

Распространенность и патоморфоз кататонии: от века XX к веку XXI

Дмитрий Владимирович Романов^{1,2}

¹ФГАУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет), Москва, Россия

²ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия

Автор для корреспонденции: Дмитрий Владимирович Романов, dm.v.romanov@mail.ru

Резюме

Обоснование: кататония — актуальное психическое расстройство, неоднозначность представлений о распространенности которого сопряжена с вопросом о концептуализации кататонии, ее клинических границах и патоморфозе. **Цель:** анализ литературы по проблеме распространенности кататонии в аспекте динамики показателя с начала XX в. по настоящее время и обозначение факторов патоморфоза, влияющих как на частоту, так и на видоизменение клинической картины кататонии.

Материалы и метод: доступные публикации оригинальных исследований, в которых приводятся сведения о частоте кататонии за последние 120 лет. **Заключение:** патоморфоз кататонии, прежде всего лекарственный, а также обусловленный психосоциальными факторами, влияет как на показатель распространенности, так и на изменения концептуализации кататонии. Правоммерно констатировать переход от представлений об этом расстройстве как о синдроме, характерном в первую очередь для соответствующей формы шизофрении, к транснозологической парадигме, что закономерно ведет к пересмотру границ обсуждаемого расстройства и изменению диагностических критериев.

Ключевые слова: кататония, кататоническая шизофрения, органическая кататония, систематическая кататония, периодическая кататония, распространенность, патоморфоз, транснозологическая концепция

Для цитирования: Романов Д.В. Распространенность и патоморфоз кататонии: от века XX к веку XXI. *Психиатрия*. 2022;20(3):65–73. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2022-20-3-65-73>

REVIEW

UDC 616.895.84

<https://doi.org/10.30629/2618-6667-2022-20-3-65-73>

Prevalence and Pathomorphosis of Catatonia: From XX to XXI Century

Dmitry V. Romanov^{1,2}

¹I. M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow, Russia

²FSBSI "Mental Health Research Centre", Moscow, Russia

Corresponding author: Dmitry V. Romanov, dm.v.romanov@mail.ru

Summary

Background: catatonia is an actual mental disorder with the controversy in prevalence data that is related to the problem of its conceptualization, clinical borders and pathomorphosis. **Objective:** to analyse publications on the problem of the catatonia prevalence decrease from the beginning of the XX century to the present day and to designate potential factors of pathomorphosis that impact on frequency, as well as on clinical presentations of catatonia. **Materials and method:** publications of original studies that provide catatonia prevalence data over the past 120 years. **Conclusion:** pathomorphosis of catatonia both due to antipsychotics and psychosocial factors has affected the prevalence, as well as the conceptualization of catatonia. There is a transition from a syndrome construct, primarily characteristic for schizophrenia, to the transnosologic paradigm. This one leads to the revision of the boundaries of catatonia and change of the diagnostic criteria.

Keywords: catatonia, catatonic schizophrenia, organic catatonia, systematic catatonia, periodic catatonia, prevalence, pathomorphosis, transnosologic construct

For citation: Romanov D.V. Prevalence and Pathomorphosis of Catatonia: From XX to XXI Century. *Psychiatry (Moscow) (Psikhiatriya)*. 2022;20(3):65–73. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2022-20-3-65-73>

Актуальность проблемы кататонии не вызывает сомнений, что обусловлено, с одной стороны, значительной распространенностью соответствующих феноменов, а с другой — неоднозначностью вопроса

о клинических границах кататонии. Хотя некоторыми авторами упоминается «исчезновение» кататонии, прежде всего, кататонической формы шизофрении [1], однако такие представления не в полной мере

соответствуют реальному положению, и об исчезновении кататонии говорить не приходится, на что указывают приводимые ниже клинико-эпидемиологические данные. Во многом актуальность обсуждаемой темы также связана с произошедшими изменениями в систематиках психических расстройств в плане концептуализации кататонии. Так, наряду с исключением из DSM-5 и МКБ-11 кататонической формы шизофрении, кататония рассматривается как транснозологический феномен, манифестирующий как в качестве самостоятельного симптомокомплекса при других «первичных психотических расстройствах» (в терминологии МКБ-11), так и при органической патологии ЦНС, аффективных и соматических заболеваниях. Такое «рассеивание кататонии» неизбежно оказывает влияние и на показатели распространенности обсуждаемого расстройства.

Соответственно, в настоящей публикации проблема кататонии рассматривается в разных аспектах в следующей последовательности: данные о распространенности кататонии в современных исследованиях, частота в исследованиях начала и первой половины XX в. (до широкого внедрения нейролептиков), анализ результатов сопоставления распространенности и причин отчетливой тенденции к уменьшению частоты кататонии, прежде всего, с учетом данных о патоморфозе синдрома.

Как и для любого другого эпидемиологического показателя, для распространенности кататонии характерна вариабельность в некотором диапазоне от исследования к исследованию, а также в зависимости от того, в пределах какой нозологической группы больных определяется частота кататонического синдрома. Хотя в целом среди «острых» больных психиатрических стационаров показатель частоты кататонии, согласно современным данным, составляет около 10% [2, 3], приводимые в отдельных публикациях значения варьируются в очень широком диапазоне: от 4 до 67% при шизофрении, от 14 до 71% при аффективной патологии, от 4 до 46% при соматических/неврологических заболеваниях [4].

Одной из ключевых сложностей при оценке обсуждаемого показателя, особенно в динамике, считается вариативность собственно дефиниции, концептуализации и границ кататонии. На современном этапе определения понятия, используемые различными исследователями, отличаются как качественно (концептуально), так и количественно — по набору, продолжительности, тяжести симптомов, «пороговым» значениям балльных оценок, необходимых для формализации диагноза и проч. Так, существует целый ряд рейтинговых шкал или диагностических критериев, положенных в основу этих шкал и используемых для квантификации кататонических нарушений, в том числе с целью определения распространенности. К наиболее часто используемым шкалам, на основании которых можно судить о частоте кататонии в последние три десятилетия, относятся следующие: модифицированная шкала Роджерса (Modified Rogers Scale — MRS, 1991 г.) [5];

пересмотренная шкала кататонии Роджерса (Rogers Catatonia Scale revised — RCS, 1996 г.) [6], шкала кататонии Буша–Фрэнсиса (Bush–Francis Catatonia Rating Scale — BFCRS, 1996 г.) [7], рейтинговая шкала кататонии J. Northoff (Northoff Catatonia Rating Scale — NCRS, 1999 г.) [8], рейтинговая шкала кататонии Брайнинга (Catatonia Rating Scale — CRS, 2000 г.) [9], шкала Каннера (Kanner Scale, 2000 г.) [10].

При этом даже в исследовании одной и той же выборки больных одновременно с помощью нескольких шкал кататонии показатель распространенности может значительно варьироваться. Так, в публикации S. Sarkar и соавт. (2016) в сплошной выборке из 87 госпитализированных в психиатрический стационар пациентов разброс составил от 3,4 до 10,3% [11]. Минимальным оказался показатель распространенности, полученный с помощью шкалы CRS (3,4%, ДИ 0–7,2%); средним — значение на основе полной версии BFCRS и диагностических критериев DSM-5 (6,9%, ДИ 1,61–2,2%), максимальным — при применении скрининговой версии BFCRS и критериев МКБ-10 (10,3%, ДИ 3,9–16,7%). Однако значимость такого разброса, обусловленного применением различного психометрического инструментария, при обобщении данных множества небольших исследований, например в результате метаанализа, нивелируется (см. ниже).

Одним из наиболее масштабных и методологически адекватных с точки зрения современного подхода к анализу данных по проблеме распространенности кататонии может считаться метаанализ M. Solmi и соавт. (2018) [4]. В публикации, представляющей на настоящее время первый и единственный метаанализ по проблеме, обобщены данные 73 исследований с суммарным числом пациентов 110 559, включенных в 99 выборок за период с 1935 по 2017 гг. Средняя частота обсуждаемого синдрома, квалифицируемого с современных транснозологических позиций, по данным этой публикации составила 9,0% (95% ДИ = 6,9–11,7, $I^2 = 98$). При этом одним из ключевых факторов, значимо влияющих на частоту кататонии, оказался диагноз «основного заболевания». При шизофрении (33 исследования, 20 276 больных) распространенность кататонии была наиболее близка к среднему значению по всей выборке — 9,8% (ДИ 95% 8,0–12,0%, $I^2 = 95$), тогда как при биполярном расстройстве (три исследования, 226 больных) составила 20,1% (ДИ 95% 9,6–37,3%), а при соматической/неврологической патологии (10 исследований, 1480 больных) — 20,6% (ДИ 95% 11,5–34,2%), соответственно двукратно превысив таковую при эндогенно-процессуальном заболевании. В свою очередь, по данным авторов, парадоксальным образом на разброс показателя не оказывают значимого влияния используемые диагностические критерии, а также период сбора данных отдельных исследований, ранжированных по десятилетиям: до 1970 г. (5,4% ДИ 95% 2,0–13,6), 1970–1980-е гг. (13,6% ДИ 95% 9,2–19,6), 1980–1990-е гг. (2,4% ДИ 95% 0,2–21,7), 1990–2000-е гг. (6,9% ДИ 95% 4,6–10,3),

2001–2010-е гг. (10,4% ДИ 95% 6,3–16,7), после 2010 г. (9,0% ДИ 95% 5,9–13,3). Как видно из приведенных значений, показатели за последние полвека значительно варьируются, демонстрируя определенные колебания (от 2,4 до 10,4%), однако к началу XXI в. стабилизируются на отметке 9–10%. Строгая методология метаанализа, предполагающая использование публикаций, содержащихся в информационных базах данных (PubMed, Scopus), по-видимому, не позволила авторам включить в исследование сведения о частоте кататонии, датируемые периодом до 1935 г., как и выполнить стратификацию по годам исследований, выполненных до 1970 г., учитывая небольшое количество таких работ, присутствующих в базах данных и включенных в публикацию. Кроме того, анализ частоты по декадам проведен для всех диагнозов одновременно (шизофрения, аффективная/органическая патология), что может неполностью отражать динамику доли кататонии только среди больных шизофренией. При этом обобщенные в метаанализе данные исследований за последние три десятилетия объединяет относительная унификация диагностических критериев, основанных на DSM-III, -IV, DSM-5 и МКБ-10 либо на гармонизированных с этими классификациями шкалах/опросниках, что может отчасти объяснять отсутствие влияния фактора диагностических критериев. Таким образом, данные этого метаанализа, с одной стороны, в чем-то противоречат целому ряду более ранних публикаций, указывающих на уменьшение распространенности кататонии со временем. С другой стороны, эти сведения могут дополнять данные «старых авторов» (см. обсуждение соответствующих работ ниже), на самом деле отражая факт завершения такого снижения к концу XX в. В свою очередь, забегая вперед, следует подчеркнуть, что данная работа, как и многие более ранние публикации, обнаруживает значительные колебания распространенности кататонии от десятилетия к десятилетию: например, с подъемом до 13,6% в 1970–1980-е гг. и спадом до 2,4% в 1980–1990-е гг., завершившимся дальнейшим подъемом и стабилизацией частоты к началу XXI в. Причины таких разнонаправленных «скачков» до сих пор остаются неустановленными.

Переходя от status praesens распространенности кататонии к ретроспективной оценке динамики показателя с момента, когда такая оценка может представляться доступной, необходимо подчеркнуть следующее. В первой половине XX в., когда кататонический синдром концептуализировался как свойственный, прежде всего, шизофрении, показатель его распространенности был в два-три раза выше современного, составляя 20–30% (для доли кататонической формы шизофрении от всех форм этого заболевания). Соответствующие данные опубликованы в монографиях, руководствах и учебниках «классических авторов», закономерно не охватываемых современными метаанализами (табл. 1).

Наряду с сопоставлением данных современных исследований о распространенности кататонии

Таблица 1. Распространенность (доля) кататонической формы среди всех больных шизофренией (адаптация из T. Stompe и соавт. [1])

Table 1. Prevalence (rate) of catatonic schizophrenia among patients with all forms of schizophrenia (from T. Stompe et al. [1])

Автор, год [ссылка]/Author, year [Reference]	Доля/процент от всех больных шизофренией/Rate (%) of all patients with schizophrenia
E. Bleuler, 1911 [12]	~1/3
E. Kraepelin, 1913 [13]	19,5%
W. Mayer-Gross, 1932 [14]	30,0%
K. Leonhard, 1938–1968 [15]	35,4%
K. Leonhard, 1969–1986 [15]	30,1%
G. Huber, 1957 [16]	27,0%
G. Huber, 1961 [17]	30,0%
M. Bleuler, 1972 [18]	33,6%

с работами начала прошлого века, подтверждение статистически значимого снижения частоты кататонической шизофрении со временем можно обнаружить в целом ряде публикаций, в которых осуществляется непосредственное сравнение выборок различных лет с применением идентичной методологии и/или на базе одного и того же психиатрического учреждения.

Примером такого исследования может служить публикация T. Stompe и соавт. (2002) [1], в которой приводятся результаты сопоставления выборок K. Leonhard (1938–1968 гг. и 1969–1986 гг.) с собственной выборкой авторов, сформированной с 1994 по 1999 г. и обследованной как с применением критериев кататонии K. Leonhard, предполагавших выделение периодической и систематической кататонии [15], так и формализованного интервью для аффективных расстройств и шизофрении R.L. Spitzer и C. Endicott (Schedule of Affective Disorders and Schizophrenia, Lifetime version — SADS-L) [19], положенного в основу диагностических критериев DSM.

В собственной выборке 1994–1999 гг. авторы при кросс-секционном обследовании диагностировали кататоническую форму шизофрении по критериям DSM-IV в 10,3% случаев (18 набл.), что соотносится со значениями, приводимыми в современном метаанализе, а периодическую либо систематическую кататонию по критериям K. Leonhard у 25,3% больных (44 набл.). (При этом все случаи кататонической шизофрении по DSM-IV вошли в группу больных, у которых кататония диагностировалась по критериям K. Leonhard.) В свою очередь только 54,5% случаев систематической кататонии K. Leonhard (12 набл.) также были диагностированы как случаи кататонии по критериям DSM-IV, и лишь 27,3% случаев периодической кататонии K. Leonhard (6 набл.) были отнесены к кататонической форме шизофрении по DSM-IV (различия статистически значимы при $\chi^2 = 3,385$ и $p = 0,06$). Большинство случаев периодической кататонии, которые

Таблица 2. Данные работ, в которых осуществляется сопоставление частоты кататонической шизофрении по идентичной методологии в двух временных точках

Table 2. Studies of the frequency of catatonic schizophrenia that compare the value in identical methodology at two time points

Автор, год, [ссылка]/Author, year, [Reference]	Исходная точка, % (годы)/Starting point, % (years)	Конечная точка, % (годы)/End point, % (years)	Значимость различий (p)/Differences significance (p)
G.E. Hogarty, M. Cross, 1966 [20]	38% (1953)	25% (1960)	$\chi^2 = 6,97, p < 0,05$
J.R. Morrison, 1974 [21]	14,2% (1920–1944)	8,45% (1945–1966)	$\chi^2 = 16,49, p < 0,001$
D.I. Templer, D.M. Veleber, 1981 [22]	7,5% (1900–1904)	2% (1975–1979)	$p < 0,01$
F.M. van der Heijden, 2005 [23]	7,8% (1980–1989)	1,3% (1990–2001)	$p < 0,001$

не соответствовали критериям кататонии по DSM-IV (59,1%), были квалифицированы согласно DSM-IV как большие параноидной шизофренией, остальные — как резидуальная шизофрения (9,1%) и шизоаффективное расстройство (ШАР) (4,5%). При систематической кататонии в 31,8% случаев был выставлен диагноз резидуальной шизофрении и в 13,6% — параноидной. См. обобщение данных обсуждаемого исследования на рис. 1.

Исходя из результатов, полученных при кросс-секционном обследовании больных шизофренией с помощью двух наборов критериев (K. Leonhard и DSM-IV), можно было бы предположить, что снижение частоты кататонической шизофрении связано исключительно с ужесточением диагностических критериев и сужением границ кататонии по сравнению с работами K. Leonhard, в том числе за счет уменьшения набора кататонических симптомов и введения критерия тяжести в DSM, требующего значительной выраженности кататонической симптоматики для постановки

соответствующего диагноза. Однако ретроспективное сравнение собственной выборки авторов с выборками K. Leonhard 1938–1968 и 1969–1986 гг. показало, что доля кататонии в целом среди всех больных шизофренией с 1938 по 1999 гг. снизилась на 10% — с 35 до 25%. При этом частота периодической кататонии, характеризующейся ремиттирующим течением и значительным вкладом наследственности, осталась стабильной, тогда как доля хронических систематических форм, относимых K. Leonhard к спорадическим, снизилась с 25 до 12,4%. Таким образом, по всей видимости, не связанное с применением различных диагностических критериев «естественное» снижение частоты кататонии за соответствующий период не столь драматичное, как можно было бы предполагать исходя из поверхностного анализа обобщенных значений распространенности.

Схожая тенденция к снижению частоты кататонической шизофрении, хотя и не столь выраженная, приводится в целом ряде ретроспективных исследований,

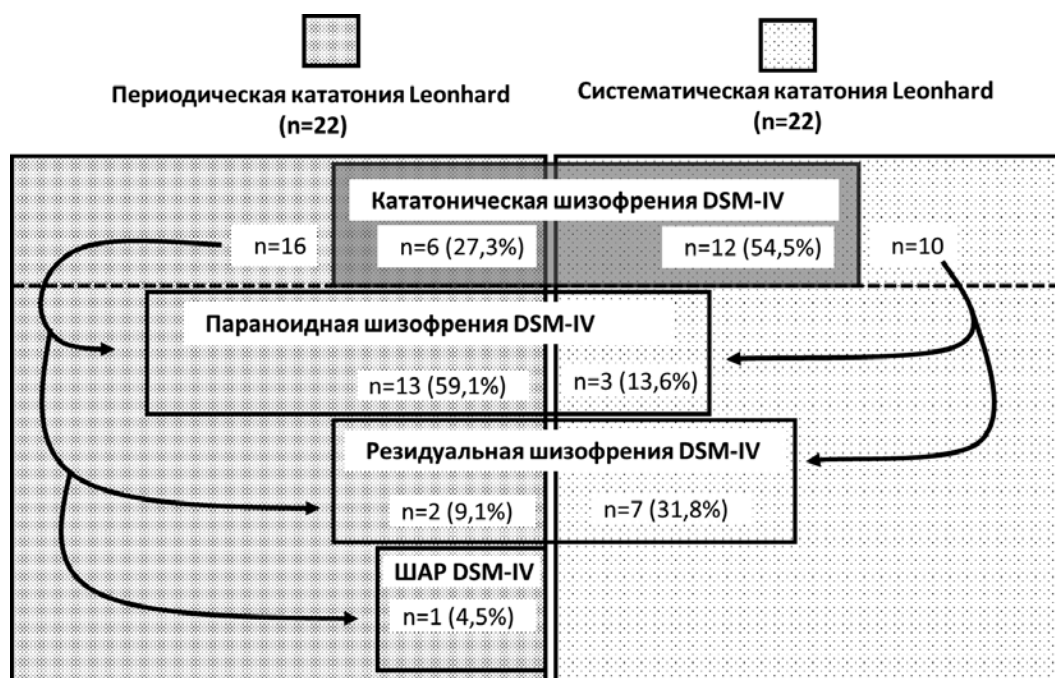


Рис. 1. Диаграмма результатов кросс-секционного обследования выборки больных шизофренией Т. Stompe и соавт. (2002) [1] с помощью критериев кататонической шизофрении К. Leonhard и DSM-IV

Fig. 1. The diagram of the results of a cross-sectional examination of a schizophrenia sample with diagnostic criteria of K. Leonhard and DSM-IV performed by T. Stompe et al. (2002) [1]

охватывающих различные промежутки времени в течение XX в. Данные части таких работ обобщены в табл. 2.

Необходимо подчеркнуть, что тенденция к снижению частоты кататонической (как и гебефренической) шизофрении наметилась еще в донейролептическую эру. Так, согласно данным J.R. Morrison (1974) [21], частота кататонической шизофрении значительно (приблизительно в два раза) снизилась уже в 30-е гг. XX в. (рис. 2), что также нельзя объяснить практикой лечения с помощью ЭСТ, нашедшей широкое применение в США лишь в 1940-е гг.

Сходные тенденции можно обнаружить на диаграмме из более позднего исследования D.I. Tempter и D.M. Veleber (1981) [22], охватывающего сопоставимый период наблюдения (рис. 3). Наряду с общей тенденцией к снижению частоты кататонической шизофрении с 1900 по 1979 г. кривая распространенности обнаруживает «всплески» частоты кататонии в начале 30-х и 60-х гг. XX в. (аналогичные таковым, по данным современного метаанализа [4], см. выше). Как и современные авторы, D.I. Tempter и D.M. Veleber (1981) [22] объяснить причину таких флуктуаций затрудняются.

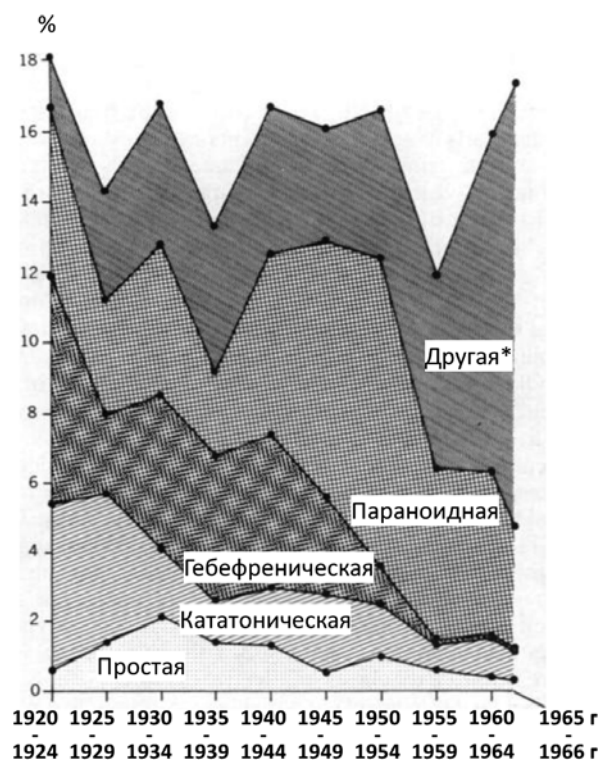


Рис. 2. Динамика долевого распределения основных форм шизофрении в период с 1920 по 1966 г., согласно данным исследования J.R. Morrison и соавт. [21] (*другие формы включают недифференцированную, детскую, резидуальную шизофрению и шизоаффективное расстройство)

Fig. 2. Dynamics of main schizophrenia forms rates from 1920 to 1966 according to the study of J.R. Morrison et al. [21] (*other forms include undifferentiated, childhood, residual schizophrenia and schizoaffective disorder)

Резюмируя гипотетические причины снижения распространенности кататонии (частоты/доли кататонической формы шизофрении) в течение последних 120 лет, предполагаемые различными авторами, можно обсуждать целый ряд факторов.

Во-первых, на снижение частоты кататонии, по всей видимости, прежде всего, влияет расширение терапевтических возможностей (появление ЭСТ, нейролептиков, а затем и атипичных антипсихотиков) и методов реабилитации, направленных на активизацию больных шизофренией [1, 24–26]. Однако эффект нейролептиков в этом отношении не столь однозначен, хотя и направлен в основном на снижение регистрируемой частоты кататонических расстройств. Так, снижение тяжести и частоты обсуждаемых нарушений, с одной стороны, может быть обусловлено эффективностью этих препаратов при купировании кататонического возбуждения, однако, с другой стороны, связано с гиподиагностикой кататонии из-за ошибочной атрибуции проявлений кататонического ступора и ригидности на счет явлений нейролепсии.

Во-вторых, речь идет о более строгой дефиниции шизофрении в целом и сужении границ заболевания, особенно отчетливо наметившемся в DSM-5 и МКБ-11, но имевшем место уже в прежних версиях указанных классификаций, например в DSM-IV, в парадигме которой проводилось значительное количество исследований последних десятилетий. Учитывая ориентированность DSM-IV на кросс-секционный диагноз и критерий тяжести, согласно которому кататоническая симптоматика должна обязательно доминировать в клинической картине, речь может идти, прежде всего, о гиподиагностике интермиттирующих (периодических) форм кататонических психозов по сравнению с хроническими, а также об отнесении случаев с отдельными кататоническими симптомами к другим формам шизофрении. Кроме того, набор кататонических симптомов, необходимых для постановки диагноза в современных классификациях и ассоциированных с ними психометрических инструментах, используемых для оценки распространенности, значительно сократился по сравнению с работами «классических авторов», таких как K. Kahlbaum, E. Kraepelin, K. Leonhard. Также к «диагностическим причинам» снижения частоты, в частности, кататонической шизофрении может быть отнесена «фрагментация кататонии» с выделением наряду с кататонической шизофренией (существовавшей в DSM до 5-го пересмотра и в МКБ до 11-го пересмотра) органических и аффективных расстройств с явлениями кататонии [27, 28], а затем и «ликвидацию» кататонической шизофрении в DSM-5, а позднее и в МКБ-11.

Перераспределение кататонических нарушений по мере пересмотра границ эндогенно-процессуальной патологии и аффективных заболеваний отражает данные клинко-эпидемиологических исследований кататонических симптомов при биполярном аффективном расстройстве (БАР), рекуррентной (униполярной) депрессии и проч. Показатель в 1,5–2 раза превышает

таковой для кататонического синдрома при шизофрении. Так, при БАР частота кататонических феноменов находится в диапазоне 14,3–31,1% [29, 30], а при униполярной депрессии, по некоторым данным, составляет 20% [31]. При этом кататонические феномены, прежде всего, ассоциируются с маниакальными и смешанными состояниями [32]. Однако, интерпретируя соответствующие показатели, следует оговориться относительно критериев кататонии в упомянутых работах. Необходимо констатировать, что речь, по всей видимости, идет об определении частоты при маниакальных/депрессивных эпизодах отдельных кататонических симптомов, возможность чего реализована как в МКБ-10, так и в DSM-IV и в еще большей степени — в DSM-5 и МКБ-11. Это фактически позволяет трактовать любые моторные (двигательные) феномены в структуре аффективных симптомокомплексов как «кататонические» и «засчитывать» их при подсчете частоты кататонии, например при БАР. Кроме того, необходимо отметить на порядок меньшее число публикаций по частоте кататонии при биполярном расстройстве. Так, например, в обсуждавшийся выше метаанализ [4] включено только три публикации о частоте кататонии при БАР против 33 при шизофрении при почти в сто раз меньшем количестве обобщенных случаев (226 при БАР против 20 276 при шизофрении). В небольших выборках в связи, например, с систематической ошибкой отбора показатели распространенности зачастую имеют тенденцию быть несколько завышенными.

В-третьих, снижение частоты кататонии в значительной части исследований может быть обусловлено особенностями оказания стационарной помощи больным в условиях повсеместного постулирования

приоритета амбулаторной помощи и сокращения длительности госпитализации, что стало мировой тенденцией в последние десятилетия. Так, зависимость от того, в каком звене психиатрической помощи проводится изучение частоты кататонии, продемонстрирована еще в исследовании F.G. Guggenheim и H.M. Babigian (1974) [24]. Среди амбулаторных больных шизофренией частота кататонической формы составила 6%, тогда как среди длительно госпитализированных — 16%, чем авторы объясняют закономерное накопление больных кататонией в специализированных учреждениях для «хроников». Соответственно, невключение таких клиник в исследования распространенности естественным образом снижает среднее значение показателя за счет систематического исключения более тяжелых больных.

В-четвертых, в целом ряде публикаций снижение частоты кататонической шизофрении связывается, с одной стороны, с улучшением методов диагностики (прежде всего, нейровизуализации) органической патологии головного мозга, проявляющейся кататоническими симптомами, а с другой — с «конфликтом парадигм», возникшим во многих странах в результате сепарации неврологии и психиатрии [33, 34]. Этот междисциплинарный конфликт выступает основанием для вынесения все более широкого спектра двигательных расстройств за рамки патологии психиатрического спектра — в пределы неврологической клиники, а соответственно обуславливает пребывание соответствующих пациентов в неврологической сети.

В-пятых, одним из факторов, стирающих остроту кататонических синдромов и снижающих их распространенность, может выступать общее улучшение социальных условий, включая уровень благосостояния и развитие технологий, в том числе медицинских [22]. Это позволяет в целом снизить бремя внешних стрессовых факторов (как психогенных, так и соматогенных), способных в качестве триггеров провоцировать и поддерживать симптоматику при эндогенно-процессуальной патологии, если рассматривать последнюю с позиций биопсихосоциального подхода [35]. Кроме того, дополнительным биосоциальным фактором может являться общее увеличение средней продолжительности жизни, особенно отчетливое с 50-х гг. XX в. По некоторым данным, частота кататонии при шизофрении значительно зависит от длительности заболевания и этапа болезни [35]. Так, в ретроспективном отечественном исследовании 1385 больных шизофренией кататония наблюдалась у 12% пациентов (166 случаев), что в целом соотносится с данными о частоте кататонии последней трети XX в. При этом авторы проанализировали частоту этого синдрома при шизофрении в зависимости от длительности заболевания. Показано, что на первые 10 лет болезни приходятся 71,0% случаев кататонии (36,1% — на первые четыре года, 34,9% — на 5–9-й годы болезни), тогда как на 10–14-й годы уже 16,3%, на 15–29-й годы лишь 9,0%, а на 30–39-й годы — 3,6%. Соответственно, на показатель распространенности кататонии, по-видимому, также могут влиять такие

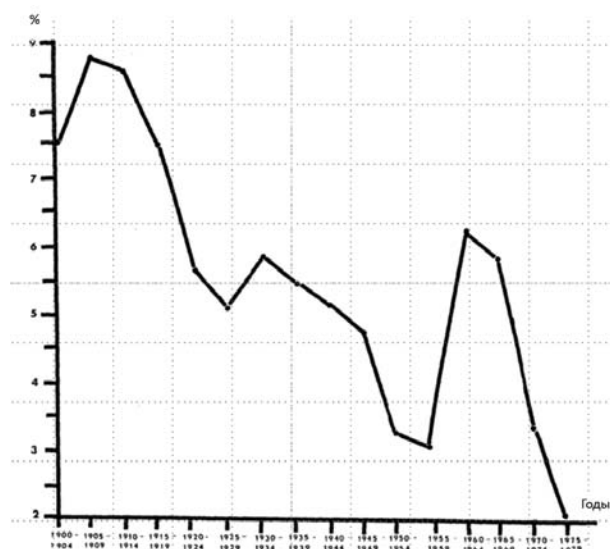


Рис. 3. Динамика частоты кататонической шизофрении в период с 1900 по 1979 г., согласно данным исследования D.I. Tempter и D.M. Veleber (1981) [22]
Fig. 3. Dynamics of the frequency of catatonic schizophrenia from 1900 to 1979 years according to the data of the study by D.I. Tempter и D.M. Veleber (1981) [22]

характеристики выборки, как средний возраст и возрастное распределение, а также продолжительность заболевания, которая росла на протяжении столетия вместе с ростом продолжительности жизни.

В-шестых, снижение частоты классических психотических форм кататонии может быть обусловлено истинным (не связанным с изменением диагностических критериев и границ заболевания) патоморфозом обсуждаемого симптомокомплекса, т.е. видоизменением психопатологической структуры синдрома с течением времени, в том числе под воздействием ряда вышеперечисленных факторов. Речь идет об изменениях, означающих, с одной стороны, расширение проявлений кататонии за счет двигательных расстройств непсихотических регистров, а с другой — тесные связи двигательных симптомокомплексов не только (и не столько) с галлюцинаторными и бредовыми, но и с дименсиями других психопатологических образований: истерией, негативными, аффективными, обсессивно-компульсивными расстройствами и др. [36, 38].

Как сильно изменилась клиника кататонии за прошедшее столетие, можно судить по воспоминаниям психиатров, свидетелей донейролептической эры. В одной из современных монографий по истории кататонии [39] приводятся воспоминания J. Romano, известного в США психиатра, который в 1932–1933 гг. работал ординатором в психиатрическом госпитале округа Милуоки для хронических больных: «Помню, как проходил по больничным палатам, где можно было увидеть ряды пациентов, сидящих на стульях вдоль стен больших комнат, время от времени раскачивающихся, кивающих или выполняющих стереотипные движения руками, потирая их, теребя лицо либо иные части тела. Другие стояли неподвижно или передвигались шаркающей, иногда необычной, вычурной походкой. Большинство из них молчали или бормотали что-то, а иногда раздражались словесными эскападами, за которыми порой следовали физические самоповреждения либо агрессивные действия в отношении окружающих».

В подтверждение роли патоморфоза кататонии выступает ряд современных ретроспективных клинико-эпидемиологических исследований, направленных на анализ динамики психопатологической структуры обсуждаемого синдрома во времени. Так, например, в работе Н.Г. Незнанова и А.В. Кузнецова [39] на основе сравнения собственной выборки больных, обследованной с помощью шкалы BFCRS (150 экстренно госпитализированных пациентов, с равными долями страдающих шизофренией, БАР, ШАР), с ретроспективной (150 архивных историй болезни за период с 1969 по 1972 г.), сформированной на базе тех же лечебных учреждений, установлен ряд характеристик кататонии, изменившихся со временем. Согласно данным авторов, кататоническая симптоматика претерпела значительные изменения за счет отчетливой представленности в собственной выборке исследователей «атипичных, структурно неоформленных симптомокомплексов, не имеющих единого динамического стереотипа развития».

Таким образом, резюмируя проанализированные данные литературы, необходимо подчеркнуть следующее. Распространенность кататонии среди больных шизофренией в настоящее время составляет около 10%, что в 2–3 раза ниже частоты кататонической шизофрении в выборках классических авторов начала XX в. При этом, по всей видимости, в последние три десятилетия можно говорить о некоторой стабилизации указанного показателя и его незначительных колебаниях.

Уменьшение частоты кататонии и ее видоизменение, скорее всего, обусловлено совокупностью факторов, роль каждого из которых по-отдельности еще предстоит оценить. Перечень наиболее значимых из них включает распространение ЭСТ, психофармакотерапию нейрореплептиками, психореабилитацию, улучшение социально-экономических условий и методов диагностики (более эффективное отграничение органической патологии ЦНС), что в свою очередь привело к патоморфозу и стало основанием для закономерного пересмотра диагностических критериев и нозологических границ кататонии. Вероятно, в разные периоды времени на передний план мог выступать то один, то другой из перечисленных факторов, действуя, с одной стороны, последовательно, а с другой — аддитивно, т.е. наложением друг на друга.

В заключение можно согласиться с точкой зрения D.I. Templer и D.M. Veleber [22] в следующем. Даже спустя четыре десятилетия с момента публикации авторами этой работы, вопреки некоторым громким лозунгам, кататония не исчезла и не стала казуистическим расстройством [1, 23, 41]. Однако, несомненно, изменилась не только частота «классических» психотических форм, известных по описаниям таких авторов, как K. Kahlbaum, E. Kraepelin, E. Bleuler, В.П. Осипов, А.В. Снежневский, но и претерпели изменения клинические проявления кататонии, сместившиеся в спектр атипичных форм и более легких психопатологических регистров.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ/REFERENCES

1. 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.
2. Fink M, Taylor MA. Catatonia: a clinician's guide to diagnosis and treatment. Cambridge; New York: Cambridge University Press; 2006.
3. Grover S, Chakrabarti S, Ghormode D, Agarwal M, Sharma A, Avasthi A. Catatonia in inpatients with psychiatric disorders: A comparison of schizophrenia and mood disorders. *Psychiatry Res*. 2015;229(3):919–925. doi: [10.1016/j.psychres.2015.07.020](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.07.020) Epub 2015 Jul 15. PMID: 26260564.
4. 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) PMID: 29140521; PMCID: PMC6101628.
5. Lund CE, Mortimer AM, Rogers D, McKenna PJ. Motor, volitional and behavioural disorders in schizophrenia. 1: Assessment using the Modified Rogers Scale. *Br J Psychiatry.* 1991;158:323–327, 333–336. doi: [10.1192/bjp.158.3.323](https://doi.org/10.1192/bjp.158.3.323) PMID: 2036529.
 6. Starkstein SE, Petracca G, Tesón A, Chemerinski E, Merello M, Migliorelli R, Leiguarda R. Catatonia in depression: prevalence, clinical correlates, and validation of a scale. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 1996;60(3):326–332. doi: [10.1136/jnnp.60.3.326](https://doi.org/10.1136/jnnp.60.3.326) PMID: 8609512; PMCID: PMC1073858.
 7. Bush G, Fink M, Petrides G, Dowling F, Francis A. Catatonia. I. Rating scale and standardized examination. *Acta Psychiatr Scand.* 1996;93(2):129–136. doi: [10.1111/j.1600-0447.1996.tb09814.x](https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1996.tb09814.x) PMID: 8686483.
 8. Northoff G, Koch A, Wenke J, Eckert J, Böker H, Pflug B, Bogerts B. Catatonia as a psychomotor syndrome: a rating scale and extrapyramidal motor symptoms. *Mov Disord.* 1999;14(3):404–416. doi: [10.1002/1531-8257\(199905\)14:3<404::aid-mds1004>3.0.co;2-5](https://doi.org/10.1002/1531-8257(199905)14:3<404::aid-mds1004>3.0.co;2-5) PMID: 10348462.
 9. Bräunig P, Krüger S, Shugar G, Höfler J, Börner I. The catatonia rating scale I—development, reliability, and use. *Compr Psychiatry.* 2000;41(2):147–158. doi: [10.1016/S0010-440X\(00\)90148-2](https://doi.org/10.1016/S0010-440X(00)90148-2) PMID: 10741894.
 10. Carroll BT, Kirkhart R, Ahuja N, Soovere I, Lauterbach EC, Dhossche D, Talbert R. Katatonia: a new conceptual understanding of catatonia and a new rating scale. *Psychiatry (Edgmont).* 2008;5(12):42–50. PMID: 19724775; PMCID: PMC2729619.
 11. Sarkar S, Sakey S, Mathan K, Bharadwaj B, Kattimani S, Rajkumar RP. Assessing catatonia using four different instruments: Inter-rater reliability and prevalence in inpatient clinical population. *Asian J Psychiatr.* 2016 Oct;23:27–31. doi: [10.1016/j.ajp.2016.07.003](https://doi.org/10.1016/j.ajp.2016.07.003) Epub 2016 Jul 11. PMID: 27969074.
 12. Bleuler E. Dementia Praecox oder Gruppe der Schizophrenien. Leipzig, Germany: Deuticke; 1911.
 13. Kraepelin E. Klinische Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte. Ed. 8. Leipzig, Germany: Barth, 1913.
 14. Mayer-Gross W. Die Klinik. In: Bumke O (ed). Handbuch der Geisteskrankheiten. Band 9. Die Schizophrenie. Berlin, Germany: Springer, 1932:293–578.
 15. Leonhard K. Classification of Endogenous Psychoses and Their Differentiated Etiology. Ed. 2. Vienna, Austria: Springer, 1999.
 16. Huber G. Pneumoencephalographische und psychopathologische Bilder bei endogenen Psychosen. Berlin, Germany: Springer, 1957.
 17. Huber G. Chronische Schizophrenien. Synopsis klinischer und neuroradiologischer Untersuchungen an defektschizophrenen Anstaltspatienten. Einzeldarstellungen aus der theoretischen und klinischen Medizin. Heidelberg, Germany: Dr. Hüthig, 1961.
 18. Bleuler M. Die schizophrenen Geistesstörungen im Lichte langjähriger Kranken- und Familiengeschichten. Stuttgart, Germany: Thieme, 1972.
 19. Spitzer RL, Endicott C. Schedule of Affective Disorders and Schizophrenia: Life-Time Version (SADS-L). Ed. 3. New York, NY: New York State Psychiatric Institute, 1977.
 20. Hogarty GE, Gross M. Preadmission symptom differences between first-admitted schizophrenics in the predrug and postdrug era. *Comprehensive Psychiatry.* 1966;7(2):134–140. doi: [10.1016/S0010-440X\(66\)80024-X](https://doi.org/10.1016/S0010-440X(66)80024-X)
 21. Morrison JR. Changes in subtype diagnosis of schizophrenia: 1920–1966. *Am J Psychiatry.* 1974;131(6):674–677. doi: [10.1176/ajp.131.6.674](https://doi.org/10.1176/ajp.131.6.674) PMID: 4597303.
 22. Templer DI, Veleber DM. The decline of catatonic schizophrenia. *Journal of Orthomolecular Psychiatry.* 1981;10(3):156–158.
 23. van der Heijden FM, Tuinier S, Arts NJ, Hoogendoorn ML, Kahn RS, Verhoeven WM. Catatonia: disappeared or under-diagnosed? *Psychopathology.* 2005;38(1):3–8. doi: [10.1159/000083964](https://doi.org/10.1159/000083964) Epub 2005 Feb 15. PMID: 15714008.
 24. Guggenheim FG, Babigian HM. Catatonic schizophrenia: epidemiology and clinical course. A 7-year register study of 798 cases. *J Nerv Ment Dis.* 1974;158(4):291–305. doi: [10.1097/00005053-197404000-00007](https://doi.org/10.1097/00005053-197404000-00007) PMID: 4819607.
 25. Slater E, Roth M: Clinical Psychiatry. London, Baillière, Tindall & Cassell, 1969.
 26. Hare E. Schizophrenia as a recent disease. *Br J Psychiatry.* 1988;153:521–531. doi: [10.1192/bjp.153.4.521](https://doi.org/10.1192/bjp.153.4.521) PMID: 3074859.
 27. Fink M, Taylor MA. Catatonia: a separate category in DSM-IV? *Integr Psychiatr.* 1991;7:2–10.
 28. Fink M. Catatonia in DSM-IV. *Biol Psychiatry.* 1994;36(7):431–433. doi: [10.1016/0006-3223\(94\)90637-8](https://doi.org/10.1016/0006-3223(94)90637-8) PMID: 7811838.
 29. Bräunig P, Krüger S, Shugar G. Prevalence and clinical significance of catatonic symptoms in mania. *Compr Psychiatry.* 1998;39(1):35–46. doi: [10.1016/S0010-440X\(98\)90030-X](https://doi.org/10.1016/S0010-440X(98)90030-X) PMID: 9472454.
 30. Rajkumar RP. Recurrent unipolar mania: a comparative, cross-sectional study. *Compr Psychiatry.* 2016;65:136–140.
 31. Starkstein SE, Petracca G, Tesón A, Chemerinski E, Merello M, Migliorelli R, Leiguarda R. Catatonia in depression: prevalence, clinical correlates, and validation of a scale. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 1996;60(3):326–332. doi: [10.1136/jnnp.60.3.326](https://doi.org/10.1136/jnnp.60.3.326) PMID: 8609512; PMCID: PMC1073858.

32. 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) PMID: 911221.
33. Rogers D. The motor disorders of severe psychiatric illness: a conflict of paradigms. *Br J Psychiatry*. 1985;147:221–232. doi: [10.1192/bjp.147.3.221](https://doi.org/10.1192/bjp.147.3.221) PMID: 2866007.
34. Lennox BR, Lennox GG. Mind and movement: the neuropsychiatry of movement disorders. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2002;72Suppl1(Suppl1):I28–I31. doi: [10.1136/jnnp.72.suppl_1.i28](https://doi.org/10.1136/jnnp.72.suppl_1.i28) PMID: 11870201; PMCID: PMC1765578.
35. Dewan MJ. The Psychology of Schizophrenia: Implications for Biological and Psychotherapeutic Treatments. *J Nerv Ment Dis*. 2016;204(8):564–569. doi: [10.1097/NMD.0000000000000548](https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000548) PMID: 27479611.
36. Жариков НМ. Эпидемиологические исследования в психиатрии. Москва: Медицина. 1977:168. Zharikov NM. Epidemiologicheskie issledovaniya v psikiatrii. Moskva: Medicina. 1977:168. (In Russ.)
37. Борисова ПО. Нозологическая дилемма и клинический полиморфизм феномена кататонии. *Психиатрия*. 2020;18(2):61–70. doi: [10.30629/2618-6667-2020-18-2-61-70](https://doi.org/10.30629/2618-6667-2020-18-2-61-70)
Borisova PO. Nosological Dilemma and Clinical Polymorphism of the Catatonia Phenomenon. *Psychiatry (Moscow) (Psikhiatriya)*. 2020;18(2):61–70. (In Russ.). doi: [10.30629/2618-6667-2020-18-2-61-70](https://doi.org/10.30629/2618-6667-2020-18-2-61-70)
38. Смулевич 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)
39. Shorter E, Fink M. The Madness of Fear: A History of Catatonia. Oxford University Press; 2018. doi: [10.1093/med/9780190881191.001.0001](https://doi.org/10.1093/med/9780190881191.001.0001)
40. Незнанов НГ, Кузнецов АВ. Клинико-психопатологические аспекты патоморфоза кататонических расстройств. *Обзор психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева*. 2020;1:64–71. doi: [10.31363/2313-7053-2020-1-64-71](https://doi.org/10.31363/2313-7053-2020-1-64-71)
Neznanov NG, Kuznetsov AV. Clinical and psychopathological aspects of catatonia pathomorphosis. *V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology*. 2020;1:64–71. (In Russ.). doi: [10.31363/2313-7053-2020-1-64-71](https://doi.org/10.31363/2313-7053-2020-1-64-71)
41. Mahendra B. Where have all the catatonics gone? *Psychological Medicine*. 1981;11(4):669–671. doi: [10.1017/S0033291700041155](https://doi.org/10.1017/S0033291700041155)

Сведения об авторе

Дмитрий Владимирович Романов, профессор, доктор медицинских наук, кафедра психиатрии и психосоматики, Институт клинической медицины им. Н.В. Склифосовского, ФГАУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет); ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»; Москва, Россия, <https://orcid.org/0000-0002-1822-8973>
dm.v.romanov@mail.ru

Information about the author

Dmitry V. Romanov, Professor, Dr. of Sci. (Med.), Department of Psychiatry and Psychosomatics, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University); Department of Boundary Mental Conditions and Psychosomatic Disorders, FSBSI “Mental Health Research Centre”, Moscow, Russia, <https://orcid.org/0000-0002-1822-8973>
dm.v.romanov@mail.ru

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.
There is no conflict of interests.

Дата поступления 24.01.2022
Received 24.01.2022

Дата рецензии 10.03.2022
Revised 10.03.2022

Дата принятия 11.03.2022
Accepted for publication 11.03.2022