

## Нозологическая дилемма и клинический полиморфизм феномена кататонии

Борисова П.О.

ФГБОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова МЗ РФ (Сеченовский Университет), Москва, Россия

НАУЧНЫЙ  
ОБЗОР

### Резюме

**Цель:** осветить эволюцию взглядов исследователей и представить обзор современной научной литературы, посвященной нозологической принадлежности и клиническим особенностям кататонии. **Материал и методы:** по ключевому слову «catatonia»/«кататония» в базах данных Scopus, PubMed, Cochrane Library, eLIBRARY было найдено 44 000 публикаций, из которых по критериям отбора выделены клинические случаи, когортные и рандомизированные исследования, посвященные психопатологической картине кататонии при аффективных заболеваниях, аутизме и истерии. Для анализа отобрано 50 публикаций за 2000–2020 гг. **Заключение:** кататония, традиционно относимая к проявлениям шизофрении, в настоящее время преимущественно трактуется как «транснозологический синдром», встречающийся при различных (как психических, так и соматических) заболеваниях. Клинические проявления кататонии при аффективных нарушениях, аутизме и истерии имеют свои отличительные особенности, при этом само наличие кататонических нарушений ассоциировано с большей тяжестью основного заболевания, низким качеством ремиссий, что обуславливает диагностическую настороженность в отношении эндогенно-процессуальной «почвы».

**Ключевые слова:** кататония; двигательные нарушения; кататонический спектр; кататония и аффективные заболевания; кататония и аутизм; кататония и истерия.

**Для цитирования:** Борисова П.О. Нозологическая дилемма и клинический полиморфизм феномена кататонии. *Психиатрия*. 2020;18(2):61–70. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2020-18-2-61-70>

Конфликт интересов отсутствует

## Nosological Dilemma and Clinical Polymorphism of the Catatonia Phenomenon

Borisova P.O.

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

REVIEW

### Summary

**Objective:** to provide the description of researchers' views evolution and provide the review of modern scientific literature on nosological affiliation and clinical features of catatonia. **Material and methods:** Scopus, PubMed, Cochrane Library, eLIBRARY databases were searched for literature (44 000 papers) using the keyword 'catatonia'. Based on the selection criteria, the search has been found the clinical cases, cohort and random studies, dedicated to psychopathologic description of catatonia, accompanied by affective disorders, autism and hysteria. 50 papers issued between 2000 and 2020 were selected for the analysis. **Conclusions:** catatonia, traditionally treated as a symptom of schizophrenia, currently is predominantly interpreted as a "transnosological syndrome", which accompanies various (both mental and somatic) diseases. The clinical manifestations of catatonia in affective disorders, autism and hysteria have their own distinctive features, also the presence of catatonic symptoms is associated with a greater severity of the underlying disease, low quality of remissions, which explains why the experts are wary of the endogenic factors.

**Keywords:** catatonia; motor impairment; catatonic spectrum; catatonia and affective diseases; catatonia and autism; catatonia and hysteria.

**For citation:** Borisova P.O. Nosological Dilemma and Clinical Polymorphism of the Catatonia Phenomenon. *Psychiatry (Moscow) (Psikhiatriya)*. 2020;18(2):61–70. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2020-18-2-61-70>

There is no conflict of interests

Проблема нозологической принадлежности кататонии до настоящего времени остается предметом дискуссии. По данным современных эпидемиологических исследований, распространенность кататонических расстройств составляет от 6 до 30% в популяции пациентов как психиатрических, так и соматических учреждений [1–3]. Одной из основных причин, лежа-

щих в основе неутрачивающих споров о пересмотре модели кататонии как одной из форм шизофрении, является представление о нозологической неспецифичности кататонического синдрома, развитие которого возможно не только в рамках шизофрении, но и при аффективной патологии, а также при ряде неврологических и соматических заболеваний [4–7].

Наиболее спорной (что частично признают и сами исследователи) представляется обоснованность положений, развиваемых в настоящее время авторами (преимущественно зарубежными), о размытости границ и феноменологической гетерогенности расстройств, объединяемых понятием «кататония», а также аргументированность вытекающих из этого выводов о необходимости выделения кататонии в качестве дименсии и правомерности ее отнесения к различным заболеваниям.

Результатом ведущейся на протяжении последних лет разработки вопросов, связанных с уточнением критериев распознавания и определением границ кататонии, является выделение этого синдрома в качестве «транснозологического образования», что находит отражение и в актуальных клинко-диагностических систематиках, в частности в форме ликвидации «кататонической шизофрении» в DSM-5 и в проекте ICD-11 [8–11].

Обсуждению позиций современных авторов по проблеме нозологической трактовки феноменов кататонии необходимо предпослать историческую справку.

Учение о кататонии, восходящее к XIX в., традиционно связывают с именем немецкого психиатра Karl Ludwig Kahlbaum (1828–1899), впервые описавшего кататонию как самостоятельную болезнь [12]. Следует упомянуть, что K. Kahlbaum, автор термина «симптомокомплекс» (1863), наряду с классической формой кататонии выделял хронически и неблагоприятно протекающую «*catatonía protracta*», «*catatonía gravis*» с превалирующими в клинической картине симптомами психомоторного возбуждения, а также так называемые «мягкие» формы — «*catatonía mitis*», характеризующиеся меньшей выраженностью психопатологических проявлений и относительно благоприятным прогнозом.

Необходимо отметить, что на донозологическом этапе развития психиатрии такие кататонические феномены, обладающие меньшей интенсивностью, наблюдали и предшественники K. Kahlbaum (в том числе и отечественные исследователи), которые описывали их в границах «*melancholie avec stupeur*» [13], «*melancholia stupida*» [14], «*melancholia attonita*» [15, 16].

Основоположник психоморфологического направления в психиатрии С. Wernicke [17] рассматривал двигательные феномены, сопоставимые с кататоническими, в рамках выделяемого им «двигательного психоза» («*motility psychosis*»), характеризующегося эпизодическим течением, относительно благоприятным прогнозом и непосредственно моторными симптомами, которые будучи чрезмерно выраженными, отличаются лишь «количественно» от нормальных движений, т.е. не имеют «вычурных» качеств<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Значительно позже эта идея получила развитие в работах K. Leonhard [18], который, следуя традициям С. Kleist, в 1979 г. разработал классификацию моторных расстройств, наблюдаемых в рамках циклоидного двигательного психоза и кататонической (системной и несистемной) шизофрении, имеющей сравнительно неблагоприятный прогноз. Однако по причине сложности и несоответствия основным классификациям нозологическая система K. Leonhard активно не применялась в клинической практике.

К началу XX в. проблема кататонии получает новую интерпретацию в рамках нозологической парадигмы E. Kraepelin. В «Учебнике по психиатрии» [19] еще до окончательной концептуализации *dementia praecox* автор к выделенной им группе «процессов психического распада», которые быстро заканчиваются слабоумием, на основании проспективного катамнестического исследования 63 клинических наблюдений относит особо выраженные и длительно существующие проявления кататонии (преимущественно негативизм и манерность). В качестве одного из критериев диагностики *dementia praecox* в «Руководстве по психиатрии» [20] E. Kraepelin определяет «персистирующие двигательные феномены», соответствующие описанию K. Kahlbaum «*catatonía protracta*», которые обнаруживают рецидивирующее течение и крайне неблагоприятный прогноз. В подтверждение своей точки зрения о нозологической принадлежности обсуждаемых феноменов E. Kraepelin, обращаясь к клинической картине заболевания, акцентирует внимание на отдаленных этапах болезни, когда становятся заметны «неизгладимые» следы разрушительного процесса — «своеобразные черты, манера держаться, некоторые жесты и внутренние перемены».

Отдельного внимания заслуживают описания «расстройств выразительных движений» — так называемой «потери грации» («*Verlust der Grazie*»), которые также были отнесены E. Kraepelin к кататоническим явлениям у больных *dementia praecox*. Автор подчеркивает неуклюжесть, неестественность движений, их угловатость и «отрывистость» с оттенком вычурности, манерности и причудливости. Вслед за E. Kraepelin С.М. Жислин в труде «Конституция и моторика» [21] приводит подробное описание «потери грации» у больных шизофренией, подчеркивая наличие особой наследуемой моторной конституции пациентов, проявления которой нарастают по мере давности заболевания с «наслоением» классических кататонических феноменов.

Важно подчеркнуть, что E. Kraepelin исключил часть форм, сопоставимых с «*catatonía mitis*», из концепции раннего слабоумия на основании благоприятного прогноза и отнес их к проявлениям маниакально-депрессивного психоза (МДП). Так, в монографии «*Manic-depressive insanity and paranoia*» [22] при описании психопатологической структуры «простой меланхолии» автором отмечено безэмоциональное выражение лица, монотонность и однообразие высказываний больных, обнаруживающих полную безучастность к происходящему, утрату ими прежней энергии («пациент сидит весь день, ничего не деля, держа руки на коленях»).

Развернутую картину кататонии помимо раннего слабоумия E. Kraepelin описывал при «делириозной меланхолии», при которой наблюдаются маскообразность лица обследуемых, их недоступность вербальному контакту, элементы автоматической подчиняемости, сменяющиеся сопротивлением пассивным движениям,

вычурные позы и жесты, отказ от еды, перемежающиеся с резкими вспышками беспокойства и непродуктивного двигательного возбуждения. Кроме того, отдельные кататонические нарушения (за исключением негативизма, манерности и стереотипий), выявляемые вне очерченных психопатологических границ *dementia praecox* и МДП, в труде «*Dementia praecox and paraphrenia*» [23] исследователь рассматривает в клинической картине опухолей головного мозга, а также при прогрессивном параличе.

Несмотря на то что Е. Краепелин подчеркивал неправомерность установления диагноза раннего слабоумия, опираясь лишь на наличие отдельных кататонических феноменов, его воззрения подвергались критике со стороны современников. Так, В.П. Сербский, приверженец учения С.С. Корсакова, обращаясь к определению нозологической принадлежности кататонии, утверждал, что проявления последней неспецифичны для *dementia praecox*, вторичны по отношению к основным (базисным) симптомам и не определяют клиническую картину заболевания, а также могут встречаться помимо раннего слабоумия при самых различных болезненных формах, например при некоторых подвидах острой спутанности («*amentia*») и прогрессивном параличе. Такое обстоятельство, по мнению автора, свидетельствует в пользу отсутствия необходимости в выделении кататонической формы *dementia praecox* [24].

Основоположник учения о шизофрении Е. Bleuler [25] вслед за Е. Краепелин рассматривает доминирующие в клинической картине хронического заболевания наряду с другой продуктивной симптоматикой проявления кататонии как прогностически неблагоприятный прогрессивный вариант раннего слабоумия. Описание Е. Bleuler кататонии, сравнимой с ее «мягкими» формами, можно обнаружить при анализе клинических картин МДП, где, несмотря на отсутствие упоминания термина «кататония», автор рассматривает выраженную заторможенность как психических процессов, так и двигательных актов обследуемых. Примечательно, что, находясь под влиянием идей S. Freud, Е. Bleuler тяготел к психоаналитической трактовке феноменов кататонии и указывал на возможность возникновения нестойких субкататонических симптомов у пациентов в состоянии «озабоченности» или стресса.

Подводя итог материалам, составляющим исторический экскурс, следует отметить, что, хотя основоположники клинической психиатрии XX в. Е. Краепелин и Е. Bleuler не трактовали симптомы кататонии как облигатный признак шизофрении, вплоть до начала XXI в. в систематиках психических расстройств (МКБ-10, DSM-IV) кататонические нарушения рассматривались преимущественно в рамках эндогенно-процессуальной патологии.

Вместе с тем 70-е годы прошлого столетия стали отправной точкой возрождения интереса приверженцев полярного направления, ставящих под сомнение правомерность рассмотрения всех психопатологических

феноменов, сопоставимых с кататоническими, как содружественных шизофрении и становлению дефекта<sup>2</sup>.

Произошедший за последние десятилетия отказ от категориального подхода к классификации нарушений психической деятельности привел к пересмотру нозологической парадигмы кататонии. Современные клинико-диагностические систематики (в частности, DSM-5, проект ICD-11) трактуют кататонический симптомокомплекс не в качестве самостоятельной диагностической категории, но как уникальный независимый синдром с собственным кодом — «спецификатор» (уточняющий показатель) или отдельную дименсию («психомоторные симптомы»), который может являться составной частью различных клинических форм<sup>3</sup>. Так, в частности, в DSM-5 кататония, рассматриваемая как «вторичное состояние», относится к рубрикам «Кататония, связанная с психическими расстройствами» и «Кататония вследствие других медицинских состояний» и может быть диагностирована при наличии 3 из 12 психомоторных нарушений (ступор, каталепсия, восковая гибкость, мутизм, негативизм, застывание, манерность, стереотипии, возбуждение, гримасничанье, эхолалия, эхопраксия).

Современные авторы [4–7] определяют кататонию как транснозологическое образование — группу психомоторных симптомов, проявляющихся при многих отличных от шизофрении психических (БАР, аутизм, синдром Туретта), неврологических (эпилепсия, рассеянный склероз, болезнь Паркинсона), метаболических (болезнь Вильсона, порфирия и проч.), эндокринных (гипертиреозидизм, гиперкальциемия, болезнь Аддисона, болезнь Кушинга) и иммунологических (анти-NMDA-энцефалит, системная красная волчанка) заболеваниях.

Подавляющее большинство современных исследований проявлений кататонии при психических расстройствах посвящены изучению кататонических феноменов при аффективных заболеваниях, расстройствах аутистического спектра (РАС) и истерии, вследствие чего в настоящем обзоре мы остановимся на описании проявлений кататонии в клинической картине перечисленных нозологических форм.

### **Кататония в психопатологическом пространстве аффективных нарушений**

Интерес к изучению депрессивных и маниакальных состояний, сопровождающихся проявлениями кататонии, исследователи проявляли еще с начала XX в. [31–

<sup>2</sup> Так, J. Morrison одним из первых опубликовал ряд работ, в которых представлены наблюдения кататонической симптоматики в структуре аффективных заболеваний [26–28]. А. J. Gelenberg обнаружил проявления кататонии при неврологических заболеваниях, метаболических нарушениях и интоксикациях [29].

<sup>3</sup> Эволюция психиатрической мысли и современные взгляды на проблему кататонии отражены в монографии Е. Shorter, M. Fink «The Madness of Fear: A History of Catatonia» [30]. Согласно данным авторов, кататонию следует классифицировать как независимую психопатологическую единицу, выступающую в различных проявлениях: как классическая кататония Кальбаума, злокачественная кататония (в том числе злокачественный нейролептический синдром), делириозная мания, аутоагрессивное поведение при расстройствах аутистического спектра и проч.

34]. Такие психомоторные феномены, возникающие в рамках аффективных расстройств и обозначенные впоследствии термином «кататонический спектр» [35], традиционно рассматриваются авторами как симптомы, близкие к предложенной К. Kahlbaum дефиниции «мягкая» кататония.

В последние десятилетия отказ от трактовки проявлений кататонии исключительно в психопатологическом пространстве эндогенно-процессуальной патологии повлек за собой появление целого ряда публикаций [35–37], авторы которых полагают, что кататонические симптомокомплексы превалируют среди пациентов с аффективной патологией, в сравнении с больными шизофренией и расстройствами шизофренического спектра (РШС).

Вместе с тем традиционные воззрения на кататонические феномены как проявления «тяжелого» регистра психопатологических образований в совокупности с многочисленными указаниями на относительно неблагоприятный прогноз аффективного заболевания при присоединении явлений кататонии позволяют предполагать, что нозологической трактовке обсуждаемых клинических форм наиболее адекватно рассмотрение в границах РШС [38–40].

Представленные выше противоречия обусловлены прежде всего трудностями определения нозологической принадлежности кататонии. Дело в том, что со времен К. Kahlbaum психопатологические границы и клинические проявления «мягкой» кататонии не подвергались прицельному исследованию, потому не только нозологическая принадлежность, но и феноменологическая интерпретация обсуждаемых расстройств остается предметом оживленных дискуссий.

Так, подвергая анализу клинические особенности кататонических феноменов, сопутствующих аффективной патологии, многие исследователи [6, 41–44] обращают внимание на большую по сравнению с «чистыми» формами тяжесть собственно расстройств настроения, повышенное потребление ресурсов здравоохранения (высокая частота госпитализаций в психиатрические стационары) и низкое качество ремиссии с признаками социально-трудовой дезадаптации. Таким образом, наличие в клинической картине заболевания психопатологических феноменов кататонического спектра очевидно ассоциировано с менее благоприятным прогнозом и требует дифференциальной диагностики с эндогенно-процессуальной патологией.

Кроме того, по мнению ряда авторов [37, 43, 45–48], обсуждаемые противоречия в результатах исследований могут быть обусловлены различиями в используемых методах психометрической диагностики, дизайне исследований и возрастных особенностях клинической выборки.

Так, среди зарубежных авторов до сих пор не существует единого мнения относительно предпочтительного диагностического инструмента для верификации кататонических феноменов. К примеру, J. Cuevas-Esteban [37], исследовавший проявления кататонии у пожилых

людей, обнаружил, что при обследовании пациентов на основании критериев шкалы Bush–Francis Catatonia Rating Scale (BFCRS) (14-факторная скрининговая шкала, определяющая наличие или отсутствие кататонических явлений) [49] кататония наиболее часто выявляется у пациентов с гипотимией и психическими расстройствами, протекающими с помрачением сознания (в частности, делириозным). Однако при использовании критериев, предложенных М. Fink и М. Taylor [43]<sup>4</sup> или указанных в DSM-5, результаты оказались иными — наиболее часто кататония сопровождала маниакальный синдром и делирий.

Некоторые исследователи и вовсе не обнаруживают различий в клинической картине кататонических нарушений при шизофрении и аффективных расстройствах [46, 47, 50]. Результаты обследования больных с использованием шкалы BFCRS позволили S. Grover и соавт. [47] установить, что проявления кататонии при аффективной патологии, в структуре которой доминируют ступор, мутизм, замирания, негативизм, ригидность, возбуждение и стереотипии, идентична таковой при шизофрении.

Однако эти данные, если подойти к ним с позиций клинической реальности, вызывают сомнения, поскольку еще со времен Е. Краепелина известно, что двигательные расстройства, обозначаемые как кататония, при рассматриваемых нозологиях существенно отличаются.

Наиболее соответствующей традиционным взглядам представляется точка зрения авторов, обнаруживающих значимые отличия в клинической картине проявлений кататонии при разных заболеваниях. Одним из крупномасштабных исследований этого направления научного поиска является работа представителей Дрезденского университета Krüger и соавт. [42], обследовавших 1424 больных шизофренией, «чистой» манией, смешанной манией и депрессией с помощью созданной авторами психометрической шкалы кататонии (Catatonia Rating Scale) [51]. Согласно полученным результатам, среди клинических проявлений кататонии у больных шизофренией превалируют каталепсия, автоматическая подчиняемость, негативизм, манерность и аномальные моторные знаки, такие как гримасничество, вычурные движения и стереотипии. В свою очередь, пациенты с депрессией чаще демонстрируют признаки кататонической заторможенности в виде ступора, мутизма и ригидности, а для больных с маниакальным синдромом наиболее характерным является кататоническое возбуждение.

Особого внимания заслуживают современные исследования отечественных авторов, посвященные из-

<sup>4</sup> Диагностические критерии, предложенные М. Fink и М. Taylor, включают наличие обездвиженности, мутизма или ступора на протяжении не менее 1 ч, связанных с каталепсией, автоматической подчиняемостью или «застыванием», возникающих более чем дважды, или же наличие хотя бы одного из перечисленных симптомов чаще чем в двух случаях: стереотипии, эхофеномены, каталепсия, автоматическая подчиняемость, застывание, негативизм, сопротивление движению (gegenhalten) и амбигуэнтность.

учению психопатологических проявлений кататонии в рамках аффективных нарушений. Так, М.И. Болгов [52] в работе «Кататонические расстройства в структуре приступа эндогенной депрессии», обсуждая клиническую картину кататоно-депрессивных состояний, выделяет три гетерогенные группы пациентов в зависимости от доминирующих кататонических нарушений: 1) с гипокинетическим типом кататонии; 2) с явлениями нестойких гиперкинетических симптомов кататонии на фоне гипокинетических кататонических феноменов (дискретностью проявлений кататонии); 3) с парциальной дискинетической кататонией. В клинической картине первой группы больных кататонические расстройства развиваются на фоне уже установившейся картины преимущественно меланхолической депрессии с массивными идеями самообвинения. Кататоническая симптоматика в этих случаях отличается быстрым темпом нарастания, вплоть до кататонического ступора с преобладанием негативизма, явлений восковой гибкости, «застывания» мимической мускулатуры. Для больных с явлениями нестойких гиперкинетических симптомов кататонии на фоне гипокинетических кататонических феноменов характерны отсутствие аффективной насыщенности депрессивных переживаний с «мерцающим» характером гиперкинетических проявлений кататонии (двигательные стереотипии, гримасничания, эхо-феномены), нарушения мышления (шперрунги, амбивалентность, вербигерации). Парциальная дискинетическая кататония наблюдается на фоне повторного атипичного приступа апатической депрессии. Кататонические феномены флюктуируют в зависимости от тяжести аффективного состояния, характеризуются неразвернутостью и слабой выраженностью, обнаруживают тенденцию к сохранению в рудиментарном виде после разрешения приступа. Обращаясь к оценке прогноза собственных клинических наблюдений, автор во всех трех выделенных группах констатирует проявления «дефицитарных расстройств» при становлении ремиссии (при этом термин «шизофрения» не используется, в критериях включения отсутствуют РШС).

Резюмируя смысл рассмотренных выше дискуссионных вопросов современных исследований, можно заключить, что при описании всего многообразия кататонических явлений при аффективной патологии (преимущественно гипокинетических форм при депрессиях и гиперкинетических при маниакальных состояниях) авторы, подчеркивая тяжесть собственно расстройств настроения, низкое качество ремиссий с признаками социально-трудовой дезадаптации, находят целесообразным проведение дифференциальной диагностики обсуждаемых состояний с аффективными фазами в динамике шизофренического процесса.

#### **Клиника кататонических проявлений при расстройствах аутистического спектра (РАС)**

По данным современных авторов [53, 54], среди лиц подросткового возраста с диагностированными РАС от 12 до 17% обнаруживают феномены кататонии.

Наиболее часто кататонические явления возникают в среднем или позднем пубертатном периоде [53], однако некоторые исследователи упоминают о препубертатных дебютах кататонической симптоматики [55, 56]. Нередко кататонии при РАС коморбидны обсессивно-компульсивные расстройства [53, 56–60], синдром Туретта [61], синдром дефицита внимания с гиперактивностью [62, 63]. Кроме того, кататонические расстройства у детей с РАС ассоциированы с возникновением психопатологических феноменов психотического регистра, в частности галлюцинаторно-параноидной симптоматики [56].

По мнению зарубежных авторов, основной проблемой диагностики кататонии при РАС (так же как и при рассмотренной ранее аффективной патологии) является отсутствие общепризнанного для использования специализированного метода психометрической оценки. Подвергнув анализу многочисленные источники литературы, исследователи из Великобритании, J. Breen и D.J. Hare [64] разработали опросник аттенуированных нарушений поведения (Attenuated Behaviour Questionnaire, ABQ), по результатам которого выделили «стержневые» симптомы кататонии у лиц с РАС — эпизоды замирания, сложности в прекращении начатого действия и в начале двигательной активности, общую замедленность движений.

Однако, в отличие от исследований, основанных исключительно на применении диагностических шкал, при клинической оценке явлений кататонии у детей с РАС с использованием критериев, приведенных в DSM-5, директор американского Института Кеннеди Кригера (Kennedy Krieger Institute) Lee Elizabeth Wachtel обнаружила в качестве наиболее распространенных кататонических признаков возбуждение и стереотипии, в то время как «застывание», негативизм, мутизм, ступор и гримасничанье регистрировались гораздо реже [65]. Особого внимания при рассмотрении проблемы кататонии у детей с РАС, по мнению автора, заслуживают аутодеструктивные тенденции, выявленные у 20 из 22 обследованных больных (90,9%)<sup>5</sup>, которые рядом исследователей относятся к проявлениям кататонической стереотипии [65, 66]. Такое поведение, проявляющееся ударами, шлепками и расцарапыванием, может привести к повреждениям, требующим проведения срочного медицинского вмешательства. Так, L.E. Wachtel приводит случай 18-летней больной аутизмом, в клинической картине которого отмечаются замирания, ригидность, гримасничание, мутизм, ступор и негативизм. Помимо вышеописанных проявлений, у пациентки возникали внезапные вспышки аутоагрессии, приведшие к двусторонней травматической катаракте и двустороннему отслоению сетчатки.

Обращаясь к обсуждению факторов, провоцирующих возникновение и эскалацию кататонических

<sup>5</sup> Предоставленные автором статистические данные вызывают сомнения по причине немногочисленности клинической выборки, составившей 22 наблюдений, и ретроспективной модели исследования и требуют подтверждения на репрезентативной выборке.

явлений при РАС, исследователи отводят большую роль стрессовым воздействиям [6, 67–69]. А. Shah и L. Wing [68] утверждают, что психотравмирующие события (переживание утраты близких, конфликты с родителями, воспитателями или сверстниками) часто являются триггерами возникновения кататонической симптоматики. Рассматривая факторы эксацербации проявлений кататонии у больных аутизмом с последующим присоединением обсессивно-компульсивных симптомов, некоторые авторы выделяют нарушение рутинного порядка или невозможность выполнить двигательные ритуалы, что часто провоцирует возникновение возбуждения с усилением моторных кататонических проявлений [6, 68, 69].

Среди отечественных исследователей кататонии при РАС необходимо в первую очередь остановиться на работах В.М. Башиной. В монографии «Аутизм в детстве» [70] автор описывает клиническую картину кататонии при РАС, акцентируя внимание на полиморфной симптоматике у больных и преобладании «монотонного возбуждения» с импульсивностью, агрессией, бессвязностью речи, перемежающейся с эпизодами эхолалии. Следует отметить формирование по разрешению состояния изъёма в психическом и эмоциональном развитии, который, несмотря на различие возрастных групп обследуемых, соответствует картине дефекта при конечных состояниях по типу «монотонной активности и ригидности аффекта» [71] в виде отрешенности с монотонно-безрадостным настроением, сохранением однообразия в действиях и играх, быстрой стереотипизацией любой деятельности<sup>6, 7</sup>.

Н.В. Симашкова и Л.П. Якупова [72] в клиническом исследовании злокачественных форм атипичного аутизма (злокачественной детской шизофрении) при описании манифестных психозов вслед за развитием собственно аутистических расстройств, выступающих в качестве первичных негативных симптомов, выделяют стадии, определяющиеся кататоническими проявлениями с преобладанием двигательного возбуждения, импульсивности, негативизма. В таких случаях по мере редукции психотической симптоматики формируется олигофреноподобный дефект [75], постепенно перекрывающий как «эмоциональный дефицит» (Galderisi S., 2019), так и явления аутизации. Кроме того, по миновании приступа наблюдается сохранение

гиперактивности с импульсивностью, а также невротизоподобные расстройства в виде навязчивостей.

Таким образом, по данным современной литературы, можно заключить, что среди проявлений кататонии при РАС преобладают симптомы двигательного возбуждения. При этом отечественные авторы преимущественно рассматривают кататонические нарушения при РАС в рамках манифестных психозов с формированием стойких дефицитарных расстройств при становлении ремиссии.

#### **Кататонический симптомокомплекс при истерических расстройствах**

Еще Жан-Мартен Шарко (1825–1893) и Жозеф Бабинский (1857–1932), выдающиеся французские неврологи своего времени, ведущую роль в возникновении таких транзиторных проявлений кататонии, как катаlepsия и мутизм, отводили внушению и убеждению.

Приоритет в клиническом описании кататонических феноменов, сосуществующих с истерическими расстройствами, принадлежит М. Urstein. Автор монографии «Кататония под видом истерии и психопатии» («Katatonie unter dem Bilde der Hysterie und Psychopathie») [76] приводит 18 наблюдений больных кататонической шизофренией, ранние проявления болезни у которых были представлены психопатическими симптомами и особенно истерическими реакциями, сопровождающимися двигательными расстройствами, которые впоследствии трансформировались в отчетливые явления кататонии.

Интерес к проблеме коморбидности симптоматики кататонического спектра и конверсионно-диссоциативных (истерических) нарушений в последние десятилетия получил новое развитие в работах авторов, придерживающихся транснозологического подхода [77–83], которые для описания обсуждаемых психопатологических феноменов, сосуществующих в клинической картине заболевания, предлагают термин «истерическая кататония»<sup>8</sup>.

Примечательно, что, несмотря на выявление «классических» симптомов кататонии (негативизм, катаlepsия, мутизм и проч.), авторы квалифицируют наблюдаемые клинические формы в нозологических границах диссоциативных расстройств. Среди аргументов, обосновывающих правомерность выделения обсуждаемой диагностической категории («истерока-татонии»), исследователи приводят особую структуру преморбидного склада пациентов, соответствующую истерическому РЛ, наличие в клинической картине явлений диссоциативной амнезии, черт прекрасного равнодушия («la belle indifference»), непосредственной связи возникновения с психотравмирующей ситуацией, нестойкость и быструю сменяемость кататонических и истерических симптомов.

<sup>6</sup> Описанию дискинетических ремиссий посвящена работа Н.А. Ильиной и Н.В. Захаровой [73], в которой авторы отмечают общие характерологические свойства больных после перенесенных приступов шизофрении с кататоническими расстройствами в виде стремления пациентов к труду с так называемой «радостной усидчивостью» (Kahlbaum K., 1874), ригидностью, однонаправленностью интересов и эмоциональной притупленностью. Авторы подчеркивают, что сформировавшаяся тугоподвижность и монотонность психических процессов, является «частью структуры дефекта».

<sup>7</sup> А.Б. Смулевич [74] для определения обсуждаемых расстройств использует термин «кататоническая личность», предложенный Р.А. Наджаровым (1972), относя постприступные изменения к проявлениям навязчивых психопатий, при которых в клинической картине на первый план выступают признаки дискинетопатии — перманентные расстройства моторики, распространяющиеся на все сферы деятельности больных.

<sup>8</sup> Jagadeeshan и соавт. [82] сообщили о двух случаях обсессивно-компульсивного расстройства с признаками кататонии, из которых у одного пациента обнаруживались диссоциативные симптомы. В работе Girish и соавт. [83] утверждается, что расстройства диссоциативного спектра могут провоцировать возникновение кататонии.

Актуальным направлением научного поиска среди исследователей, изучающих коморбидность кататонии и истерии, является разработка методов дифференциальной диагностики эндогенного кататонического синдрома от кататоноформных состояний диссоциативного генеза. Так, В.В. Чугунов и соавт. в работе, посвященной разграничению психомоторных и поведенческих расстройств кататонического и диссоциативного спектров, обследовали 135 пациентов, разделенных на две группы (32 набл. с кататоническим синдромом «эндогенного» генеза и 103 набл. с сопоставимыми нарушениями в структуре диссоциативных расстройств) [84]. Авторы, указывая на родство рассматриваемых психопатологических феноменов и придерживаясь мнения, что коэкзистенция «кататономимикрических» и диссоциативных феноменов наблюдается исключительно при истерошизофрении, проводят сепарацию валидных признаков, позволяющих вынести диагностическое заключение о принадлежности их к разным категориям. Сопоставимые результаты получены Д.Н. Сафоновым в работе «Особенности психомоторных и поведенческих нарушений при кататоноформных состояниях диссоциативного и нейролептического генеза» [85], в которой автор на выборке 158 пациентов выполнил сравнительное описание кататонического синдрома эндогенного генеза (кататоническая форма шизофрении по МКБ-10) и кататоноформных состояний диссоциативной и нейролептической природы.

Подводя итог рассмотрению проблемы коморбидности кататонических нарушений и истерических расстройств, сосуществующих в клинической картине заболевания, необходимо отметить не только патогномичные особенности «истерокататонии», но и очевидную сложность дифференциальной диагностики с эндогенно-процессуальной патологией.

Завершая обзор литературы, следует подчеркнуть, что проблема нозологической принадлежности, коморбидности и клинического разнообразия кататонических проявлений заслуживает дальнейшего, более детального изучения.

## ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

- Lee J, Schwartz D, Hallmayer J. Catatonia in a Psychiatric Intensive Care Facility: Incidence and Response to Benzodiazepines. *Annals of Clinical Psychiatry*. 2000;12(2):89–96. DOI:10.3109/10401230009147094
- Taylor M, Fink M. Catatonia in Psychiatric Classification: A Home of Its Own. *American Journal of Psychiatry*. 2003;160(7):1233–1241. DOI:10.1176/appi.ajp.160.7.1233
- Grover S, Chakrabarti S, Avasthi A, Kumar S, Dutt A. Phenomenology and treatment of Catatonia: A descriptive study from north India. *Indian J. Psychiatry*. 2011;53(1):36. DOI:10.4103/0019-5545.75559
- Fink M. Catatonia: A Syndrome Appears, Disappears, and is Rediscovered. *Can. J. Psychiatry* 2009; 54(7):437–445. DOI:10.1177/070674370905400704
- Poyraz B, Aksoy Poyraz C, Yassa A, Arikan M, Gündüz A, Kiziltan G. Recurrent Catatonia in Parkinson Disease. *J. Clin. Psychopharmacol*. 2016;36(1):104–106. DOI:10.1097/jcp.0000000000000443
- Benarous X, Raffin M, Ferrafiat V, Consoli A, Cohen D. Catatonia in children and adolescents: New perspectives. *Schizophrenia Research*. 2018;200:56–67. DOI:10.1016/j.schres.2017.07.028 DOI:10.1097/jcp.0000000000000443
- Dhossche D. Catatonia in Autism Spectrum Disorders: Diagnosis, Therapy and Clinical Science. *J. Autism Dev. Disord*. 2019;17(1):24–35. DOI:10.17759/autdd.2019170104
- Peralta V, Fañanás L, Martín-Reyes M, Cuesta M. Dissecting the catatonia phenotype in psychotic and mood disorders on the basis of familial-genetic factors. *Schizophrenia Research*. 2018;200(3):20–25. DOI: 10.1016/j.schres.2017.09.013
- Tandon R, Heckers S, Bustillo J et al. Catatonia in DSM-5. *Schizophrenia Research*. 2013;150(1):26–30. DOI:10.1016/j.schres.2013.04.034
- Luchini F, Bartolommei N, Benvenuti M, Mauri M, Lattanzi L Catatonia from the first descriptions to DSM 5. *Psychopathology*. 2015;21:145–151.
- Gazdag G, Takács R, Ungvari G. Catatonia as a putative nosological entity: A historical sketch. *World J. Psychiatr*. 2017;7(3):177–183. DOI:10.5498/wjp.v7.i3.177
- Kahlbaum K. Catatonia. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1973.
- Baillarger JG. De l'état designe chez les alienes sous le nom de stupidite. *Ann. Med. Psychol*. 1843;1:76–256.
- Guislain J. Leçons Orales Sur Les Phrénopathies, Ou, Traité Théorique Et Pratique Des Maladies Mentales. Gand: L. Hebbelynck. Paris, J.B. Baillièrè. Bonn, A. Marcus, 1852.
- Krafft-Ebing R. Die Melancholie, Eine Klinische Studie (1874). Kessinger Publishing, LLC, 2010.
- Корсаков СС. Курс психиатрии, т. 2. Издательство: Типо-литография В. Рихтер, 1901. Korsakov SS. Kurs psihiatrii, t. 2. Izdatel'stvo: Tipolitografija V. Rihter, 1901. (In Russ.).
- Wernicke Carl. Grundriß Der Psychiatrie In Klinischen Vorlesungen Leipzig: Thieme, 1896.
- Leonhard, Karl. The Classification of Endogenous Psychoses. Irvington, 1979.
- Kraepelin, Emil. Psychiatrie. Ambr. Abel, 1893.
- Kraepelin Emil. Psychiatrie: Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte. 6 Aufl. Leipzig: IA. Barth, 1899.
- Жислин СГ. Конституция и моторика. В кн.: Труды психиатрической клиники. 1928;3:245–263 Zhislin SG. Konstitucija i motorika. V kn: Trudy psihiatricheskoj kliniki. 1928;3:245–263. (In Russ.).
- Kraepelin E. Manic–Depressive Insanity and Paranoia. Translated By R. Mary Barelay. From The Eighth German Edition Of The "Text-Book Of Psychiatry". Edited By George M. Robertson. Edinburgh, 1921.

23. Kraepelin E, Robertson G. *Dementia praecox and paraphrenia*. Edinburgh: E. & S. Livingstone, 1919.
24. Сербский ВП. Формы психического расстройства, описываемые под именем кататонии. М., 1890. Serbskij VP Formy psihicheskogo rasstrojstva, opisuyemye pod imenem katononii. M., 1890. (In Russ.).
25. Bleuler E. *Dementia Praecox oder Gruppe der Schizophrenien*. Leipzig, Germany: Deuticke, 1911.
26. Morrison J. Catatonia. *Arch. Gen. Psych.* 1973;28(1):39. DOI:10.1001/archpsyc.1973.01750310023005
27. Morrison J. Catatonia: Prediction of outcome. *Comprehensive Psychiatry.* 1974;15(4):317–324. DOI:10.1016/0010-440x(74)90053-4
28. Morrison J. Catatonia: Diagnosis and Management. *Psychiatr Serv.* 1975;26(2):91–94. DOI:10.1176/ps.26.2.91
29. Gelenberg A. The catatonic syndrome. *The Lancet.* 1976;307(7973):1339–1341. DOI:10.1016/s0140-6736(76)92669-6
30. Shorter E, Fink M. *The Madness of Fear*. New York, NY: Oxford University Press, 2018.
31. Wilmanns KV. Zur Differentialdiagnostik der "funktionellen" Psychosen, *Nervenheilkunde und Psychiatrie.* 1907;30:569–588.
32. Kirby G. The catatonic syndrome and its relation to manic-depressive insanity. *The Journal of Nervous and Mental Disease.* 1913;40(11):694–704. DOI:10.1097/00005053-191311000-00002
33. Lange J. *Katatonische Erscheinungen im Rahmen manischdepressiver Erkrankungen*, Springer-Verlag. Berlin Heidelberg GmbH, 1922.
34. Bonner C, Kent G. Overlapping symptoms in catatonic excitement and manic excitement. *Am. J. Psychiatry.* 1936;92(6):1311–1322. DOI:10.1176/ajp.92.6.1311
35. Taylor M, Fink M. Catatonia in Psychiatric Classification: A Home of Its Own. *Am. J. Psychiatry.* 2003;160(7):1233–1241. DOI:10.1176/appi.ajp.160.7.1233
36. Fink M, Shorter E, Taylor M. Catatonia is not Schizophrenia: Kraepelin's Error and the Need to Recognize Catatonia as an Independent Syndrome in Medical Nomenclature. *Schizophr. Bull.* 2009;36(2):314–320. DOI:10.1093/schbul/sbp059
37. Cuevas-Esteban J, Iglesias-González M, Rubio-Valera M, Serra-Mestres J, Serrano-Blanco A, Baladon L. Prevalence and characteristics of catatonia on admission to an acute geriatric psychiatry ward. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry.* 2017;78:27–33. DOI:10.1016/j.pnpbp.2017.05.013
38. Grover S, Chakrabarti S, Avasthi A, Kumar S, Dutt A. Phenomenology and treatment of Catatonia: A descriptive study from north India. *Indian J. Psychiatry.* 2011;53(1):36. DOI:10.4103/0019-5545.75559
39. Bartolommei N, Callari A, Lattanzi L, Cosentino L. Catatonia: a critical review and therapeutic recommendations. *Psychopathology.* 2012;18:234–246.
40. Ramdurg S, Singh V, Desai N, Kumar S, Kumar M, Kumar D. Catatonia: Etiopathological diagnoses and treatment response in a tertiary care setting: A clinical study. *Ind Psychiatry J.* 2013;22(1):32. DOI:10.4103/0972-6748.123612
41. Pommepuy N, Januel D. Catatonia: resurgence of a concept. A review of the international literature. *Encéphale.* 2002;28(6):481–92.
42. Krüger S, Bagby R, Höffler J, Bräunig P. Factor analysis of the catatonia rating scale and catatonic symptom distribution across four diagnostic groups. *Comprehensive Psychiatry.* 2003;44(6):472–482. DOI:10.1016/s0010-440x(03)00108-1
43. Taylor M, Fink M. Catatonia in Psychiatric Classification: A Home of Its Own. *Am. J. Psychiatry.* 2003;160(7):1233–1241. DOI:10.1176/appi.ajp.160.7.1233
44. Rosebush P, Mazurek M. Catatonia and Its Treatment. *Schizophrenia Bulletin.* 2009;36(2):239–242. DOI:10.1093/schbul/sbp141
45. Chalasani P, Healy D, Morriss R. Presentation and frequency of catatonia in new admissions to two acute psychiatric admission units in India and Wales. *Psychological Medicine.* 2005;35(11):1667–1675. DOI:10.1017/s0033291705005453
46. Stuiwenga M, Morrens M. Prevalence of the Catatonic Syndrome in an Acute Inpatient Sample. *Front Psychiatry.* 2014;174(5). DOI:10.3389/fpsyt.2014.00174
47. 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 Research.* 2015;229(3):919–925. DOI:10.1016/j.psychres.2015.07.020
48. Sarkar S, Sakey S, Mathan K, Bharadwaj B, Kattimani S, Rajkumar R. Assessing catatonia using four different instruments: Inter-rater reliability and prevalence in inpatient clinical population. *As J. of Psychiatry.* 2016;23(10):27–31. DOI:10.1016/j.ajp.2016.07.003
49. 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
50. Peralta V, Cuesta M. Motor features in psychotic disorders. II. *Schizophrenia Research.* 2001;47(2–3):117–126. DOI:10.1016/s0920-9964(00)00035-9
51. Bräunig P, Krüger S, Shugar G, Höffler 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
52. Болгов МИ. Кататонические расстройства в структуре приступа эндогенной депрессии. *Психиатрия.* 2015;68(04):32–36. Bolgov MI. Catatonic disorders in the structure of endogenous depression *Psychiatry.* 2015;68(04):32–36. (In Russ.).
53. Wing L, Shah A. Catatonia in autistic spectrum disorders. *B.J. Psych.* 2000;176(4):357–362. DOI:10.1192/bjp.176.4.357

54. Billstedt E, Gillberg C, Gillberg C. Autism after Adolescence: Population-based 13- to 22-year Follow-up Study of 120 Individuals with Autism Diagnosed in Childhood. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2005;35(3):351–360. DOI:10.1007/s10803-005-3302-5
55. Wachtel L, Kahng S, Dhossche D, Cascella N, Reti I. ECT for Catatonia in an Autistic Girl. *Am. J. Psychiatr.* 2008;165(3):329–333. DOI:10.1176/appi.ajp.2007.07081246
56. Dhossche D, Wachtel L, Goetz M, Sienaert P. Catatonia in Psychiatric Illnesses. The Medical Basis of Psychiatry: Fourth Edition. Springer New York. 2016;517–535. DOI:10.1007/978-1-4939-2528-5\_27
57. Bhatia M. Compulsive spitting — a culture bound symptom. *Indian journal of medical sciences*. 2000;54(4):145–148
58. Белова НА, Колюцкая ЕВ. Феномен «морально-й мизофобии» в клинике шизофрении. *Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. 2012;112(6):13–17.  
Belova NA, Kolutsкая EV. «Moral mysophobia» phenomenon in schizophrenia. *Zhurnal neurologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2012;112(6):13–17. (In Russ.).
59. Ganos C, Kassavetis P, Cerdan M et al. Revisiting the Syndrome of “Obsessional Slowness”. *MDCP*. 2015;2(2):163–169. DOI:10.1002/mdc3.12140
60. Maikandaan C, Anand N, Math S, Reddy Y. Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder in a Mentally Challenged Adult. *The Primary Care Companion to The Journal of Clinical Psychiatry*. 2009;11(3):126–127. DOI:10.4088/pcc.08l00650
61. Realmuto G, Main B. Coincidence of Tourette’s disorder and infantile autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 1982;12(4):367–372. DOI:10.1007/bf01538324
62. Gillberg C. The Emanuel Miller Memorial Lecture 1991. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 1992;33(5):813–842. DOI:10.1111/j.1469-7610.1992.tb01959.x
63. Wing L. Autistic spectrum disorders. *BMJ*. 1996;312(7027):327–328. DOI:10.1136/bmj.312.7027.327
64. Breen J, Hare D. The nature and prevalence of catatonic symptoms in young people with autism. *Journal of Intellectual Disability Research*. 2017;61(6):580–593. DOI:10.1111/jir.12362
65. Wachtel L. The multiple faces of catatonia in autism spectrum disorders: descriptive clinical experience of 22 patients over 12 years. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2018;28(4):471–480. DOI:10.1007/s00787-018-1210-4
66. Wachtel L, Dhossche D. Self-injury in autism as an alternate sign of catatonia: Implications for electroconvulsive therapy. *Medical Hypotheses*. 2010;75(1):111–114. DOI:10.1016/j.mehy.2010.02.001
67. Gallup GG, Maser JD. W H Freeman. Times Books. Henry Holt & Co. In J. D. Maser & M. E. P. Seligman (Eds.). A series of books in psychology. *Psychopathology: Experimental models*. 1977;334–357.
68. Shah A, Wing L. Psychological Approaches to Chronic Catatonia-like Deterioration in Autism Spectrum Disorders. *Int. Rev. Neurobiol.* 2006;72(2):245–264. DOI:10.1016/s0074-7742(05)72015-8
69. DeJong H, Bunton P, Hare D. A Systematic Review of Interventions Used to Treat Catatonic Symptoms in People with Autistic Spectrum Disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2014;44(9):2127–2136. DOI:10.1007/s10803-014-2085-y
70. Башина ВМ. Аутизм в детстве: Издательство Медицина, 1999.  
Bashina VM. Autizm v detstve: Izdatel’stvo Medicina, 1999. (In Russ.).
71. Мелехов ДЕ. Клинические основы прогноза трудоспособности при шизофрении. М.: Госиздат медлит, 1963.  
Melekhov DE. Klinicheskie osnovy prognoza trudosposobnosti pri shizofrenii. M.: Gosizdat medlit, 1963. (In Russ.).
72. Детский аутизм: исследования и практика, под ред. Касаткина ВН. Издательство Центр психолого-медико-социального сопровождения детей и подростков, 2008;94–124.  
Detskij autizm: issledovaniya i praktika, pod red. Kasatkina VN. Izdatel’stvo Centr psihologo-mediko-social’nogo soprovozhdeniya detej i podrostkov. 2008;94–124. (In Russ.).
73. Ильина НА, Захарова НВ. Длительные ремиссии дискинетического типа при приступообразной шизофрении. *Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. 2010;110(12):17–23  
Il’ina NA, Zaharova NV. Long-term dyskinetic remissions in shift-like schizophrenia. *Zhurnal neurologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2010;110(12):17–23. (In Russ.).
74. 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 neurologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2011;111(1):8–15. (In Russ.).
75. Симсон ТП. Шизофрения раннего детского возраста. Издательство академии медицинских наук СССР. 1948.  
Simson TP. Shizofreniya rannego detskogo vozrasta. Izdatel’stvo akademii medicinskih nauk SSSR. 1948. (In Russ.).
76. Urstein M. Katatonie unter dem Bilde der Hysterie und Psychopathie. Basel, Karger, 1922.
77. Wiener P. A Case of Conversion Catatonia Misdiagnosed for 24 Years. *Jefferson Journal of Psychiatry*. 1990;8(1). DOI:10.29046/jjp.008.1.005
78. Dabholkar P. Use of ECT in Hysterical Catatonia. *B. J. Psyc.* 1988;153(2):246–247. DOI:10.1192/bjp.153.2.246

79. Spence S, Crimlisk H, Cope H, Ron M, Grasby P. Discrete neurophysiological correlates in prefrontal cortex during hysterical and feigned disorder of movement. *The Lancet*. 2000;355(9211):1243–1244. DOI:10.1016/S0140-6736(00)02096-1
80. Broome M. A neuroscience of hysteria? *Curr Opin. Psychiatr*. 2004;17(6):465–469. DOI:10.1097/00001504-200411000-00008
81. Sarkar P, Patra B, Sattar FA, Chatterjee K, Gupta A, Walia TS. Dissociative Disorder Presenting as Catatonia *Ind. J. Psychiatry*. 2004;46(2):176–179.
82. Jagadeeshan K, Nizamie SH, and Thakur A. Catatonia in Obsessive Compulsive Disorder. *Ind. J. Psychiatry*. 2002;44(2):179–182.
83. Girish K, Neeraj SG. Electroconvulsive therapy in Lorazepam non-responsive catatonia. *Ind. J. Psychiatry*. 2003;45(1):21–25.
84. Чугунов ВВ, Линский ИВ, Сафонов ДН, Городокин АД. Критерии и клинический инструментарий дифференциальной диагностики эндогенной кататонии и расстройств диссоциативного спектра. («Шкала различения эндогенной кататонии», шаг 2). *Психиатрия, психотерапия и клиническая психология*. 2016;7(3):337–352.
85. Сафонов ДН. Особенности психомоторных и поведенческих нарушений при кататоническом состоянии диссоциативного и нейролептического генеза. *Медицина психология*. 2018;13(3):67–71.
- Chugunov VV, Linskiy IV, Safonov DN, Gorodokin AD. Criteria and clinical differentiation tools of endogenous catatonia and disorders of dissociative spectrum ("Endogenous catatonia differentiation scale", step 2). *Psichiatrija, psihoterapija i kliničeskaja psihologija*. 2016;7(3):337–352. (In Russ.).
- Safonov DN. Features of psychomotor and behavioral disorders in catatoniform states of dissociative and neuroleptic origin. *Medichna psihologija*. 2018;13(3):67–71. (In Russ.).

**Информация об авторе**

Борисова Полина Олеговна, клинический ординатор, ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия, ORCID 0000-0002-6563-9169  
E-mail: bori.pauline@gmail.com

**Information about the author**

Polina O. Borisova, Clinical Resident, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation (Sechenov University), Moscow, Russia, ORCID 0000-0002-6563-9169  
E-mail: bori.pauline@gmail.com

**Автор для корреспонденции/Corresponding author**

Борисова Полина Олеговна/Polina O. Borisova  
E-mail: bori.pauline@gmail.com

Дата поступления 14.01.2020  
Received 14.01.2020

Дата рецензии 11.03.2020  
Revised 11.03.2020

Дата принятия 29.05.2020  
Accepted for publication 29.05.2020