

© ФГБУ «НМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, 2023  
УДК: 616.892-07-053.2/8

#### Для корреспонденции

**Шайдукова Лейла Казбековна** – доктор медицинских наук, профессор кафедры психиатрии и медицинской психологии ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, заслуженный врач Республики Татарстан  
Адрес: 420012, г. Казань, ул. Бутлерова, д. 49  
Телефон: +7 (843) 236-06-52  
E-mail: shaidukova@list.ru

**Л.К. Шайдукова**

## Другая «органика»: несовершенство классификаций, полярная востребованность диагнозов, специфика во взрослом и детском возрасте

### Проблемная статья

ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Казань, Россия

*В дискуссионной статье с целью разрешения проблемы невостребованности одних диагнозов и чрезмерной диагностики других обсуждается ряд органических расстройств. Высказывается предположение, что кататонический синдром у практикующих докторов ассоциируется только с шизофренией, как маниакальный синдром – с биполярным аффективным расстройством. Чрезмерная востребованность диагноза «непсихотическое органическое расстройство» связана со сложностью его доказательства медико-инструментальными и клиническими методами в детском возрасте, а также обилием трудно подтверждаемой информации о патологии в перинатальном периоде. Автор делает попытки объяснения и поиска путей преодоления сложившейся ситуации.*

**Ключевые слова:** органические расстройства; классификация; диагностика; особенности у взрослых и детей

**Для цитирования:** Шайдукова Л.К. Другая «органика»: несовершенство классификаций, полярная востребованность диагнозов, специфика во взрослом и детском возрасте // Российский психиатрический журнал. 2023. № 1. С. 69–74.

**LK Shaydukova**

## The other “organic disorders”: the imperfection of classifications, the polar demand for diagnoses, specificity in adult and childhood

### Problematic article

Kazan State Medical University, Kazan, Russia

*In this discussion article, in order to resolve the problem of the lack of demand for some diagnoses and the overdiagnosis of others, a number of organic disorders are discussed. It is suggested that the catatonic syndrome is associated in practicing doctors only with schizophrenia, as the manic syndrome is associated with bipolar affective disorder. The excessive demand for the diagnosis of “non-psychotic organic disorder” is associated with the complexity of its proof by medical-instrumental and clinical methods in childhood, as well as the abundance of difficult-to-confirm information about the pathology in the perinatal period. The author makes attempts to explain and overcome the current situation.*

**Key words:** organic mental disorders; classification; diagnosis; features in adults and children

**For citation:** Shaydukova LK. [The other “organic disorders”: the imperfection of classifications, the polar demand for diagnoses, specificity in adult and childhood]. Rossiiskii psikiatricheskii zhurnal [Russian Journal of Psychiatry]. 2023;(1):69–74. (In Russ.)

**Д**лительное время психиатры советского, а потом и постсоветского пространства использовали в работе Международную классификацию болезней (МКБ) 9-го пересмотра, адаптированную В.Б. Голандом и Л.Д. Мирошниченко, сотрудниками Центра социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского (ныне – ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России). Следует отметить, что каждая классификация болезней применялась в течение 7–15 лет, периодически обновляясь: МКБ-5 – с 1938 по 1948 г., МКБ-6 – с 1948 по 1955 г., МКБ-7 – с 1955 по 1965 г., МКБ-8 – с 1965 по 1975 г., МКБ-9 – с 1975 по 1989 г. Однако в России принятие МКБ 10-го пересмотра (МКБ-10) как единого нормативного документа произошло только в январе 1999 г.

Переход на МКБ-10 вызвал волнение – специалисты прощались с «классической психиатрией». Опасения вызвали трудности достижения стандартизации диагнозов вследствие отсутствия «родственных документов для целостного восприятия пациента» [1]. Особенно это коснулось раздела «органические психические расстройства». Подчеркивалось, что «приводимые в МКБ-10 критерии диагностики носят самый общий характер и не позволяют на феноменологическом уровне без учета анамнеза отграничить органические психические расстройства от сходных в психопатологическом отношении категорий неорганической (эндогенной) природы» [2]. Было высказано сомнение в самостоятельности выделенных «псевдо-диагностических категорий», замечено «несовершенство критериев диагностики», их спорность и даже спекулятивность из-за отсутствия «строго специфического набора характеристик» [2].

В настоящее время, в связи с постепенным введением в практику МКБ 11-го пересмотра (МКБ-11) (рекомендации Всемирной организации здравоохранения были получены в январе 2022 г., но переходный период растянется до 2027 г.), следует вновь обсудить рубрики предыдущей классификации и некоторые предложенные диагнозы – многие из них за все время работы с МКБ-10, как показала практика, не были востребованы психиатрами [3]. Прежде всего это касается диагнозов «органическое кататоническое расстройство» (F06.1) и «органическое биполярное расстройство» (F06.31), которые, если не быть приверженцем теории единого психоза, четко коррелировали в умах психиатров с шизофренией и биполярным аффективным расстройством.

**«Органическое кататоническое расстройство»  
и «органическое биполярное расстройство» –  
проблема невостребованности диагнозов**

Итак, в современной психиатрии произошел парадокс – расхождение понимания кататонического синдрома у практикующих докторов с современными классификационными критериями. И хотя в научной печати появились работы, указывающие на совер-

шенную «ошибку Эмиля Крепелина», закрепившего кататонию исключительно за шизофренией [4], положение в самой психиатрии менялось мало – диагноз «органический кататонический синдром» пациентам психиатрических больниц ставился крайне редко.

Вместе с тем данная публикация не была единственной, она опиралась на новый подход к кататонии как к неспецифическому проявлению в области психиатрии, неврологии, токсикологии [5, 6]. Кроме шизофрении и органической патологии кататонический синдром видели в качестве второго диагноза в маниакальном расстройстве (маниакальное возбуждение – это кататоническое возбуждение?), депрессивном расстройстве (депрессивный ступор – это кататонический ступор?), посттравматическом стрессовом и диссоциативном расстройствах (истерический ступор – это кататонический ступор?). Появились исследования о смежном диагнозе кататонического синдрома в клинике расстройств аутистического спектра [7].

Расширение диагностики кататонического синдрома нашло отражение в рекомендациях руководства DSM-5 (или, наоборот, рекомендации DSM-5 узаконили расширенную трактовку синдрома), согласно которым кататония должна рассматриваться как неспецифическое проявление моторно-двигательных нарушений, наблюдающихся в рамках шизофрении, биполярного аффективного расстройства, а также при иных психотических нарушениях [8, 9]. Новая классификация болезней – МКБ-11 закрепила понятие «вторичный кататонический синдром», или «кататония, ассоциированная с другим психическим расстройством», чем окончательно поставила точку в молчаливом споре «практиков и теоретиков» [10].

Тогда чем объяснить низкую востребованность диагноза «органическое кататоническое расстройство» (не упоминая об отсутствии смежного диагноза кататонии при другой психической патологии)? Можно предположить, что данный синдром действительно достаточно редко встречается в стенах психиатрических лечебниц, даже в рамках кататонической формы шизофрении, по сравнению с прошлым веком, не говоря об органической кататонии. Вероятно, значительная часть кататонических проявлений наблюдается у неврологических пациентов – новая трактовка синдрома включает инсульт, опухоль, постэнцефалитический синдром, височную эпилепсию, синдром Туретта. Еще шире диапазон соматической патологии с кататоническими проявлениями – это инфекционные, сосудистые, эндокринные, метаболические, аутоиммунные и другие заболевания. Данный синдром часто является следствием отравления (угарный газ, тетраэтилсвинец), интоксикации, передозировки наркотическими веществами (кокаин, фенциклидин, опиаты, современные синтетические наркотики). В области психиатрии кататонические расстройства наблюдаются при злокачественно ней-

ролептическом синдроме, а также при резкой отмене психотропных препаратов [11–13].

Другим объяснением непопулярности этого диагноза и его малой востребованности служит, несомненно, психиатрическое мировоззрение, сложившееся за многие десятилетия существования уже упомянутой «ошибки Крепелина» [4], вероятно, и Блейлера [14], основанное на убежденности в специфичности синдрома. В наркологические клиники в urgentном порядке поступают наркозависимые в состоянии бессмысленного, хаотичного, разрушительного возбуждения – на пике приема синтетических наркотиков (альфа-ПВП, мефедрон, спайсы и другие препараты), однако в медицинских документах практически не бывает направительного диагноза «кататоническое возбуждение». Видеоряд интоксикации героином состоит из знакомых картинок потребителей этого наркотика – согнутых, застывших в «эмбриональной позе» неподвижных тел, которые тем не менее не ассоциируются с кататоническим stuporом.

Даже при принятии идеи неспецифичности кататонии в клиническом аспекте возникшие разнообразные гипотезы происхождения данного синдрома наводят на версию о специфичности патогенетических механизмов в аспекте теоретическом: это ГАМКергическая и глутаматная гипотеза (снижение ГАМК и глутаматная эксайтотоксичность) в одних случаях, холинергическая и серотонинергическая гипотеза (рост уровня нейротрансмиттеров) в других, дофаминовая гипотеза с его блокадой – в третьих случаях, наконец, выявленные при ПЭТ-сканировании метаболические нарушения в лобно-фронтальных и таламических отделах головного мозга – в особых случаях хронической кататонии [15]. Предложенный термин «кататонический спектр» объединяет все виды кататонии и не противоречит клинико-теоретической реальности [16].

Если кататоническое расстройство в умах психиатров привязано к шизофрении и потому не отражается в иных диагнозах, то причины редкой востребованности других органических нарушений неясны. Довольно редко выставляются диагнозы «органическое тревожное расстройство» (F06.4) и «органическое диссоциативное расстройство» (F06.5). Чаще ставится диагноз «органическое эмоционально лабильное (астеническое) расстройство» (F06.6) по причине его низкой специфичности и отнесения к легкому варианту психоорганического синдрома – основополагающего в органической патологии [17]. Также бывает востребован диагноз «органическое бредовое расстройство» (F06.2). Бредовый синдром, являясь психотическим, не относится к специфическим проявлениям одного эндогенного заболевания – параноидной формы шизофрении (F20), а ассоциируется и с хроническими бредовыми расстройствами (F22), и с острыми психотическими расстройствами (F23). Бред может быть также кататимным – на фоне де-

прессии, реактивным – на фоне психотравмы, иметь различные механизмы бредообразования [18, 19].

Примечательно, что все вышеперечисленные диагнозы имеют своих «двойников» в других психиатрических рубриках современной классификации. И чем больше число аналогий, тем менее специфичны расстройства. Но при малом числе аналогий в области психиатрии, как при кататоническом и биполярном органическом расстройствах, у практикующих специалистов возникают сомнения: можно ли их относить к органическим? не являются ли они шизофренией и биполярным аффективным расстройством, которые были поглощены органическим процессом?

Эти вопросы находят отражение в научной литературе [20]. Так, на примере патогенеза большого депрессивного эпизода доказываемость значимости экзогенных и соматогенных факторов, высказывается мнение об общности патогенеза органических и неорганических аффективных расстройств. «Исходя из литературных данных, предполагается, что так называемая стадия эндогенных проявлений органической депрессии является собственно самой эндогенной депрессией, которая в последующем стирается текущим органическим процессом», – заключение, которое также имеет право на существование [2]. Анализ 13-летней практики работы психиатров с МКБ-10 подтверждает теоретические выкладки – эти диагнозы не выставляются. Очевидно одно: абсолютно «органическими» являются рубрики F00–F05 – деменция, органический амнестический синдром, делирий [17].

#### **«Другое непсихотическое органическое расстройство» – проблема чрезмерной востребованности диагноза в детском возрасте**

Кроме проблемы невостребованности диагнозов существует противоположная – их чрезмерная востребованность, особенно в детском возрасте, при отсутствии четкой доказательной базы. Это относится к диагнозу «другое непсихотическое органическое расстройство». Несомненно, имеются объективные причины, которые необходимо учитывать.

В МКБ-10 представлены «детские» заболевания, включенные в сугубо «детские» разделы. Они также встречаются во «взрослых» разделах («детская шизофрения»), что отражает положение детской психиатрии в целом. С одной стороны, детская психиатрия – это автономная область психиатрии вследствие возрастных особенностей, наличия психических «болезней детского возраста». С другой стороны, это часть общей интегративной психиатрии, чьи нозологические рубрики представлены в классификации.

В последние 20 лет детская психиатрия значительно изменилась: наблюдается диспропорциональный рост некоторых психических заболеваний (детский аутизм), наличие «взрослых» психических расстройств (параноидная форма шизофрении), гендерная неопределенность (декларируемая под-

ростками гомо-, би-, интер- и транссексуальность), высокая фармакорезистентность (изменение реактивности в отношении психотропных препаратов).

Детская психическая патология имеет свой алгоритм, в который входит спаянность с микроневрологическими нарушениями и нарушениями развития нервно-психических функций, соответствие клинической картины возрасту ребенка, корреляция клинической зрелости пораженной морфофункциональной системы, совмещение негативных расстройств (симптомов выпадения в виде задержки или регресса функции), транзиторность, рудиментарность, атипизм клинических проявлений, их синдромологическая незавершенность. Следует также добавить, что психические расстройства у детей имеют различные формы: это кратковременные реакции, форпост-симптомы (симптомы «зарницы»), фазы формирующегося заболевания, хронические состояния. Все это усложняет диагностику психической патологии в детско-подростковом возрасте [21].

Именно в детском возрасте определяется примерный сценарий будущей патодинамики. В начале формирования психических расстройств на основе гипотезы «диатезов» делается предположение о возможном психопатологическом регистре и рисках формирования тех или иных нарушений: шизотипический диатез – риск шизофрении, психо-вегетативный диатез (невропатия) – риск невротических и соматоформных нарушений, депрессивный диатез – риск аффективных нарушений, органический диатез – риск эпилепсии и органической патологии [22].

Наряду с этим некоторые диагнозы в детском возрасте неопределенны, а доказательная система спорна. Так, в DSM-5 вообще отсутствует диагноз «детская шизофрения». Соматоформные расстройства в практике работы детских психиатров маскируются в группе «часто болеющих детей» под обычную соматическую патологию и курируются педиатрами [23]. Несмотря на проработанную тему «эквивалентов депрессии» у детей, этот диагноз у них практически не выставляется из-за атипизма, камуфлирования другой патологией, возрастной «депрессивной анозогнозии» [24]. Столь же сложна диагностика и органической патологии у детей, только с полярной стороны – неоправданно частого включения в данный раздел всех расстройств, которым не нашлось применения и объяснения в других рубриках.

В МКБ-10 в разделе «Органические психические расстройства» имеется четкое указание на то, что именно относится к данной категории расстройств: «Этот блок включает в себя ряд психических расстройств, сгруппированных вместе в связи с наличием явных этиологических факторов, а именно причиной этих расстройств явились болезни головного мозга, травма головного мозга или инсульт, ведущие к церебральной дисфункции. Дисфункция может быть

первичной (как при болезнях, травмах головного мозга и инсультах, непосредственно или избирательно поражающих головной мозг) и вторичной (как при системных заболеваниях или нарушениях, когда головной мозг вовлекается в патологический процесс наряду с другими органами и системами)...» [3].

Причины органических расстройств многообразны: кроме инсульта, системного атеросклероза, гипертонической болезни, сосудистых мальформаций, аневризм и гемангиом – сосудистой патологии, обозначенных выше травм головного мозга, органические нарушения могут быть вызваны инфекциями (центральные, общие, медленно текущие), интоксикациями (химическая, алкогольная, наркотическая), системными заболеваниями, опухолями, сифилитическими гуммами и т.д. Практически ни один из перечисленных легко доказуемых этиологических факторов органической патологии у детей не встречается – они не страдают гипертонической болезнью и церебральным атеросклерозом, не злоупотребляют алкоголем и наркотиками, медленно текущими инфекциями (ВИЧ) и системными заболеваниями, не получают военных и дорожных травм.

Обязательным требованием к органическим расстройствам с позиции международных стандартов являются изменения со стороны головного мозга, которые выявляются медико-инструментальными методами (рентгенография, электроэнцефалография, магнитно-резонансная или позитронно-эмиссионная томография) и неврологическим обследованием. К сожалению, данные инструментальных исследований у детей не показательны, а неврологическая патология ограничивается записью «микроочаговая органическая симптоматика» консультанта-невролога детского отделения. Наконец, доказательным должно быть наличие психоорганического синдрома, однако он у детей в своем классическом содержании сложно определяется из-за трудности выявления двух его составляющих: ослабления памяти и снижения интеллекта – вследствие неполной сформированности этих сфер в детском возрасте.

Все вышеобозначенное служит основной причиной приблизительности выставленных диагнозов органической патологии у детей. На что все же опирается диагностика и вынесение самого популярного шифра F06.8 «Другое непсихотическое органическое расстройство» в детском возрасте? По сути, мы имеем дело с «легендами», представленными родителями, опекунами, в лучшем случае – выписками из медицинской документации.

Детские психиатры выясняют следующие параметры: *патология до беременности* – нефропатия, заболевания матери (сосудистые, эндокринные, гормональные), алкоголизм или наркомания у матери, длительное гормональное предохранение от беременности, аборт, выскабливания, выкидыши, первое позднее зачатие, замершая беременность; *патология во время беременности* – инфекции, трав-

мы, интоксикации, гипертонус матки, кровотечения, факт «сохранения беременности» и частые госпитализации; *патология во время родов* – длительный период после отхождения вод, меконеальные воды, естественные, но осложненные роды при крупном плоде, преждевременные или затяжные роды, роды со стимуляцией, ножное предлежание, застревание головки плода, неграмотно проведенные роды (выдавливание, вытягивание плода за шейный отдел), обвитие пуповины (одинарное, двойное), гипоксия плода, низкие показатели по шкале Апгар; *патология после родов* – реанимационные мероприятия, длительное лечение, инфекции, анемия плода, неврологическое заключение (перинатальное поражение центральной нервной системы), задержка психоречевого развития.

На основе собранной информации (а она может быть неточной, преувеличенной либо установочной – вследствие стремления родителей к получению материальной выгоды от установления инвалидности) интерпретируются наблюдаемые расстройства у детей, которые объясняются специалистами «органической патологией». Психопатологический спектр достаточно широк: неврозоподобные, психопатоподобные (поведенческие), аффективные, когнитивные и другие нарушения [21, 22]. И, как уже было отмечено выше, некоторые «взрослые» вердикты недоступны для детского возраста, например «расстройство личности», диагноз которого ставится не ранее 18-летнего возраста, или «депрессия» – диагноз, практически не выставляемый детям [24]. Это является дополнительным фактором отнесения поведенческой и аффективной патологии к органическому разделу при дефиците доказательной базы.

Таким образом, краткий анализ квалификации и невостремленности ряда психопатологических состояний, касающихся органических расстройств, указывает на определенную сложность, с которой сталкиваются специалисты. Данная проблема существует долгие годы работы с МКБ-10. Вероятно, она не исчезнет и при принятии новой классификации, поскольку имеет поликонцептуальный характер. Попытки осмыслить сложившуюся ситуацию носят дискуссионный характер: это и традици-

онализм мышления психиатров, спорность самих квалификационных критериев, трудность принятия факта неспецифичности расстройств. В соответствии с вышеназванными возможными причинами должна строиться модель изменения данного положения в практической психиатрии, в первую очередь преодоления существующих стереотипов клинического мышления. Не менее сложной задачей является коррекция чрезмерной востребованности других диагнозов, особенно в детско-подростковом возрасте. Максимальная объективизация данных, отказ от диагностики «по остаточному принципу», работа с родительскими рентными установками (при отсутствии материальной выгоды от признания инвалидности у детей число обращений с «органической патологией» может быть ниже) – вот предполагаемые условия постановки достоверного диагноза.

## Заключение

В современной отечественной психиатрии сложилась полярная ситуация в диагностике органических нарушений: невостремленность одних диагнозов, таких, например, как кататоническое органическое расстройство и биполярное органическое расстройство у взрослого контингента пациентов, и чрезмерная, не имеющая полноты доказательной базы диагностика органической патологии в рубрике «Другое непсихотическое органическое расстройство» у детей. Кататонический синдром в настоящее время редко наблюдается в стенах психиатрических лечебниц по сравнению с прошлым веком, однако существует вероятность того, что у практикующих докторов он ассоциируется только с шизофренией, как маниакальный синдром – с биполярным аффективным расстройством. Декларируемая в научной литературе неспецифичность кататонии не находит отклика в ее диагностике в рамках органического поражения головного мозга. Чрезмерная востребованность диагноза «непсихотическое органическое расстройство» связана со сложностью его доказательства медико-инструментальными и клиническими методами в детском возрасте, а также обилием трудно подтверждаемой информации о патологии в перинатальном периоде.

## Сведения об авторе

Шайдукова Лейла Казбековна – доктор медицинских наук, профессор кафедры психиатрии и медицинской психологии ФГБОУ «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, заслуженный врач Республики Татарстан (Казань)

Индекс: PИHЦ AuthorID: 476570; ORCID: 0000-0003-2258-1232

E-mail: shaidukova@list.ru

## Информация о конфликте интересов и источнике финансирования

Автор заявил об отсутствии конфликта интересов. Научная работа инициативная, не финансируемая.

## Литература

1. Точилев В.А. МКБ-10 в России – конец классической психиатрии? // Социальная и клиническая психиатрия. 2010. № 4. С. 64–68.
2. Калинин В.В. Органические психические расстройства в МКБ-10: несовершенство критериев диагностики или псевдодиагностические категории // Социальная и клиническая психиатрия. 2014. Т. 24, № 3. С. 42–44.
3. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. СПб.: Адис, 1994. 303 с.
4. Fink M., Shorter E., Taylor M.A. Catatonia is not schizophrenia: Kraepelin's error and the need to recognize catatonia as an independent syndrome in medical nomenclature // Schizophr. Bull. 2010. Vol. 36, No 2. P. 314–320. DOI: <https://doi.org/10.1093/schbul/sbp059>
5. Levenson J.L. Medical Aspects of Catatonia // Primary Psychiatry. 2009. Vol. 16, No 3. P. 23–26.
6. Rajagopal S. Catatonia // Adv. Psychiatr. Treat. 2006. Vol. 13, No 1. P. 51–59. DOI: <https://doi.org/10.1192/apt.bp.002360>
7. Wing L., Shah A. Catatonia in autistic spectrum disorders // Br. J. Psychiatry. 2000. Vol. 176, No 4. P. 357–362. DOI: <https://doi.org/10.1192/bjp.176.4.357>
8. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013. 992 p.
9. Taylor M.A., Fink M. Catatonia in psychiatric classification: a home of its own // Am. J. Psychiatry. 2003. Vol. 160, No 7. P. 1233–1241. DOI: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.7.1233>
10. Harrison J.E., Weber S., Jakob R., Chute C.G. ICD-11: an international classification of diseases for the twenty-first century // BMC Medical Informatics and Decision Making. 2021. Vol. 21, Suppl. 6. P. 206. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12911-021-01534-6>
11. Blumer D. Catatonia and the neuroleptics: psychobiologic significance of remote and recent findings // Compr. Psychiatry. 1997. Vol. 38, No 4. P. 193–201. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0010-440X\(97\)90027-4](https://doi.org/10.1016/S0010-440X(97)90027-4)
12. Fricchione G., Mann S.C., Caroff S.N. Catatonia, lethal catatonia, and neuroleptic malignant syndrome // Psychiatr. Ann. 2013. Vol. 30, No 5. P. 347–355. DOI: <https://doi.org/10.3928/0048-5713-20000501-12>
13. Northoff G. Options for the treatment of febrile catatonia // J. Psychiatry Neurosci. 2010. Vol. 35, No 4. P. 5–6. DOI: <https://doi.org/10.1503/jpn.100087>
14. Bleuler E. Lehrbuch der Psychiatrie. 11 Aufl., neubear. Berlin: Springer, 1969. P. 99–104. DOI: <https://doi.org/10.1007/978-3-662-43158-0>
15. Pommepuy N., Januel D. Catatonia: resurgence of a concept // A review of the international literature // Encephale. 2002. Vol. 28, No 6, Pt. 1. P. 481–492. PMID: 12506260
16. Fink M., Taylor M.A. Catatonia: A Clinician's Guide to Diagnosis and Treatment. Cambridge; New York: Cambridge University Press, 2003. P. 30.
17. Wetterling T. Organische psychische Störungen. Hirnorganische Psychosyndrome. Steinkopff, Darmstadt, 2002. 573 p.
18. Илюшина Е.А., Ткаченко А.А. Особенности механизмов синдромообразования бредовых и бредоподобных состояний // Российский психиатрический журнал. 2013. № 1. С. 36–41.
19. Пятницкий Н.Ю. Актуальные аспекты феноменологии бреда в «докрепелиновской» психиатрии // Российский психиатрический журнал. 2009. № 2. С. 51–59.
20. Marneros A. Organische Bedingte Bipolare und Depressive Erkrankungen // Das Neue Handbuch der Bipolaren und Depressiven Erkrankungen. Thieme, Stuttgart, 2004. P. 593–604.
21. Ушаков Г.К. Детская психиатрия. М.: Медицина, 1973. 321 с.
22. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста: руководство для врачей. М.: Медицина, 1995. 560 с.
23. Исаев Д.Н. Психосоматическая медицина детского возраста. СПб.: Специальная литература, 1996. 454 с.
24. Шайдукова Л.К. Актуальные вопросы депрессивных расстройств во взрослом и детско-подростковом возрасте: классификация, клиника, лечение // Социальная и клиническая психиатрия. 2022. Т. 32, № 4. С. 88–94.

## References

1. Tochilov VA. [ICD-10 in Russia – the end of classical psychiatry?] Social'naja i klinicheskaja psichiatrija [Social and clinical psychiatry]. 2010;(4):64–8. (In Russ.)
2. Kalinin VV. [Organic mental disorders in ICD-10: imperfection of diagnostic criteria or pseudo-diagnostic categories]. Social'naja i klinicheskaja psichiatrija [Social and clinical psychiatry]. 2014;24(3):42–4. (In Russ.)
3. International classification of diseases (10th revision). Classification of mental and behavioral disorders. St. Petersburg: Adis; 1994. 303 p. (In Russ.)
4. Fink M, Shorter E, Taylor MA. Catatonia Is not Schizophrenia: Kraepelin's Error and the Need to Recognize Catatonia as an Independent Syndrome in Medical Nomenclature. Schizophr Bull. 2010;36(2):314–20. DOI: <https://doi.org/10.1093/schbul/sbp059>
5. Levenson JL. Medical Aspects of Catatonia. Primary Psychiatry. 2009;16(3):23–6.
6. Rajagopal S. Catatonia. Adv Psychiatr Treat. 2006;13(1):51–9. DOI: <https://doi.org/10.1192/apt.bp.002360>
7. Wing L, Shah A. Catatonia in autistic spectrum disorders. Br J Psychiatry. 2000;176(4):357–62. DOI: <https://doi.org/10.1192/bjp.176.4.357>
8. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013. 992 p.
9. Taylor MA, Fink M. Catatonia in psychiatric classification: a home of its own. Am J Psychiatry. 2003;160(7):1233–41. DOI: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.7.1233>
10. Harrison JE, Weber S, Jakob R, Chute CG. ICD-11: an international classification of diseases for the twenty-first century. BMC Medical Informatics and Decision Making. 2021;21(Suppl 6):206. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12911-021-01534-6>
11. Blumer D. Catatonia and the neuroleptics: psychobiologic significance of remote and recent findings. Compr Psychiatry. 1997;38(4):193–201. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0010-440X\(97\)90027-4](https://doi.org/10.1016/S0010-440X(97)90027-4)
12. Fricchione G, Mann SC, Caroff SN. Catatonia, lethal catatonia, and neuroleptic malignant syndrome. Psychiatr Ann. 2013;30(5):347–55. DOI: <https://doi.org/10.3928/0048-5713-20000501-12>
13. Northoff G. Options for the treatment of febrile catatonia. J Psychiatry Neurosci. 2010;35(4):5–6. DOI: <https://doi.org/10.1503/jpn.100087>
14. Bleuler E. Lehrbuch der Psychiatrie. 11 Aufl, neubear. Berlin: Springer; 1969. p. 99–104. (In German.) DOI: <https://doi.org/10.1007/978-3-662-43158-0>
15. Pommepuy N, Januel D. [Catatonia: resurgence of a concept]. A review of the international literature. Encephale. 2002;28(6, Pt 1):481–92. (In French.) PMID: 12506260
16. Fink M, Taylor MA. Catatonia: A Clinician's Guide to Diagnosis and Treatment. Cambridge; New York: Cambridge University Press; 2003. p. 30.
17. Wetterling T. Organische psychische Störungen. Hirnorganische Psychosyndrome. Steinkopff, Darmstadt; 2002. 573 p. (In German.)
18. Ilyushina EA, Tkachenko AA. [Osobennosti mekhanizmov sindromoobrazovaniya bredovykh i bredopodobnykh sostoyanii]. Rossiiskii psichiatricheskii zhurnal [Russian Journal of Psychiatry]. 2013;(1):36–41. (In Russ.)
19. Pyatnitsky NYu. [Actual aspects of the phenomenology of delusion in "pre-Crepelinian" psychiatry]. Rossiiskii psichiatricheskii zhurnal [Russian Journal of Psychiatry]. 2009;(2):51–9. (In Russ.)
20. Marneros A. Organische Bedingte Bipolare und Depressive Erkrankungen. Das Neue Handbuch der Bipolaren und Depressiven Erkrankungen. Thieme, Stuttgart; 2004. p. 593–604. (In German.)
21. Ushakov GK. Child psychiatry. Moscow, Medicine; 1973. 321 p. (In Russ.)
22. Kovalev VV. Psychiatry of childhood: a guide for doctors. Moscow: Medicine; 1995. 560 p. (In Russ.)
23. Isaev DN. Psychosomatic medicine of childhood. St. Petersburg: Special Literature; 1996. 454 p. (In Russ.)
24. Shaydukova LK. [Topical issues of depressive disorders in adults, children and adolescents: classification, clinic, treatment]. Social'naja i klinicheskaja psichiatrija [Social and clinical psychiatry]. 2022;32(4):88–94. (In Russ.)