

## СТРУКТУРНО-ДИНАМИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ КАТАТОНИЧЕСКОГО СИНДРОМА КАК КРИТЕРИЙ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ

Запорожский государственный медицинский университет

**Предложен алгоритм дифференциальной диагностики нозологической принадлежности кататонического синдрома в условиях клинической практики на основании результатов обследования 100 пациентов. Разработаны принципы дифференциальной диагностики данного синдрома на семиотическом, синдромальном (субсиндромальном) и нозологическом уровнях.**

*Ключевые слова:* двигательные нарушения, кататоническая форма шизофрении, кататонический синдром, дифференциальная диагностика.

Вторая половина XX в. ознаменовалась переходом психиатрии от биологических методов терапии к психофармакологическим, что повлекло за собой выраженный терапевтический патоморфоз многих нозологических форм и, вероятно, в наибольшей степени — кататонии, в частности кататонической формы шизофрении. Основным фактором терапевтического патоморфоза кататонического синдрома — инициальное купирование любого психомоторного возбуждения массивным нейролептическим лечением [1–4].

Нейролептики «элиминируют» кататонический спектр расстройств и тем самым вытесняют его из рутинной диагностики шизофрении в силу двоякого эффекта, а именно за счет:

а) специфической направленности действия, разрешающего метаболический коллапс, лежащий в основе кататонического ступора;

б) маскировки кататонического синдрома искусственно вызванной нейролепсией *resp.* кататонией [5].

Историографический анализ статистических исследований, посвященных эпидемиологии кататонического синдрома среди различных форм шизофрении, показывает падение показателя частоты его диагностики у пациентов, страдающих различными формами шизофрении, с уровня, близкого 20% (1930–1950 гг.), до уровня менее 5% (1950–1970 гг.) [1–4, 6].

Внедрение в 1970-х гг. в клиническую практику атипичных нейролептиков, не обладающих столь выраженными побочными эффектами, привело к закономерному сужению круга показаний для назначения типичных нейролептиков, что повлекло за собой увеличение частоты диагностики кататонического синдрома в популяциях пациентов с различными формами шизофрении в различных исследованиях в среднем в 2 раза по сравнению с уровнем 1950–1970 гг. [2–4, 6].

Выраженный терапевтический патоморфоз кататонического синдрома при конвенциональности существующего модуля диагностики в психиатрии, проблема достоверной клинической идентификации эндогенной кататонии как на синдромальном, так и на нозологическом уровне стоят чрезвычайно остро.

Основной проблемой дифференциальной диагностики эндогенного кататонического синдрома является низкая специфичность отдельных семиотических групп в его структуре. Имея, по видимому, сходные патогенетические механизмы, семиотические констелляции, формирующие данный синдром, могут встречаться в рамках широкого круга иных нозосиндромальных образований.

С нарастанием степени формализации психиатрической диагностики появились различные диагностические алгоритмы, которые предусматривают использование специализированных диагностических шкал, в частности: Rosebush and Colleagues Scale (1999), The Modified Rogers Scale (1991), Bush-Francis Catatonia Rating Scale (1996), Northoff Catatonia Scale (1999), Catatonia Rating Scale (2008) [1, 7].

Анализ данных шкал показал, что, несмотря на широкое клиническое и статистическое применение данных диагностических алгоритмов, ни одна из них не предусматривает использование дифференциально-диагностических категорий для отдельных семиотических комплексов в структуре кататонического синдрома (по отношению к широкому спектру клинически сходных психопатологических, а также целого ряда невропатологических и соматических расстройств различной нозологической принадлежности) [8].

Помимо этого существуют нозологические формы, представленные структурно полноценным кататоническим синдромом, но не относящиеся к эндогенному регистру (экзогенные,

органические и иные «кататонии»), что еще более отягощает достоверную клиническую идентификацию эндогенной кататонии, детерминируя необходимость клинко-дескриптивного анализа психопатологического контекста в каждом клиническом случае.

По нашему мнению, методологически оправданным представляется создание иерархического дифференциально-диагностического алгоритма, предполагающего дифференциальную оценку кататонического синдрома на семиотическом, синдромальном и нозологическом уровнях.

Целью исследования является формирование алгоритма дифференциальной диагностики нозологической принадлежности кататонического синдрома на основании его структурно-динамических характеристик.

Обследованы 100 пациентов КУ «Запорожская областная психиатрическая больница» (ЗОПБ), которые имели в структуре психопатологических расстройств доминирующий кататонический синдром. Они составили основную группу исследования.

В группу сравнения вошли 50 больных КУ «ЗОПБ», страдающих психопатологическим расстройством органического генеза с доминирующим кататоническим синдромом в структуре клинических проявлений.

Все обследованные — мужчины, их средний возраст на этапе формирования контингента исследования составлял  $27 \pm 0,61$  года.

Основным методом исследования был клинко-психопатологический, в рамках которого проводилась верификация кататонического синдрома с использованием Bush-Francis Catatonia Rating Scale (1996).

На **семиотическом уровне** диагностики эндогенной кататонии проводится идентификация и дифференциальная оценка отдельных симптомов, интегрированных в базисные семиотические комплексы:

- *гиперкинетический*: кататоническое возбуждение, двигательные стереотипии, гримасничанье;
- *гипокинетический*: кататонический ступор, каталепсия, мышечная ригидность, застывания;
- *микрокататонический*: манерность, мутизм, негативизм, пассивная подчиняемость, эхофеномены, ауто- и гетероагрессия, речевые стереотипии, патологическая фиксация взгляда.

В табл. 1–3 приведены идентифицирующие и деидентифицирующие признаки для каждого из симптомов и семиотических знаков в структуре указанных семиотических комплексов, в аспекте их принадлежности к кататоническому синдрому эндогенного генеза.

**Синдромальный уровень** дифференциальной диагностики кататонического синдрома пред-

полагает дифференциальную оценку отдельных семиотических комплексов, формирующих его основные компоненты.

Учитывая низкую специфичность отдельных семиотических комплексов в структуре кататонического синдрома, целесообразно дифференцировать их с широким кругом клинически сходной семиотики, условно формирующей следующие паракататонические кластеры:

- психопатологический (эндогенно-органический);
- соматический (неврологически-эндокринный);
- экзогенный (инфекционно-интоксикационный).

Состояния, требующие дифференциации с кататоническим синдромом на синдромальном и субсиндромальном уровнях, а также пути их разграничения представлены в табл. 4.

**Нозологический уровень** дифференциальной диагностики заключается в верификации нозологической принадлежности кататонического синдрома, которая включает как анализ его структурно-динамических особенностей, так и исследование психопатологического контекста, формирующего целостную клиническую картину психопатологических нарушений в каждом клиническом случае.

Систематизировать нозологические группы для проведения дифференциальной диагностики эндогенной кататонии возможно по облигатности или факультативности наличия кататонического синдрома.

Облигатный кататонический синдром (или его осевые (идентифицирующие) компоненты):

- а) «неэндогенные» кататонии:
  - органические;
  - экзогенные;
- б) различные формы каталепсии:
  - артифициальная (гипнотическая, интоксикационная);
  - эссенциальная (физиогенная, фотогенная);
  - конверсионная (истерокаталепсия).

Факультативный кататонический синдром (или его осевые (идентифицирующие) компоненты):

- аффективные психозы;
- психозы шизофренического круга;
- сосудистые психозы;
- сенильные психозы.

Дифференциальная диагностика эндогенной кататонии и кататонических синдромов иной регистровой принадлежности представлена в табл. 5.

Дифференциальная диагностика каталептических состояний на основании их психопатогенетической классификации представлена в табл. 6.

Таблиця 1

**Оценка структурных элементов гиперкинетического семиотического комплекса в аспекте их принадлежности к кататоническому синдрому эндогенного генеза**

Симптом	Идентифицирующие признаки		Деидентифицирующие признаки	
	анамнестические	клинические	анамнестические	клинические
Кататоническое возбуждение	Наличие в объективном анамнезе пациента ранее диагностированного психопатологического расстройства, принадлежащего к шизофреническому кругу	Сочетание психомоторного возбуждения с мутизмом, эхофеноменами, персеверациями, хорееформным характером, вычурностью движений, ауто- и гетероагрессия	Наличие в объективном анамнезе пациента вероятных триггеров психомоторного возбуждения иного генеза (употребление психостимуляторов, значимый аффективный стимул, развитие на фоне тяжелого депрессивного эпизода, психотические формы эпилепсии, алкогольная абстиненция)	Целенаправленный характер психомоторного возбуждения, наличие объективных признаков галлюциноза
Двигательные стереотипии	Наличие в объективном анамнезе пациента ранее диагностированного психопатологического расстройства, принадлежащего к шизофреническому кругу	Вычурность, насильственность пантомимических моторных актов. Вовлечение различных мышечных групп	Наличие в объективном анамнезе пациента органических поражений ЦНС с очаговой неврологической симптоматикой, демиелинизирующих заболеваний, умственной отсталости, болезни Паркинсона, моторных тиков, синдрома Кандинского (вне зависимости от нозологической формы)	Наличие клинически выраженных явлений в рамках нейролептического синдрома (экстрапирамидные расстройства, дискинезии)
Гримасничанье	Наличие в объективном анамнезе пациента ранее диагностированного психопатологического расстройства, принадлежащего к шизофреническому кругу	Вычурность, несоответствие аффекту, насильственность мимических моторных актов. Сложный характер и разнообразие гримас, вовлечение различных групп мимической мускулатуры	Наличие в объективном анамнезе пациента органических поражений ЦНС с очаговой неврологической симптоматикой	Статичность гримасы на протяжении длительного периода наблюдения, вовлечение в мимический акт мышечной группы с общей иннервацией

Таблиця 2

**Оценка структурных элементов гипокINETического семиотического комплекса в аспекте их принадлежности к кататоническому синдрому эндогенного генеза**

Симптом	Идентифицирующие признаки		Деидентифицирующие признаки	
	анамнестические	клинические	анамнестические	клинические
Кататонический ступор	Наличие в объективном анамнезе пациента ранее диагностированного психопатологического расстройства, принадлежащего к шизофреническому кругу	Сочетание ступора с мутизмом, негативизмом, вычурностью позы, каталепсией, восковидной гибкостью	Наличие в объективном анамнезе пациента коматозных состояний. Наличие на момент осмотра признаков черепно-мозговой травмы, нейроинфекции, интоксикации, выраженного депрессивного синдрома, коматозных состояний	Флюктуация глубины ступора при воздействии внешних стимулов, наличия наблюдателя

Симптом	Идентифицирующие признаки		Деидентифицирующие признаки	
	анамнестические	клинические	анамнестические	клинические
Каталепсия	Наличие в объективном анамнезе пациента ранее диагностированного психопатологического расстройства, принадлежащего к шизофреническому кругу	Вычурность позы, восковидная гибкость	Наличие в объективном анамнезе пациента органических поражений ЦНС с очаговой неврологической симптоматикой	Флюктуация степени каталепсии при воздействии внешних стимулов, наличия наблюдателя
Мышечная ригидность	Наличие в объективном анамнезе пациента ранее диагностированного психопатологического расстройства, принадлежащего к шизофреническому кругу	Вычурность позы, тотальный или субтотальный характер	Наличие в объективном анамнезе пациента органических поражений ЦНС с очаговой неврологической симптоматикой, судорожных припадков. Наличие на момент осмотра нейроинфекции, топически близкой хирургической патологии	Парциальный характер ригидности
Застывания	Наличие в объективном анамнезе пациента ранее диагностированного психопатологического расстройства, принадлежащего к шизофреническому кругу	Вариабельность продолжительности периодов гипокинеза	Органические поражения ЦНС с очаговой неврологической симптоматикой, интоксикация психоактивными веществами, эпилепсия, галлюциноз	Объективные признаки галлюцинаторной деятельности, амнезирование периодов застываний

Таблица 3

**Оценка структурных элементов микрокататонического семиотического комплекса в аспекте их принадлежности к кататоническому синдрому эндогенного генеза**

Симптом	Идентифицирующие признаки		Деидентифицирующие признаки	
	анамнестические	клинические	анамнестические	клинические
Манерность	Наличие в объективном анамнезе пациента ранее диагностированного психопатологического расстройства, принадлежащего к шизофреническому кругу	Вычурность, несоответствие аффекту и среде	Наличие в анамнезе эпизодов конверсионных расстройств или истерического расстройства личности	Гистреоидность, зависимость от аффекта, среды и наблюдателя
Мутизм	Наличие в объективном анамнезе пациента ранее диагностированного психопатологического расстройства, принадлежащего к шизофреническому кругу	Сочетание с активным или пассивным негативизмом	Конверсионные расстройства, органические поражения ЦНС с очаговой неврологической симптоматикой, морфологические поражения вокального аппарата	Наличие попыток пантомимической или письменной коммуникации
Негативизм	Наличие в объективном анамнезе пациента ранее диагностированного психопатологического расстройства, принадлежащего к шизофреническому кругу	Активный характер негативизма, отказ от пищи и питья, глазной негативизм	Наличие в анамнезе диссоциальных, истерических расстройств личности, эпизодов конверсионных расстройств	Наличие галлюцинаторно-бредовой семиотики, рентного поведения как возможных причин негативизма

Симптом	Идентифицирующие признаки		Деидентифицирующие признаки	
	анамнестические	клинические	анамнестические	клинические
Пассивная подчиняемость (парадоксальный негативизм)	Наличие в объективном анамнезе пациента ранее диагностированного психопатологического расстройства, принадлежащего к шизофреническому кругу	Отсутствие спонтанной двигательной активности, сопротивления постурально невыгодным двигательным актам на протяжении длительного времени	Органические поражения ЦНС с очаговой неврологической симптоматикой, поражения лобных долей головного мозга, нейролепсия, глубокий апато-абулический дефект, поздние стадии дементирующих заболеваний	Наличие галлюцинаторно-бредовой семиотики, рентного поведения как возможных причин пассивной подчиняемости
Эхофеномены	Наличие в объективном анамнезе пациента ранее диагностированного психопатологического расстройства, принадлежащего к шизофреническому кругу	Сочетание с психомоторным возбуждением различной степени выраженности, отсутствие критики	Наличие в анамнезе пациента диагнозов, подразумевающих умственную отсталость, эпизодов конверсионных расстройств, истерического расстройства личности	
Ауто- и гетероагрессия	Наличие в объективном анамнезе пациента ранее диагностированного психопатологического расстройства, принадлежащего к шизофреническому кругу	Спонтанность, направленность на неодушевленные предметы, вычурный характер деструктивных действий	Интоксикация психоактивными веществами, алкоголем, выраженные эпизоды аффективных расстройств, опухоли надпочечников, психотические формы эпилепсии	Наличие аффективного стимула, галлюцинаторно-бредовая семиотика как возможная причина агрессивного поведения
Речевые стереотипии (персеверации и вербегерации)	Наличие в объективном анамнезе пациента ранее диагностированного психопатологического расстройства, принадлежащего к шизофреническому кругу	Длительный характер, отсутствие смыслового содержания стереотипий	Наличие в анамнезе пациента диагнозов, подразумевающих умственную отсталость, эпизодов конверсионных расстройств, органических поражений ЦНС с очаговой неврологической симптоматикой, поражений вокального аппарата, заикания, вокальных тиков	Наличие в клинической картине пациента синдрома Кандинского — Клерамбо (речедвигательные галлюцинации сегля)
Патологическая фиксация взгляда	Наличие в объективном анамнезе пациента ранее диагностированного психопатологического расстройства, принадлежащего к шизофреническому кругу	Длительная фиксация взгляда на объектах при сохранении функции глазодвигательного аппарата	Органические поражения ЦНС с очаговой неврологической симптоматикой, поражение моторных отделов зрительного анализатора	Наличие галлюцинаторной нагрузки, метафизической интоксикации, выраженных апатических и абулических расстройств

Дифференциальная диагностика кататонических синдромов в структуре различных нозологических групп представлена в табл. 7.

В результате клико-анамнестической идентификации кататонического синдрома в структуре эндогенной психопатологии в контексте его дифференциальной диагностики с гетерогенными семиотическими, синдромальными и нозологическими группами был сформулирован дифферен-

циально-диагностический алгоритм, предусматривающий поэтапный анализ клинической картины психопатологических нарушений в двигательной и поведенческой сферах на трех уровнях дифференциальной диагностики (табл. 8).

В рамках исследования были разработаны принципы дифференциальной диагностики кататонического синдрома на семиотическом, синдромальном (субсиндромальном) и нозологическом

**Состояния, требующие дифференциации с кататоническим синдромом на синдромальном и субсиндромальном уровнях**

Симптоматический комплекс	Паракататонические кластеры		
	психопатологический	соматический	экзогенный
Гиперкинетический	Гебефреническое возбуждение Галлюцинаторно-бредовое возбуждение Психопатоподобное возбуждение Гебоидное возбуждение Мориеформное возбуждение Гневливая мания Ажитированная депрессия Меланхолический раптус Конверсионные расстройства, протекающие с возбуждением Диссоциативное (реактивное) возбуждение Патологическое просоночное состояние Эпилептиформное возбуждение (при эпилепсии) Этоноспецифические нарушения сознания (амок) Ажитированная форма прогрессивного паралича Патологический аффект	Гиперкинетические кризы при болезни Паркинсона* <sup>***</sup> Болезнь Гентингтона* <sup>***</sup> Кризисы состояния при феохромоциоме* <sup>***</sup> Кризисы состояния при гипертиреозе * <sup>***</sup>	Эпилептиформное возбуждение (при экзогенном воздействии)* Делирий (вне зависимости от этиологического фактора) Интоксикация психостимуляторами* <sup>***</sup> Острые гипоксические состояния Атипичные и патологические формы алкогольного опьянения* <sup>***</sup>
Гипокинетический	Депрессивный (реактивный) ступор Апатический ступор Экстатический ступор Диссоциативный ступор Непродуктивная эйфория Конверсионные расстройства, протекающие с гипокинетическими состояниями (летаргия) Абсанс-статус	Акинетические кризы при болезни Паркинсона* Количественные нарушения сознания (ступор, сопор, кома)* <sup>**</sup> Синдром запертого человека: органический* <sup>**</sup> миастенический* <sup>**</sup> демиелинизационный* <sup>**</sup> Гипогликемические состояния* <sup>***</sup> Гипотиреоидные состояния* <sup>***</sup> Гипофизарная кахексия* <sup>***</sup> Надпочечниковая недостаточность* <sup>***</sup>	Менингоэнцефалит* <sup>***</sup> : ригидность мускулатуры, нарушения сознания (сопор, кома, летаргия) Синдром запертого человека: интоксикационный* <sup>***</sup> инфекционный* <sup>***</sup> Интоксикация депрессантами* <sup>***</sup> Псевдоэнцефалит Гайе — Вернике*
Микрокататонический	Гистреодные формы поведения Расстройства личности Умственная отсталость Гебоидный синдром Негативный спектр расстройств при шизофрении Сумеречное состояние сознания Единичные абсансы Физиологический аффект	Экстрапирамидные расстройства: органические* <sup>**</sup> демиелизационные* <sup>**</sup> Ранний период закрытых черепно-мозговых травм* <sup>**</sup>	Экстрапирамидные расстройства: интоксикационные* <sup>***</sup> инфекционные Нейролепсия* <sup>***</sup>

\* Исключаемые анамнестически; \*\* исключаемые с помощью методик нейровизуализации; \*\*\* исключаемые лабораторным исследованием.

Таблица 5

**Дифференциальная диагностика эндогенной кататонии  
и кататонических синдромов иной регистровой принадлежности**

Кататонические синдромы, регистр принадлежности	Возраст, особенности дебюта и факторы разрешения	Психопатологический контекст	Динамика течения	Фактор ex juvantibus (ответ на терапию)	Вспомогательные методы исследования
Эндогенный	Характерно начало в детском или юношеском возрасте	Характерно наличие нарастающего шизофренического дефекта	Различные варианты прогрессивного течения	Типичные антипсихотики Рефрактерные к нейролептической терапии формы зачастую отвечают на ЭКТ	Патопсихологическое
Органический	Начало заболевания в любом возрасте, после черепно-мозговой травмы, нейроинфекции, опухолевого процесса	Разнообразен в зависимости от локализации органического поражения, фактически облигатными являются компоненты психоорганического синдрома различной степени выраженности (от легких до деменции)	Расстройства зачастую имеют статический характер	Неспецифичен, зачатую встречаются рефрактерные варианты	Магниторезонансная томография; компьютерная томография; электроэнцефалография; нейропсихологическое исследование
Экзогенный	Начало заболевания в любом возрасте, после или на фоне интоксикаций различной природы (отравления, инфекции, психоактивные вещества)	Нарушения сознания, принадлежащие к экзогенному типу реакций (делирий, аменция, эпилептиформное возбуждение), истинные галлюцинации, рудиментарные вторичные бредовые идеи низкой степени систематизации	Обрыв психотического эпизода после выведения пациента из состояния интоксикации. Единичные эпизоды с явной связью с интоксикацией	Ответ на дезинтоксикационную терапию	Лабораторные исследования

www.mps.kh.ua

Таблица 6

**Дифференциальная диагностика каталептических состояний  
на основании их психопатогенетической классификации**

Каталептические состояния различного психопатогенетического характера	Возраст, особенности дебюта и факторы разрешения	Психопатологический контекст	Динамика течения	Фактор ex juvantibus (ответ на терапию)	Вспомогательные методы исследования
Артифициальная гипнотическая каталепсия	Начало заболевания в любом возрасте при целенаправленном воздействии на индивида	Каталепсия сочетается с пассивной подчиняемостью	Гетерогенное или спонтанное купирование каталептического состояния	Выход из каталептического состояния при ретроградной гипнотерапии	Электроэнцефалография

Каталептические состояния различного психопатогенетического характера	Возраст, особенности дебюта и факторы разрешения	Психопатологический контекст	Динамика течения	Факторы <i>juvantibus</i> (ответ на терапию)	Вспомогательные методы исследования
Артифициальная интоксикационная каталепсия (нейролепсия)	Начало заболевания в любом возрасте при терапии антипсихотиками	Каталепсия сочетается с экстрапиримидными нарушениями, специфическими дискинезиями	Купирование каталептического состояния при замене психофармакологической тактики	Клинический эффект при отмене, снижении дозировок антипсихотика, его замене на иной или проведении адекватной фармакологической коррекции	Лабораторное определение концентрации препарата в плазме крови
Эссенциальная каталепсия (фотогенная, физиогенная)	Врожденная, проявления возможны в любом возрасте	Каталепсия при отсутствии иных компонентов кататонического синдрома	Спонтанный обрыв психотического эпизода. Множественные эпизоды стереотипной клинической структуры	Купирование каталептического состояния спонтанно при исключении воздействия триггера	Электроэнцефалография
Конверсионная каталепсия (истерокаатония)	Начало заболевания возможно в любом возрасте в специфических условиях наличия «зрителя»	Истерическое расстройство личности, возможны иные конверсионные расстройства	Возможен спонтанный обрыв психотического эпизода, гистриоидность, зависимость от наблюдателя	Клинический эффект при рациональной психотерапии. Возможно купирование каталептического эпизода в условиях отсутствия «зрителя», воздействия сильного внешнего стимула	Патопсихологическое исследование

www.mps.kh.ua

Таблица 7

**Дифференциальная диагностика кататонических синдромов в структуре различных нозологических групп**

Кататонические синдромы в структуре различных нозологических групп	Возраст, особенности дебюта и факторы разрешения	Психопатологический контекст	Динамика течения	Факторы <i>juvantibus</i> (ответ на терапию)	Вспомогательные методы исследования
Кататонический синдром при аффективных психозах	Начало в любом возрасте на фоне выраженных аффективных нарушений	Выраженные аффективные нарушения в рамках депрессивного или маниакального синдрома. Возможна бредовая аранжировка	В зависимости от течения аффективного расстройства. Возможны как единичные, так и множественные кататонические эпизоды	Эффективна терапия аффективных расстройств. Рефрактерные к нейролептической терапии формы зачастую отвечают на электросудорожную терапию	Психопатологическое

Кататонические синдромы в структуре различных нозологических групп	Возраст, особенности дебюта и факторы разрешения	Психопатологический контекст	Динамика течения	Фактор ex juvantibus (ответ на терапию)	Вспомогательные методы исследования
Кататонический синдром в структуре гебефренической формы шизофрении	Дебют заболевания в детском, юношеском или молодом возрасте	Характерно наличие психопатологических нарушений в рамках гебефренического синдрома, кататоническая семиотика либо находится в их структуре в виде микрокататонического семиотического комплекса различной степени выраженности, либо представлена двигательными нарушениями вне гебефренического синдрома	Варианты прогрессивного течения	Типичные антипсихотики. Рефрактерные к нейролептической терапии формы зачастую отвечают на электросудорожную терапию	Патопсихологическое исследование; нейропсихологическое исследование
Кататонический синдром в рамках параноидной формы шизофрении	Дебют заболевания в детском, юношеском или молодом возрасте	Характерно наличие бредовых синдромов с характерной динамикой, псевдогаллюцинации, нарастающий шизофренический дефект	Варианты прогрессивного течения	Типичные антипсихотики. Рефрактерные к нейролептической терапии формы зачастую отвечают на электросудорожную терапию	Патопсихологическое исследование; нейропсихологическое исследование
Кататонический синдром при сосудистых психозах	Начало заболевания в зрелом, пожилом или старческом возрасте, на фоне патологии сердечно-сосудистой системы (гипертоническая болезнь, атеросклероз, кардиосклероз)	Характерны специфические изменения личности, психоорганический синдром различной степени выраженности, неврастенический синдром в рамках дисциркуляторной энцефалопатии. Возможны бредовые расстройства в рамках псевдопаралитического синдрома	Кататонические эпизоды коррелируют с обострениями соматического заболевания	Ответ на соматотропную терапию (ангиотропная нейропротекция)	Ультразвуковое, рентгеноконтрастное исследование сосудов головного мозга. Контроль уровня артериального давления
Кататонический синдром при синильных психозах	Начало заболевания в пожилом и старческом возрасте	Характерны бредовые расстройства в рамках параноидного синдрома (фабула бреда малого ущерба), аффективные нарушения (преимущественно депрессивные эпизоды), компоненты психоорганического синдрома вплоть до деменции	Динамика имеет малопрогрессивный характер	Клинический эффект при рациональной нейропротекторной терапии	Нейровизуализационные методы (МРТ, КТ); биопсия

**Алгоритм дифференциальной диагностики нозологической принадлежности кататонического синдрома на основании его структурно-динамических характеристик**

Признак	Уровень семиотической идентификации	Уровень синдромальной и субсиндромальной идентификации	Уровень нозологической идентификации
Предмет дифференциации	Кататонические симптомы	Семиотические комплексы в структуре кататонического синдрома	Кататонические синдромы различной нозологической принадлежности
Круг дифференциальной диагностики	Клинически сходные симптомы иной синдромальной принадлежности	Клинически сходные семиотические комплексы иной синдромальной принадлежности	Кататонические синдромы различной нозологической принадлежности
Методы диагностики	Психоанамнестический, клиничко-психопатологический, патопсихологический	Психоанамнестический, клиничко-психопатологический, патопсихологический, лабораторный, нейровизуализационный	Психоанамнестический, клиничко-психопатологический, патопсихологический, лабораторный, нейровизуализационный, динамический анализ терапевтического ответа
Критерии перехода на данный диагностический уровень	Наличие двигательных и поведенческих расстройств неясного генеза	Идентификация как минимум одного семиотического комплекса или идентификация порогового количества элементов кататонического синдрома	Исключение клинически сходных семиотических комплексов

уровнях на основании его структурно-динамических характеристик. Разработанные принципы формируют единый дифференциально-диагностический алгоритм, суть которого — в идентификации нозологической принадлежности кататонического синдрома в условиях клинической практики. Последовательная смена методов клинической и психоанамнестической идентификации психопатологических расстройств в совокупности с исключением психопатологических расстройств иной нозосиндромальной принадлежности на каждом из уровней разработанного алгоритма обеспечивает клиническую идентификацию нозологической принадлежности расстройств эндогенно-кататонического спектра.

**Список литературы**

1. Catatonia: from psychopathology to neurobiology / S. N. Caroff, S. C. Mann, A. Francis, G. L. Fricchione, eds. // Am. Psychiatric Publishing.— 2004.— № 3.
2. Mahendra B. Where have all the catatonics gone? / B. Mahendra // Psychological Medicine.— 1981.— № 11.— P. 669–671.
3. Stompe T. Are we witnessing the disappearance of catatonic schizophrenia? / T. Stompe, G. Ortwein — Swoboda, K. Ritter [et al.] // Comprehensive Psychiatry.— 2002.— № 43.— P. 167–174.
4. Чугунов В. В. Клиничко-статистический и историографический анализ представлений об эпидемиологии расстройств кататонического спектра / В. В. Чугунов, Д. Н. Сафонов, А. Д. Городокин // Таврич. журн. психиатрии.— 2013.— Т. 17, № 1 (62).— С. 69–77.
5. Catatonic syndrome in a general psychiatric inpatient population: frequency, clinical presentation, and response to lorazepam / P. I. Rosebush, A. M. Hildebrand, B. G. Furlong, M. F. Mazurek // J. Clin. Psychiatry.— 1990.— № 51 (9).— P. 357–362.
6. Peralta V. Motor features in psychotic disorders. II. Development of diagnostic criteria for catatonia / V. Peralta, M. J. Cuesta // Schizophr. Res.— 2001.— № 47(2–3).— P. 117–126.
7. Bush G. Catatonia I: rating scale and standardized examination / G. Bush, M. Fink, G. Petrides // Acta Psychiatr. Scand.— 1996.— № 93.— P. 129–136.
8. The relationship of catatonia symptoms to symptoms of schizophrenia / Z. Z. Cernovsky, J. A. Landmark, H. Merskey, R. L. O'Reilly // Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie.— 1998.— № 43 (10).— P. 1031–1035.

**СТРУКТУРНО-ДИНАМІЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ КАТАТОНІЧНОГО СИНДРОМУ ЯК КРИТЕРІЙ ДИФЕРЕНЦІЙНОЇ ДІАГНОСТИКИ**

Д. М. САФОНОВ

**Запропоновано алгоритм диференційної діагностики нозологічної приналежності кататонічного синдрому в умовах клінічної практики на підставі результатів обстеження 100 пацієнтів. Розро-**

**блено принципи диференційної діагностики цього синдрому на семіотичному, синдромальному (субсиндромальному) і нозологічному рівнях.**

*Ключові слова: рухові порушення, кататонічна форма шизофренії, кататонічний синдром, диференційна діагностика.*

---

**STRUCTURAL AND DYNAMIC CHARACTERISTICS OF CATATONIC SYNDROME  
AS A CRITERION OF DIFFERENTIAL DIAGNOSIS**

D. N. SAFONOV

**The algorithm of differential diagnosis of catatonic syndrome nosological category under the conditions of clinical practice was suggested based on the findings of investigation of 100 patients. The principles of differential diagnosis of this syndrome were developed on semiotic, syndromal (sub-syndromal) and nosology levels.**

*Key words: motor disorders, catatonic schizophrenia, catatonic syndrome, differential diagnosis.*

---

*Поступила 11.03.2015*