

DOI: <https://doi.org/10.51922/2074-5044.2024.4.35>Т. І. Мікуловіч¹, В. У. Корсак²

КАТАТАНІЯ Ў КЛІНІЦЫ ПСІХІЧНЫХ РАССТРОЙСТВАЎ: ПРАСТОРАВА-ЧАСАВАЯ АРГАНІЗАЦЫЯ

Установа аховы здароўя «Мінскі абласны клінічны цэнтр
«Псіхіятрыя – наркалогія»¹,
НМУ «Рэспубліканскі цэнтр праблем чалавека»
Беларускага дзяржаўнага ўніверсітэта²

У артыкуле апісаны «класічныя» праявы кататаніі, а таксама тэма, што даволі рэдка сустракаюцца ў паўсядзённай практыцы ўрача. Нададзена ўвага паходжанню кататаніі, якая можа быць як ідыяпатычнай, так і абумоўленай арганічнымі прычынамі. Апошнія надаюць клінічнай карціне расстройства стойкасць паталагічных сімптомаў, што ўскладняе лячэнне пацыентаў. Праявы кататаніі разгледжаны ў ракурсе парушэнняў яе прасторава-часавай арганізацыі, што прыводзіць да знікнення або скажэння свядомасці чалавека. Паказана, што расстройства апошняй выступае галоўным чыннікам патогенэзу кататаніі.

Ключавыя словы: кататанія, сімптоматыка, свядомасць, прасторава-часавая арганізацыя.

Т. І. Mikulovich, V. U. Korsak

CATATANIA IN THE CLINIC OF MENTAL DISORDERS: SPATIO – TEMPORAL ORGANIZATION

The article describes the «classic» manifestations of catatonia, as well as those that are quite rare in the everyday practice of a doctor. Attention is paid to the origin of catatonia, which can be both idiopathic and due to organic causes. The latter give the clinical picture of the disorder the persistence of pathological symptoms, which complicates the treatment of patients. Manifestations of catatonia are examined from the perspective of violations of its spatio-temporal organization, which leads to the disappearance or distortion of human consciousness. It is shown that the disorder of the latter is the main cause of the pathogenesis of catatonia.

Key words: catatonia, symptomatology, consciousness, spatio-temporal organization.

Тэрмін «кататанія» (грэч. – «нацягнуты», «напружаны») быў уведзены К. Кальбаумам у 1874 г. для пазначэння псіхічных станаў, што назіраюцца пры шызафрэнні і выражаюцца «застываннем» у аднастайных позах, або стэрэатыпным рухальным узбуджаннем [8; 11].

Кататанічныя рэакцыі ў дзікіх жывёлаў існуюць як эвалюцыйна сфарміраваны абаронны механізм у адказ на небяспеку для жыцця пры нападах на іх з боку больш моцных драпежнікаў.

К. мае гіперкінэтычны і акінэтычны полюсы. Так, у жывых істааў, якія падвяргаюцца нападам прадстаўнікоў дзікай фаўны, развіваецца моцнае супраціўленне з звышактывізацыяй, узрушаннем, ярасцю ці супрэчным атакаваннем, або, наадварот, – заміраннем, «застываннем» у адной позе («still reaction», «freezing») з імітацыяй смерці («feigned death»), ці робіць жывёлаў больш незаўважнымі або адпалохвае нападнакаў [5].

У супрацьлегласць распаўсюджанай думцы пра тое, што кататанія (К.) з'яўляецца рэдкаім клінічным феноменам, па нашых назіраннях, яна займае значнае месца ў карціне псіхічных расстройстваў. Сімптомы К. сустракаліся болей, чым у трэці часткі (37,4 %) курыраваных намі пацыентаў, што знаходзіліся на лячэнні ў РНПЦ псіхічнага здароўя ў 2017–2021 гадах.

Апроч шызафрэнні, К. можа назірацца пры дысацыяцыйных (канверсійных) расстройствах (раней называемых гістэрыяй).

Згодна з вылучанай аўтарам артыкула тэорыі (у супрацоўніцтве з В. У. Корсак), псіхічнае функцыянаванне чалавека мае прасторава-часавую арганізацыю, на фундаменце якой фарміруецца яго свядомасць. Яна закладзена ў індывідуальнай прасторава-часавай мадэлі (ПЧМ) як праграма рэалізацыі псіхічных працэсаў. Пры парушэнні функцыянавання гэтай мадэлі губляецца, або становіцца

недостатковым свядомасны кантроль над псіхічнай дзейнасцю чалавека, у выніку чаго развіваюцца расстройтва яго псіхічнага здароўя [4].

Прадметам нашага разгляду з'яўляецца апісанне і аналіз праяваў К. з акцэнтам на парушэнні станаў свядомасці пацыентаў.

Мэта даследавання – раскрыццё фундаментальных механізмаў фарміравання К. на аснове канцэпцыі індывідуальных прасторы і часу чалавека, увасобленай у яго свядомаснай прасторава-часовай мадэлі.

Для рэалізацыі пастаўленай мэты вылучаны наступныя **задачы**:

1 – паказаць першараднасць фактару парушэння індывідуальных прасторы і часу пацыентаў у фарміраванні клінічных праяваў кататанічнага сіндрому;

2 – апісаць фундаментальную аснову кататаніі – яе прасторава-часавую мадэль.

Вядома, што К. клінічна праяўляецца стэрэатыпіямі, якія выражаюцца ўстойлівымі шаблоннымі, шматкратнымі, нямэтанакіраванымі паўтарэннямі рухаў, слоў, фраз і паводзінаў. Дзеянні пацыентаў з стэрэатыпіямі могуць быць простымі, як, напрыклад, раскачванне з боку ў бок, так і больш складанымі, напрыклад, хаджэнне па колу, але яны кожным разам застаюцца нязменнымі.

Пэўныя аналогіі можна прывесці з фэбулай амерыканскага фільма «Дзень сурка» («Groundhog Day»), дзе паказана шматкратная штодзённая паўторнасць падзеяў аднаго, ужо пражытага галоўным героем дня. Такая «зацыкленасць» тлумачыцца, паводле сцэнарыя, узнікненнем у свядомасці персанажа нелінейнага, непрагрэсуючага ходу часу ў выглядзе «часавых петляў».

У нашых папярэдніх працах падобны феномен быў апісаны як кругавы ход індывідуальнага часу ў пацыентаў з абсесіўна-кампульсіўным расстройтвам, што праяўляецца навязлівасцямі і паўторнымі, стэрэатыпнымі дзеяннямі, якія яны не ў сілах самастойна спыніць [4]. У названым вышэй фільме паказана цяжкае наступства для чалавека змены натуральнага паслядоўнага цячэння індывідуальнага часу на кругавое. Немагчымасць пераадолець вяртанне адліку часу да зыходнай кропкі і тым самым вырвацца з замкнёнага кола прывяла героя фільма да адчаю і ўзнікнення ў яго сімптомаў дэпрэсіі.

На думку А. Margaret J. Randolph, паўторнасць падзеяў па адзіным узору выступае асноваю фарміравання стэрэатыпіі і ў пацыентаў з К. [9].

Таму прадстаўлены ў фільме феномен з пазіцыі псіхіятрыі выглядае не так ужо і фантастычна.

Паводле ўстойлівай традыцыі, К. лічыцца прыналежнай шызафрэніі. У МКБ–10 яна разглядаецца як сіндром у межах недыферэнцаванай шызафрэніі (F20.3). Але існуе і іншая думка, паводле

якой К. назіраецца пераважна ў пацыентаў з арганічнай паталогіяй [7].

Па меркаванні А. М. Taylor і М. Fink, у клініцы псіхічных расстройтваў мае месца гіпадыягностыка кататанічнай сімптоматыкі. Сярод расстройтваў, у межах якіх яна праяўляецца, аўтары называюць шызафрэнію, дэпрэсію, манію, арганічныя захворванні, звязаныя з перанесенымі інфекцыямі, выкліканыя метабалічнымі парушэннямі і ўздзеяннем лекаў, а таксама эпілеpsy і гістэрыю [12].

У 4-м выданні Дыягнастычнага і статыстычнага кіраўніцтва па псіхічных расстройствах (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-IV-TR) прысутнічае кататанічны тып шызафрэніі (295.20). Для пастаноўкі гэтага дыягназу неабходна дамінаванне ў клінічнай карціне як мінімум двух крытэрыяў: рухальнай імабільнасці, пра што сведчаць каталепсія (уклучна з васковай гнуткасцю), або ступару; асаблівасці адвольных рухаў, якія характарызуюцца пазаваннем (дабраахвотнае прыняцце недарэчных ці ненатуральных позаў); стэрэатыпныя рухі; кідаючыся ў вочы гримаснічанне і манернасць; крайні негатывізм (беспрычыннае супраціўленне ўсім інструкцыям або знаходжанне ў рыгіднай позе, з супраціўленнем усім спробам яе змянення) або мутызм; празмерная рухальная актыўнасць (безмэтавая і не пад уздзеяннем знешніх раздражняльнікаў); рэхапраксія і рэхалалія [6].

У новай Міжнароднай класіфікацыі клінічных хваробаў (МКХ-11) і Дыягнастычным і статыстычным кіраўніцтва па псіхічных расстройствах (DSM-5-TR), якія знаходзяцца ў працэсе ўкаранення ў Рэспубліцы Беларусь, выдзяляюць некалькі тыпаў К: 1 – асацыяваную з іншым псіхічным расстройствам; 2 – выкліканую ўжываннем псіхаактыўных рэчываў, уключаючы медыцынскія прэпараты; 3 – другасны кататанічны сіндром.

Клінічна разлічаюць люцыдную К.: без памрачэння свядомасці і анэйроідную, – дзе мае месца яе памрачэнне.

У клінічных праявах апошняй адзначаюцца фантастычныя снападобныя і псэўдагалюцынаторныя перажыванні, якія пераплятаюцца з рэальнасцю, дзе пацыенты дэзарыентаваны ў сваёй асобе і выступаюць як удзельнікі сітуацыі, якая імі перажываецца, з уключэннем у яе рэальных людзей, што знаходзяцца ў іх полі зроку.

Гэта сведчыць пра тое, што ў частцы выпадкаў пры кататанічным ступары ўзнікаюць скажэнні індывідуальных прасторы і часу, што наводзіць на думку не пра адсутнасць, а, менавіта, – пра іх парушэнні.

Сіндром К. налічвае больш за 40 сімптомаў, пералік асноўных з якіх прыводзіцца ніжэй.

Ступар – найбольш характэрны сімптом К, які праяўляецца маторнай затарможанасцю і адсут-

насцю моўнай прадукцыі. Пацыенты перастаюць рэагаваць на знешнія стымулы. У іх маюць месца парушэнні ўсіх відаў дзейнасці, у тым ліку, – інстынктыўнай. У гэтым стане пацыенты могуць знаходзіцца на працягу некалькіх тыдняў і нават месяцаў.

Такая статычнасць, паводле нашай тэорыі, з'яўляецца сведчаннем знікнення ў пацыентаў індывідуальнай прасторы і спынення ходу індывідуальнага часу.

Каталепсія, або васковая гнуткасць – заміранне пацыента на працягу доўгага часу ў адной позе (як быццам створанай з гнуткага матэрыялу – воску ці пластыліну), у тым ліку, – вельмі нязручнай, якая нададзена яму іншым чалавекам. У гэтым стане пацыент не рэагуе на гучны зварот да яго, а адказвае толькі шэптам. Актыўных дзеянняў пацыент не здзяйсняе, а здольны толькі на пасіўнае падпарадкаванне. На нашу думку, немагчымасць пацыента самастойна рухацца ўзнікае ў сувязі з празмернай пластычнасцю каркасу яго ПЧМ. У гэтых умовах часавая спіраль губляе сваю рухомасць, што прыводзіць да спынення індывідуальнага часу пацыента.

Неабходна звярнуць ўвагу і на факт спонтаннага разняволення пацыентаў у перыяд начной цішы, падчас якой яны становяцца здольнымі ўступаць у моўны кантакт з іншымі людзьмі. Паколькі ноч у прыродным цыкле выступае як супралегасць дню, то ў здравых людзей пры змене перыяду сутак мяняюцца прасторава-часавыя кардынаты на супрацьлеглыя: удзень чалавек найбольш актыўны, уступае ў моўны кантакт, а ўначы спіць. У пацыентаў з К. усё адбываецца наадварот: удзень яны маўчаць і не праяўляюць рухальнай актыўнасці; у начныя часы – наадварот, становяцца здольнымі размаўляць і здзяйсняць пэўныя мэтанакіраваныя і ўсвядомленыя ўчынкi. Гэта з'ява выклікае вялікую навуковую цікавасць у сувязі з тым, што тут фактар «перавернутай» свядомасці парадасальным чынам спрыяе часоваму вяртанню пацыента да дамарбіднага стану (як «мінус» на «мінус» дае «плюс»).

Знаходжанне ў позе эмбрыёна – стан пацыента характарызуецца найбольшай ступенню выражанасці рухальнай затарможанасці на працягу доўгага часу. Знаходжанне ў эмбрыянальнай позе ёсць сведчаннем рэгрэсу прасторы і часу чалавека і яго вяртаннем на найніжэйшыя ўзроўні развіцця.

Сімptom «паветранай падушкі» – утрыманне пацыентам галавы над падушкай на вышыні 10–15 см на працягу дня (за конт гіпертонуся цягліцаў шыі). Гэта абумоўлена спыненнем функцыянавання індывідуальных прасторы і часу замест маючага быць перыяду няспанна. З наступленнем

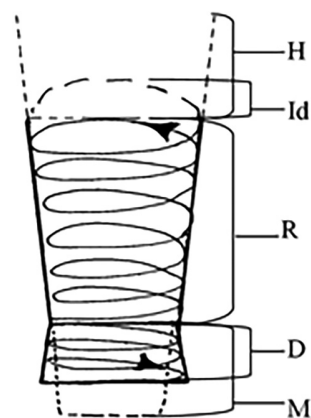
ночы напружанасць знікае і пацыент засынае з вяртаннем у належны прыродны стан начнога сну.

Прыняцце ненатуральных поз – знаходжанне ў пэўных аднастайных позах на працягу доўгага часу. Да іх адносіцца «распятая» поза з раскінутымі рукамі. Можна меркаваць, што ў аснове пазавання мае месца імгненнае спыненне індывідуальнага часу пацыента разам са знікненнем («застываннем») яго індывідуальнай прасторы.

Негатывізм (Gegenhalten), негатывістычны ступар – супраціўленне спробам іншага чалавека рухаць часткамі цела пацыента і змяняць яго позу. Такі скарчанель, застылы стан можа сведчыць аб адсутнасці індывідуальных прасторы і спыненне індывідуальнага часу. Апошняе ўзнікае з прычыны рыгіднасці прасторава-часавай спіралі. Ментальна чалавек не прысутнічае ў рэальных сусветных прасторы і часе, а знаходзіцца ў (ніжніх) негатыўных частак ПЧМ (на мал. 1: мінімізаванай – М і, часткова, – дэрэалізаванай – D).

Аўтаматычнае падпарадкаванне – бязвольнае выкананне пацыентам любой інструкцыі. Можа праяўляцца ў 2-х формах. У першай – пасля прыводзнення цела пацыента ў пэўнае палажэнне яму даецца інструкцыя супраціўляцца дзеянню даследчыка. Пры другой – мае месца крайняя ступень аўтаматычнага падпарадкавання, калі для прыняцця іншай позы дастаткова толькі лёгкага дакранання, пасля чаго цела пацыента адразу вяртаецца ў былую пазіцыю (у адрозненне ад васковай гнуткасці). Падпарадкаванне тут выступае як няўсвядомленае пацыентам аўтаматычнае дзеянне, як быццам запушчанае заведзеным механізмам. Абодва прыклады сведчаць пра **адсутнасць у пацыента свядомаснага кантролю над сваімі паводзінамі**.

Ваганне пацыента паміж падпарадкаваннем і супраціўленнем пададзеным інструкцыям. Калі



Мал. 1. Прасторава-часавая мадэль з прадстаўленымі ў ёй сферамі свядомасці чалавека: H – гіпербалізаванай, Id – ідэальнай, R – рэальнай, D – дэрэалізаванай, M – мінімізаванай

пацыенту прапаноўваюць паціснуць руку даследчыку, той пачынае то выцягваць сваю руку, то хаваць яе. Пачатае дзеянне да канца не рэалізуецца, **не ўсведамляецца і застаецца безвыніковым**.

Абструкцыя – раптоўнае беспрычыннае спыненне пацыентам пачатага ім руху. Па сваім механізму абструкцыя расцэньваецца як феномен, аналагічны *блакадзе думак*. Як той, так і другі, на погляд аўтараў артыкула, абумоўлены **раптоўным знікненнем індывідуальных прасторы і часу** пацыентаў.

Рэхалалія – некантраляванае аўтаматычнае паўтарэнне слоў, пачутых пры маўленні іншых людзей. У практыцы аўтараў артыкула сустраўся выпадак, калі рэхалалія заключалася ў люстраным (зваротным) парадку гукаў у словах даследчыка. Разам гэтыя з’явы ўваходзяць у катэгорыю рэхафеноменаў, што фарміруюцца на аснове **люстрана-сіметрычнай арганізацыі ПЧМ пацыента**, апісанай намі пры шызафрэнні [4].

Рэхапраксія – **люстранае** паўтарэнне рухаў іншага чалавека – **антырухаў**.

Аверсія – адварочванне пацыента пры звароце да яго. Сімptom можна лічыць праявай негатывізму, з трактоўкай яго таксама ў плане **люстрана-сіметрыі**.

Апошнія тры феномены фарміруюцца на аснове **сіметрызацыі індывідуальных прасторава-часавых каардынатаў чалавека і ўтварэннем «люстранай» свядомасці**, апісанай намі як вытворнае «антысвету» – ніжняй часткі ПЧМ [4, с. 127–128].

Кручэнне вакол сваёй восі. У аснове гэтага феномена знаходзіцца стэрэатыпны рух з абаротамі па колу, абумоўлены **«зацыкліваннем» індывідуальнага часу пацыента** (падкрэслім, што кола – гэта ідэальна сіметрычная фігура).

Гвалтоўнае рукапацісканне – шматкратнае сцісканне пададзенай пацыенту рукі іншага чалавека. Асновай гэтага феномену з’яўляецца стэрэатыпнае, **штампаванае дзеянне**.

Манерызм, маторныя персеверацыі – множныя паўторныя стэрэатыпныя рухі (накшталт салютавання). Гэтая з’ява мае падабенства з сімптомам рукапаціскання.

Рухальнае ўзбуджанне – немэтанакіраваная, эксцэсіўная актыўнасць, не выкліканая рэальнымі вонкавымі стымуламі. Сімptom узнікае пры **дэзарганізацыі індывідуальных прасторы і часу**.

Некаторыя кататанічныя сімптомы – такія як асобныя моўныя і рухавыя ітэрацыі, лічацца адносна неспецыфічнымі. Іх адносяць да так званай **«малай К.»** Да яе можна аднесці шэптавае маўленне, «мову робата», «замежны» акцэнт, манернасць, падскокванні і хаджэнне на дыбачках, не маючыя

сэнсу рытуалы, – сімптомы, якія ўрачамі звычайна не расцэньваюцца як праявы К. [1].

Пры К. у пацыентаў могуць развівацца брэд, галюцынацыі, а таксама анэйроідныя станы, якія суправаджаюцца своеасаблівай **частковай амнезіяй**, калі з памяці выпадаюць рэальныя падзеі, а хваравітыя, найчасцей фрагментарна, – захоўваюцца. Пасля выхаду з стану звычайна надзіраецца частковая амнезія рэальных падзей, успаміны пра балючыя хваляванні захаваны лепей. Гэта вымушае прызначаць пацыентам нейралептычныя прэпараты, якія блакуюць дафамін, – пераважна ін’екцыйныя, – галаперыдол ці трыфтазін. Але пры гэтым трэба мець на ўвазе магчымасць далучэння да спантаннай К. медыкаментознай, выкліканай прыёмам лекаў.

Пры К. любой этыялогіі ў якасці прэпаратаў рэкамендуюцца транквілізатары групы бензодыязэпінаў, а таксама электрасутаргавая тэрапія (ЭСТ), якая дазваляе вывесці пацыентаў з небяспечнага стану. На кароткі час пасля яе развіваюцца збытанасць свядомасці, парушэнне арыентацыі ва ўласнай асобе, парушэнне памяці; разгубленасць, парушэнне канцэнтрацыі ўвагі; галавакружэнне; галаўная боль; слабасць, стомленасць, санліваасць, якія нагадваюць стан пацыента пасля эпілептычнага прыступа; часам, – псіхаматорнае ўзбуджанне. Гэтыя сімптомы захоўваюцца ў пацыентаў не больш за некалькі гадзінаў пасля сеанса.

Паколькі свядомасць пацыента пры ЭСТ знікае, то яна выступае як **знешняе ўздзеянне на галаўны мозг пацыентаў, спосаб перафарматавання ПЧМ для ўзнаўлення іх свядомасці**.

Заклучэнне

Кататанія – гэта непадлеглае свядомаснаму кантролю рухальнае расстройтва, якое ў клініцы псіхічных хваробаў часта ўяўляе небяспеку для функцыянавання і жыцця пацыентаў.

У апісаннях клінічнай сімптаматыкі кожнага з сіндромаў кататаніі выяўлена тое супольнае, што яе характарызуе. Гэта, найперш, – знікненне цалкам, або часткова, свядомасці пацыентаў, што мае вынікам рухальную затарможанасць ці ўзбуджанасць, стэрэатыпныя дзеянні, падчас якіх пацыенты могуць наносіць пашкоджанні самім сабе і людзям вакол іх, адсутнасць харчовага інстынctu, кантролю за фізіялагічнымі патрэбамі. Пацыенты здзяйсняюць стэрэатыпныя, немэтазгодныя, безвыніковыя, як быццам навязаныя, дзеянні. Гэта сведчыць пра базавыя парушэнні асноваў існавання чалавека і яго свядомаснай прасторава-часавай мадэлі – ПЧМ.

Такім чынам, нашы назіранні за пацыентамі з К., якія дазваляюць меркаваць, што свядомасць пацыентаў з К. на гэтыя адрэзкі часу парушаецца, знікае або цалкам, або часткова.

Література

1. Захарова, Н. М., Кекелидзе, З. И. Кататонический синдром при критических состояниях у больных шизофренией / Н. М. Захарова, З. И. Кекелидзе // Российский психиатрический журнал. – 2004. – № 3. – С. 11–14.
2. Захарова, Н. М., Кекелидзе З. И. Особенности кататонического синдрома у больных шизофренией и алкоголизмом, находящихся в критических состояниях / Н. М. Захарова, З. И. Кекелидзе // Психиатрия. – 2004. – № 5. – С. 35–43.
3. Колпаков, В. Г. Кататония у животных: Генетика, нейрофизиология, нейрохимия / В. Г. Колпаков. – Новосибирск: Наука, Сиб. отд-ние, 1990. – 169 с.
4. Тетеркина, Т. И., Корсак, О. В. Пространственно-временная теория психического здоровья и его расстройств у человека. / Т. И. Тетеркина, О. В. Корсак. – Мн.: Изд. Центр БГУ, 2021. – 185 с.
5. Цяцеркина, Т. И., Аб'едкаў, В. Г., Майсейчык, А. Л. / Т. И. Цяцеркина з суаўт. // Кататанія ў клініцы псіхічных растройстваў: агляд літаратуры // Психиатрия. – 2008. – № 2. – С. 109–120.
6. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR). – Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2000. – 943 P.
7. Gelenberg, A. J. The catatonic syndrome / A. J. Gelenberg // Lancet. – 1976. – № 2. – P. 1339–1341.
8. Kahlbaum, K. L. Die Katatonie oder das Spannungssirresein. Eine klinische Form psychischer Krankheit / K. L. Kahlbaum. – Berlin, 1874.
9. Margaret J. Randolph. Groundhog Day / J. R. Margaret. – The Rosen Publishing Group, 2002. – 24 с.
10. Rajagopal, S. Catatonia / S. Rajagopal // Advances in Psychiatric Treatment. – 2007, vol. 13. – 51–59.
11. Stephan, C. et al. Lethal Catatonia / C. Stephan et al. // Am. J. Psychiatry, 2013. – vol. 143. – № 11. – P. 1374–1381.
12. Taylor, A. M., Fink, M. Catatonia in Psychiatric Classification: A Home of its Own / A. M. Taylor, M. Fink // Am. J. Psychiatry. – 2003. – vol. 160. – № 7. – P. 1233–1241.

References

1. Zaharova, N. M., Kekelidze, Z. I. Katatonicheskiy sindrom pri kriticheskikh sostoyaniyah u bol'nyh shizofreniej / N. M. Zaharova, Z. I. Kekelidze // Rossijskiy psihiatricheskij zhurnal. – 2004. – № 3. – S. 11–14.
2. Zaharova, N. M., Kekelidze Z. I. Osobennosti katonicheskogo sindroma u bol'nyh shizofreniej i alkogolizmom, nahodyashchihsya v kriticheskiih sostoyaniyah / N. M. Zaharova, Z. I. Kekelidze // Psihiatriya. – 2004. – № 5. – S. 35–43.
3. Kolpakov, V. G. Katatoniya u zhivotnyh: Genetika, nejrofiziologiya, nejrohimiya / V. G. Kolpakov. – Novosibirsk: Nauka, Sib. otd-nie, 1990. – 169 s.
4. Teterkina, T. I., Korsak, O. V. Prostranstvenno-vremennaya teoriya psihicheskogo zdorov'ya i ego rasstrojstv u cheloveka. / T.I. Teterkina, O. V. Korsak. – Mn.: Izd. Centr BGU, 2021. – 185 s.
5. Cyacerkna, T. I., Ab'edkaŭ, V. G., Majsejchyk, A. L. / T. I. Cyacerkina z suaŭt. // Katataniya ŭ klinicy psihichnyh rastrojstvaŭ: aglyad litaratury // Psihiatriya. – 2008. – № 2. – S. 109–120.
6. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR). – Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2000. – 943 P.
7. Gelenberg, A. J. The catatonic syndrome / A. J. Gelenberg // Lancet. – 1976. – № 2. – R. 1339–1341.
8. Kahlbaum, K. L. Die Katatonie oder das Spannungssirresein. Eine klinische Form psychischer Krankheit / K. L. Kahlbaum. – Berlin, 1874.
9. Margaret J. Randolph. Groundhog Day / J. R. Margaret. – The Rosen Publishing Group, 2002. – 24 s.
10. Rajagopal, S. Catatonia / S. Rajagopal // Advances in Psychiatric Treatment. – 2007, vol. 13. – 51–59.
11. Stephan, C. et al. Lethal Catatonia / C. Stephan et al. // Am. J. Psychiatry, 2013. – Vol. 143. – № 11. – R. 1374–1381.
12. Taylor, A. M., Fink, M. Catatonia in Psychiatric Classification: A Home of its Own / A. M. Taylor, M. Fink // Am. J. Psychiatry. – 2003. – Vol. 160. – № 7. – P. 1233–1241.

Паступила 03.01.2024 г.