

КАТАТОНИЧЕСКАЯ СИМПТОМАТИКА В СТРУКТУРЕ ОСТРЫХ ЭНДОГЕННЫХ  
ПСИХОЗОВ: РЕАЛИИ СОВРЕМЕННОЙ ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИИ*Анастасия Евгеньевна Веракса<sup>1</sup>, Алексей Юрьевич Егоров<sup>2,3,4</sup>*

<sup>1</sup> ГПБ №3 им. И.И. Скворцова-Степанова, 197341, г. Санкт-Петербург, Фермское шоссе, д. 36, лит. АЕ, e-mail: cae08@inbox.ru, <sup>2</sup>Институт эволюционной физиологии и биохимии имени И.М. Сеченова РАН, 194223, г. Санкт-Петербург, пр. Тореза, д. 44, <sup>3</sup>Санкт-Петербургский государственный университет, 199034, г. Санкт-Петербург, Университетская наб., 7-9, <sup>4</sup>Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, 191015, г. Санкт-Петербург, Кировная ул., 41, draegorov@mail.ru

Реферат. Диагностические рамки для острых эндогенных психозов (ОЭП) весьма велики. ОЭП часто сопровождаются более или менее выраженными кататоническими феноменами. Целью настоящего исследования было проанализировать особенности психофармакотерапии пациентов психиатрического стационара, страдающих ОЭП с кататонической симптоматикой и без нее. Полученные данные позволяют говорить об отсутствии дифференцированного подхода в методах медикаментозной терапии у пациентов с кататонической симптоматикой. Наблюдающееся в психиатрической практике активное использование антипсихотиков, особенно типичных нейролептиков, вероятно, влияет на продолжительный выход пациентов из острого состояния.

Ключевые слова: острые эндогенные психозы, кататоническая симптоматика, фармакотерапия, антипсихотики.

CATATONIC SYMPTOMS IN THE STRUCTURE OF THE  
ACUTE ENDOGENOUS PSYCHOSES: THE REALITIES OF  
MODERN PHARMACOTHERAPYAnastasia E. Veraksa<sup>1</sup>, Alexei Y. Egorov<sup>2,3,4</sup>

<sup>1</sup> St. Petersburg State Healthcare Institution №3 named by Skvortsov-Stepanov, 197341, Saint-Petersburg, Fermsky roadway 36, AE, e-mail: cae08@inbox.ru,

<sup>2</sup> I.M. Sechenov Institute of Evolutionary Physiology and Biochemistry of the Russian Academy of Sciences, 194223, St. Petersburg, Torez prospect, 44,

<sup>3</sup> St. Petersburg State University, Medical Faculty, Department of Psychiatry and Addictions, 199034, St. Petersburg, University embankment, 7-9,

<sup>4</sup> I.I. Mechnikov Nord-West State Medical University, Department of Psychiatry and Addictions, 191015, St. Petersburg, Kirochnaya Street, 41, e-mail: draegorov@mail.ru

Diagnostic framework for the acute endogenous psychoses (AEP) is very high. The AEP are often accompanied by more or less pronounced catatonic phenomena. The aim of this study was to analyze the pharmacotherapy characteristics of psychiatric hospital patients suffering from AEP with or without catatonic symptoms. The absence of a differentiated approach in the pharmacotherapy of patients with catatonic symptoms was found. The observed in psychiatric practice the active use of antipsychotics, especially typical neuroleptics, may affect prolonged withdrawal out of the acute psychosis.

Key words: acute endogenous psychoses, catatonic symptoms, pharmacotherapy, antipsychotics.

Современная диагностика остро протекающих эндогенных психозов (ОЭП) принципиально не изменилась со времен Е. Краепелина. Традиционным остается их разделение на заболевания шизофренического спектра и биполярно-аффективные расстройства (БАР). Исходя из этих диагнозов и назначается лечение. Естественно, что при диагнозе «шизофрения» назначаются самые мощные психотропные средства – антипсихотики, часто сразу несколько. Всегда ли оправдан такой подход без учета структуры, динамики, выраженности приступа?

В настоящее время для неясных, смешанных состояний найден отчасти «спасительный» вариант, который находится между шизофренией и БАР, – шизоаффективное расстройство. Исторически список названий этого расстройства весьма значителен: рекуррентная шизофрения, периодический психоз, онейрофрения, атипичный аффективный психоз, циклоидный психоз, острое полиморфное шизофреноподобное расстройство, периодическая кататония, шизофреническая реакция [4, 5, 16]. Характерными для ОЭП считаются аффективная насыщенность, полиморфизм симптомов, начиная с бреда и галлюцинаций и заканчивая онейроидным помрачением сознания. Т.Ф. Пападопулос говорил об определенной этапности этих состояний: «За полиморфизмом клинических проявлений в рамках отдельного приступа и за многообразием или устойчивой картиной повторных приступов выявлялась динамическая, закономерно нарастающая психопатологическая структура, ведущая от аффективных нарушений к более сложным бредовым синдромам и к кататоническим и экзотормным состояниям с симптомами нарушения сознания» [5].

Существует мнение, что кататония стала редкостью в психиатрическом стационаре. Иллюзия снижения распространенности связана с развитием диагностических систем, которые не сумели захватить кататонические синдромы [33]. Тем не менее, как показывают современные зарубежные исследования, кататония может присутствовать в клинике разнообразных психических и соматических расстройств. По данным М. Fink, кататоническая симптоматика встречается в 10-38% случаев психиатрической патологии [11]. Из психических расстройств кататония чаще встречается при биполярном расстройстве (43%) и шизофрении (30%) [7, 12, 24, 26,]. Кататоническая симптоматика описывалась при обсессивно-компульсивном расстройстве [19], посттравматическом стрессовом расстройстве [27], и даже при синдроме отмены алкоголя [13] и бензодиазепинов [22, 29]. Более того, до 25% случаев кататонии наблюдаются при соматической и неврологической патологии [28].

Патогенез кататонической симптоматики обычно связан с недостатком корковой гамма-аминомасляной кислоты [20]. Многочисленные исследования, посвященные терапии кататонических расстройств, сводятся к выводу, что антипсихотики обычно ухудшают течение расстройства и «озлокачествляют» процесс [10, 32]. Для лечения подобной патологии рекомендуется использовать бензодиазепины и электросудорожную терапию (ЭСТ) или их сочетание [2, 8, 15, 31]. Имеются данные об успешном использовании золпидема – позитивного модулятора ГАМК-А рецепторов [23, 25] и антагонистов глутаматных рецепторов (амантадин, мемантин) [28].

На практике в отечественной психиатрии кататонический синдром традиционно рассматривается в рамках кататонической формы шизофрении (F20.2, согласно МКБ-10), кататонические проявления допускаются и в рамках других шизофреноподобных психозов, особенно острого полиморфного расстройства с симптомами шизофрении (F23.1) или шизоаффективного расстройства (F25). Исходя из этого, в стационарах, куда попадают больные с острой кататонической симптоматикой, им назначаются антипсихотики. Собственно кататоническая симптоматика при этом целью терапии не является, все направлено на лечение «психоза». Подобная терапия может привести к усилению кататонических проявлений на фоне ятрогенного злокачественного нейролептического синдрома (ЗНС) [3].

Целью настоящего исследования было проанализировать особенности психофармакотерапии пациентов психиатрического стационара, страдающих ОЭП с кататонической симптоматикой и без нее.

*Материал и методы исследования.* Исследование проводилось на базе Санкт-Петербургской психиатрической больницы № 2 св. Николая Чудотворца и Санкт-Петербургской психиатрической больницы № 3 им. И.И. Скворцова-Степанова.

В исследование было включено 137 пациентов. Из них 69 (50,4%) мужчин и 68 (49,6%) женщин. Средний возраст – 34,2±11,1 года. Средняя длительность заболевания составила 4,5±7,2 года. Средний возраст начала болезни – 29,6±10,9 года.

Критериями включения пациентов в проводимое исследование являлись:

- соответствие клинической картины психоза диагностическим критериям МКБ-10 для острого полиморфного психотического расстройства без симптомов шизофрении (F23.0), острого полиморфного психотического расстройства с симптомами шизофрении (F23.1) или шизоаффективного расстройства (F25);

- острое начало психотического эпизода (переход из продромальной стадии в психотическую не превышает 2-х недель);

- выраженные аффективные изменения (тревожно-депрессивный, маниакальный или нестабильный тревожно-экстатический аффект в течение всего приступа);

- общая продолжительность симптомов, включая период их медикаментозного купирования, не превышает 3-х месяцев.

Критериями невключения были:

- органическая церебральная патология, соматическое заболевание, инфекция или интоксикация, обусловившая развитие психоза (F05, F06.0-F06.3);

- психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ: острая интоксикация (F1x.0), синдром зависимости (F1x.2), состояние отмены с делирием (F1x.24), психотическое расстройство (F1x.5 и F1x.7).

Согласно МКБ-10 пациентам, попавшим в исследование, выставлялись следующие диагнозы: шизофрения (F 20.x2, F20.x3; n=28), острые и транзиторные психотические расстройства (F 23.0x-23.2x; n=67), шизоаффективные расстройства (F 25; n=22), аффективные расстройства (F 30.2, F 31.2, F 31.5, F 31.6, F 32.3; n=20).

Динамическая клиническая оценка психического и соматоневрологического состояния производилась при поступлении больного в стационар (до начала лечения) и затем через каждые  $7 \pm 1$  дней до его окончательного выхода из состояния психоза. Одновременно осуществлялась оценка состояния с помощью психометрических шкал (шкала оценки кататонических расстройств – Bush-Francis Catatonia Rating Scale (BFCRS) [9], BPRS [21] и CGI [14]).

Таблица 1

**Общая длительность заболевания среди нозологических групп**

	Нозологическая группа (коды по МКБ-10)	Общая длительность заболевания (лет)
№1	F 20.x2, F20.x3	7,36±7,45
№2	F 23.0x-23.2x	1,28±3,19
№3	F 25	9,82±9,28
№4	F 30.2, F 31.2, F 31.5, F 31.6, F 32.3	5,68±9,11

$p < 0,001$  между группами №2 и №1, №3, №4

22.0. Статистическая достоверность различий сравниваемых величин определялась при помощи критериев Стьюдента, Манна–Уитни и Крускала–Уоллеса.

*Результаты исследования и их обсуждение.* Оказалось, что длительность заболевания у больных, которым были поставлены диагнозы острых и транзиторных психотических расстройств, была существенно ниже, чем среди больных с другими диагнозами (табл. 1).

Разница в оценке исходного состояния как по результатам клинического обследования, так и по всем психометрическим шкалам не была статистически достоверной в четырех терапевтических группах больных с ОЭП (табл. 2).

В каждой исследуемой терапевтической группе примерно в половине случаев отмечались явления кататонии: БД – 46,4%, НБД – 48,3%, ВБДН – 50,0%, ПП – 48,3%.

При оценке состояния пациентов по шкале кататонии в динамике статистически достоверной

Таблица 2

**Оценка исследуемых групп по психометрическим шкалам до начала терапии**

Терапевтическая группа	Баллы до начала терапии		
	BPRS	CGI	BFCRS
БД (n=28)*	45,39±7,56	5,86±0,89	4,39±5,90
НБД (n=58)*	46,12±10,01	6,16±0,81	3,14±4,37
ВБДН (n=22)*	48,45±13,54	5,91±0,75	3,09±3,60
ПП (n=29)*	45,24±8,88	6,14±0,79	3,83±5,08

\* $p > 0,05$

В соответствии с результатами оценки по шкале BFCRS все пациенты были разделены на две группы – с кататонической симптоматикой (n=66, суммарный балл по BFCRS min=1, max=24) и без нее (n=71, суммарный балл по BFCRS = 0).

Пациенты были распределены в четыре терапевтические группы в зависимости от классов препаратов, которые лечащие врачи назначали им для купирования психоза: 1 – бензодиазепины (БД, n=28), 2 – монотерапия нейролептиками или сочетание одного нейролептика и одного бензодиазепина (НБД, n=58), 3 – комбинация вальпроевой кислоты с бензодиазепином или нейролептиком (ВБДН, n=22), 4 – полипрагмазия (ПП, терапия двумя препаратами одной группы или наличие четырех и более психотропных препаратов одновременно, n=29).

Полученные данные подвергались статистическому анализу с применением программы SPSS

разницы между терапевтическими группами не отмечалось (табл. 3).

Интерес представляют данные, полученные путем сравнения групп пациентов, имеющих в клинической картине признаки кататонии и без таковой. Оказалось, что кататоническая симптоматика наблюдалась у лиц более молодого возраста ( $31,29 \pm 1,27$  против  $36,92 \pm 1,33$  года;  $p < 0,05$ ) и с более ранним началом заболевания ( $27,44 \pm 0,81$  против  $31,66 \pm 0,92$  года;  $p < 0,05$ ). При этом общая длительность болезни была приблизительно равной ( $3,77 \pm 0,81$  и  $5,25 \pm 0,92$  года). Пациенты с кататоническими явлениями до начала терапии имели более выраженную психотическую симптоматику, что отразилось на их оценке по психометрическим шкалам. Однако динамика выхода из психоза и длительность приступа были сопоставимы в этих группах. Продолжительность купирования приступа при этом была

Таблица 3

## Оценка по шкале кататонии в исследуемых группах

Баллы по шкале кататонии								
Группы	До лечения	Через 1 неделю	Через 2 недели	Через 3 недели	Через 4 недели	Через 5 недель	Через 6 недель	В конце лечения
БД	4,39±5,89	0,0±0	Н/п	Н/п	Н/п	Н/п	Н/п	0,0±0
НБД	3,14±4,37	0,63±1,03	0,0±0	0,0±0	0,0±0	Н/п	Н/п	0,0±0
ВБДН	3,09±3,59	0,56±1,67	2,0±3,46	0,0±0	Н/п	Н/п	Н/п	0,0±0
ПП	3,83±5,08	2,31±4,42	1,59±4,25	1,0±2,42	0,63±1,19	0,0±0	0,0±0	0,0±0

Примечание: Н/п – неприменимо, т.к. было меньше 2 пациентов на данный период времени. То же в табл. 5, 6.

Таблица 4

## Использование антипсихотиков в терапии пациентов с ОЭП с кататонической симптоматикой и без нее

Применяемые антипсихотики	Пациенты с кататоническими явлениями (n)	Пациенты без кататонических явлений (n)
Классические антипсихотики:	44	33
Галоперидол	39	28
Зуклопентиксол	2	3
Флупентиксол	1	–
Хлорпромазин	1	–
Трифлуоперазин	1	1
Тиаприд	–	1
Атипичные антипсихотики:	8	20
Азалептин	4	12
Рисперидон	2	2
Кветиапин	1	2
Сульпирид	–	4
Арипипразол	1	–

Таблица 5

## Оценка психического состояния в динамике по шкале BPRS у пациентов с кататонической симптоматикой и без нее.

Баллы по шкале BPRS	Пациенты с кататоническими явлениями	Пациенты без кататонических явлений	Статистическая достоверность (p)
До начала лечения	49,64±10,31	42,93±8,47	<0,001
Через неделю	33,0±8,86	33,0±9,24	>0,05
Через 2 недели	33,21±7,40	30,94±5,19	>0,05
Через 3 недели	31,45±6,37	26,78±4,49	>0,05
Через 4 недели	30,17±8,84	30,33±8,08	>0,05
Через 5 недель	33,67±7,09	Н/п	Н/п
Через 6 недель	Н/п	Н/п	Н/п
В конце лечения	18,67±1,65	18,42±1,40	>0,05

довольно долгой – не менее 10-11 дней. Следует отдельно сказать об отсутствии разницы в назначении медикаментозного лечения: пациентам с кататонической симптоматикой и без нее назначалась терапия как типичными, так и атипичными антипсихотиками. В группе пациентов без кататонии атипичные антипсихотики назначались

достоверно чаще, чем у пациентов с кататонией ( $p<0,05$ ), в терапии пациентов с кататоническими включениями чаще использовались классические нейролептики ( $p<0,05$ ) (табл. 4). Иными словами пациентам с кататонической симптоматикой чаще назначались классические нейролептики, которые вызывают больше побочных эффектов, включая

Таблица 6

Оценка психического состояния в динамике по шкале CGI у пациентов с кататонической симптоматикой и без нее

Баллы по шкале CGI	Пациенты с кататоническими явлениями	Пациенты без кататонических явлений	Статистическая достоверность (p)
До начала лечения	6,27±0,78	5,85±0,80	<0,05
Через неделю	4,41±1,38	4,59±1,25	>0,05
Через 2 недели	4,50±1,40	4,18±0,73	>0,05
Через 3 недели	4,18±1,08	3,44±0,88	>0,05
Через 4 недели	3,71±1,11	4,0±1,73	>0,05
Через 5 недель	4,0±1,73	Н/п	Н/п
Через 6 недель	Н/п	Н/п	Н/п
В конце лечения	1,15±0,36	1,07±0,26	>0,05

Таблица 7

Длительность купирования ОЭП в терапевтических группах исследования при наличии или отсутствии кататонической симптоматики

Терапевтическая группа	Наличие кататонической симптоматики (А)		Отсутствие кататонической симптоматики (Б)	
	Число человек	Длительность ОЭП	Число человек	Длительность ОЭП
БД <sup>~</sup>	13	3,23±0,59	15	3,20±0,66
НБД <sup>*</sup>	28	8,0±0,98	30	7,37±1,01
ВБДН <sup>^</sup>	11	8,64±1,75	11	9,18±2,38
ПП	14	26,43±3,24	15	22,73±2,36

Примечание:

Для А:

<sup>~</sup>Значимые отличия между БД и остальными группами p<0, 01

<sup>\*</sup>Значимые отличия между НБД и ПП p<0, 001

<sup>^</sup>Значимые отличия между ВБДН и ПП p<0,001

Между группами НБД и ВБДН значимых отличий не наблюдалось

Для Б:

<sup>~</sup>Значимые отличия между БД и остальными группами p<0, 01

<sup>\*</sup>Значимые отличия между НБД и ПП p<0, 001

<sup>^</sup>Значимые отличия между ВБДН и ПП p<0,001

Между группами НБД и ВБДН значимых отличий не наблюдалось

Между А и Б значимых отличий в группах БД, НБД, ВБДН и ПП не наблюдалось

ЗНС. Используемые дозировки препаратов, назначаемых в обеих группах, в пересчете на хлорпромазиновый эквивалент [4] были практически идентичны – 420,85±46,99 мг/сут и 444,35±59,60 мг/сут соответственно.

Частота случаев применения комбинаций нейролептиков среди пациентов, имевших и не имевших кататоническую симптоматику, была практически одинаковой – 19 (28,8%) из 66 среди пациентов с кататонией и 22 (30,9%) из 71 у пациентов без кататонии. Следует также отметить, что и среди исследуемых четырех терапевтических групп не было разницы в фармакотерапии, несмотря на наличие или отсутствие кататонических проявлений. Таким образом, можно заключить, что терапия пациентов проводилась без учета особенностей клинической картины.

При оценке клинической картины с помощью психометрических шкал BPRS и CGI было отмечено, что более высокие баллы характеризовали группу пациентов с кататонической симптоматикой до начала лечения. В дальнейшем не наблюдалось статистически значимой разницы в динамике состояния согласно полученным результатам данных шкал (табл. 5, 6).

Длительность купирования ОЭП в исследованных терапевтических группах представлена в табл. 7. Видно, что независимо от кататонической симптоматики значимо быстрее выход из психоза происходил в случаях монотерапии бензодиазепинами. Наибольшая продолжительность психотического эпизода отмечалась у больных из терапевтической группы полипрагмазии.

Таким образом, анализ фармакотерапии пациентов, страдающих ОЭП, показал высокую частоту встречаемости кататонических симптомов в их клинической картине (примерно у половины пациентов). Это согласуется с данными литературы о широкой распространенности кататонии среди психических расстройств [5, 16, 22], особенно имеющих острое начало [17, 18]. Мы также обнаружили, что кататоническая симптоматика чаще встречается у более молодых пациентов с более ранним началом заболевания, что вполне согласуется с предыдущими работами [12, 13].

Полученные данные позволяют говорить об отсутствии дифференцированного подхода в методах медикаментозной терапии у пациентов, имеющих те или иные явления кататонии. Наблюдающееся в психиатрической практике активное использование антипсихотиков, особенно типичных нейролептиков, вероятно, влияет на продолжительный выход пациентов из острого состояния.

Очевидно, что при отсутствии ЭСТ монотерапия бензодиазепинами должна рассматриваться как наиболее оптимальный вариант для купирования ОЭП вне зависимости от наличия или отсутствия кататонической симптоматики. Как показало наше предыдущее исследование, для более быстрого и безопасного способа купирования любых вариантов ОЭП лучше всего подходят препараты бензодиазепинового ряда. Комбинация нескольких препаратов, особенно антипсихотиков, как и превышение рекомендованных доз, приводит к затяжному течению ОЭП и частому возникновению побочных эффектов [33].

Требуется отдельного исследования проблема случаев ЗНС, которая возникает вследствие неадекватной терапии антипсихотиками, особенно типичными нейролептиками, больных ОЭП с кататонической симптоматикой.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Веракса А.Е., Егоров А.Ю. Сравнение стратегий купирования острых эндогенных психозов // Неврологический вестник. 2016. Т. 48, № 1. С. 36–41.
2. Егоров А.Ю. Электросудорожная терапия при психических заболеваниях и рациональная психофармакотерапия // Рациональная психофармакотерапия в психиатрической практике: руководство для практикующих врачей [под общ. ред. Ю.А. Александровского, Н.Г. Незнанова]. М.: Литтерра, 2014. С. 331–351.
3. Захарова Н.М., Кекелидзе З.И. Кататонический синдром при критических состояниях у больных шизофренией // Медицина неотложных состояний. 2006. Т. 6, № 7. С. 119–122.

4. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Психические расстройства и расстройства поведения (F00-F99). Ростов-на-Дону: Изд-во ЛРНЦ “Феникс”, 1999, 420 с.
5. Пападопулос Т. Ф. Острые эндогенные психозы. М.: Медицина, 1972. 192 с.
6. Справочное руководство по психофармакологическим и противоэпилептическим препаратам, разрешенным к применению в России [Под ред. С.Н. Мосолова]. М.: Издательство БИНОМ, 2004. 304 с.
7. Abrams R., Taylor M.A. Catatonia: a prospective clinical study // Archives of general psychiatry. 1976. Vol. 33, № 5. P. 579–81.
8. Belaizi M., Yahia A., Mehssani J., Bouchikhi Idrissi M.L., Bichra M.Z. Acute catatonia: Questions, diagnosis and prognostics, and the place of atypical antipsychotics // Encephale. 2013. Vol. 39, № 3. P. 224–31.
9. Bush G., Fink M., Petrides G. et al. Catatonia. I. Rating scale and standardized examination // Acta Psychiatrica Scandinavica. 1996. Vol. 93. P. 129–136.
10. Carroll B.T. Kahlbaum’s catatonia revisited // Psychiatry and Clinical Neurosciences. 2001. Vol. 55. P. 431–436.
11. Fink M. Catatonia: A syndrome appears, disappears and is rediscovered // The Canadian Journal of Psychiatry. 2009. Vol. 54. P. 437–445.
12. Fontenelle L.F., Lauterbach E.C., Telles L.L., Versiani M., Porto F.H., Mendlowicz M.V. Catatonia in obsessive-compulsive disorder: etiopathogenesis, differential diagnosis, and clinical management // Cognitive and Behavioral Neurology. 2007. Vol. 20, № 1. P. 21–24.
13. Geoffroy P.A., Rolland B., Cottencin O. Catatonia and alcohol withdrawal: a complex and underestimated syndrome // Alcohol Alcohol. 2012. Vol. 47, № 3. P. 288–90.
14. Guy W. ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology – Revised (DHEW Publ No ADM 76–338). Rockville, MD, U.S. Department of Health, Education, and Welfare, Public Health Service, Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration, NIMH Psychopharmacology Research Branch, Division of Extramural Research Programs. 1976. P. 218–222.
15. Hashim H., Zeb-un-Nisa, Alrukn S.A., Al Madani A.A. Drug resistant neuroleptic malignant syndrome and the role of electroconvulsive therapy // Journal of Pakistan Medical Association. 2014. Vol. 64. P. 471–473.
16. Marneros A., Pillman F. Acute and transient psychotic disorders // Psychiatr. 2002. Vol. 13. P. 276–286.
17. Mary L., Dost Öngür, Glenn T. Konopaske, Rakesh Karmacharya. Catatonia in Psychotic Patients: Clinical Features and Treatment Response // The Journal of Neuropsychiatry & Clinical Neurosciences. 2011. Vol. 23, № 2. P. 223–226.
18. Michael T. Compton, Francisco Fantes, Claire Ramsay Wan, Stephanie Johnson, Elaine F. Walker. Abnormal movements in first-episode, nonaffective psychosis: dyskinesias, stereotypies, and catatonic-like signs // Psychiatry Research. 2015. Vol. 226, № 1. P. 192–197.
19. Mukai Y., Two A., Michel J.-B. Chronic catatonia with obsessive compulsive disorder symptoms treated with lorazepam, memantine, aripiprazole, fluvoxamine and neurosurgery // BMJ Case Reports. 2011. doi:10.5923/j.als.20140405.05.
20. Northoff G. What catatonia can tell us about ‘top-down modulation’: a neuropsychiatric hypothesis // Behavioral and Brain Sciences. 2002. Vol. 25. P. 555–577.
21. Overall J.E., Gorham D.R. The brief psychiatric rating scale // Psychological Reports. 1962. Vol. 10. P. 799–812.

22. Parameswaran R., Moore K., Hannan T., Austin M. Catatonia associated with temazepam withdrawal // *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2011. Vol. 45, № 11. P. 1006–1007.

23. Peglow S., Prem V., McDaniel W. Treatment of catatonia with zolpidem // *The Journal of Neuropsychiatry & Clinical Neurosciences*. 2013. Vol. 25, № 3. P. E13.

24. Pommepuy N., Januel D. Catatonia: resurgence of a concept. A review of the international literature // *Encephale*. 2002. Vol. 28, № 6, Pt 1. P. 481–492.

25. Rasclé C., Thomas P., Maron M., Mastain B., Guesdon I., Cottencin O. et al. Catatonia relief with zolpidem: an open study // *European Neuropsychopharmacology*. 1997. Vol. 7, Suppl. 2. P. S277.

26. Rosebush P.I., Mazurek M.F. Catatonia and its treatment // *Schizophrenia Bulletin*. 2010. Vol. 36, № 2. P. 239–242.

27. Shiloh R., Schwartz B., Weizman A., Radwan M. Catatonia as an unusual presentation of posttraumatic stress disorder // *Psychopathology*. 1995. Vol. 28, № 6. P. 285–90.

28. Sienaert P., Dhossche D.M., Vancampfort D., De Hert M., Gazdag G. A clinical review of the treatment of catatonia // *Front Psychiatry*. 2014. Vol. 5. P. 181.

29. Sivakumar T., Yadav A., Sood M., Khandelwal S.K. Lorazepam withdrawal catatonia: a case report // *Asian Journal of Psychiatry*. 2013. Vol. 6, № 6. P.620–621.

30. Stuiivenga M., Morrens M. Prevalence of the catatonic syndrome in an acute inpatient sample // *Frontiers in Psychiatry*. 2014. Vol. 3, № 5. P. 174.

31. Sundararajan Rajagopal. Catatonia // *Advances in Psychiatric Treatment*. 2007. Vol. 13. P. 51–59.

32. Taylor M. A., Fink M. Catatonia in psychiatric classification: a home of its own // *Am J Psychiatry*. 2003. Vol. 160. P. 1233–1241.

33. Wilcox J. A., Duffy P.R. The Syndrome of Catatonia // *Behavioral Sciences (Basel)*. 2015. Vol. 5, № 4. P. 576–588.

34. Wilson J.E., Niu K., Nicolson S.E., Levine S.Z., Heckers S. The diagnostic criteria and structure of catatonia // *Schizophrenia Research*. 2015. Vol. 164, № 1-3. P. 256–262.

#### REFERENCES

1. Veraksa A.E., Egorov A.Yu. *Neurologicheskii vestnik*. 2016. Vol. 48, № 1. pp. 36–41. (in Russian)

2. Egorov A.Yu. *Ratsional'naya psikhofarmakoterapiya v psikiatricheskoj praktike: rukovodstvo dlya praktikuyushchikh vrachei* [ed. Yu.A. Aleksandrovskii, N.G. Neznanov]. Moscow: Litterra, 2014. pp. 331–351. (in Russian)

3. Zakharova N.M., Kekelidze Z.I. *Medsina neotlozhnykh sostoyanii*. 2006. Vol. 6, № 7. Pp. 119–122. (in Russian)

4. *Mezhdunarodnaya klassifikatsiya boleznei (10-i peresmotr)*. *Psikhicheskie rasstroistva i rasstroistva povedeniya (F00-F99)*. Rostov-on-don: Izd-vo LRNTs "Feniks", 1999, 420 p. (in Russian)

5. Papadopulos T. F. *Ostrye endogennye psikhozy*. Moscow: Meditsina, 1972. 192 p. (in Russian)

6. *Spravochnoerukovodstvo popsikhofarmakologicheskim i protivoepilepticheskim preparatam, razreshennym k primeneniyu v Rossii* [ed. S.N. Mosolov]. Moscow: Izdatel'stvo BINOM, 2004. 304 p. (in Russian)

Поступила 20.02.17.