

Международный
научно-практический
журнал

ПСИХИАТРИЯ ПСИХОТЕРАПИЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

2016, том 7, № 3

Psychiatry psychotherapy and clinical psychology

International scientific journal

2016, volume 7, number 3

«Живопись и скульптура»,
1774–1778 гг.
Автор – Жан-Пьер-Антуан Тассар.
Национальная галерея
искусств, Вашингтон



ISSN 2020-1122 (print)
ISSN 2414-2212 (online)

 ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ
ИЗДАНИЯ

Международный
научно-практический
журнал

ПСИХИАТРИЯ ПСИХОТЕРАПИЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

www.recipe.by

2016, том 7, № 3

Беларусь

Учредители:
ОО «Белорусская психиатрическая ассоциация»,
ОО «Белорусская ассоциация психотерапевтов»,
УП «Профессиональные издания»

Журнал зарегистрирован
Министерством информации
Республики Беларусь.
Свидетельство № 610 от 19.10.2010

Адрес редакции:
220049, ул. Кнорина, 17,
г. Минск, Республика Беларусь
Тел.: (017) 322-16-59, 322-16-76,
322-16-77, 322-16-78
e-mail: psihea@recipe.by

Директор Евтушенко Л.А.
Заместитель главного редактора
Глушук В.А.
**Руководитель службы рекламы
и маркетинга** Коваль М.А.
Технический редактор Каулькин С.В.

Украина

Учредитель:
УП «Профессиональные издания»

Журнал зарегистрирован
Государственной регистрационной
службой Украины 5 октября 2011 г.
Свидетельство КВ № 18182-6982Р

Офис в Украине:
ООО «Издательский дом
«Профессиональные издания»

Директор Ильина В.А.
Контакты: тел.: +38 (067) 363 65 05,
(095) 091 24 50;
e-mail: profidom@ukr.net

Россия

Учредители:
ООО «Вилин»
При содействии ФГБУ «Федеральный
медицинский исследовательский центр
психиатрии и наркологии» Министерства
здравоохранения Российской Федерации

Журнал зарегистрирован
Федеральной службой по надзору в сфере
связи, информационных технологий
и массовых коммуникаций
Свидетельство
ПИ №ФС77-64063 от 18.12.2015 г.

Офис в России:
ООО «Вилин» (Россия)
Тел.: +7 920 301 00 19
e-mail: volkov@para-la-oro.com

Подписка

в каталоге РУП «Белпочта» (Беларусь) индивидуальный индекс 01078; ведомственный индекс 010782

В Украине подписка оформляется через офис ООО «Издательский дом «Профессиональные издания».
В России подписка оформляется через офис ООО «Вилин».

В электронных каталогах «Газеты и журналы» на сайтах агентств:
ООО «Информнаука» (Российская Федерация), ЗАО «МК-Периодика» (Российская Федерация), ГП «Пресса» (Украина), ГП «Пошта Молдовей» (Молдова), АО «Летувос паштас» (Литва), ООО «Подписное агентство PKS» (Латвия), Фирма «INDEX» (Болгария), Kubon&Sagner (Германия), индекс 01078

Электронная версия журнала доступна в Научной электронной библиотеке eLIBRARY.RU,
в базе данных East View, в электронной библиотечной системе IPRbooks

По вопросам приобретения журнала обращайтесь в редакцию в г. Минск и представительство издательства в г. Киеве.

Журнал выходит 1 раз в 3 месяца.
Цена свободная.

Подписано в печать: 05.09.2016
Тираж 700 экз. (Беларусь)
Тираж 1 500 экз. (Украина)
Тираж 3 500 экз. (Россия)

Заказ №0609
Формат 70х100 1/16. Печать офсетная

Отпечатано в типографии
ФЛП Нестерова Л.О. тел. +3 8068 22 62 444

© «Психиатрия, психотерапия и клиническая психология»
Авторские права защищены. Любое воспроизведение материалов издания возможно только с письменного разрешения редакции с обязательной ссылкой на источник.
© УП «Профессиональные издания», 2016
© Оформление и дизайн УП «Профессиональные издания», 2016

лептичні
епілепсії

аналізована
з простою
тсією

ідповідно

SAUNA VPA 16 07 0378

не га аліментарні

призначати
впливляти із
впливом психус
наслідок невпевненість

ANOPI

Беларусь

Главный редактор
Евсегнеев Р.А.

Редакционный совет:
Айзберг О.Р. (Минск)
Александров А.А. (Минск)
Ассанович М.А. (Гродно)
Байкова И.А. (Минск)
Докукина Т.В. (Минск)
Доморацкий В.А. (Минск)
Игумнов С.А. (Минск)
Карпюк В.А. (Гродно)
Кирпиченко А.А. (Витебск)
Копытов А.В. (Минск)
Королева Е.Г. (Гродно)
Ласый Е.В. (Минск)
Лисковский О.В. (Минск)
Остянко Ю.И. (Минск)
Пятницкая И.В. (Минск)
Сквира И.М. (Гомель)
Скугаревская Е.И. (Минск)
Скугаревская М.М. (Минск)
Скугаревский О.А. (Минск)
Смычек В.Б. (Минск)
Старцев А.И. (Минск)
Шилова О.В. (Гомель)

Украина

Главный редактор
Мишиев В.Д.

Научный редактор
Гриневиц Е.Г.

Редакционный совет:
Барановская Л.М. (Киев)
Волошук А.Е. (Одесса)
Дзержинская Н.А. (Киев)
Зильберблат Г.М. (Киев)
Зинченко Е.Н. (Киев)
Кожина А.М. (Харьков)
Линский И.В. (Харьков)
Марута Н.А. (Харьков)
Минко А.И. (Харьков)
Михайлов Б.В. (Харьков)
Овчаренко Н.А. (Луганск)
Пилягина Г.Я. (Киев)
Ревенко А.А. (Киев)
Сосин И.К. (Харьков)
Спирина И.Д. (Днепропетровск)
Сыропятов О.Г. (Киев)
Шестопалова Л.Ф. (Харьков)
Юрьева Л.Н. (Днепропетровск)

Россия

Главный редактор
Краснов В.Н.

Редакционный совет:
Александровский Ю.А. (Москва)
Бобров А.Е. (Москва)
Бохан Н.А. (Томск)
Вельтишев Д.Ю. (Москва)
Григорьева Е.А. (Ярославль)
Говорин Н.В. (Чита)
Егоров А.Ю. (Санкт-Петербург)
Иванец Н.Н. (Москва)
Калинин В.В. (Москва)
Кулыгина М.А. (Москва)
Морозов П.В. (Москва)
Мосолов С.Н. (Москва)
Незнамов Н.Г. (Санкт-Петербург)
Немцов А.В. (Москва)
Николаев А.Л. (Чебоксары)
Петрова Н.Н. (Санкт-Петербург)
Пивень Б.Н. (Барнаул)
Решетников М.М. (Санкт-Петербург)
Савенко Ю.С. (Москва)
Северный А.А. (Москва)
Холмогорова А.Б. (Москва)
Шамрей В.К. (Санкт-Петербург)
Шевченко Ю.С. (Москва)
Ястребов В.С. (Москва)

www.recipe.by

Belarus

Founder:
UE «Professional Editions»,
«Belarusian Psychiatric Association»,
«The Belarusian Association of Psycho-
therapists»

The journal is registered
in the Ministry of information
of the Republic of Belarus
Registration certificate № 610 19.10.2010

Address of the editorial office:
220049, Minsk, Knorin str., 17,
Republic of Belarus
phone: (017) 322-16-59, 322-16-76,
322-16-77, 322-16-78
e-mail: psihea@recipe.by

Director Evtushenko L.
Deputy editor-in-chief Glushuk V.
Head of advertising and marketing
Koval M.
Technical editor Kaulkin S.

Subscription:
in the Republican unitary enterprise «Belpos»

In Ukraine the subscription is made out thro
In Russian the subscription is made out thro

In the electronic catalogs «Newspapers and
LLC «Interpochta-2003» (Russian Federation
SE «Poshta Moldovey» (Moldova); JSC «Letu
Kubon&Sagner (Germany) index 01078

The electronic version of the journal is availa
in the East View database, in the electronic li

Concerning acquisition of the journal addr:

The frequency of journal is 1 time in 3 mont
The price is not fixed.

Sent for the press 05.09.2016.
Circulation is 700 copies (Belarusian).
Circulation is 1 500 copies (Ukraine).
Circulation is 3 500 copies (Russian).

Order №0609
Format 70x100 1/16. Litho

Printed in printing house
Nesterova L.O. tel. +3 8068 22 62 444

© «Psychiatry, psychotherapy and clinical psychology
Copyright is protected. Any reproduction of materia
© «Professional Editions» Unitary Enterprise, 2016
© Design and decor of «Professional Editions» Unitary

Рецензируемое издание

С июля 2016 года журнал включен в международную базу Scopus.

Входит в Перечень научных изданий Республики Беларусь для опубликования результатов диссертационных исследований (решение коллегии ВАК от 12.06.2009, протокол № 11/6).

Научные статьи, опубликованные в журнале, для украинских соискателей ученых степеней на основании приказа МОНмолодьспорта Украины от 17.10.2012 № 1112 приравниваются к зарубежным публикациям.

Ответственность за точность приведенных фактов, цитат, собственных имен и прочих сведений, а также за разглашение закрытой информации несут авторы.

Редакция может публиковать статьи в порядке обсуждения, не разделяя точки зрения автора.

УДК 616.89-008.43+616.89-008.46/.]-07

Чугунов В.В.¹, Линский И.В.², Сафонов Д.Н.¹, Городокин А.Д.¹

¹ Запорожский государственный медицинский университет, Запорожье, Украина

² Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины, Харьков, Украина

Chugunov V.¹, Linskiy I.², Safonov D.¹, Gorodokin A.¹

¹ Zaporozhye State Medical University, Zaporozhye, Ukraine

² Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of NAMS of Ukraine, Kharkiv, Ukraine

Критерии и клинический инструментарий дифференциальной диагностики эндогенной кататонии и расстройств диссоциативного спектра («Шкала различения эндогенной кататонии», шаг 2)

Criteria and clinical differentiation tools of endogenous catatonia and disorders of dissociative spectrum ("Endogenous catatonia differentiation scale", step 2)

Резюме

С целью расширения протокола дифференциальной диагностики эндогенной кататонии путем разработки шкалы дифференциальной диагностики психомоторных и поведенческих нарушений кататонического и диссоциативного спектров было проведено исследование на контингентах, представленных 135 пациентами Запорожской областной клинической психиатрической больницы, с формированием 2 групп: 32 пациента с кататоническим синдромом эндогенного генеза и 103 пациента с психомоторными и поведенческими нарушениями в структуре диссоциативных расстройств.

Проведена клиничко-теоретическая гомогенизация семиотики в структуре психомоторных и поведенческих нарушений кататонического и диссоциативного спектров, нивелированы дискурсивно-дефинитивные различия, разработан спектр признаков дифференциации указанных состояний. На основании анализа клиничко-психопатологических характеристик контингента и клиничко-статистических данных в рамках последовательной процедуры А. Вальда (в модификации Е.Г. Гублера) разработана клиничко-шкала, позволяющая вынести диагностическое заключение о принадлежности психопатологических нарушений к эндогенной кататонии или расстройствам диссоциативного спектра с любым из трех необходимых уровней достоверности: 95% ($p=0,05$), 99% ($p=0,01$) или 99,9% ($p=0,001$).

Ключевые слова: кататония, диссоциативное расстройство, шкала различения эндогенной кататонии, поведенческие нарушения, психомоторные нарушения.

Abstract

In order to expand the protocol of differential diagnostics of endogenous catatonia by developing a scale of differential diagnostics of psychomotor and behavioral disorders of catatonic and dissociative spectrum, there was conducted a study on the contingents represented by 135 patients of

aporozhye regional clinical psychiatric hospital. Two groups were formed: 32 patients with catatonic syndrome of endogenous origin and 103 patients with psychomotor and behavioral disorders in the structure of dissociative disorders.

There was conducted clinical and theoretical homogenization of semiotics in the structure of psychomotor and behavioral disorders of catatonic and dissociation spectrum. On the base of analysis of clinical and psychopathological characteristics of contingent and statistical data within the framework of A. Wald procedures (in E. Gubler modification) there was developed a clinical scale, which helps to give a correct diagnostic conclusion in dichotomy of endogenous catatonia and disorders of dissociative spectrum, with any of confidence levels: 95% ($p=0.05$), 99% ($p=0.01$) and 99.9% ($p=0.001$).

Keywords: catatonia, dissociative disorder, endogenous catatonia differentiation scale, behavioral disorders, psychomotor disorders.

ВВЕДЕНИЕ

Среди психомоторных и поведенческих нарушений, входящих в сферу компетенции психиатрии, существует несколько групп, дифференциация которых в отношении семиотики кататонического спектра на уровне клинической обсервации составляет значительные затруднения. К одним из наиболее распространенных и имеющих тенденцию к формированию кататонимимических структурно-семиотических конструктов относятся расстройства диссоциативного спектра.

Сходство психомоторных и поведенческих кластеров семиотики в структуре психопатологии эндогенного и психогенного генеза приобретает тенденцию к углублению рефлексии в психиатрическом дискурсе. В частности, диагностика любых «кататоний» в контексте диссоциативных нарушений в британской и американской психиатрической клинике приобрела масштабы, очевидно инконгруэнтные частоте идентификации редчайших случаев истерошизофрении, поскольку только в ее рамках возможно встретить феномены коэкзистенции кататонических и диссоциативных нарушений [5, 6, 15, 16]. Та же тенденция отмечается в клиниках стран с заимствованным дискурсивно-методологическим клиническим обеспечением. Например, Sarkar P. et al. в 2004 г. описывали наблюдения диссоциативного расстройства, «манифестирующего кататонией», при этом стоит отметить, что указанные случаи не имели связи с прогнозируемыми фармакогенными эффектами, такими как кататония в структуре синдрома отмены седативных препаратов, часто регистрируемая при резком прекращении приема бензодиазепинов [8, 10].

Введение в клиническую практику диагностических протоколов, основывающихся на DSM-4-TR, а с 2013 г. – на DSM-5, приводит к очевидному с позиции академической психиатрии дискурсивному диссонансу, когда обнаружение семиотики психотического ранга у пациента, страдающего расстройством невротического уровня, не является

поражения психики в целом. Так, в актуальных работах зарубежных авторов можно встретить указания на эндогенную кататонию в структуре обсессивно-компульсивного расстройства и даже употребление синтагмы "catatonic obsessive-compulsive disorder" [1–4, 10, 11], «конверсионный кататонический синдром» и даже дискурсивно-эндемическую «психогенную кататонию» у детей в препубертатном периоде, под номинацией "resignation syndrome", под которым понимается прогрессивно протекающее психопатологическое расстройство у детей переселенцев, развивающееся вследствие «психологической травмы в процессе длительной миграции», дебютирующее с «депрессивно-апатических феноменов и характеризующееся нарастающей социальной отгороженностью и приводящее к акинетическому ступору» [7–9, 12].

Представляется справедливым отметить, что известные трудности возникают в разграничении диссоциативной и микрокататонической семиотики *per se*, прежде всего в силу обилия аналогичных феноменов. Так, подчас неотличимы манерность и усиление постуральных рефлексивов, вычурные мимические акты, импульсивность, стереотипность вербальных паттернов (особенно постуляций) и пантомимических актов. То же, хотя и в меньшей мере, относится и к грубым психомоторным расстройствам – возбуждению и ступору, представленным в контексте обеих нозосиндромальных групп [6].

Таким образом, анализ критериев разграничения и разработка дискурсивно-нативного дифференциально-диагностического инструментария для психомоторных нарушений кататонического и диссоциативного спектров является важным аспектом совершенствования диагностического аппарата психиатрии.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Разработка критериев и инструментария дифференциальной диагностики эндогенной кататонии и психомоторных и поведенческих нарушений диссоциативного спектра для расширения протокола клинической дифференциации эндогенной кататонии и формирования 2-го шага «Шкалы различения эндогенной кататонии».

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Контингент исследования составили 135 пациентов Запорожской областной клинической психиатрической больницы. Контингент был разделен на 2 группы согласно нозологической принадлежности психопатологических нарушений, а именно:

- группа 1 (Г1): 32 пациента с кататонией эндогенного генеза;
- группа 2 (Г2): 103 пациента с психомоторными и поведенческими нарушениями диссоциативного спектра.

В формировании контингента использованы следующие критерии включения и исключения.

Критерии включения:

- возраст от 18 до 60 лет;
- наличие кататонического синдрома эндогенного генеза (для Г1), а

Исследование является расширением протокола клинической дифференциации эндогенной кататонии, предыдущая часть которого представлена первым шагом «Шкалы различения эндогенной кататонии (ШРЭК)» [16].

Критерии исключения включают состояния, исключающие возможность корректной идентификации признаков кататонии per se:

- массивная нейролептическая терапия, нейролептический синдром, в том числе злокачественный;
 - острый и подострый периоды ЧМТ (исключая комоцию) и ОНМК;
 - текущие нейроинфекции с клиническими проявлениями менингита и энцефалита;
 - состояния острой интоксикации нейро- и миотропными ядами, психоактивными веществами;
 - опухолевые и паразитарные поражения ЦНС с двигательными нарушениями;
 - судорожный синдром, эпилептический статус;
 - нейродегенеративная и демиелинизирующая патология, сопровождающаяся моторной дисфункцией;
 - развернутая клиническая картина миодистрофической патологии, в том числе миастении;
 - грубые нарушения периферической иннервации, параличи и парезы;
 - коматозные состояния, апаллический синдром;
 - трансовые состояния с явлениями каталепсии;
 - физиологические состояния с явлениями каталепсии, в том числе стрессовая, фотогенная и пр.;
 - акинетические состояния в структуре болезни Паркинсона;
 - состояния симуляции, сюрсимуляции, агравации.
- Были использованы следующие методы исследования:
- клиничко-психопатологический (с использованием BFCRS для верификации кататонического синдрома, а также независимой клинической оценкой состояния психиатрами высшей категории, докторами медицинских наук, профессорами);
 - математической статистики (достоверность различия частот качественных признаков с использованием непараметрического критерия χ^2);
 - оценки диагностической ценности (диагностических коэффициентов (ДК), а также информативности (мер информативности (МИ) Кульбака) изучаемых признаков с формированием дифференциально-диагностической таблицы, пригодной для применения в составе последовательной процедуры А. Вальда (в модификации Е.Г. Гублера) [13, 14].

Дизайн исследования представлял собой проспективное компарирование параллельных групп с последующим катамнестическим контролем верификации диагнозов и подразумевал два этапа:

I этап – клиничко-аналитический, на котором была проведена клиничко-теоретическая гомогенизация психомоторных и поведенческих феноменов в структуре эндогенной кататонии и расстройств диссоциативного спектра; целью данного этапа было выделение общих кластеров семиотики для использования их в качестве признаков дифференциации на следующем этапе исследования;

II этап – клиничко-статистический, на котором был проведен компаритивный анализ частоты встречаемости признаков кататонии и расстройств диссоциативного спектра.

I этапе, у представителей разных групп сравнения с расчетом ДК и МИ по формулам (Е.В. Гублер, 1978):

$$ДК = 101g \frac{A_1}{A_2}; \quad (1)$$

$$МИ = 101g \frac{A_1}{A_2} \cdot 0,5 [A_1 - A_2]; \quad (2)$$

где ДК – диагностический коэффициент;

МИ – мера информативности (МИ) Кульбака;

A_1 – частота признака в 1-й группе сравнения;

A_2 – частота признака во 2-й группе сравнения.

В дальнейшем все значимые признаки были сведены в соответствующую дифференциально-диагностическую таблицу и размещены в ней в порядке убывания их информативности.

■ РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Методология разработки клинического инструментария дифференциации требует выделения общих кластеров семиотики для последующего их использования в качестве признаков дифференциации. Фактически речь идет об идентификации аналогичных феноменов в структуре расстройств кататонического и диссоциативного спектров с последующим контекстным нивелированием дискурсивно-дефинитивных различий, целью которого является гомогенизация (отождествление) клинического наполнения используемых критериев дифференциации. Результаты клиничко-аналитической гомогенизации психомоторных и поведенческих нарушений в исследуемых группах представлены в табл. 1.

Таблица 1
Кластеры психомоторной и поведенческой семиотики в качестве критериев дифференциации кататонических и диссоциативных нарушений

№	Расстройство Кластер семиотики	Эндогенная кататония	Диссоциативные расстройства
1	Агрессия (деструктивные вербальные и поведенческие паттерны в отношении третьих лиц либо неодушевленных предметов)	Облигатна для всех этапов психомоторного возбуждения, имеет тенденцию к утрате целенаправленности по мере прогрессирования возбуждения; вербальные формы с большим количеством скатологических и обценных элементов	Факультативна для психомоторного возбуждения, демонстративна и целенаправленна; вербальные ее формы типичны для оппозиционного отношения к субъективно значимым стимулам
2	Аутоагрессия (поведенческие паттерны, связанные с самоповреждением либо причинением себе вреда)	Факультативны опасные и brutальные формы самоповреждений в структуре поведенческих нарушений и поздних этапов психомоторного возбуждения	Факультативны ординарные и значащие формы самоповреждений в структуре поведенческих нарушений, всегда демонстративны

Вегетативные нарушения (функциональные аритмии, чрезмерные суточные колебания АД, избыточная либо уменьшенная саливация, измененная моторика кишечника, кожная секреция и пр.)	Факультативные транзиторные повышения температуры тела, артериального давления, частоты сердечных сокращений и актов респирации, интенсивности потоотделения, вне связи с физическим напряжением в структуре возбуждения	Облигатная аранжировка аффективного компонента диссоциативных нарушений, в частности: вазомоторные реакции, нарушения саливации, изменения тонуса гладкой мускулатуры, дерматографизма и пр.
Демонстративность (вербальные, поведенческие, мимические и пантомимические акты, гиперболизирующиеся в присутствии третьих лиц)	Облигатна в структуре патетического этапа психомоторного возбуждения, факультативным феноменом является сохранение демонстративности вне контекста присутствия наблюдателя	Облигатна в структуре поведенческих нарушений в целом, приобретает значительную выраженность в структуре психомоторного возбуждения, интенсивность варьирует в зависимости от персоны наблюдателя, в отсутствие наблюдателя – спонтанно редуцируется
Дизартрия (нарушение артикуляции вследствие изменения психического состояния)	Факультативна, в виде скандированной речи, возможна при регионарном повышении тонуса мускулатуры вокально-артикуляционного аппарата	Облигатная аранжировка аффективного компонента психомоторного возбуждения, амплифицируется патоперсоналогическими характеристиками
Диспноэ (нарушение частоты и глубины дыхания, сопровождающееся ощущением нехватки воздуха)	Факультативно возникает при дистониях мускулатуры грудной клетки и дыхательных путей при [суб]ступоре	Факультативно возникает в структуре психовегетативной аранжировки психомоторного возбуждения, амплифицируется патоперсоналогическими характеристиками
Дискинезии (спастические или тонические гиперкинезы отдельных групп скелетной мускулатуры)	Облигатны для психомоторного возбуждения в виде «насильственных» моторных актов/субступорозных состояний	Облигатный компонент диссоциации психомоторных функций; наиболее характерны тикоподобные формы фациальной локализации, дистальные стереотипии (перебирание пальцами, покачивание ногой и пр.) и спастические феномены (судороги кистей, пальцев рук и ног)
Импульсивность (выраженные целенаправленные двигательные акты, осуществляющиеся без борьбы мотивов и волевых задержек)	Облигатна в структуре микрокататонического комплекса, типична для всех этапов психомоторного возбуждения	Носит аффектогенный характер; в сочетании с гистриоидностью типична для поведенческих нарушений в структуре демонстративных форм поведения
Манерность (нарушение поведения в форме неестественности, высокопарности и вычурности движений, мимики в эмфатико-интонационных аранжировках вербальной продукции)	Факультативна в структуре микрокататонического комплекса нарушений (особенно мимики) и характерна для патетической стадии психомоторного возбуждения, имеет вычурный, неестественный характер, не отражает аффективного статуса	Облигатна для поведенческой стилистики в целом, перманентный компонент постуляций, имеет характер гиперболизации нормальной мимики и естественных пантомимически-постуральных паттернов
Мутизм (отсутствие вербальной коммуникации в силу патологически измененного психического	Облигатен в качестве проявлений негативизма, типичен для поздних этапов психомоторного возбуждения: не имеет аффектив-	Факультативный диссоциативный феномен, возможный в структуре негативизма как демонстрации

11	Негативизм (пассивное или активное противодействие целенаправленным внешним воздействиям, в том числе вербальным побуждениям)	Облигатный феномен в структуре микрокататонического комплекса нарушений, является одной из аффективных аранжировок ступора; не имеет аффективной коннотации и взаимосвязи с психотравмой	Факультативен для конфронтационного отношения к терапии, амплифицируется патоперсоналогическими характеристиками, проявляется активным избеганием психотерапевтического контакта либо конгруэнтными вербализациями
12	Парамимии (мимические реакции, характеризующиеся вычурностью и/или инконгруэнтностью текущему аффекту)	Облигатны в структуре микрокататонического комплекса, характерны для ранних стадий психомоторного возбуждения; представлены вычурными, выхолощенными, часто – инконгруэнтными насильственными мимическими паттернами	Факультативны в структуре диссоциативных расстройств, имеют характер множественных тиков, демонстративно-патетической мимики или парадоксальных реакций, детерминированных иронией и сарказмом в контексте гистриоидности
13	Парестезии (соматосенсорное расстройство, характеризующееся тактильными ощущениями (онемение, покалывание и пр.) вне воздействия объективного стимула)	Факультативны в структуре вегетативного компонента микрокататонического комплекса, представлены ознобом, жжением или зудом	Факультативны в структуре вегетативной дисфункции, представлены широким спектром феноменов: онемением, ощущением покалывания, жжения, ознобом, зудом и пр.
14	Постуральная вычурность (неестественный характер статической пантомимики, поздних особенностей)	Облигатна при каталепсии, наблюдается в структуре патетического этапа психомоторного возбуждения, представлена вычурными этиологически выхолощенными, физиологически и эргономически инконгруэнтными позами	Факультативное проявление гистриоидности, сочетается с пантомимической манерностью, представлена гиперболизированной искажением нормальных физиологических поз с этиологическими коррелятами актуального аффекта
15	Психомоторное возбуждение (патологическое состояние, характеризующееся резким повышением двигательной и речевой активности)	Облигатный компонент психомоторных нарушений при кататонии; ранние этапы имеют патетический характер, аранжирован ауто- и гетероагрессивными паттернами; по мере прогрессирования приобретает импульсивный характер с брутальностью, хаотичностью и деструктивностью двигательных актов при отсутствии модуса селекции объекта их реализации	Факультативно в структуре диссоциативных нарушений, сочетается с гистриоидностью, манерностью и импульсивностью; гетероагрессивные паттерны эпизодичны, имеют вербальный или переадресованный характер, аутоагрессия демонстративна и ограничена рамками незначительного реального вреда здоровью
16	Спастические явления (непроизвольное тоническое сокращение гладкой или скелетной мускулатуры)	Облигатно повышение тонуса скелетной мускулатуры, не имеющее связи с зонами иннервации; тотально в структуре ступора, вне его – имеет парциальный характер	Факультативно: регионарные спазмы скелетной и гладкой мускулатуры (спазм констрикторов пищевода, мышц гортани, различных групп скелетной мускулатуры и пр.), никогда не приобретает

17	Ступор (длительные периоды бездвиженности с сохранением стереотипной позы, утратой коммуникативного контакта)	Облигатный компонент психомоторных нарушений при кататонии, детерминирован грубыми нарушениями тонуса скелетной мускулатуры – ригидностью, повышением пластического тонуса с сохранением приданной извне позы или тотальной атонией; характерно сочетание с активным негативизмом, мутизмом, постуральной вычурностью; не имеет определенной взаимосвязи с психогенными факторами	Факультативно: доминируют психические эквиваленты ступора – утрата вербальной коммуникации, мутизм, пассивный негативизм; нарушения тонуса скелетной мускулатуры часто парциальны, не соответствуют зонам иннервации и не достигают степени ригидности или атонии, феномены повышения пластического тонуса не регистрируются; прослеживается четкая взаимосвязь с психотравмой
18	Стереотипии (однообразные, произвольно повторяющиеся двигательные и вербальные акты)	Облигатный поведенческий паттерн в структуре микрокататонического комплекса нарушений, имеют выхоленный характер, не отражая субъективных переживаний, не имеют взаимосвязи с актуальным аффективным статусом	Факультативны, носят аффектогенный характер, представлены однообразными пантомимическими и вербальными паттернами, имеющими субъективно понятный характер или же переадресацией аффектогенной двигательной активности на дистальные отделы тела или мимическую мускулатуру
9	Тремор (непроизвольные быстрые дрожательные движения скелетной мускулатуры малой амплитуды)	Факультативны мелко-размашистые дискинезии пальцев рук в структуре вегетативной дисфункции; феномены, подобные тремору, представлены дистальными стереотипиями кистей и пальцев рук	Факультативен, носит психогенно-аффектогенный и психовегетативный характер, представлен как мелко-, так и крупно-размашистыми дискинезиями дистальной локализации
10	Эхофеномены (непроизвольное копирование двигательных и вербальных актов, мимики и пантомимики окружающих)	Являются облигатным поведенческим паттерном в структуре микрокататонии, представлены вычурными, неестественными формами стереотипной мимики, имеют насильственный, выхоленный характер, не отражают субъективных переживаний	Факультативны в структуре оппозиционного отношения к терапии, имеют характер глумливого передразнивания, представлены гиперболизацией нормальной мимики

Таким образом, клинко-аналитический этап исследования привел к выделению 20 кластеров семиотики, приоритетных для использования в качестве признаков дифференциации расстройств кататонического и диссоциативного спектров, подлежащих клинко-статистическому компарированию на следующем этапе исследования.

В рамках клинко-статистического этапа исследования был прове-

Таблица 2
Диагностические свойства изученных признаков в задаче на дифференциацию кататонического синдрома эндогенного гезеа и психомоторных расстройств диссоциативного спектра

Признак (наличие)	Частоты в группах				p (χ ²)	Соотношение частот (Г2/Г1)	ДК	МИ	
	Абс., чел.		Относ., %						
	Г1	Г2	Г1	Г2					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Агрессия	есть	2	4	6,25	3,88	0,5704	0,62	-2,07	0,02
	нет	30	99	93,75	96,12	0,5704	1,03	0,11	0,00
Аутоагрессия	есть	19	8	59,38	7,77	<0,0001	0,13	-8,83	2,28
	нет	13	95	40,62	92,33	<0,0001	2,27	3,56	0,92
Вегетативные нарушения	есть	10	55	31,25	53,40	0,0285	1,71	2,33	0,26
	нет	22	48	68,75	46,60	0,0285	0,68	-1,69	0,19
Демонстративность	есть	3	35	9,38	33,98	0,0069	3,62	5,59	0,69
	нет	29	68	80,62	66,02	0,0069	0,73	-1,38	0,17
Дизартрия	есть	2	8	6,25	7,77	0,7747	1,24	0,94	0,01
	нет	30	95	93,75	92,33	0,7747	0,98	-0,07	0,00
Диспноэ	есть	4	31	12,50	30,10	0,0472	2,41	3,82	0,34
	нет	28	72	87,50	69,90	0,0472	0,80	-0,98	0,09
Дискинезии	есть	6	11	18,75	10,68	0,2294	0,57	-2,44	0,10
	нет	26	92	81,25	89,38	0,2294	1,10	0,41	0,02
Импульсивность	есть	28	28	87,50	27,18	<0,0001	0,31	-5,08	1,53
	нет	4	75	12,50	72,82	<0,0001	5,83	7,65	2,31
Манерность	есть	14	39	43,75	37,86	0,5515	0,87	-0,63	0,02
	нет	18	64	56,25	62,14	0,5515	1,10	0,43	0,01
Мутизм	есть	7	10	21,88	9,71	0,0700	0,44	-3,53	0,21
	нет	25	93	78,12	80,29	0,0700	1,16	0,63	0,04
Негативизм	есть	16	9	50,0	8,74	<0,0001	0,17	-7,58	1,56
	нет	16	94	50,0	91,26	<0,0001	1,83	2,61	0,54
Парамимии	есть	17	18	53,13	17,48	0,0001	0,33	-4,83	0,86
	нет	15	85	46,87	82,52	0,0001	1,76	2,46	0,44
Парестезии	есть	3	24	9,38	23,3	0,0854	2,49	3,95	0,28
	нет	29	79	80,62	76,7	0,0854	0,85	-0,72	0,05
Постуральная вычурность	есть	11	24	34,38	23,3	0,2118	0,68	-1,69	0,09
	нет	21	79	65,62	76,7	0,2118	1,17	0,68	0,04
Психомоторное возбуждение	есть	7	12	21,88	11,65	0,1463	0,53	-2,74	0,14
	нет	25	91	78,12	88,35	0,1463	1,13	0,53	0,03
Спаستические феномены	есть	6	38	18,75	36,89	0,0558	1,97	2,94	0,27
	нет	26	65	81,25	63,11	0,0558	0,78	-1,10	0,10
Ступор	есть	16	8	50,0	7,77	<0,0001	0,16	-8,09	1,71
	нет	16	95	50,0	92,33	<0,0001	1,84	2,66	0,56
Стереотипии	есть	17	26	53,13	25,24	0,0031	0,48	-3,23	0,45
	нет	15	77	46,87	74,76	0,0031	1,59	2,03	0,28
Тремор	есть	3	36	9,38	34,95	0,0053	3,73	5,71	0,73
	нет	29	67	80,62	65,5	0,0053	2,07	-1,44	0,18

Анализ достоверности различий (пороговое значение р-критерия $\leq 0,05$) и мер информативности (пороговое значение $MI \geq 0,5$) признаков позволило сепарировать из общего массива признаки, являющиеся валидными для дифференциации расстройств кататонического и диссоциативного спектров (табл. 3).

Согласно методологии расчета достоверности диагностического решения для достижения уровня вероятности 95% ($p=0,05$), пороговая $\Sigma_{ДК}$ – является константой = ± 13 , для достижения вероятности 99% = ± 20 , для достижения вероятности 99,9% = ± 30 , таким образом:

- при $\Sigma_{ДК} < -13$; -20 и -30 комплекс психопатологической семиотики с вероятностью 95%; 99% и 99,9% соответственно свидетельствует в пользу первичной (эндогенной) кататонии;
- при $\Sigma_{ДК} > +13$; $+20$ и $+30$ – комплекс психопатологической семиотики с вероятностью 95%; 99% и 99,9% соответственно свидетельствует в пользу психомоторных нарушений диссоциативного спектра;
- в пределах диапазона $-13 < \Sigma_{ДК} < +13$ – заключение нельзя считать достоверным, так как при этом его $p > 0,05$.

На основании полученных данных была построена дифференциально-диагностическая таблица, в которой маркеры дифференциации были расположены в порядке убывания $\Sigma_{МИ}$ (табл. 4).

Такой порядок расположения маркеров в таблице диктуется требованиями последовательной процедуры Вальда, в которой они используются. Перебор диагностически ценных признаков в порядке «от наиболее информативных к менее информативным» обеспечивает кратчайший путь к диагностическому (дифференциально-диагностическому) заключению требуемого уровня достоверности.

Таблица 4

Диагностическая таблица признаков для дифференциации эндогенной кататонии и психомоторных нарушений диссоциативного спектра

№	$\Sigma_{ДК}$	Признак (маркер)	Диапазон признака		ДК
			есть	нет	
1	5.87	эхофеномены	есть	-8,60	
			нет	7,52	
2	3.84	импульсивность	есть	-5,08	
			нет	7,65	
3	3.32	аутоагрессия	есть	-8,83	
			нет	3,56	
4	2.27	ступор	есть	-8,09	
			нет	2,66	
5	2.21	негативизм	есть	-7,58	
			нет	2,46	
6	1.3	парамимии	есть	-4,83	
			нет	2,46	
7	0.91	тремор	есть	5,71	
			нет	-1,44	
8	0.86	демонстративность	есть	5,59	
			нет	-1,38	
9	0.73	стереотипии	есть	-3,23	
			нет	2,03	
10	0.45	вегетативные нарушения	есть	2,33	
			нет	-1,69	
11	0.43	диспноэ	есть	3,82	
			нет	-0,98	

Примечание: $\Sigma_{ДК}$ – суммарная информативность обоих диапазонов признака (слагается из информативностей наличия и отсутствия данного признака).

Таблица 5

Бланк ШРЭК (шаг 2)

Признак (маркер)	Есть	Нет	$\Sigma_{ДК}$
эхофеномены	-8,60	+7,52	
импульсивность	-5,08	+7,65	
аутоагрессия	-8,83	+3,56	
ступор	-8,09	+2,66	
негативизм	-7,58	+2,46	
парамимии	-4,83	+2,46	
тремор	+5,71	-1,44	
демонстративность	+5,59	-1,38	
стереотипии	-3,23	+2,03	
вегетативные нарушения	+2,33	-1,69	
диспноэ	+3,82	-0,98	

Полученные признаки (маркеры) были использованы в формирова-

Таблица 3

Маркеры кататонического синдрома эндогенного генеза и психомоторных нарушений диссоциативного спектра (в порядке убывания информативности)

Маркеры кататонического синдрома эндогенного генеза				психомоторных нарушений диссоциативного спектра				
Признак (наличие)	ДК	МИ	№	Признак (наличие)	ДК	МИ	№	
эхофеномены	есть	-8,60	3,13	1	эхофеномены	нет	7,52	2,74
аутоагрессия	есть	-8,83	2,28	2	импульсивность	нет	7,65	2,31
ступор	есть	-8,09	1,71	3	аутоагрессия	нет	3,56	0,92
негативизм	есть	-7,58	1,56	4	тремор	есть	5,71	0,73
импульсивность	есть	-5,08	1,53	5	демонстративность	есть	5,59	0,69
парамимии	есть	-4,83	0,86	6	ступор	нет	2,66	0,56
стереотипии	есть	-3,23	0,45	7	негативизм	нет	2,61	0,54
вегетативные нарушения	нет	-1,69	0,19	8	парамимии	нет	2,46	0,44
тремор	нет	-1,44	0,18	9	диспноэ	есть	3,82	0,34
демонстративность	нет	-1,38	0,17	10	стереотипии	нет	2,03	0,33

феноменов, а именно: позных и мимических особенностей, артикуляционных, содержательных, эмфатико-интонационных параметров вербальной коммуникации, неврологических стигм и сложных паттернов поведения. При наличии феномена, соответствующего признаку в бланке шкалы и не входящего в спектр исключаемых, производится отметка в столбце «есть» соответствующего ряда, при отсутствии такового или наличии исключаемого феномена отметка производится в графе «нет» соответствующего ряда. После заполнения каждого ряда производится подсчет суммы ДК путем сложения отмеченных ДК, при достижении значения $\Sigma_{\text{дк}} = +13$ или -13 выносится предварительное диагностическое заключение о принадлежности психопатологических расстройств к психомоторным и поведенческим нарушениям диссоциативного спектра (при $\Sigma_{\text{дк}} = +13$) или к первичной (эндогенной) кататонии (при $\Sigma_{\text{дк}} = -13$), имеющее уровень достоверности 95% ($p=0,05$). При достижении значения $\Sigma_{\text{дк}} = +20$ или -20 выносится окончательное диагностическое заключение, имеющее достоверность 99% ($p=0,01$). При необходимости более высокого уровня достоверности процесс индикации феноменов продолжается до достижения значения $\Sigma_{\text{дк}} = +30$ или -30 , соответствующего уровню достоверности 99,9% ($p=0,001$).

Клинический случай

Пациентка Б.Ф., 18 лет. Поступает впервые в связи с тем, что на фоне психотравмирующих ситуаций (частые и продолжительные внутрисемейные конфликты, психологические трудности в связи с переездом в другой город для обучения в университете, отсутствие нормальной коммуникации и постоянные конфликты с соседками по съемной квартире, где по причине «странности» и замкнутости была мишенью для насмешек) стала отгороженной, импульсивной, отмечалось нарушение пищевого поведения в виде гиперболизированных диет с жестким ограничением рациона питания, доходящих до степени анорексии.

Из анамнеза известно, что ранее к психиатрам не обращалась. В течение последних 3 лет отмечались нарушения пищевого поведения. Беременность протекала с токсикозом. Развивалась по возрасту, посещала детский сад. В 6 лет пошла в школу, тяжело адаптировалась в связи с высоким уровнем притязаний вследствие личностных особенностей и патологического паттерна внутрисемейных отношений: культивирование реакций эмоционального экстремума, гистреоидные реакции со стороны матери с частыми скандалами, неуравновешенностью, агрессией и негрубым физическим насилием. В школе училась хорошо, легко давались языки, хуже точные науки. Увлекалась рисованием, лепкой, окончила художественную школу. Вышивала, увлекалась кулинарией, со слов матери, всегда требовала за свою работу внешнего восхищения, одобрения. Фактически любые бытовые действия и проблемы всегда вызывали широкий спектр агрессивно-агонистических реакций с выраженной эмоционально конфронтацией и инвективной, вербальной экспрессией. Результатом явилось формирование патологических антагонистически-симбиотических отношений. За полгода до госпитализации начало отмечаться изменение пищевого поведения, кататониче-

ной, часто говорила «не знаю», была растерянной, не давала ответы на простые вопросы, периодически резко вздрагивала, в целом стала отстраненной, исчезли протестно-оппозиционные реакции в отношении родителей, ранее всегда характерные для нее. С этого же времени мать пациентки отмечает изменение коммуникативных паттернов: снизилась эмфатико-интонационная модуляция речи, вербальные акты стали носить стереотипный характер, постоянно спрашивала: «что надо», «а это надо... что ты меня мучаешь; скажи, что надо, а что не надо... я делаю то, что надо, и это надо». Нарушился сон, жаловалась на чувство пустоты в голове, невозможность сосредоточиться. Последние дни постоянно проговаривала свои действия: «надо попить водички, надо сходить в туалет». Госпитализирована.

Психический статус. Ориентирована всесторонне верно, контакт малопродуктивный в силу оппозиционного отношения к лечению. Беседует неохотно, ответы имеют формально-стереотипный характер и представлены повторяющимися словами-штампами (вербальные стереотипии). Манерна, демонстративна. Получить развернутый ответ удается лишь в контексте вопроса о внутрисемейных взаимоотношениях: «мама в меня всегда что-то кидала, ругала, тарелки в голову летали... я хотела в Польшу, а меня силком посадили в машину... я училась в английской школе, хотела поступать на что-то с языками... ходила в художественную школу, значит, надо было быть дизайнером... я до последнего не знала, куда поступить, винила родителей, оскорбляла...» Декларирует жалобы на ощущения личностной измененности: «Меня нет, осталось одно тело... я не знаю, кто я, у меня нет личности... я не знаю, что такое дружба, любовь, я люблю и ненавижу одновременно... родители за меня проживают мою жизнь... у меня нет интересов». Мышление вычурное, амбивалентное: «Я переживаю, потому что я не переживаю... а что такое "переживаю"?.. Если бы я не переживала, я бы это не говорила, – значит, я переживаю...» В стационаре проявляла импульсивность, аутоагрессивные действия, билась головой о стену, двигала шкаф в палате, разбрасывала пищу в столовой. Эти действия объясняла как результат реакции – «мне не сказала мама, сколько платить за еду». Свои удары головой о стену объяснила тем, что «плохо думалось». Эмоционально лабильна, в беседе при минимальной аффективной провокации демонстрирует избыточные эмоциональные реакции, инконгруэнтные общему эмоциональному контексту. Мимические реакции имеют парадоксальный характер (парамимии). В волевой сфере отмечаются тяжело субъективно переживаемые ощущения амбивалентности. Во время беседы с врачом демонстративно отворачивается (негативизм), практически поворачиваясь спиной, при этом улучшается речевой контакт. Критика к собственному состоянию парциальна, при целенаправленном расспросе сообщает: «та ничего со мной не случилось... я это все выдумала».

Анализ сопряжения актуального психического статуса пациентки с клинико-анамнестическими данными указывает на наличие предрасположенности, характерной для расстройств диссоциативного спектра (демонстративная персонологическая организация, патологический

Таблица 6
Результаты «ШРЭК, шаг 2» (пациентка Б.Ф.)

Признак (маркер)	Есть	Нет	$\Sigma_{дк}$	p=0,05
хофеномены	-8,60	+7,52	+7,52	
импульсивность	-5,08	+7,65	+2,44	
утоагрессия	-8,83	+3,56	-6,39	
гупор	-8,09	+2,66	-3,73	
егативизм	-7,58	+2,46	-11,31	
арамимии	-4,83	+2,46	-16,14	
эмор	+5,71	-1,44		
емонстративность	+5,59	-1,38		
герееотипии	-3,23	+2,03		
егетативные нарушения	+2,33	-1,69		
испноэ	+3,82	-0,98		

Примечание: признаки с недостоверными различиями частот в группах сравнения выделены заливкой серого цвета.

пациентки) при наличии в актуальном психическом статусе грубых психомоторных и поведенческих нарушений, свойственных как кататоническому, так и диссоциативному спектрам патологии – указывает на необходимость дифференциальной диагностики между указанными патологическими состояниями. С этой целью мы использовали бланк «ШРЭК, шаг 2» (табл. 6).

Выявленные признаки психомоторных и поведенческих нарушений были использованы в заполнении бланка «ШРЭК, шаг 2», в результате чего был получен суммарный ДК=-16,14, что позволяет констатировать принадлежность расстройства к эндогенной кататонии с вероятностью, равной 95%.

Катамнез: психомоторные и поведенческие нарушения, наблюдаемые в период дебюта заболевания, были купированы в условиях острого отделения психиатрического стационара с использованием атипичных антипсихотиков. В картине переживаний пациентки сохраняются дезактуализированные психореактивные компоненты, рефрактерные к психотерапевтической коррекции. Дальнейшее наблюдение в течение 6 месяцев амбулаторного периода показывает наличие прогрессирующей специфической личностной дефицитарности (в структуре апато-абулического синдрома с объективно определяемыми феноменами амотивационности, аутизационно-аутоизоляционных тенденций, нарастающей социальной алиенации) и негативного социального дрейфа.

Таким образом, имевшие место психопатологические нарушения целесообразно рассматривать как кататонические элементы в структуре эндогенно-процессуальной патологии, а именно – кататонической формы шизофрении.

Использование комплексной оценки наличия признаков, приведенных в ШРЭК, шаг 2, позволяет вынести диагностическое заключение о принадлежности психопатологических нарушений к психомоторным

Выводы

1. В работе проведена клиничко-теоретическая гомогенизация семиотики в структуре психомоторных, вербальных и поведенческих нарушений кататонического и диссоциативного спектров, нивелированы дискурсивно-дефинитивные различия, разработан спектр признаков дифференциации указанных состояний.
2. Проведен сравнительный клиничко-психопатологический анализ историй болезни пациентов с психомоторными и поведенческими нарушениями кататонического и диссоциативного спектров, при этом выявлены признаки с достоверными различиями частоты встречаемости в группах сравнения, и для каждого из них рассчитаны величины мер информативности Кульбака (МИ) и диагностические коэффициенты (ДК).
3. Проведена сепарация признаков, являющихся валидными, в ракурсе их клиничко-дискурсивной нативности, для использования в качестве критериев дифференциации указанных состояний, на основании пороговых значений уровня достоверности различий ($p < 0,05$) и МИ ($\geq 0,5$).
4. На основании данных ДК и МИ валидных признаков разработана клиничко-диагностическая шкала, позволяющая вынести диагностическое заключение о принадлежности психомоторных и поведенческих нарушений к эндогенной кататонии или расстройствам диссоциативного спектра, с любым из трех необходимых уровней достоверности: 95% ($p = 0,05$), 99% ($p = 0,01$) или 99,9% ($p = 0,001$).

Литература

1. American Psychiatric Association (2013) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fifth ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing. pp. 5–25. ISBN 978-0-89042-555-8.
2. American Psychiatric Association. (2000) «Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fourth Edition, Text Revision: DSM-IV-TR». Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc. ISBN 0890420254.
3. Basu A., Jagtiani A., Gupta R. (2014) Catatonia in mixed alcohol and benzodiazepine withdrawal. *Journal of Pharmacology & Pharmacotherapeutics*, vol. 5, no 4, pp. 261–264.
4. D'Urso G., Mantovani A., Barbarulo A.M., Labruna L., Muscettola G.J. (2012) Brain-behavior relationship in a case of successful ECT for drug refractory catatonic OCD. *ECT*, vol. 28, no 3, pp. 190–193.
5. Bush G., Fink M., Petrides G. (1996) Catatonia I: rating scale and standardized examination. *Acta Psychiatr. Scand.*, vol. 93, pp. 129–136.
6. Caroff S., Mann S., Francis A., Fricchione G. (eds.) (2004) Catatonia: from psychopathology to neurobiology. *Am. Psychiatric Publishing*, p. 229.
7. Dabholkar P.D. (1988) Use of ECT in hysterical catatonia. A case report and discussion. *The British*

9. Jagadheesan K., Nizamie H., Thakur A. (2002) Catatonia in obsessive-compulsive disorder. *Indian Journal of Psychiatry*, vol. 44, no 2, pp. 179–182.
10. Sivakumar T., Yadav A., Sood M., Khandelwal S.K. (2013) Lorazepam withdrawal catatonia: a case report. *Asian J Psychiatr.*, vol. 6, no 6, pp. 620–1.
11. Mukai Y., Two A., Jean-Baptiste M. (2011) Chronic catatonia with obsessive compulsive disorder symptoms treated with lorazepam, memantine, aripiprazole, fluvoxamine and neurosurgery. *BMJ Case Rep.*, vol. 4.
12. Sallin K. (2016) Resignation Syndrome: Catatonia? Culture-Bound? *Front Behav Neurosci*, vol. 29, no 10.
13. Gubler E. (1978) *Vychislitel'nye metody analiza i raspoznavanie patologicheskikh processov* [Computing methods of analysis and recognition of pathological processes]. L.: Medicina, 294 p.
14. Gubler E., Genkin A. (1973) *Primenenie neparametricheskikh kriteriev statistiki v mediko-biologicheskikh issledovaniyah* [Use of non-parametric criteria of statistics in medical-biological research]. Doneck, pp. 13–15.
15. Chugunov V., Linskij I., Safonov D., Gorodokin A. (2016) Критерии и клинический инструментарий дифференциальной диагностики эндогенной кататонии и поздних нейротропных эффектов нейролептической терапии («Шкала различения эндогенной кататонии») [Criteria and clinical instruments of differential diagnostics of endogenous catatonia and late neurotropic effects of neuroleptic therapy ("Endogenous catatonia differentiation scale")]. *Ukrains'kij visnik psihonevrologii*, vol. 1, no 86, pp. 88–96.
16. Chugunov V., Safonov D., Gorodokin A. (2013) Клинико-статистический и историографический анализ представлений об эпидемиологии расстройств кататонического спектра [Clinical-statistical and historiographic analysis of ideas about epidemiology of disorders of catatonic range]. *Acta Psychiatrica, Psychologica, Psychotherapeutica et Ethologica Tavrica*, vol. 1, no 62, pp. 69–76.

Поступила / Received: 08.06.2016

Контакты / Contacts: antongorodokin@gmail.com