

Дифференциальная диагностика идиопатических психомоторных психозов. II — Современность

Снедков Е.В.¹, Лемешев И.В.^{1,2}, Коляда А.А.¹

¹Психиатрическая больница св. Николая Чудотворца, Санкт-Петербург, Россия

²Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

Обзорная статья

Резюме: во второй части статьи продолжен анализ принципиальных отличий патофизиологии, клиники, течения, исходов циклоидного психоза подвижности, периодической кататонии и персистирующих кататоний. Показано, что диагностические указания, содержащиеся в международных классификациях болезней 10-го и 11-го пересмотров, препятствуют их надлежащей дифференциации. Подмена клинической феноменологии «операциональными критериями», механистическое объединение любых психомоторных аномалий в конструкт кататонии обуславливает искажение базовых понятий и низкую продуктивность научных исследований в данной области. По мнению авторов, необходим возврат к общепринятой во всех клинических дисциплинах феноменологической диагностике. Перспективной основой для практического применения и дальнейших исследований может послужить систематика психомоторных психозов, разработанная школой Вернике-Клайста-Леонхарда.

Ключевые слова: психомоторные психозы, кататония, периодическая кататония, циклоидные психозы, психоз подвижности, фебрильная кататония

Информация об авторах:

Снедков Евгений Владимирович — e-mail: esnedkov@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0002-1438-1890>

Лемешев Илья Владимирович* — e-mail: ilya.lemeshev@gmail.com; <https://orcid.org/0009-0002-0491-6545>

Коляда Александр Александрович — e-mail: kazak-76@mail.ru; <https://orcid.org/0009-0005-2827-4761>

Как цитировать: Снедков Е.В., Лемешев И.В., Коляда А.А. Дифференциальная диагностика идиопатических психомоторных психозов. II — Современность. *Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. 2026; 60:1:89-97. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2026-1-1106>.

Конфликт интересов: Е.В. Снедков является членом редакционного совета

Differential diagnosis of idiopathic psychomotor psychoses. II — Modernity

Evgenii V. Snedkov¹, Ilya V. Lemeshev^{1,2}, Aleksandr A. Koliada¹

¹St. Nicholas Psychiatric Hospital, St. Petersburg, Russia

²North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov, St. Petersburg, Russia

Review article

Summary. The second part of the article continues the analysis of the fundamental differences between the pathophysiology, clinic, course, and outcomes of cycloid motility psychosis, periodic catatonia, and persistent catatonia. It is evident that the diagnostic criteria outlined in the International Classifications of Diseases in their 10th and 11th editions hinder their accurate distinction. The substitution of «operational criteria» for clinical phenomenology, the mechanistic unification of any psychomotor abnormalities into a construct of catatonia, leads to a distortion of basic concepts and low productivity of scientific research in this field. According to the authors, a return to the generally accepted phenomenological diagnosis in all clinical disciplines is necessary. The systematics of psychomotor psychoses developed by the Wernicke-Kleist-Leonhard school can serve as a promising basis for practical application and further research.

Key words: psychomotor disturbances, catatonia, periodic catatonia, cycloid psychosis, motility psychosis, febrile catatonia

Автор, ответственный за переписку: Лемешев Илья Владимирович — e-mail: ilya.lemeshev@gmail.com

Corresponding author: Ilya V. Lemeshev — e-mail: ilya.lemeshev@gmail.com

Information about the authors:

Evgenii V. Snedkov — e-mail: esnedkov@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0002-1438-1890>

Ilya V. Lemeshev* — e-mail: ilya.lemeshev@gmail.com; <https://orcid.org/0009-0002-0491-6545>

Aleksandr A. Koliada — e-mail: kazak-76@mail.ru; <https://orcid.org/0009-0005-2827-4761>

To cite this article: Snedkov EV, Lemeshev IV, Koliada AA. Differential diagnosis of idiopathic psychomotor psychoses. I — Modernity. V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology. 2026; 60:1:89-97. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2026-1-1106>. (In Russ.)

Conflict of interest: Evgenii V. Snedkov is a member of the editorial council.

Патогномоничных симптомов нет. В изолированном виде, в отрыве от общей клинической картины, они неинформативны. «Как основное положение следует помнить, что не отдельные признаки, а только общая клиническая картина является решающей для правильного диагноза в медицине» (Эмиль Крепелин, 1923) [3]. Рассмотрим эту аксиому на примере психомоторных симптомов.

Застывания в одной позе, оцепенение — атрибут любого ступора, не только кататонического. Катаlepsия (восковая гибкость) бывает одним из проявлений прогрессирующего лобно-стриатного поражения, но у здоровых её вызывают и бесследно устраняют внушением в гипнозе. Автоматическая подчиняемость встречается и при кататонии, и при циклоидном психозе спутанности, и в состоянии гипнотического транса. Мутизм может быть обусловлен лобной, мозжечковой или стволовой дисфункцией в результате конверсионной истерии, кататонии, инсульта, взрывной контузии мозга, нейродегенеративного или объёмного процесса.

Грамотный врач без труда отличит аффективное напряжение мышц от экстрапирамидной мышечной ригидности. Автоматический мышечный спазм при попытке изменить положение тела — кататонический негативизм; сопротивление больного, объётого страхом — вовсе нет. Хореоформные сокращения мышц лица (т.е., гримасничанье, разновидность дискинезий) и лицевая экспрессия эмоций (grimасы страдания, ужаса, злобы, изумления, отвращения и др.) — совсем не одно и то же. Стилизованная, жеманная манерность некоторых психически здоровых, тревожно-патетическая манерность пациентки с циклоидным психозом страха-счастья, оживлённо-игривая манерность маниакального больного принципиально отличаются от бесцельной, стереотипной, эмоционально выхолащенной манерности при лобном синдроме и кататонии.

Клинически различающиеся психомоторные феномены имеют принципиально разную нейробиологическую основу (Табл.1). Альтернатив феноменологическому подходу в медицине нет, ибо без получения представлений о характере болезненного состояния, о вероятных механизмах его возникновения и о дальнейшем течении диагноз бесполезен. Будучи продиктованной практическими

потребностями, дифференциация клинических форм психомоторных нарушений разрабатывалась многими поколениями психиатров. Иллюстративный пример приведён в Табл.2.

Подмена феноменологических описаний психических расстройств бихевиористскими «операциональными критериями» в международных психиатрических классификациях повлекла прогрессирующее обеднение клинического мышления врачей и десемантизацию используемых ими профессиональных терминов [2, 15, 46, 53, 60, 61, 66, 67, 73, 87]. Видный американский нейропсихиатр Нэнси Андреасен (2007) метко обозначила этот прискорбный итог «смертью феноменологии» [12].

Для диагноза кататонической шизофрении по МКБ-10 (F20.2) надо установить такие «формы поведения», как ступор или мутизм, бесцельное возбуждение, застывания в виде «добровольного принятия и удержания неадекватной позы», негативизм («бессмысленное сопротивление при попытках изменить позу»), ригидность, восковую гибкость, автоматическую подчиняемость и «персеверации» (видимо, отождествлённые то ли с вербигерациями, то ли с эхолалией). Механистические комбинации «признаков» без описательных нюансировок, без учёта структурной иерархии и динамических взаимосвязей ничего не говорят ни о нозологической форме психоза, ни хотя бы о ведущем синдроме (напомним, синдром — это совокупность патогенетически взаимосвязанных симптомов, их «совместный бег» (греч. συν- «с-, со-»; δρόμος — «бег, движение»).

Чтобы не спутать «диссоциативный ступор» (F44.2) с кататоническим, по МКБ-10 достаточно выявить его психогенную причину, а депрессивный и маниакальный ступоры надо отличать от диссоциативного по их медленному развитию. Если психомоторные симптомы вызваны самостоятельно диагностируемым церебральным заболеванием, дисметаболической или токсической энцефалопатией, то и при отсутствии признаков поражения экстрапирамидной моторики они всё равно должны называться органической кататонией (F06.1).

В психиатрическом разделе МКБ-11 нужда в незатейливых указаниях по различению психомоторных психозов отпала, ибо все они объединены в «независимый синдром кататонии» со статусом отдельной диагностической рубрики. Якобы, кататония встречается не только при шизофрении и органических поражениях мозга, но и при рас-

Таблица 1. Системы регуляции моторных функций и семиотика их поражений [1,7, 9,54,98]
Table 1. Systems of motor function regulation and the semiotics of their impairments [1,7, 9,54,98]

Экстрапирамидная система	Пирамидная система
Анатомия	
Базальные ганглии: стриатум (хвостатое ядро, скорлупа), чечевицеобразное ядро, ограда и подчинённые им скопления серого вещества в стволе мозга: субталамическое ядро, красное ядро, чёрная субстанция, ядро оливы.	Аксоны пирамидных нейронов сенсомоторной коры проходят через внутреннюю капсулу и ствол мозга, отдавая коллатерали к ядрам черепно-мозговых нервов и заканчиваются на нейронах серого вещества спинного мозга.
Функции	
Обеспечение произвольной (не требующей контроля внимания) регуляции позы, мышечного тонуса, согласованности и пластичности автоматизированных движений.	Обеспечение дифференцировки произвольных, целенаправленных, пространственно-организованных движений, опосредующих внимание к определённому стимулу.
Симптомы церебральных поражений	
Обеднение и десинхронизация движений, брадикинезия / акинезия, гипомимия, мышечная ригидность, симптом «зубчатого колеса»; «восковая гибкость», дистонии, дискинезии, гримасничанье; моторные и вокальные тики, стереотипии; тремор покоя, акатизия; миоклонии, атетоз, хорей. При вовлечении лобных отделов — бесцельная манерность; эхолалия, эхопраксия; монотонность речи; притупление эмоций и мотиваций; снижение высшего интеллекта.	При поражениях на уровне коры или белого вещества мозга — спастические параличи и парезы. При поражениях на уровне ствола — или расторможение реактивных и экспрессивных движений, или их блокада (ступорозное оцепенение); сновидное состояние сознания; гиперметаморфоз внимания; эйфория или безотчётный страх; вегетативные дисфункции, нарушения обмена и терморегуляции; сохранность личности при выходе из психоза.

Таблица 2. Синдромы двигательных расстройств во «Введении в клиническую психиатрию» Г.В. Морозова и Н.Г. Шумского (1998) [6]
Table 2. Movement disorder syndromes in «Introduction to Clinical Psychiatry» by G.V. Morozov and N.G. Shumsky (1998) [6]

Формы ступорозных состояний	Формы психомоторных возбуждений
Психогенный ступор	Психогенное возбуждение
Меланхолический ступор	Экстатическое возбуждение
Маниакальный ступор	Маниакальное возбуждение
Галлюцинаторный ступор	Галлюцинаторное возбуждение
Эпилептический ступор	Эпилептиформное возбуждение
Онейроидный ступор	Аментивное возбуждение
Люцидный ступор	Импульсивное возбуждение
Апатический ступор	Гебефреническое возбуждение
Кататонический ступор	Кататоническое возбуждение

стройствах настроения, «расстройствах аутистического спектра», гиперкальциемии, диабетическом кетоацидозе, в состоянии интоксикации или после отмены фенциклидина, каннабиса, галлюциногенов, при приёме бензодиазепинов, стероидов, дисульфирама, ципрофлоксацина и мн. др.

Квалификация синдромов в МКБ-11 продолжает напоминать «алгоритм китайского меню» [80]. Симптомы «кататонии» разделены на три кластера. К кластеру сниженной психомоторной активности отнесены замедление движений или ступор, мутизм, неподвижный взгляд, амбитендентность и негативизм («противодействие прось-

бам и инструкциям»). В кластер повышенной психомоторной активности включены двигательное возбуждение, импульсивность и агрессивность. Кластер аномальной активности образуют гримасничанье, манерность, двигательные стереотипии, мышечная ригидность, эхолалия, эхопраксия, вербигерации, «спонтанное активное удержание странной позы», каталепсия («пассивное удержание позы, когда врач изменяет положение конечности пациента») и восковая гибкость. Для диагноза кататонии достаточно присутствия трёх любых симптомов из одного или нескольких кластеров. Оговорка касается депрессивных, мани-

акальных и смешанных эпизодов: «если все симптомы кататонии являются аспектами только сниженной или только повышенной активности, дополнительный диагноз кататонии не нужен»: его ставят при наличии хотя бы одного симптома либо из кластера противоположного полюса, либо из кластера аномальной активности [70].

Итак, МКБ-11 предписывает считать «симптомами кататонии» любые проявления изменённой психомоторной активности. Феноменологические различия клинических картин, их ассоциации с течением болезни окончательно размыты [25, 75, 76, 95]. В психиатрии появился ещё один аморфный континуум чрезвычайно гетерогенных с точек зрения этиологии, патогенеза, клинических проявлений, закономерностей течения и исходов состояний. Сформировано представление, будто все психомоторные симптомы подвергаются в «кататониях замедленного и возбуждённого типов» чисто количественным изменениям [25, 41]. Надежды возлагаются на то, что измерения «симптомов кататонии» позволят «уменьшить предвзятость, присущую узким и неопределённым нозологическим категориям» и наконец-то найти их нейробиологический субстрат [50]. Кататония, в свою очередь, провозглашена одним из «измерений психоза» [40].

Созданы инструменты измерения кататонии: эпонимические шкалы Роджерса (MRRS) [63], Нортхоффа (NCS) [68], Буша-Фрэнсиса (BFCRS) [23] и др. Авторы одного из обзоров [88] сочли BFCRS предпочтительной из-за её достоверности, надёжности и простоты применения. По мнению иных специалистов, шкалы кататонии — всего лишь механические скопления симптомов; обеспечивая поперечные оценки, они могут быть полезны в исследованиях системной кататонии. Для применения в клинической практике, тем более при обследовании больных периодической кататонией, с её полиморфной динамической картиной, они малопригодны [82]. Ценность психометрического инструмента определяют не доказательства его валидности и надёжности, а семантическое поле, уровень осведомлённости разработчиков в психиатрической эпистемологии [17].

В расширенные рамки «кататонического синдрома» включают все формы ступоров и возбуждения, в т. ч. «мягкий ступор» (ремейк «melancholia attonita» Байярже), наречённый Огэстом Хоком «новой реакцией маниакально-депрессивного типа» [45], «делириозную манию», «онейрофрению», «злокачественную кататонию». Якобы, общность ответов этих состояний на бензодиазепины (БДЗ) и электросудорожную терапию (ЭСТ) доказывает их патофизиологическое единство, открывая новые горизонты для нейробиологических исследований [42, 81–83]. Здесь нужно заметить, что препаратов и методов терапии, пригодных на роль идентификаторов синдромов и болезней, в медицине не существует. В частности, хроническая (персистирующая, системная, люцидная) кататония редукции с помощью БДЗ и ЭСТ не поддаётся [26, 33, 43].

Сложные статистические расчёты внутри континуума «кататонии» позволили снова выявить давно известное. Выяснилось, что «негативизм» и «ригидные позы» встречаются у 55–65% пациентов с «кататонией», тогда как «более необычные черты» — стереотипии, эхолалии, эхопраксии, вербигерации — лишь у трети [83]. «При шизофрении превалируют каталепсия, автоматическая подчиняемость, манерность, негативизм и аномальные моторные признаки»; «депрессивные пациенты демонстрируют кататоническую заторможенность в виде ступора, мутизма и ригидных поз»; «для маниакальных больных наиболее характерно кататоническое возбуждение» [56]. Моторные нарушения на фоне спутанного сознания прогностически благоприятны — в отличие от люцидной кататонии [51]. Диагноз кататонической шизофрении тем вероятнее, чем дольше больной неподвижен [97]. То, что свыше века назад Вернике назвал паракинезами, обнаружено как бы впервые, теперь уже под названием «спонтанные дискинезии» [72].

Дименсиями могут определяться свойства физических объектов; в психопатологии они неприменимы [18]. Между тем, в рамках дименсионального подхода, «кататонию» выявляют уже у 18% детей и подростков с психическими расстройствами; наивысшие баллы по шкалам кататонии набирают среди них умственно отсталые [39, 93].

Вместо декларируемых в МКБ целей достижения консенсуса в определении границ категорий, обеспечения общего языка научного обмена и высокой воспроизводимости диагностических оценок используемый в психиатрии понятийный аппарат оказался ещё более запутанным, чем прежде.

В дихотомической системе деления эндогенных психозов принято считать, что только расстройства настроения могут протекать в виде приступов, разделённых интермиссиями. На этом основании быстро развивающиеся транзиторные рекуррентные гипокинетические и гиперкинетические эпизоды, описания которых полностью совпадают с описаниями циклоидного психоза подвижности, расцениваются вариантами приступов биполярного психоза (БАР) [8, 11, 30, 32, 37, 38, 91, 92]. Другие психиатры те же самые состояния именуют «периодическими подростковыми психозами» [10], «периодической кататонией» [44], «менструальной кататонией» [22, 55].

Возрождён крепелиновский термин «делириозная мания» (ДМ), но вопреки оригинальной трактовке теперь её относят к «возбуждённой форме кататонии». Описываются острое начало, сновидное состояние сознания, бесцельное возбуждение с «количественным преобладанием моторных симптомов над аффективными», безмотивной агрессией, обнажениями, бессвязными криками и копролалией, лабильность аффектов, бессвязность мышления, фантастический бред, галлюцинации, последующая амнезия. «Необъяснимый с медицинской точки зрения делирий» длится более недели. Иногда присоединяются ве-

гетативная дисфункция, гипертермия, недержание мочи; возможен переход в «злокачественную кататонию». Паракинезы между тем отсутствуют.

В сравнении с «типичным БАР» пациенты моложе и среди них ещё чаще встречаются женщины [21, 27, 30, 58]. Подмечено, что «приступы БАР в форме ДМ» рецидивируют по типу клише [13, 28, 65]. ДМ определяют как одновременное присутствие «тяжёлых расстройств кататонического и маниакального спектров» [19, 28, 91]. Однако отождествление «ДМ» с манией — это ещё одно смешение понятий. Приступы возникают внезапно, без предшествующего периода эмоционального подъёма. Разрозненные симптомы не структурируются в маниакальный синдром. Очерченных аффективных фаз в анамнезе не прослеживается [58]. Терапия антипсихотиками, иногда полезная при купировании мании, как правило, осложняет картину «ДМ» вплоть до развития злокачественного нейрорепитивного синдрома [35].

Столь же спорно усмотрение в ДМ черт родства органическому делирию [19, 27, 92]. На самом деле речь идёт об онейроидном состоянии с возможным переходом в аменцию. Резко изменено сознание Я, преобладают переживания перевоплощения и переплетённые с реальной обстановкой, символически окрашенные мистические образные представления; нет типичных для делирия тактильных галлюцинаций, элементов корсаковского синдрома [58]. Иные врачи, несмотря на бездефектное течение «ДМ», ввиду обнаружения дискордантности поведения, аффектов и мышления причисляют её к шизофрении [28]. Конкурирующие аргументы в пользу «аффективной», «шизофренической», «психогенной» и «независимой» гипотез происхождения «ДМ» расцениваются поддержкой теории «единого психоза» [81].

Большинство приводимых в публикациях описаний и клинических примеров острых интермиттирующих гиперкинетических и гипокинетических приступов полностью соответствуют картине циклоидного психоза подвижности [24], кратко изложенной в первой части статьи. Вместе с тем, дифференциация данной болезненной формы с другим приступообразным психомоторным психозом, влекущим развитие функционального дефекта, имеющим иную патофизиологию и поэтому требующим применения иной терапевтической тактики — с настоящей периодической ка-

татонией — в русле действующих классификаций фактически невозможна.

Методологически корректные исследования показывают, что структурные профили психомоторных симптомов сильно разнятся. Они формируют отличительные симптомокомплексы, которые не укладываются в дихотомические системы [4, 56, 74, 95, 96]. Строгие критерии диагностики выявляют «третий психоз», обособленный и от БАР, и от шизофрении [20, 75, 76, 95].

Выходом из сложившегося положения может быть возврат к принятой во всех клинических дисциплинах методологии клинической диагностики с одновременным созданием концептуальной классификации психических болезней, для кодирования которых в целях статистического учёта впоследствии могут быть адаптированы некоторые рубрики МКБ. Основой такой классификации может быть систематика эндогенных психозов Карла Леонхарда, доказательность, практическая польза и перспективность которой для дальнейших научных исследований признаны авторами целого ряда аналитических публикаций [14, 26, 29, 31, 33, 34, 36, 40, 41, 43, 47-50, 52, 57, 59, 64, 69, 71, 77-79, 84-87, 89, 90, 94]. Опровержений концепции школы Вернике-Клайста-Леонхарда в доступной литературе мы не обнаружили.

Вместо заключения приведём две цитаты из трудов известных ученых:

«Меня часто упрекают в том, что мои предложения ввести практические критерии разграничения в психиатрию, стремление выделить большое количество особых форм превратит её в слишком сложную науку. По моему мнению, это послужит ей лишь на пользу. Именно лёгкость, с которой психиатр в настоящее время может установить диагноз (если есть всего две возможности, то трудно ошибиться), привела к тому, что многие специалисты ныне даже не учатся правильно увидеть и описать картину психического заболевания. Вместо этого мы сталкиваемся с закосневшими психиатрическими понятиями и терминами, с помощью которых то или иное заболевание, а в большинстве случаев оно оказывается шизофренией, определяют и характеризуют» (Карл Леонхард, 1968) [5, 62].

«Представления о формах болезней всегда формируются эмпирическим путём, и только затем патофизиология помогает понять их сущность» (Клод Бернар, 1865) [16].

Литература / References

1. Голант Р.Я. Дизэнцефалопатические психозы с периодическим течением. Невропатология и психиатрия. 1941;(3):18-24.
Golant RYa. Diencephalopathic psychoses with a periodic (recurrent) course. Nevropatologiya i psikiatriya. 1941;(3):18-24. (In Russ.)
2. Давтян Е.Н. О естественной неполноте терминов, эвфемизмов и психиатрической номенклатуре. Неврологический вестник. 2023;55(4):56-65.

Davtyan EN. On the natural incompleteness of terms, euphemisms and psychiatric nomenclature. Nevrologicheskii vestnik. 2023;55(4):56-65. (In Russ.). <https://doi.org/10.17816/nb595943>.

3. Крепелин Э. Введение в психиатрическую клинику. Том I: Общий обзор. Пер. с нем. В.А. Гиларовского. Петроград: Государственное издательство; 1923.
Krepelin E. Vvedenie v psikiatricheskuyu kliniku. Tom I: Obshchii obzor. Per. s nem. V.A. Gilyarovsk-

- ogo. Petrograd: Gosudarstvennoe izdatel'stvo; 1923. (In Russ.).
4. Кузнецов А.В. Кататонические расстройства в клинической картине остропротекающих психотических состояний. Психиатрия и психофармакотерапия. 2020;22(5):27-31. Kuznetsov AV. Catatonic disorders in the clinical picture of acute psychotic states. Psikhatriya i psikhofarmakoterapiya. 2020;22(5):27-31. (In Russ.).
 5. Леонгард К. Систематика эндогенных психозов и их дифференцированная этиология. Пер. с нем. под ред. А.С. Тиганова. Москва: Практическая медицина; 2010. Leongard K. Sistematika endogennykh psikhozov i ikh differentsirovannaya etiologiya. Per. s nem. pod red. A.S. Tiganova. Moskva: Prakticheskaya meditsina; 2010. (In Russ.).
 6. Морозов Г.В., Шумский Н.Г. Введение в клиническую психиатрию (пропедевтика в психиатрии). Н. Новгород: Изд-во НГМА; 1998. Morozov G.V., Shumskii N.G. Vvedenie v klinicheskuyu psikhatriyu (propedevtika v psikhiatrui). N. Novgorod: Izd-vo NGMA; 1998. (In Russ.).
 7. Триумфов А.В. Топическая диагностика заболеваний нервной системы. 13-е издание. Москва: МЕДпресс-информ; 2002. Triumfov A.V. Topicheskaya diagnostika zabolevaniy nervnoi sistemy. 13-e izdanie. Moskva: MEDpress-inform; 2002. (In Russ.).
 8. Фаворина В.Н. К клинике и психопатологии онейроидных кататоний. Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1956;12:942-948. Favorina VN. On the clinical picture and psychopathology of oneiroid catatonias. Zhurnal nevropatologii i psikhiatrui im. S.S. Korsakova. 1956;12:942-948. (In Russ.).
 9. Шмарьян А.С. Общие закономерности патологии ствола головного мозга. Труды Центрального института психиатрии МЗ РСФСР. 1949;4:7-36. Shmar'yan A.S. Obshchie zakonomernosti patologii stvola golovnogo mozga. Trudy Tsentral'nogo instituta psikhiatrui MZ RSFSR. 1949;4:7-36. (In Russ.).
 10. Abe K, Ohta M. Periodic Psychosis of Puberty: A Review on Near-Monthly Episodes. Psychopathology. 2010;25(4):218-228. <https://doi.org/10.1159/000284776>
 11. Abrams R, Taylor MA, Coleman Stolurow KA. Catatonia and mania: patterns of cerebral dysfunction. Biol Psychiatry. 1979;14(1):111-117.
 12. Andreasen NC. DSM and the Death of Phenomenology in America: An Example of Unintended Consequences. Schizophrenia Bulletin. 2007;33(1):108-112. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbl054>
 13. Barnes MP, Saunders M, Walls TJ, Saunders I, Kirk CA. The syndrome of Karl Ludwig Kahlbaum. Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry. 1986;49(9):991-996. <https://doi.org/10.1136/jnnp.49.9.991>
 14. Beckmann H, Franzek E, Stöber G. Genetic heterogeneity in catatonic schizophrenia: A family study. American Journal of Medical Genetics. 1996;67(3):289-300. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1096-8628\(19960531\)67:3<289::AID-AJMG5>3.0.CO;2-I](https://doi.org/10.1002/(SICI)1096-8628(19960531)67:3<289::AID-AJMG5>3.0.CO;2-I)
 15. Bercherie P. Pourquoi le DSM? L'obsolescence des fondements du diagnostic psychiatrique. L'information psychiatrique. 2010;(7):635-640. <https://doi.org/10.1684/ipe.2010.0665>
 16. Bernard C. Introduction à l'étude de La Médecine Expérimentale. J.-B. Bailliére; 1865.
 17. Berrios GE, Marková IS. Historical and conceptual aspects of motor disorders in the psychoses. Schizophrenia Research. 2018;200:5-11. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2017.09.008>
 18. Berrios GE, Marková IS. Is the concept of "dimension" applicable to psychiatric objects? World Psychiatry. 2013;12(1):76-78. <https://doi.org/10.1002/wps.20019>
 19. Bond TC. Recognition of Acute Delirious Mania. Archives of General Psychiatry. 1980;37(5):553-554. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1980.01780180067006>
 20. Bora E, Yucel M, Fornito A, Berk M, Pantelis C. Major psychoses with mixed psychotic and mood symptoms: are mixed psychoses associated with different neurobiological markers? Acta Psychiatrica Scandinavica. 2008;118(3):172-187. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2008.01230.x>
 21. Bräunig P, Krüger S, Shugar G. Prävalenz und klinische Bedeutung katatoner Symptome bei Manien. Fortschr Neurol Psychiatr. 1999;67(7):306-317. <https://doi.org/10.1055/s-2007-994981>
 22. Brockington I. Menstrual psychosis. World Psychiatry. 2005;4(1):9-17.
 23. Bush G, Fink M, Petrides G, Dowling F, Francis A. Catatonia. I. Rating scale and standardized examination. Acta Psychiatrica Scandinavica. 1996;93(2):129-136. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1996.tb09814.x>
 24. Caroff SN, Hurford I, Bleier HR, Gorton GE, Campbell EC. Recurrent Idiopathic Catatonia: Implications beyond the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th Edition. Clin Psychopharmacol Neurosci. 2015;13(2):218-221. <https://doi.org/10.9758/cpn.2015.13.2.218>
 25. Carroll BT. Kahlbaum's catatonia revisited. Psychiatry and Clinical Neurosciences. 2001;55(5):431-436. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1819.2001.00887.x>
 26. Cutting JC, Clare AW, Mann AH. Cycloid psychosis: an investigation of the diagnostic concept. Psychological Medicine. 1978;8(4):637-648. <https://doi.org/10.1017/S0033291700018845>
 27. Detweiler MB, Mehra A, Rowell T, Kim KY, Badner G. Delirious Mania and Malignant Catatonia: A Report of 3 Cases and Review. Psychiatr Q. 2009;80(1):23-40. <https://doi.org/10.1007/s11126-009-9091-9>

28. Dunayevich E, Keck PE. Prevalence and description of psychotic features in bipolar mania. *Curr Psychiatry Rep.* 2000;2(4):286-290.
<https://doi.org/10.1007/s11920-000-0069-4>
29. El-Mallakh RS, Furdek C. Cycloid Psychosis. *AJP.* 2018;175(6):502-505.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2017.17030282>
30. Fein S, McGrath MG. Problems in diagnosing bipolar disorder in catatonic patients. *J Clin Psychiatry.* 1990;51(5):203-205.
31. Ferreira M do C, Sousa-Ferreira T, Santos B. A case of cycloid psychotic disorder. *Arch Clin Psychiatry (São Paulo).* 2015;42:79-80.
<https://doi.org/10.1590/0101-60830000000053>
32. Fink M, Taylor MA. The Catatonia Syndrome: Forgotten but Not Gone. *Archives of General Psychiatry.* 2009;66(11):1173-1177.
<https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2009.141>
33. Fish F. The cycloid psychoses. *Comprehensive Psychiatry.* 1964;5(3):155-169.
[https://doi.org/10.1016/S0010-440X\(64\)80029-8](https://doi.org/10.1016/S0010-440X(64)80029-8)
34. Foucher JR, de Billy C, Jeanjean LC, et al. A Brain Imaging-Based Diagnostic Biomarker for Periodic Catatonia: Preliminary Evidence Using a Bayesian Approach. *Neuropsychobiology.* 2019;79(4-5):352-365.
<https://doi.org/10.1159/000501830>
35. Fricchione G, Bush G, Fozdar M, Francis A, Fink M. Recognition and Treatment of the Catatonic Syndrome. *Journal of Intensive Care Medicine.* 1997;12(3):135-147.
<https://doi.org/10.1111/j.1525-1489.1997.00135.pp.x>
36. Fukuda T. Cycloid Psychoses as Atypical Psychoses: 'Concordance' and 'Discordance.' *Psychopathology.* 2010;23(4-6):253-258.
<https://doi.org/10.1159/000284668>
37. Gelenberg A. The Catatonic Syndrome. *The Lancet.* 1976;307(7973):1339-1341.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(76\)92669-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(76)92669-6)
38. Ghaffarinejad AR, Sadeghi MM, Estilae F, Zokaee Z. Periodic catatonia. Challenging diagnosis for psychiatrists. *Neurosciences Journal.* 2012;17(2):156-158.
39. Ghaziuddin N, Dhossche D, Marcotte K. Retrospective chart review of catatonia in child and adolescent psychiatric patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica.* 2012;125(1):33-38.
<https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2011.01778.x>
40. Harima H. Diagnosis and treatment of "acute psychosis" from the dimensional perspective. *Seishin Shinkeigaku Zasshi.* 2011;113(12):1235-1240.
41. Hausmann A, Dehning J, Heil M, Mauracher L, Kemmler G, Grunze H. Does a Lack of Awareness of Cycloid Psychosis Hamper Adequate Treatment for Patients Suffering From This Disorder? A Case Report. *Front Psychiatry.* 2020;11.
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.561746>
42. Heckers S, Tandon R, Bustillo J. Catatonia in the DSM—Shall We Move or Not? *Schizophrenia Bulletin.* 2010;36(2):205-207.
<https://doi.org/10.1093/schbul/sbp136>
43. Heijden FMMA, Tuinier S, Pepplinkhuizen L, Praag HM, Verhoeven WMA. Beyond the mainstream: The heuristic value of the cycloid psychosis. *European Journal of Psychiatry.* 2002;16:15-26.
44. Hervey WM, Stewart JT, Catalano G. Diagnosis and management of periodic catatonia. *Journal of Psychiatry & Neuroscience.* 2013;38(3).
<https://doi.org/10.1503/jpn.120249>
45. Hoch A. Benign Stupor, A Study of a New Manic Depressive Reaction Type. *The Journal of Nervous and Mental Disease.* 1922;55(3):251.
46. Huber G. Psychopathologie — eine versiegende Quelle? Ein kritischer Kommentar. *Fortschritte der Neurologie · Psychiatrie.* 2002;70:393-402.
<https://doi.org/10.1055/s-2002-33058>
47. Jabs B, Althaus G, Bartsch A, et al. Sind zyklische Psychosen atypische manisch-depressive Erkrankungen?: Ergebnisse einer Familienuntersuchung. *Nervenarzt.* 2006;77(9):1096-1104.
<https://doi.org/10.1007/s00115-006-2077-z>
48. Jabs BE, Krause U, Althaus G, Bartsch AJ, Stöber G, Pfuhlmann B. Differences in Quality of Life and Course of Illness between Cycloid and Schizophrenic Psychoses—a Comparative Study. *The World Journal of Biological Psychiatry.* 2004;5(3):136-142.
<https://doi.org/10.1080/15622970410029925>
49. Jäger M, Frisch K, Lang FU, Becker T. Auflösung des Schizophreniebegriffes. *Der Nervenarzt.* 2012;83(3):345-354.
<https://doi.org/10.1007/s00115-011-3255-1>
50. Jarema M, Choma M. Przypadek psychozy cykloidalnej. *Psychiatria Polska.* 1995;29:93-100.
51. Jönsson S a. T, Jonsson H, Nyman AK, Nyman GE. The concept of cycloid psychosis: sensitivity and specificity of syndromes derived by multivariate clustering techniques. *Acta Psychiatrica Scandinavica.* 1991;83(5):353-362.
<https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1991.tb05556.x>
52. Jönsson SAT. Marriage rate and fertility in cycloid psychosis: Comparison with affective disorder, schizophrenia and the general population. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 1991;241(2):119-125.
<https://doi.org/10.1007/BF02191155>
53. Kendler KS. The Phenomenology of Major Depression and the Representativeness and Nature of DSM Criteria. *AJP.* 2016;173(8):771-780.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2016.15121509>
54. Kleist K. Die psychomotorischen Störungen und ihr Verhältnis zu den Motilitätsstörungen bei Erkrankungen der Stammganglien. *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie.* 1922;52:253-302.
55. Kobayashi T, Kato S. Menstrual catatonia. *Psychiatry and Clinical Neurosciences.* 2009;63(6):773-774.
<https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2009.02027.x>
56. Krüger S, Bagby RM, Höfler J, Bräunig P. Factor analysis of the catatonia rating scale and catatonic symptom distribution across four diagnostic groups. *Comprehensive Psychiatry.* 2003;44(6):472-482.

- [https://doi.org/10.1016/S0010-440X\(03\)00108-1](https://doi.org/10.1016/S0010-440X(03)00108-1)
57. Lanczik M, Fritze J. Leonhard-Klassifikation endogener Psychosen — erste biologische Befunde und differentialtherapeutische Erwägungen. *Fortschritte der Neurologie · Psychiatrie*. 2008;60: 296-304.
<https://doi.org/10.1055/s-2007-999149>
 58. Lee BS, Huang SS, Hsu WY, Chiu NY. Clinical features of delirious mania: a series of five cases and a brief literature review. *BMC Psychiatry*. 2012;12(1):65.
<https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-65>
 59. Legesse B, Freudenreich O, Murray E, Price B. A case report of confusional psychosis with abrupt onset and rapid resolution of symptoms. *Psychosomatics*. 2011;52(5):468-471.
<https://doi.org/10.1016/j.psych.2011.01.030>
 60. de Leon J. Is it time to awaken Sleeping Beauty? European psychiatry has been sleeping since 1980. *Revista de Psiquiatria y Salud Mental (English Edition)*. 2014;7(4):186-194.
<https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2013.12.004>
 61. de Leon J. Is Psychiatry Scientific? A Letter to a 21st Century Psychiatry Resident. *Psychiatry Investig*. 2013;10(3):205-217.
<https://doi.org/10.4306/pi.2013.10.3.205>
 62. Leonhard K. *Aufteilung Der Endogenen Psychosen*. Akademie-Verlag; 1968.
 63. Lund CE, Mortimer AM, Rogers D, McKenna PJ. Motor, Volitional and Behavioural Disorders in Schizophrenia: 1: Assessment Using the Modified Rogers Scale. *The British Journal of Psychiatry*. 1991;158(3):323-327.
<https://doi.org/10.1192/bjp.158.3.323>
 64. Martínez Rodríguez G, Monchablón-Espinoza A, Claudia Derito MN. Las psicosis cicloides: psicosis bipolares no maniaco-depresivas. *Monografías de psiquiatria*. 2005;17(2):3-19.
 65. Medda P, Toni C, Luchini F, Giorgi Mariani M, Mauri M, Perugi G. Catatonia in 26 patients with bipolar disorder: clinical features and response to electroconvulsive therapy. *Bipolar Disorders*. 2015;17(8):892-901.
<https://doi.org/10.1111/bdi.12348>
 66. Mullen PE. A Modest Proposal for Another Phenomenological Approach to Psychopathology. *Schizophrenia Bulletin*. 2007;33(1):113-121.
<https://doi.org/10.1093/schbul/sbl043>
 67. Nordgaard J, Sass LA, Parnas J. The psychiatric interview: validity, structure, and subjectivity. *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci*. 2013;263(4):353-364.
<https://doi.org/10.1007/s00406-012-0366-z>
 68. Northoff G, Koch A, Wenke J, et al. Catatonia as a psychomotor syndrome: A rating scale and extrapyramidal motor symptoms. *Movement Disorders*. 1999;14(3):404-416.
[https://doi.org/10.1002/1531-8257\(199905\)14:3<404::AID-MDS1004>3.0.CO;2-5](https://doi.org/10.1002/1531-8257(199905)14:3<404::AID-MDS1004>3.0.CO;2-5)
 69. Nugent KL, Paksarian D, Mojtabai R. Non-affective Acute Psychoses: Uncertainties on the Way to DSM-V and ICD-11. *Curr Psychiatry Rep*. 2011;13(3):203-210.
<https://doi.org/10.1007/s11920-011-0190-6>
 70. *Clinical Descriptions and Diagnostic Requirements for ICD-11 Mental, Behavioural and Neurodevelopmental Disorders* [who.int]. WHO; 2024 [cited 1 february 2025]. Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240077263>
 71. Orlikov AB. Two Case Reports of Confusion Psychosis: Should We Reevaluate the Place of Cycloid Psychoses in Modern Psychiatry? *Prim Care Companion CNS Disord*. 2011;13(1):26787.
<https://doi.org/10.4088/PCC.10l01024>
 72. Pappa S, Dazzan P. Spontaneous movement disorders in antipsychotic-naïve patients with first-episode psychoses: a systematic review. *Psychological Medicine*. 2009;39(7):1065-1076.
[doi:10.1017/S0033291708004716](https://doi.org/10.1017/S0033291708004716)
 73. Parnas J, Sass LA, Zahavi D. Rediscovering Psychopathology: The Epistemology and Phenomenology of the Psychiatric Object. *Schizophrenia Bulletin*. 2013;39(2):270-277.
<https://doi.org/10.1093/schbul/sbs153>
 74. Peralta V, Cuesta MJ. Motor features in psychotic disorders. I: Factor structure and clinical correlates. *Schizophrenia Research*. 2001;47(2):107-116.
[https://doi.org/10.1016/S0920-9964\(00\)00013-X](https://doi.org/10.1016/S0920-9964(00)00013-X)
 75. Peralta V, Cuesta MJ, Serrano JF, Martínez-Larrea JA. Classification issues in catatonia. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2001;251(1):14-16.
<https://doi.org/10.1007/PL00014194>
 76. Peralta V, Cuesta MJ, Serrano JF, Mata I. The kahlbaum syndrome: A study of its clinical validity, nosological status, and relationship with schizophrenia and mood disorder. *Comprehensive Psychiatry*. 1997;38(1):61-67.
[https://doi.org/10.1016/S0010-440X\(97\)90055-9](https://doi.org/10.1016/S0010-440X(97)90055-9)
 77. Peralta V, Goldberg X, Ribeiro M, Sanchez-Torres AM, Fañanás L, Cuesta MJ. Familiarity of Psychotic Disorders: A Polynologic Study in Multiplex Families. *Schizophrenia Bulletin*. 2016;42(4):975-983.
<https://doi.org/10.1093/schbul/sbv192>
 78. Pethő B, Tolna J, Tusnády G, et al. The predictive validity of the Leonhardian classification of endogenous psychoses. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2008;258(6):324-334.
<https://doi.org/10.1007/s00406-007-0799-y>
 79. Pfuhlmann B, Franzek E, Stöber G, Cetkovich-Bakmas M, Beckmann H. On Interrater Reliability for Leonhard's Classification of Endogenous Psychoses. *Psychopathology*. 2010;30(2):100-105.
<https://doi.org/10.1159/000285036>
 80. Pfuhlmann B, Stöber G. The different conceptions of catatonia: historical overview and critical discussion. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2001;251(1):14-17.

- <https://doi.org/10.1007/PL00014199>
81. Pommeroy N, Januel D. La catatonie: résurgence d'un concept. Une revue de la littérature internationale. *Encephale*. 2002;28(6):481-492.
 82. Rasmussen SA, Mazurek MF, Rosebush PI. Catatonia: Our current understanding of its diagnosis, treatment and pathophysiology. *World J Psychiatry*. 2016;6(4):391-398.
<https://doi.org/10.5498/wjp.v6.i4.391>
 83. Rosebush PI, Mazurek MF. Catatonia and Its Treatment. *Schizophrenia Bulletin*. 2010;36(2):239-242.
<https://doi.org/10.1093/schbul/sbp141>
 84. Salvatore P, Bhuvaneshwar C, Ebert D, Maggini C, Baldessarini RJ. Cycloid Psychoses Revisited: Case Reports, Literature Review, and Commentary. *Harvard Review of Psychiatry*. 2008;16(3):167.
<https://doi.org/10.1080/10673220802167899>
 85. Sanivarapu SL, Krishnamurthy CN. An unusual presentation of brief recurrent psychosis: a case report. *Archives of Mental Health*. 2012;13(2):119.
 86. Selvakumar N, Kuppili PP, Bharadwaj B, Kandasamy P. The forgotten entity of cycloid psychosis. *Asian Journal of Psychiatry*. 2017;30:33-34.
<https://doi.org/10.1016/j.ajp.2017.07.014>
 87. Shorter E. The history of nosology and the rise of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. *Dialogues in Clinical Neuroscience*. 2015;17(1).
<https://doi.org/10.31887/DCNS.2015.17.1/eshorter>
 88. Sienaert P, Rooseleer J, De Fruyt J. Measuring catatonia: A systematic review of rating scales. *Journal of Affective Disorders*. 2011;135(1):1-9.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.02.012>
 89. Srihari VH, Lee TSW, Rohrbaugh RM, D'Souza DC. Revisiting cycloid psychosis: A case of an acute, transient and recurring psychotic disorder. *Schizophrenia Research*. 2006;82(2):261-264.
<https://doi.org/10.1016/j.schres.2005.11.022>
 90. Szeewczyk H. Die Phänomenologie im Lebenswerk Karl Leonhards als Höhepunkt eines klassischen und als Ausgangspunkt eines dialektischen Denkens in der Psychiatrie. *Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie*. 1985;37(7):373-384.
 91. Taylor MA, Abrams R. Catatonia: Prevalence and Importance in the Manic Phase of Manic-Depressive Illness. *Archives of General Psychiatry*. 1977;34(10):1223-1225.
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.1977.01770220105012>
 92. Taylor MA, Fink M. Catatonia in Psychiatric Classification: A Home of Its Own. *AJP*. 2003;160(7):1233-1241.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.7.1233>
 93. Thakur A, Jagadheesan K, Dutta S, Sinha VK. Incidence of Catatonia in Children and Adolescents in a Paediatric Psychiatric Clinic. *Aust N Z J Psychiatry*. 2003;37(2):200-203.
<https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.2003.01125.x>
 94. Trostorf S, Leonhard K. Catamnesis of Endogenous Psychoses according to the Differential Diagnostic Method of Karl Leonhard. *Psychopathology*. 1990;23(4-6):259-262.
<https://doi.org/10.1159/000284669>
 95. Ungvari GS, Caroff SN, Gerevich J. The Catatonia Conundrum: Evidence of Psychomotor Phenomena as a Symptom Dimension in Psychotic Disorders. *Schizophrenia Bulletin*. 2010;36(2):231-238.
<https://doi.org/10.1093/schbul/sbp105>
 96. Ungvari GS, Goggins W, Leung SK, Lee E, Gerevich J. Schizophrenia with prominent catatonic features ('catatonic schizophrenia'): III. Latent class analysis of the catatonic syndrome. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*. 2009;33(1):81-85.
<https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2008.10.010>
 97. Walther S, Horn H, Razavi N, Koschorke P, Müller TJ, Strik W. Quantitative Motor Activity Differentiates Schizophrenia Subtypes. *Neuropsychobiology*. 2009;60(2):80-86.
<https://doi.org/10.1159/000236448>
 98. Wernicke C. *Grundriß Der Psychiatrie in Klinischen Vorlesungen*. Verlag von Georg Thieme; 1900.

Сведения об авторах

Снедков Евгений Владимирович — д.м.н., профессор, врач-психиатр СПб ГКУЗ «Психиатрическая больница св. Николая Чудотворца», 190121, Санкт-Петербург, наб. р. Мойки, 126. E-mail: esnedkov@mail.ru

Лемешев Илья Владимирович — заведующий отделением ОПП РПС ДС, врач-психиатр СПб ГКУЗ «Психиатрическая больница св. Николая Чудотворца», ассистент кафедры психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» Минздрава России, 191015, Санкт-Петербург, ул. Кирочная, д.41. E-mail: ilya.lemeshev@gmail.com

Коляда Александр Александрович — к.м.н., врач-невролог СПб ГКУЗ «Психиатрическая больница св. Николая Чудотворца». E-mail: kazak-76@mail.ru

Поступила 03.03.2025

Received 03.03.2025

Принята в печать 15.12.2025

Accepted 15.12.2025

Дата публикации 27.02.2026

Date of publication 27.02.2026