

## КАТАТОНИЯ И НЕЙРОКОГНИТИВНЫЙ ДЕФИЦИТ В КЛИНИЧЕСКОМ ПРОСТРАНСТВЕ РАССТРОЙСТВ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА

### РЕЗЮМЕ

Игнатьева С.И.

ФГБОУ ВО «Иркутский государственный медицинский университет»  
Минздрава России (664003, г. Иркутск, ул. Красного Восстания, 1, Россия)

Автор, ответственный за переписку:  
Игнатьева Светлана Ильинична,  
e-mail: ignateva.si96@gmail.com

**Обоснование.** В настоящее время исследователи переходят к установлению взаимосвязи нейрокогнитивного дефицита с иными клиническими проявлениями эндогенных заболеваний и функциональными показателями приспособления пациента к жизни в обществе. Согласно некоторым данным, развитие когнитивных нарушений обнаруживает связь с выраженностью в клинической картине кататонических расстройств при различных заболеваниях, особенно наличие кататонической симптоматики определяет худшие показатели когнитивного функционирования в случае шизофрении. **Цель исследования.** Изучить клинико-психопатологические особенности кататонического синдрома в рамках расстройств шизофренического спектра, а также его связь с проявлениями нейрокогнитивного дефицита среди пациентов с эндогенными расстройствами.

**Методы.** Проведено проспективное, мультицентровое исследование группы пациентов ( $n = 69$ ) с приступообразной шизофренией с первичными кататоническими симптомами в структуре приступов в период с сентября 2022 по март 2024 г., оценены психический статус, выраженность кататонической симптоматики по шкале Буша – Френсиса (Bush – Francis Catatonia Rating Scale), нейрокогнитивный профиль с использованием батареи валидизированных шкал (Монреальская когнитивная шкала, Шкала краткой оценки когнитивных функций у пациентов с шизофренией, «Батарея лобной дисфункции»).

**Результаты.** Во всех изученных случаях был выявлен нейрокогнитивный дефицит. Отмечено, что в зависимости от наличия/отсутствия аффективной симптоматики страдают различные домены нейрокогнитивного профиля; так, у пациентов без выраженной аффективной симптоматики нарушены слухоречевая память, внимание, скорость обработки информации, моторные навыки. У пациентов с наличием отчётливых аффективных нарушений страдают скорость обработки информации, моторные навыки и проблемно-решающее поведение.

**Заключение.** По результатам обработки материала было выявлено, что наиболее выраженные нейрокогнитивные нарушения установлены при манифестации приступообразной параноидной шизофрении у пациентов мужского пола со сравнительно ранним началом заболевания и наличием кататонических расстройств гипокINETического круга. В дальнейшем планируется сравнение результатов с контрольной группой пациентов с эндогенными заболеваниями без кататонии в клинической картине.

**Ключевые слова:** кататония, нейрокогнитивный дефицит, приступообразная шизофрения, шизоаффективное расстройство

Статья поступила: 31.03.2024

Статья принята: 05.07.2024

Статья опубликована: 25.09.2024

**Для цитирования:** Игнатьева С.И. Кататония и нейрокогнитивный дефицит в клиническом пространстве расстройств шизофренического спектра. *Acta biomedica scientifica*. 2024; 9(4): 153-159. doi: 10.29413/ABS.2024-9.4.17

## CATATONIA AND NEUROCOGNITIVE DISORDER IN THE CONTEXT OF SCHIZOPHRENIA SPECTRUM DISORDERS

Ignateva S.I.

Irkutsk State Medical University  
(Krasnogo Vosstaniya str. 1, Irkutsk 664003,  
Russian Federation)

Corresponding author:

**Svetlana I. Ignateva,**  
e-mail: ignateva.si96@gmail.com

### ABSTRACT

**Background.** Currently, researchers are aiming to establish the relationship between neurocognitive disorder and other clinical manifestations of endogenous diseases and functional indicators of the patient's adaptation to social life. According to some data, the development of cognitive disorders is associated with the severity of catatonic disorders in the clinical picture of various diseases, in particular the presence of catatonic symptoms determines the worst indicators of cognitive functioning in the case of schizophrenia.

**The aim.** To study the clinical and psychopathological features of catatonic syndrome in connection with schizophrenia spectrum disorders, as well as its connection with neurocognitive disorder manifestations among patients with endogenous disorders.

**Methods.** From September 2022 to March 2024, we conducted a prospective, multicenter study of patients ( $n = 69$ ) suffering from paroxysmal schizophrenia with primary catatonic symptoms in the structure of attacks. Mental status, the severity of catatonic symptoms using Bush – Francis Catatonia Rating Scale, neurocognitive profile using a number of validated scales (Montreal Cognitive Scale, Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia, Frontal Assessment Battery) were assessed.

**Results.** Neurocognitive disorder was revealed in all cases studied. It has been noted that, depending on the presence/absence of affective symptoms, various domains of the neurocognitive profile are affected. Thus, in patients without severe affective symptoms, auditory and verbal memory, attention, processing speed, and motor skills are impaired. In patients with pronounced affective disorders, processing speed, motor skills, and problem-solving behavior are affected.

**Conclusion.** Based on the results of processing the material, it was revealed that the most pronounced neurocognitive disorders were found in case of the manifestation of paroxysmal paranoid schizophrenia in male patients with a relatively early onset of the disease and hypokinetic catatonic disorders. In the future, we are planning to compare these results with the results of control group of patients with endogenous diseases and without catatonia.

**Key words:** catatonia, neurocognitive disorder, paroxysmal schizophrenia, schizo-affective disorder

Received: 31.03.2024  
Accepted: 05.07.2024  
Published: 25.09.2024

**For citation:** Ignateva S.I. Catatonia and neurocognitive disorder in the context of schizophrenia spectrum disorders. *Acta biomedica scientifica*. 2024; 9(4): 153-159. doi: 10.29413/ABS.2024-9.4.17

## ОБОСНОВАНИЕ

Кататонический синдром, на протяжении XX века квалифицируемый преимущественно как проявление ядерных форм шизофрении (Международная классификация болезней (МКБ) 9-го и 10-го пересмотров), включает широкий спектр психомоторных расстройств [1]. Достижения современной нейропсихиатрии изменили парадигму кататонии в направлении «транснозологической» концепции с указанием на значение дисфункции лобных и теменных долей мозга [2]. Современные клинико-диагностические систематики (в частности, «Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам» 5-го издания (DSM-5, Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, fifth edition), проект МКБ-11) рассматривают кататонический симптомокомплекс не в качестве самостоятельной диагностической категории, но как уникальный независимый синдром или отдельную дименсию («психомоторные симптомы»), который может являться составной частью различных клинических форм. Так, в частности, в DSM-5 кататония, рассматриваемая как «вторичное состояние», относится к рубрикам «Кататония, связанная с психическими расстройствами» и «Кататония вследствие других медицинских состояний» и может быть диагностирована при наличии 3 из 12 психомоторных нарушений (ступор, катаlepsия, восковая гибкость, мутизм, негативизм, застывание, манерность, стереотипии, возбуждение, гримасничанье, эхолалия, эхопраксия) [3–5]. В связи с этим оценка клинических проявлений кататонии в соотношении с нейрокогнитивными нарушениями при эндогенных психозах приобретает особую важность для клинического прогноза [6].

## ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Установление клинико-психопатологических особенностей кататонических симптомов и нейрокогнитивных нарушений в течение приступообразной шизофрении с наличием выраженных аффективных расстройств в клинической картине и без таковых.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

### Дизайн исследования

Изучались пациенты с приступообразной шизофренией с кататонической симптоматикой в клинической картине дебютного приступа ( $n = 69$ ), проходившие стационарное лечение в общепсихиатрических отделениях № 12 и № 11 ОГБУЗ «Иркутский областной психоневрологический диспансер» и № 2 и № 6 ОГКУЗ «Иркутская областная клиническая психиатрическая больница № 1» в период с сентября 2022 по март 2024 г.

Все пациенты подписывали форму добровольного информированного соглашения на участие в данном исследовании. При этом соблюдались все требования Хельсинкской декларации Всемирной медицинской ас-

социации. Исследование получило одобрение этического комитета ФГБОУ ВО «Иркутский государственный медицинский университет» Минздрава России (протокол № 2 от 17.04.2023).

Преобладали пациенты с наличием субкататонических проявлений (56 пациентов – 81 %), реже – с развернутым кататоническим синдромом (13 человек – 19 %). У 33 пациентов субкататоническая симптоматика проявлялась транзиторно.

Распределение обследуемых по полу было следующим: женщин – 45 (65 %), мужчин – 24 (35 %). Средний возраст пациентов составил  $33,9 \pm 2,4$  года, средний возраст дебюта –  $25,3 \pm 1,7$  года, средняя продолжительность заболевания –  $8,5 \pm 1,1$  года. По количеству приступов распределение было следующим: 1 приступ – 14 (20 %) пациентов; от 2 до 5 приступов – 27 (39 %) пациентов; более 5 приступов – 28 (41 %) пациентов.

Пациенты были разделены на две клинические группы: 1) без выраженной аффективной симптоматики – 35 (50 %) человек с диагнозами F20.0, F20.1, F20.2 (из них 8 (12 %) с присутствием в анамнезе перинатальных повреждений центральной нервной системы (ЦНС)); 2) с наличием отчётливых аффективных нарушений – 34 (50 %) пациента с диагнозами F23.2, F25, F32.3, F33.3 (из них с депрессивным аффектом – 14 (20 %) пациентов, с маниакальным – 11 (16 %), со смешанным – 9 (14 %), с перинатальным повреждением ЦНС – 3 (5 %)).

Группы по возрасту дебюта: 1) до 20 лет – 26 (38 %) пациентов преимущественно с диагнозом F20; 2) 20–40 лет – 35 (51 %) человек по большей части с выраженными аффективными приступами; 3) старше 40 лет – 8 (11 %) пациентов без выраженной аффективной симптоматики (табл. 1).

ТАБЛИЦА 1  
АБСОЛЮТНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПО ВОЗРАСТУ ДЕБЮТА  
TABLE 1  
ABSOLUTE VALUES BY AGE OF DEBUT

Код по МКБ-10	До 20 лет	20–40 лет	Старше 40 лет
F20.0, F20.1, F20.2	18	12	5
F23.2, F25, F32.3, F33.3	8	23	3

Оценка кататонии проводилась с помощью шкалы Буша – Френсиса (BFCRS, Bush – Francis Catatonia Rating Scale) [7]. Для расчётов пункты шкалы BFCRS автором было предложено разделить на подкатегории: Симптомы замирания; Негативизм; Податливость; Стереотипность; Возбудимость; Вычурность; Вегетативная дисфункция. На основе инструментального и клинического анализа, в соответствии с данными литературы, были дифференцированы три подтипа кататонических симптомов: 1) гипокинетические; 2) гиперкинетические; 3) паракинетические [8, 9].

Для количественной оценки когнитивного статуса использовалась батарея валидизированных шкал: Монреальская когнитивная шкала (MoCA, Montreal Cognitive Assessment [10]); шкала краткой оценки когнитивных функций у пациентов с шизофренией (BACS, Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia) [11]; тест «Батарея лобной дисфункции» (FAB, Frontal Assessment Battery [12]). Субшкалы инструментария автором были сгруппированы в домены: Слухоречевая память; Рабочая память; Моторные навыки; Скорость обработки информации; Внимание; Мышление/Исполнительная функция и проблемно-решающее поведение.

**Статистический анализ**

При анализе статистических данных задействовались следующее программное обеспечение: Statistica v. 10 (StatSoft Inc., США). Использовались следующие статистические процедуры анализа эмпирических данных: описательная статистика (вспомогательные показатели при описании результатов других процедур – средняя и медиана); критерий Шапиро – Уилка (для оценки нормальности распределения и выбора методики межгруппового сравнения); t-тест Стьюдента (применялся к параметрам, имеющим нормальное распределение и представленным в метрической или в интервальной шкале); U-тест Манна – Уитни (для случаев, когда нормальное распределение не наблюдалось или шкала была ранговой) для сравнения количественных переменных; точный критерий Фишера для качественных параметров. Уровень статистической значимости принимался за  $p < 0,05$ .

**РЕЗУЛЬТАТЫ**

Распределение выявленных в результате анализа подтипов кататонии было следующим:

1. Гипокинетический тип (42 пациента – 60%). Чаще встречался у пациентов женского пола (76,4%). Симптомы включали притупленную реакцию на внешние раздражители, выраженный негативизм, мутизм, восковую гибкость, ступор или субступор. Спонтанная речь и двигательная активность были значительно снижены или отсутствовали. Преобладали такие подкатегории, как «Симптомы замирания» и «Негативизм».

2. Гиперкинетический тип установлен в 9 (13,0%) случаях на развёрнутом этапе заболевания. Преобладающими были подкатегории «Стереотипии», «Возбудимость» и «Вычурность». Симптоматика включала повышенную психомоторную активность, наличие моторных и вербальных стереотипий, симптомы эхоталии и неустойчивый негативизм.

3. Паракинетический тип выявлялся у 18 (26,0%) пациентов. Характерной особенностью было наличие дискинезий, которые проявлялись в виде преходящих, полиморфных и вычурных двигательных нарушений с совмещением симптомов гипер- и гипокинетического типов. Дебют болезни у значительной части пациентов с клиникой паракинетического и гиперкинетического типов был ранним (до 20 лет).

При сравнении подтипов кататонии и клинических групп было выявлено, что гипокинетический тип диагностировался преимущественно на начальном этапе заболевания как в первой (24 случаев – 57,0%), так и во второй клинической группе (18 случаев – 43%). Гиперкинетический и паракинетический типы преобладали в группе без выраженной аффективной симптоматики с диагнозами F20.2, F20.3 (18 пациентов – 26%).

Во всех изученных случаях был выявлен нейрокогнитивный дефицит. Значительная часть пациентов продемонстрировали низкие баллы в заданиях с оценкой исполнительской функции (50 человек – 80,0%), внимания (58 человек – 93,3%), рабочей памяти (46 человек – 73,3%) (табл. 2, 3).

**ТАБЛИЦА 2  
ДОМЕНЫ НЕЙРОКОГНИТИВНОГО ПРОФИЛЯ  
ПО ГРУППАМ ИССЛЕДОВАНИЯ**

**TABLE 2  
NEUROCOGNITIVE PROFILE DOMAINS BY STUDY GROUPS**

Домены	1-я группа, n (%)	2-я группа, n (%)
Слухоречевая память	16 (47)	12 (46,1)
Рабочая память	24 (70,5)	20 (76,9)
Моторные навыки	8 (23,5)	4 (15,4)
Скорость обработки информации	16 (47)	14 (53,8)
Внимание	34 (100)	22 (84,6)
Мышление/Исполнительная функция и проблемно-решающее поведение	34 (100)	14 (53,8)

При сопоставлении когнитивных показателей пациентов различных возрастных групп между собой отмечено отсутствие специфичного для здоровых лиц значительного снижения показателей у лиц в возрасте старше 40 лет: разница между группами не достигает статистической значимости; при оценке моторных навыков и речевой беглости пациенты старшей возрастной группы даже опережают лиц младше 20 лет, однако имеются когнитивные нарушения в доменах «Внимание», «Рабочая память», «Скорость обработки информации». Пациенты с дебютом шизофрении и расстройств шизофренического спектра в возрасте старше 40 лет показывают более мягкий нейрокогнитивный дефицит в сравнении с примерами раннего начала заболевания (табл. 4).

**ОБСУЖДЕНИЕ**

У пациентов без выраженной аффективной симптоматики по сравнению с лицами, имеющими другие диагнозы, отклонения от нормы чаще определяются в до-

**ТАБЛИЦА 3**  
**УРОВЕНЬ НАРУШЕНИЙ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ РАЗЛИЧНЫХ ТЕСТОВ ПО ДОМЕНАМ**

**TABLE 3**  
**THE LEVEL OF DISORDERS WHEN PERFORMING VARIOUS TESTS BY DOMAINS**

Тесты	Лёгкие нарушения 0,50 < z < -0,20		Умеренные нарушения 0,80 < z < -0,50		Тяжёлые нарушения z < -0,80		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
	Слухоречевая память	6	5,6	12	11,2	45	42,0	63
Рабочая память	15	14,0	10	9,3	27	25,2	52	48,6
Моторные навыки	10	9,3	6	5,6	72	67,3	88	82,2
Скорость обработки информации	15	14,0	13	12,1	46	43,0	74	69,1
Внимание	8	7,5	8	7,5	74	69,1	90	84,1
Мышление/Исполнительная функция и проблемно-решающее поведение	5	4,7	5	4,7	17	15,9	27	25,2
Всего (n = 642)	59	9,2	54	8,4	281	43,8	394	61,4

**ТАБЛИЦА 4**  
**НОРМАТИВНЫЕ ДАННЫЕ ПО ДОМЕНАМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛА И ВОЗРАСТА**

**TABLE 4**  
**STANDARDS FOR DOMAINS DEPENDING ON GENDER AND AGE**

Пол	Домены																	
	Слухоречевая память			Рабочая память			Моторные навыки			Скорость обработки информации			Внимание			Мышление/Исполнительная функция и проблемно-решающее поведение		
	М	СО	z	М	СО	z	М	СО	z	М	СО	z	М	СО	z	М	СО	z
20–29 лет																		
Муж.	49,55	7,10	0,53	21,18	2,57	0,45	74,7	8,8	0,54	58,4	9,46	0,17	61,95	8,06	0,66	18,45	1,82	0,48
Жен.	50,52	7,94	0,64	20,24	3,5	0,03	68,57	9,36	0,05	54,8	14,53	-0,11	65,71	6,09	0,97	17,67	1,93	0,18
Всего	50,04	7,53	0,58	21,0	3,04	0,23	71,56	9,08	0,28	56,55	12,05	0,03	63,87	7,05	0,82	18,05	1,87	0,33
30–39 лет																		
Муж.	48,67	7,10	0,43	22,14	3,35	0,54	71,43	12,15	0,28	56,48	14,4	0,02	61,24	10,73	0,60	19,1	1,67	0,74
Жен.	49,77	7,25	0,55	21,59	3,14	0,39	72,18	8,86	0,34	60,45	11,5	0,33	60,86	8,74	0,57	17,64	1,71	0,17
Всего	49,23	7,17	0,49	21,85	3,24	0,46	71,81	10,46	0,31	58,51	12,51	0,18	61,04	9,71	0,58	18,35	1,69	0,45
Старше 40 лет																		
Муж.	39,9	7,89	-0,57	19,56	4,11	-0,15	66,56	10,31	-0,11	55,49	13,96	-0,06	46,6	8,85	-0,6	17,02	2,76	-0,07
Жен.	43,35	6,82	-0,18	18,88	3,36	-0,34	64,32	12,0	-0,29	55,03	10,5	-0,09	49,49	8,63	-0,37	16,02	2,15	-0,46
Всего	41,67	7,38	-0,006	19,21	3,70	-0,004	65,43	11,14	-0,003	55,25	12,12	-0,001	48,09	8,63	-0,008	16,51	2,44	-0,004

**Примечание.** М – среднее значение; СО – стандартное отклонение; z – стандартизированный показатель.

менах «Слухоречевая память» (75%), «Внимание» (82%), «Скорость обработки информации» (85%), «Моторные навыки» (84%). У группы пациентов с наличием отчётливых аффективных нарушений в большей степени страдают следующие домены: Скорость обработки инфор-

мации (78%); Моторные навыки (74%); Проблемно-решающее поведение (63%).

Показатели всех нейрокогнитивных тестов статистически значимо коррелировали между собой в основном на уровне «слабой» связи. «Умеренная» связь

ТАБЛИЦА 5  
КОРРЕЛЯЦИИ МЕЖДУ РАЗЛИЧНЫМИ ДОМЕНАМИ

Домены	Рабочая память	Моторные навыки	Скорость обработки информации	Внимание	Мышление/Исполнительная функция и проблемно-решающее поведение
Слухоречевая память	0,30	0,23	0,29	0,36	0,33
Рабочая память	–	0,14*	0,20*	0,23***	0,29***
Моторные навыки	–	–	0,28	0,22***	0,29
Скорость обработки информации	–	–	–	0,31***	0,21***
Внимание	–	–	–	–	0,35***

Примечание. Различия статистически значимы при: \* –  $p < 0,05$ ; \*\* –  $p < 0,01$ ; \*\*\* –  $p < 0,001$ .

TABLE 5  
CORRELATIONS BETWEEN DIFFERENT DOMAINS

по Чеддоку наблюдалась в парах доменов «Слухоречевая память» с доменами «Рабочая память», «Внимание» и «Мышление/Исполнительная функция и проблемно-решающее поведение», также в парах «Скорость обработки информации»/«кодирование символов» и «Внимание»/«Мышление/Исполнительная функция и проблемно-решающее поведение» (табл. 5).

На основании вышеизложенного можно заключить, что у пациентов с эндогенными расстройствами выявляется нейрокогнитивный дефицит, который, однако, носит неравномерный характер. У большинства пациентов при оценке различных показателей он выявляется с разной интенсивностью, однако у части больных нарушение базовых когнитивных функций отсутствует. В большей степени выявленные расстройства касаются доменов «Моторные навыки», «Внимание» и «Мышление/Исполнительная функция и проблемно-решающее поведение».

Указанная тенденция, сохраняясь в целом для различных возрастных групп больных, обнаруживает определённые возрастные и гендерные особенности. Учитывая существенную корреляцию тяжести психопатологических нарушений с результатами когнитивного обследования у пациентов старшего возраста, можно предположить, что независимый (не связанный с наличием психопатологической симптоматики) характер дефицита у них ещё ниже.

Таким образом, полученные данные дают основание для подтверждения гипотезы о зависимости выраженности нейрокогнитивных нарушений от возраста дебюта заболевания: поздняя манифестация расстройств психотического уровня соотносится с более мягким нейрокогнитивным дефицитом, что может отражать меньшую психобиологическую уязвимость в отношении развития психоза.

Следует отметить, что исполнительная функция, внимание и скорость обработки информации являются одними из наиболее оцениваемых когнитивных областей, и полученные результаты, отражающие снижение этих показателей в обеих клинических группах, свидетельствуют в пользу теории синдрома лобных долей,

предложенной М.А. Taylor [13] в отношении связи кататонических симптомов и нейрокогнитивного дефицита.

Наиболее низкие значения когнитивного профиля показали пациенты первой клинической группы с симптомами кататонии гипокINETического типа (24 случая – 57 %). В целом была установлена связь таких клинических и демографических детерминант, как раннее начало заболевания, мужской пол, гипокINETический тип кататонии с наиболее низкими значениями когнитивных шкал (MoCA < 16 баллов; батарея лобной дисфункции < 12 баллов) и низкими показателями всех субшкал BACS, что согласуется с данными отечественной и зарубежной литературы [14, 15]. Требуется дальнейшее изучение данного вопроса, набор нозологически подобной контрольной группы без кататонии в клинической картине.

## ВЫВОДЫ

Во всех изученных случаях приступообразной шизофрении установлена связь кататонических симптомов с явлениями нейрокогнитивного дефицита со значительными отклонениями в таких доменах когнитивного профиля, как «Исполнительная функция» и проблемно-решающее поведение», «Внимание» (преимущественно счётные задачи), «Абстрактное мышление», вне зависимости от наличия перинатальных повреждений ЦНС в периоде раннего развития. Отмечено, что в зависимости от наличия/отсутствия аффективной симптоматики различные домены нейрокогнитивного профиля показывают отклонение от нормы: так, у пациентов без выраженной аффективной симптоматики с диагнозами F20.0, F20.1 и F20.2 нарушения сосредоточены в доменах «Слухоречевая память», «Внимание», «Скорость обработки информации», «Моторные навыки». У пациентов с наличием отчётливых аффективных нарушений с диагнозами F23.2, F25, F32.3, F33.3 страдают скорость обработки информации, «Моторные навыки» и «Проблемно-решающее поведение». Наиболее выраженные нейрокогнитивные нарушения установлены при манифестации приступообразной параноидной шизофрении у пациентов

мужского пола со сравнительно ранним началом заболевания и наличием кататонических расстройств гипокINETического круга.

#### Конфликт интересов

Автор данной статьи сообщает об отсутствии конфликта интересов.

#### ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Weder ND, Muralee S, Penland H, Tampi RR. Catatonia: A review. *Ann Clin Psychiatr.* 2008; 20: 97-107. doi: 10.1080/10401230802017092
2. Serrat F, Iglesias-González M, Sanagustin D, Etxandi M, de Pablo J, Cuevas-Esteban J. Catatonia and cognitive impairments: A systematic review. *Front Psychiatr.* 2022; 13: 877566. doi: 10.3389/fpsyt.2022.877566
3. Poyraz BÇ, Aksoy Poyraz C, Yassa A, Arikian MK, Gündüz A, Kiziltan G. recurrent catatonia in Parkinson disease. *J Clin Psychopharmacol.* 2016; 36(1): 104-106. doi: 10.1097/jcp.0000000000000443
4. Benarous X, Raffin M, Ferrafiat V, Consoli A, Cohen D. Catatonia in children and adolescents: New perspectives. *Schizophrenia Res.* 2018; 200: 56-67. doi: 10.1016/j.schres.2017.07.028
5. Dhossche D. Catatonia in autism spectrum disorders: Diagnosis, therapy and clinical science. *J Autism Dev Disord.* 2019; 17(1): 24-35. doi: 10.17759/autdd.2019170104
6. Keefe RS, Harvey PD. Cognitive impairment in schizophrenia. *Handb Exp Pharmacol.* 2012; 213: 11-37. doi: 10.1007/978-3-642-25758-2\_2
7. Конорева А.Е., Цукарзи Э.Э., Мосолов С.Н. Кататония: патофизиология, диагностика и современные подходы к лечению. *Современная терапия психических расстройств.* 2019; 4: 2-10. [Konoreva AE, Tsukarzi EE, Mosolov SN. Catatonia: Pathophysiology, diagnosis and modern approaches to treatment. *Current Therapy of Mental Disorders.* 2019; 4: 2-10. (In Russ.). doi: 10.21265/PSYPH.2019.17.70.00
8. Борисова П.О. Нозологическая дилемма и клинический полиморфизм феномена кататонии. *Психиатрия.* 2020; 18(2): 61-70. [Borisova PO. Nosological dilemma and clinical polymorphism of the catatonia phenomenon. *Psikhiatriya.* 2020; 18(2): 61-70. (In Russ.). doi: 10.30629/2618-6667-2020-18-2-61-70
9. Смулевич А.Б., Ключник Т.П., Борисова П.О., Лобанова В.М., Воронова Е.И. Кататония (актуальные проблемы психопатологии и клинической систематики). *Психиатрия.* 2022; 20(1): 6-16. [Smulevich AB, Klyushnik TP, Borisova PO, Lobanova VM, Voronova EI. Catatonia (actual problems of psychopathology and clinical systematics). *Psikhiatriya.* 2022; 20(1): 6-16. (In Russ.). doi: 10.30629/2618-6667-2022-20-1-6-16
10. Соловьева А.П., Горячев Д.В., Архипов В.В. Критерии оценки когнитивных нарушений в клинических исследованиях. *Ведомости Научного центра экспертизы средств медицинского применения.* 2018; 8(4): 218-230. [Solovyova AP, Goryachev DV, Arkhipov VV. Criteria for assessing cognitive impairment in clinical trials. *Bulletin of the Scientific Center for the Examination of Medical Products.* 2018; 8(4): 218-230. (In Russ.). doi: 10.30895/1991-2919-2018-8-4-218-230
11. Саркисян Г.Р., Гурович И.Я., Киф Р.С. Нормативные данные для российской популяции и стандартизация шкалы «Краткая оценка когнитивных функций у пациентов с шизофренией» (BACS). *Социальная и клиническая психиатрия.* 2010; 20(3): 13-19. [Sarkisyan GR, Gurovich IYa, Kif RS. Normative data for the Russian population and standardization of the scale "Brief assessment of cognitive functions in patients with schizophrenia" (BACS). *Social and Clinical Psychiatry.* 2010; 20(3): 13-19. (In Russ.). doi: 10.3683/4513-3245-2010-1-33-49
12. Карякина М.В., Шмуклер А.Б. Кластерный анализ нейрокогнитивных нарушений при шизофрении и расстройствах шизофренического спектра. *Обзорные психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева.* 2020; 1: 45-51. [Karyakina MV, Shmukler AB. Neurocognitive impairments in patients with schizophrenia and schizophrenia spectrum disorders: Cluster analysis results. *V.M. Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology.* 2020; 1: 45-51. (In Russ.). doi: 10.31363/2313-7053-2020-1-45-51
13. Taylor M.A. Catatonia: A review of a behavioral neurologic syndrome. *Neuropsychiatry Neuropsychol Behav Neurol.* 1990; 3: 48-72.
14. Карякина М.В., Рычкова О.В., Шмуклер А.Б. Когнитивные нарушения при шизофрении в зарубежных исследованиях: нарушение отдельных функций или группа синдромов? *Современная зарубежная психология.* 2021; 10(2): 8-19. [Karyakina MV, Rychkova OV, Shmukler AB. Cognitive impairments in schizophrenia in foreign studies: Single function deficits or group of syndromes? *Journal of Modern Foreign Psychology.* 2021; 10(2): 8-19. (In Russ.). doi: 10.17759/jmfp.2021100201
15. Agnew-Blais JC, Buka SL, Fitzmaurice GM, Smoller JW, Goldstein JM, Seidman LJ. Early childhood IQ trajectories in individuals later developing schizophrenia and affective psychoses in the New England family studies. *Schizophr Bull.* 2015; 41(4): 817-823. doi: 10.1093/schbul/sbv027

#### Сведения об авторе

**Игнатьева Светлана Ильинична** – аспирант, ассистент кафедры психиатрии и медицинской психологии, ФГБОУ ВО «Иркутский государственный медицинский университет» Минздрава России, e-mail: ignateva.si96@gmail.com, <https://orcid.org/0009-0003-2526-204X>

#### Information about the author

**Svetlana I. Ignateva** – Postgraduate, Teaching Assistant at the Department of Psychiatry and Medical Psychology, Irkutsk State Medical University, e-mail: ignateva.si96@gmail.com, <https://orcid.org/0009-0003-2526-204X>