika i diagnostika psichicheskikh zabolevanij u detej i podrostkov. M.: Medicina, 1985:288 p. (In Russ.).

30. Вроно МШ. Проблемы шизофрении детского и подросткового возраста. Москва: ВНЦПЗ, 1986:174 с. Vrono MSh. Problemy shizofrenii detskogo i podrostkovogo vozrasta. Moskva: VNCPZ, 1986:174 p. (In Russ.).
31. Башина ВМ, Горбачевская НЛ, Ключник ТП, Симашкова НВ, Якупова ЛП, Даниловская ЕВ, Туркова ИЛ. Маркеры критических периодов онтогенеза и их связь с психическими расстройствами у детей: XII Съезд психиатров России. Материалы съезда. М., 1995:361–363. Bashina VM, Gorbachevskaya NL, Klyushnik TP, Simashkova NV, Yakupova LP, Danilovskaya EV, Turkova IL. Markery kriticheskikh periodov ontogeneza i ih svyaz' s psicheskimi rasstrojstvami u detej: XII S'ezd psichiatrov Rossii. Materialy s'ezda. M., 1995:361–363. (In Russ.).
32. Заваденко НН, Успенская ТЮ, Суворинова НЮ. Диагностика и лечение синдрома дефицита внимания у детей. *Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. 1997;107(7):30–35. Zavadenko NN, Uspenskaya TYu, Suvorinova NYu. Diagnostika i lechenie sindroma deficita vnimaniya u detej. *Zhurnal nevrologii i psichiatrii imeni S.S. Korsakova*. 1997;107(7):30–35. (In Russ.).
33. Faraone SV, Biederman J. Neurobiology of attention-deficit hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry*. 1998;44(10):951–958. doi: [10.1016/s0006-3223\(98\)00240-6](https://doi.org/10.1016/s0006-3223(98)00240-6)
34. Фесенко ЕВ, Фесенко Ю.А. Синдром дефицита внимания и гиперактивности у детей. СПб.: Наука и Техника, 2010:384 с. Fesenko EV, Fesenko YuA. Sindrom deficita vnimaniya i giperaktivnosti u detej. SPb.: Nauka i Tekhnika, 2010:384 p. (In Russ.).
35. Буторин ГГ, Буторина НЕ. Клинические и клинко-динамические проблемы детской и подростковой невропатии. Челябинск: Изд-во Сити-Принт. 2015:252 с. Butorin GG, Butorina NE. Klinicheskie i kliniko-dinamicheskie problemy detskoj i podrostkovoj nevropatii. Chelyabinsk: Izd-vo Siti-Print. 2015:252 p. (In Russ.).
36. Warren Dunham H. The Social Personality of the Catatonic-Schizophrenic. *American Journal of Sociology*. 1944;49(6):508–518. doi: [10.1086/219473](https://doi.org/10.1086/219473)
37. Rado S. Schizotypal organization. Preliminary report on a clinical study of schizophrenia. In: S. Rado & G.E. Daniels (Eds.) *Changing concepts of psychoanalytic medicine*. 1956:225–236.
38. Бархатова АН. Особенности эндогенного юношеского приступообразного психоза с кататоническими расстройствами в структуре манифестного приступа. *Психиатрия*. 2005;3:38–44. Barhatova AN. Osobennosti endogennoho yunosheskogo pristupoobraznogo psichoza s katatonicheskimi rasstrojstvami v strukture manifestnogo pristupa. *Psychiatry (Moscow) (Psikhiatriya)*. 2005;3:38–44. (In Russ.).
39. Личко АЕ. Психопатии и акцентуации характера у подростков. Л., 1977:208 с. Lichko AE. Psichopatii i akcentuacii haraktera u podrostkov. L., 1977:208 p. (In Russ.).
40. Ильина НА, Иконников ДВ. Клинические аспекты шизофренических реакций, протекающих по типу «реакции отказа». *Психиатрия и психофармакотерапия*. 2002;4:80–82. Il'ina NA, Ikonnikov DV. Klinicheskie aspekty shizofrenicheskikh reakcij, protekayushchih po tipu "reakcii otказа". *Psichiatriya i psichofarmakoterapiya*. 2002;4:80–82. (In Russ.).
41. Glatzel J, Huber G. Zur Phänomenologie eines Typs endogener juvenil-asthenischer Versagenssyndrome [On the phenomenology of a type of endogenous juvenile-asthenic failure syndrome]. *Psychiatr Clin. (Basel)*. 1968;1(1):15–31. German. PMID: 4386893.
42. Копейко ГИ, Олейчик ИВ. Вклад пубертатных психобиологических процессов в формирование и клинические проявления юношеских депрессий. *Журнал невропатологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. 2007;107(3):4–17. Kopejko GI, Olejchik IV. Vklad pubertatnykh psichobiologicheskikh processov v formirovanie i klinicheskie proyavleniya yunosheskikh depressij. *Zhurnal nevropatologii i psichiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2007;107(3):4–17. (In Russ.).
43. Shorter E, Wachtel LE. 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](https://doi.org/10.1111/acps.12082)
44. Сухарева ГЕ. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. Т. 1. М.: Медгиз 1955:459. Suhareva GE. Klinicheskie lekicii po psichiatrii detskogo vozrasta. T. 1. M.: Medgiz 1955:459. (In Russ.).
45. Симсон ТП. Шизофрения раннего детского возраста. М.: Акад. мед. наук СССР, 1948:131 с. Simson TP. Shizofreniya rannego detskogo vozrasta. M: Akad. med. nauk SSSR, 1948:131 p. (In Russ.).
46. Rachman S. Primary obsessional slowness. *Behav Res Ther*. 1974;12(1):9–18. doi: [10.1016/0005-7967\(74\)90026-6](https://doi.org/10.1016/0005-7967(74)90026-6) PMID: 4816233.
47. Колюцкая ЕВ, Горшкова ИВ. Кататонические проявления в структуре синдрома обсессивной замедленности у больных с шизотипическим расстройством. *Психиатрия*. 2016;71(3):17–21. Kolyutskaya E.V, Gorshkova I.V. Catatonic symptoms in the structure of obsessional slowness syndrome in patients with schizotypal disorder. *Psychiatry (Moscow) (Psikhiatriya)*. 2016;71(3):17–21. (In Russ.).
48. 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](https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2012.01846.x)

49. Смулевич АБ, Воробьев ВЮ. О характере дефекта при вялотекущей шизофрении В сб.: Восьмой Всесоюзный съезд невропатологов, психиатров и наркологов: Тезисы докладов (г. Москва, 25–28 октября 1988 г.). М.: ВНОП, 1988;2:388–390. Smulevich AB, Vorob'ev VYu. O karaktere defekta pri vyalotekushchej shizofrenii. V sb.: Vsmoy Vsesoyuznyy syezd nevropatologov, psikhiatrov i narkologov: Tezisy dokladov (g. Moskva. 25–28 oktyabrya 1988 g.). M.: VNONP. 1988;2:388–390. (In Russ.).
50. Huber G. Pneucephalographische und psychopathologische Bilder bei endogenen Psychosen. Berlin-Gijttingen-Heidelberg. Springer. 1957.
51. Юдин ТИ. Шизофрения как первичный дефект-психоз. В кн.: Труды ЦИП Министерства здравоохранения РСФСР. Л., 1941;2:48–56. Yudin TI. Shizofreniya kak pervichnyj defekt-psihoz. V kn.: Trudy CIP Ministerstva zdravooxraneniya RSFSR. L., 1941;2:48–56. (In Russ.).
52. Conrad K. Die beginnende Schizophrenie. Versuch einer Gestaltanalyse des Wahnes. Stuttgart, 1958.
53. Смулевич АБ. Расстройства личности и шизофрения. Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. 2011;111(1):8–15. Smulevich AB. Personality disorders and schizophrenia. Zhurnal nevrologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova. 2011;111(1):8–15. (In Russ.).
54. Тиганов АС. Руководство по психиатрии. Т. 1. М.: Медицина. 1999. Tiganov AS. Rukovodstvo po psikiatrii. T. 1. M.: Medicina. 1999. (In Russ.).
55. Ey H. Manuel De Psychiatrie. 6th Edition, Masson, Paris, 1989:529. doi: [10.1016/B978-2-294-71158-9.50030-8](https://doi.org/10.1016/B978-2-294-71158-9.50030-8)
56. Осипов ВП. Кататония Kahlbaum'a: Лит.-клин. исслед. / д-р мед. В.П. Осипов, проф. Имп. Казан. ун-та. Казань: Типо-лит. Имп. ун-та, 1907. Osipov VP. Katatoniya Kahlbaum'a. Kazan': Tipo-lit. Imp. Un-ta. 1907. (In Russ.).
57. Séglas J. Dementia Praecox and Katatonia [Démence Précoce et Catatonie]. Journal of Mental Science. 1903;49(205):361–362. doi: [10.1192/bjp.49.205.361](https://doi.org/10.1192/bjp.49.205.361)

Сведения об авторах

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>

lobanovanika@gmail.com

Information about the authors

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>

lobanovanika@gmail.com

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

There is no conflict of interests.

Дата поступления 25.02.2022
Received 25.02.2022

Дата рецензии 25.03.2022
Revised 25.03.2022

Дата принятия 24.05.2022
Accepted for publication 24.05.2022