

УДК 616.895.84:616.895.4:616.89-008.431(048.8)

Для цитирования: Игнатьева С.И., Собенникова В.В. Кататония и нейрокогнитивный дефицит в клинике расстройств шизофренического и аффективного спектра (обзор литературы). Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2025. № 1 (126). С. 64-74. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2025-1\(126\)-64-74](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2025-1(126)-64-74)

Кататония и нейрокогнитивный дефицит в клинике расстройств шизофренического и аффективного спектра (обзор литературы)

Игнатьева С.И., Собенникова В.В.

ФГБОУ ВО «Иркутский государственный медицинский университет» Минздрава России
Россия, 664003, Иркутск, улица Красного Восстания, 1

РЕЗЮМЕ

Актуальность. В клинике расстройств шизофренического и аффективного спектра кататония рассматривается как прогностически неблагоприятный признак, поскольку ассоциируется с симптомами нейрокогнитивного дефицита. Уточнение спектра кататонической симптоматики в клинике эндогенных расстройств в связи с выраженнойностью нейрокогнитивных нарушений представляется актуальным, поскольку предполагает совершенствование диагностики, прогноза клинического течения и исходов, а также оптимизацию терапевтических программ. **Целью** обзора является систематизация литературных данных о распространенности, клинике и динамике эндогенных психических расстройств (шизофренического и аффективного спектра) с наличием кататонического синдрома в клинической картине в контексте связи с показателями нейрокогнитивного функционирования пациентов. **Материалы и методы.** Произведен анализ современных российских и зарубежных научных публикаций, посвященных кататоническому синдрому при эндогенных расстройствах шизофренического спектра, в том числе в связи с нейрокогнитивными нарушениями. Использовались научно-методические базы информационных данных (PubMed, eLibrary, Google Scholar databases). **Результаты.** Согласно современным данным психиатрической литературы, установлены значимые отличия в клинических проявлениях кататонии при разных заболеваниях. Например, у пациентов с шизофренией в клинике кататонии преобладают каталепсия, автоматическая подчиняемость, негативизм, манерность, гримасничание, вычурные движения и стереотипии. В то же время у пациентов с депрессией с высокой частотой выявляются ступор, мутизм и ригидность, а у пациентов с маниакальным синдромом наиболее характерным является кататоническое возбуждение. Выраженность в клинической картине кататонических расстройств при различных заболеваниях обнаруживает тесную связь с выраженнойностью когнитивных нарушений. Некоторые исследователи соотносят нейрокогнитивный дефицит с нозологической специфичностью (при расстройствах шизофренического спектра, аффективных нарушениях) и разграничивают когнитивные нарушения по кластерам. В структуре шизофрении наличие кататонической симптоматики отчетливо определяет худшие показатели когнитивного функционирования. Выявляются даже специфические нарушения в принятии решений и смене установок у больных шизофренией с кататонией в отличие от больных шизофренией без кататонической симптоматики. **Заключение.** Обсуждаемые в обзоре данные подтверждают актуальность изучения кататонии в клинике расстройств шизофренического и аффективного спектра, особенно в аспекте её связи с когнитивными нарушениями. Результаты такого изучения предполагают совершенствование диагностики, оптимизацию прогноза, а также разработку дифференцированных подходов к комплексной терапии и реабилитации.

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

ВВЕДЕНИЕ

Кататония – нейропсихиатрический синдром, включающий в себя ряд двигательных, речевых и поведенческих нарушений. Преимущественно кататонический синдром представлен нарушениями двигательной сферы: ступор/возбуждение, восковая гибкость, негативизм, каталепсия, мутизм, а также включает большое количество других психопатологических и неврологических проявлений [1]. Кататония привлекает пристальное внимание исследователей и практических врачей, поскольку её проявления обусловливают тяжесть

нарушений, высокую частоту осложнений и летальности, что усугубляется трудностями ранней диагностики, недостаточной разработкой терапевтических алгоритмов и реабилитационных подходов [8]. Несмотря на более чем вековой период изучения этого расстройства, до настоящего времени отсутствует общее единство взглядов относительно феноменологических рамок кататонии, психопатологических и диагностических критериев. Кроме того, дискутабельными остаются системастика форм и клинико-нозологические аспекты кататонического синдрома [2, 3].

Вследствие этого в настоящее время преобладает конвенциональная оценка кататонического синдрома как «транснозологического образования» или группы двигательных нарушений, встречающихся при различных психических (биполярное аффективное расстройство, синдром Туреметта), неврологических (эпилепсия, рассеянный склероз, болезнь Паркинсона), метаболических (болезнь Вильсона, порфирия), эндокринных (гипертиреоидизм, болезнь Адисона, болезнь Кушинга) и иммунологических (анти-NMDA-рецепторный энцефалит, системная красная волчанка) заболеваниях [4, 5, 6]. В современных классификациях (МКБ-11, DSM-V) кататонический синдром рассматривают как самостоятельную клиническую единицу либо как модификатор при прочих психических расстройствах [7].

Представляя «транснозологическое» расстройство, кататония заслуживает пристального внимания не только психиатров, но и врачей иных специальностей, поскольку обнаруживает очевидный потенциал нейропсихиатрических нарушений, представленных симптомами, традиционно соотносимыми с неврологическим кластером. В этой связи одним из важных направлений дальнейшего изучения кататонии является выявление и оценка ассоциированных с ней дисфункциональных церебральных нарушений, в частности нейрокогнитивного дефицита. Установление взаимосвязи нейрокогнитивного дефицита с клиническими проявлениями кататонии и показателями адаптивных возможностей пациентов может способствовать расширению представлений о патогенезе, клинико-динамических особенностях и, самое главное, прогнозе данной патологии, что представляется значимым в аспекте повышения качества медицинской помощи [8, 9].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Систематизация литературных данных о распространности, клинике и динамике эндогенных психических расстройств (шизофренического и аффективного спектра) с наличием кататонического синдрома в клинической картине в контексте связи с показателями нейрокогнитивного функционирования пациентов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Осуществлялся анализ современных российских и зарубежных научных публикаций, посвященных эндогенным психическим расстройствам шизофренического спектра, сочетанным с кататоническими нарушениями, в аспекте взаимосвязи с формированием нейрокогнитивного дефицита в клиническом течении, изданных за последние 10 лет.

Поиск научных публикаций проводился по ключевым словам: кататония, кататонический синдром, нейрокогнитивный дефицит, приступо-

образная шизофрения, шизоаффективное расстройство. Для поиска литературных источников использовались научные базы информационных данных (PubMed, eLibrary, Google Scholar databases).

ОБСУЖДЕНИЕ

Краткий исторический очерк

Впервые кататонию как самостоятельную болезнь описал немецкий психиатр Karl Kahlbaum [10]. Ему принадлежит приоритет выделения не только классической симптоматологии кататонии, но и систематизация отдельных её форм. Автор дифференцировал «catalepsia protracta/gravis», характеризовавшуюся преобладанием в клинической картине симптомов психомоторного возбуждения и неблагоприятным прогнозом, а также «мягкую» форму – «catalepsia mitis», протекавшую со значительно меньшей глубиной психопатологических проявлений. Наиболее выраженные проявления кататонии, которые он обозначал термином «melancholia attonita», наблюдались при углублении депрессивных расстройств. Выделялся и вариант кататонии с длительным течением и периодическим послаблением симптомов, таких как «protrahirte formen». Основываясь на характере двигательных нарушений, им была описана эпилептоидная, тетаническая, хореатическая, каталептическая и индифферентная формы. Отметая благоприятный прогноз и высокую частоту выздоровления среди пациентов с кататонией, автор акцентировал внимание на том, что зачастую светлые промежутки не имеют какой-либо остаточной симптоматики, полностью соответствующей интерmission [11].

Основатель психоморфологического направления в психиатрии C. Wernicke рассматривал двигательные расстройства, сходные с кататоническими, в структуре выделяемого им «двигательного психоза» («motility psychosis»). Согласно его описанию, психоз характеризовался эпизодическим течением, относительно благоприятным прогнозом и моторными проявлениями, которые от нормальных движений отличаются лишь «количественно», не обладая «вычурными» особенностями [12].

Одним из исследователей, кто первым подвергал критике концепцию Kahlbaum, был Arndt [13]. Он отрицал нозологическое единство состояний, обозначаемых как кататония, связывая их с чрезмерным возбуждением нервной системы, возникающим по самым разнообразным причинам. Meynert также полагал, что у многих пациентов с различными психическими расстройствами при ухудшении состояния возникают кататонические симптомы. Случаи кататонии он относил к галлюцинальному расстройству, клиническая картина которого усложняется двигательными нару-

шениями из-за неких факторов, влияющих на течение заболевания [14]. Развивая в дальнейшем эту тематику, G. Kirby диагностировал кататонические расстройства у пациентов с аффективной патологией. Он описал случаи типичного течения маниакально-депрессивного психоза, когда часть аффективных фаз «замещается» кататоническими приступами [15]. В 1922 г. J. Lange, обследуя 700 пациентов с маниакально-депрессивным психозом, у 25% из них обнаружил кататонические симптомы [16].

Несколько раньше, в период оформления концепции *dementia praecox*, E. Kraepelin в своем «Учебнике по психиатрии», основываясь на результатах проспективного катамнестического исследования 63 клинических наблюдений, выраженные и длительные проявления кататонии (в основном негативизм и манерность) относил к группе «процессов психического распада», которые быстро заканчиваются слабоумием. [17]. В последующем E. Bleuler, развивая учение о шизофрении, рассматривал проявления кататонии как прогностически неблагоприятный признак её прогредиентной динамики [18]. Эти взгляды Kraepelin'a и Bleuler'a о тяготении кататонических расстройств к шизофрении в дальнейшем оказали определяющее влияние на разработку классификаций психических заболеваний. Например, в первом издании DSM, опубликованном в 1952 г., кататония выделяется исключительно как один из подтипов шизофренической реакции [19].

K. Jaspers, подобно Kahlbaum'у, также считал кататонию отдельной нозологической единицей. Опираясь на феноменологический подход в своих диагностических взглядах, он трактовал кататонию более широко, включая в нее все двигательные акты, природа которых не находит психологического объяснения. Он также полагал, что острые кататонические приступы могут иметь благоприятный прогноз с возможностью полного выздоровления [20].

В отечественной психиатрии взгляды на кататонический синдром изначально были близки к диагностическим подходам Kahlbaum'a. Одной из первых отечественных работ, посвященных кататонии, стала монография В.Ф. Чижка, который, соглашаясь с мнением Kahlbaum'a, рассматривал кататонию как особую форму психических расстройств [21]. Таких же взглядов придерживался С.С. Корсаков, акцентируя внимание на различиях между кататонией и ранним слабоумием. Он выделил отдельную клиническую форму, названную им «кататоническим помешательством» (*vesania catatonica*), и относил её к группе психозов смешанного типа. Описывая различные психомоторные расстройства, он отмечал, что

кататонические симптомы не являются строго специфичными для какого-либо одного заболевания и могут проявляться при психозах разного происхождения, включая аффективные расстройства [22]. В.М. Бехтерев также рассматривал кататонию как отдельную нозологическую единицу и подчеркивал необходимость её различия с *dementia praecox* [23].

В период советской психиатрии внимание уделялось динамическим аспектам психической патологии. Кататонические расстройства, возникающие на ранних стадиях заболевания, классифицировались как первичная кататония, которая, в частности, наблюдается при «острой шизофрении» [24]. Кататония, возникающая на более поздних этапах заболевания, обозначалась как вторичная, отличающаяся от первичной меньшей остротой и глубиной нарушений [25].

Подводя итог краткому историческому экскурсу, следует отметить, что хотя основоположники клинической психиатрии XX века, такие как E. Kraepelin и E. Bleuler, подчеркивая неблагоприятное прогностическое значение кататонии в клинике шизофрении, всё же не воспринимали её симптомы как исключительное проявление шизофрении, до начала XXI века в классификациях психических расстройств (МКБ-10, DSM-IV) кататонические нарушения рассматривались преимущественно в контексте эндогенной процессуальной патологии.

Вектор современных исследований направлены на поиск решения проблемы улучшения прогноза, снижение социальной и трудовой дезадаптации, в том числе путем ликвидации нейрокогнитивного дефицита в рамках терапии расстройств шизофренического спектра. Так, недавно опубликованный обзор объединил данные ряда исследований, описывающих взаимосвязь между различными гипер- и гипокинетическими моторными нарушениями и когнитивными способностями при расстройствах шизофренического спектра [26]. Вместе с тем исследования сосредоточены на поисках адекватной терапии: фармакотерапия (бензодиазепины, атипичные антипсихотики), биологические методы (ЭСТ, ТМС) [27, 28].

Эпидемиология

Частота встречаемости кататонической формы шизофрении находилась в пределах 20–30% вплоть до середины XX века [29]. Такие симптомы как мутизм (68%) и негативизм (62%) являлись наиболее распространенными среди прочих проявлений кататонии [30]. Однако с течением времени частота диагностики кататонической шизофрении постепенно снизилась до показателей от 2 до 10%, исследователи связывают это с видоизменением диагностических подходов и широким внедрением психофармакотерапии [31].

Некоторые исследователи связывают такое снижение с совершенствованием диагностики соматических и неврологических расстройств, что приводит к уменьшению регистрации случаев вторичной кататонии, рассматриваемых в контексте шизофрении [32]. Также продолжается обсуждение эффективности повсеместного использования антипсихотических препаратов.

Тем не менее до сих пор при шизофрении кататонические проявления регистрируются довольно часто. Также нередко кататония наблюдается в рамках аффективных расстройств, как при маниакальных, так и депрессивных состояниях. По приблизительным оценкам, встречаемость кататонических симптомов у пациентов с аффективной патологией составляет 13–31% [33]. Согласно зарубежным исследованиям, более 50% пациентов с симптомами кататонии имеют ранее установленный диагноз биполярного расстройства, а выставленный диагноз шизофрении у пациентов встречается реже – от 10 до 15% случаев [13, 19, 28, 34, 35, 36]. Кроме того, соматогенная кататония встречается довольно часто и составляет около 20–25% среди всех пациентов с наличием кататонических симптомов [34, 35, 37].

Одной из основных причин снижения выявляемости кататонических расстройств среди пациентов с шизофренией исследователи считают современный патоморфоз заболеваний, вследствие чего практикующие психиатры всё реже сталкиваются с этой патологией, что негативно отражается на формировании диагностических навыков. Согласно результатам исследования, проведенного в 2005 г., выявлено, что при рутинном обследовании пациентов стационарных отделений кататония была диагностирована лишь у 2% пациентов, в то время как исследовательская группа, применяя стандартизованные методики, диагностировала кататонию в 18% случаев [38]. Результаты более раннего аналогичного исследования позволили выявить у 43% пациентов соответствие критериям кататонической шизофрении с применением стандартизованных методов, тогда как при рутинном подходе кататонию диагностировали лишь в 5% случаев [39].

В обзоре 2025 г. J. Luccarelli et al. средняя распространенность кататонических эпизодов за 1 год составила 4,39 на 100 000 человек по данным в Великобритании. Данные США показали, что за 1 год распространенность составила 5,15 на 100 000 человек [40].

Диагностические инструменты

Своевременное выявление кататонических расстройств является важным моментом психиатрического обследования, влияющим на выбор дальнейшей лечебной стратегии для пациента. Широкий спектр диагностических инструментов

позволяет исследователям оценивать наличие и тяжесть кататонических феноменов. Золотым диагностическим стандартом является Bush Francis Catatonia Rating Scale (BFCRS), созданная в 1996 г., на текущий момент это самая известная и хорошо исследованная шкала [41]. Bush Francis Catatonia Screening Instrument (BFCSI) – инструмент для скрининга кататонических расстройств, включенный в данную шкалу. Кроме того, существует скорректированный вариант этой шкалы, известный как Bush Francis Catatonia Rating Scale Revised Version (BFCRS-R), созданный для оценки особенностей симптоматики при хронических кататонических расстройствах, однако не получивший в последующем широкого распространения. [42]. Менее распространенными инструментами диагностики остаются Rogers Catatonia Scale (RCS), Modified Rogers Catatonia Scale (MRS), Brauning Catatonia Rating Scale (BCRS), Katatonia, Autism, Neuropsychiatric and Neuromovement Examination Rating (Kanner Scale) [43].

Особенности клинических проявлений кататонического синдрома при аффективной патологии и расстройствах шизофренического спектра

С начала XX века изучение депрессивных и маниакальных состояний, сопровождающихся кататоническими симптомами, стало набирать обороты [15, 44, 45, 46]. В последние десятилетия происходит расширение представлений о нозологической природе состояний с ведущей кататонической симптоматикой, о чем свидетельствует появление множества публикаций, подтверждающих, что кататонические симптомокомплексы могут встречаться в клинике аффективных расстройств даже чаще, чем в клинике расстройств шизофренического спектра [13, 47, 48]. В ходе многих исследований было отмечено, что в рамках аффективной патологии с кататонией в клинической картине тяжесть симптомов превышает проявления «чистых» от кататонической симптоматики, в анамнезе отличаются низким качеством ремиссий и более выраженными проявлениями социальной и трудовой дезадаптации, что отражается на увеличении нагрузки на систему здравоохранения [13, 37, 49, 50, 51]. Исходя из этого, можно предположить, что их нозологическая трактовка недостаточно определена, в связи с чем в этом направлении требуются дальнейшие исследования [52, 53, 54, 55].

Несмотря на это, начиная с работ E. Kraepelin'a, в литературе появляются указания на значительные различия в рамках рассматриваемых нозологий в двигательных расстройствах, обозначаемых как кататония. Современные исследователи также выделяют клинические особенности в проявлениях кататонических феноменов в зависимости от заболевания.

Значимым примером является работа Krüger'а и его коллег из Дрезденского университета. В выборку вошли 1 424 пациента с диагнозом шизофрении и аффективной патологией, включающей эпизоды мании, депрессии [55, 56, 57, 58]. Такие симптомы как каталепсия, негативизм, манерность, автоматическая подчиняемость, стереотипии, гримасничание и вычурные движения чаще встречались у пациентов с шизофренией [59, 60, 61]. Симптомы кататонической заторможенности (ступор, мутизм и ригидность) с более высокой частотой отмечались у пациентов с депрессией, тогда как кататоническое возбуждение преимущественно встречалось у пациентов с манией [55, 56]. В других исследованиях также отмечена значительная гетерогенность двигательных нарушений при расстройствах шизофренического спектра, аффективных и неаффективных психозах [62, 63, 64, 65, 66].

Вместе с тем в ряде публикаций описанные различия объясняются особенностями использованных методов психометрической диагностики, дизайне исследований, социально-возрастными характеристиками клинической выборки обследованных [13, 48, 56, 57, 58, 59].

Помимо приведенных данных, существует ряд исследователей, не зафиксировавших различий в клинической картине кататонических нарушений при шизофрении и аффективных расстройствах. [57, 58, 60]. В частности исследование, проведенное S. Grover и его коллегами, обнаружило аналогичность симптомов кататонии, таких как ступор, мутизм, замирание, негативизм, ригидность, возбуждение и стереотипии как при аффективных расстройствах, так и при шизофрении [58].

Подводя итог обсуждаемым вопросам, следует заметить, что при описании многообразия кататонических симптомов, наблюдавшихся при аффективной патологии, исследователи указывают на связь между выраженной социально-трудовой дезадаптацией, тяжестью клинических проявлений аффективной патологии и низким качеством ремиссий. Такие наблюдения подчеркивают актуальность углубленного изучения кататонических симптомов при шизофрении с аффективными фазами в ходе шизофренического процесса и в рамках собственно аффективных расстройств в дальнейшем [67].

Нейрокогнитивный дефицит и кататония

Интерес исследователей в настоящее время во многом направлен на установление связи между психомоторными и когнитивными нарушениями, в том числе при расстройствах шизофренического спектра (РШС) [68]. К примеру, в исследовании D.J. Dean'а и его коллег был представлен анализ данных выборки из 172 пациентов с РШС, в кото-

ром было установлена взаимосвязь между низкими результатами когнитивных тестов у пациентов с кататоническими симптомами в анамнезе по сравнению с пациентами, не имевшими указаний на кататонию в анамнезе, однако при этом различий в структурных изменениях головного мозга выявлено не было [69]. Согласно данным систематического обзора Serrat Francesc, выраженность в клинической картине кататонических расстройств при различных заболеваниях обнаруживает тесную ассоциированность с развитием когнитивных нарушений [70, 71, 72]. В случае шизофрении наличие кататонической симптоматики отчетливо определяет худшие показатели когнитивного функционирования [73].

Нейробиологические механизмы, лежащие в основе кататонии, в значительной степени неясны, а ассоциированное с кататонией повреждение структур головного мозга недостаточно изучено, лишь в части нейровизуализационных исследований встречаются указания на дисфункцию лобной и теменной коры [70]. Обсуждается участие в патологических проявлениях областей лобной доли, дефицит миelinового белка и увеличение количества микроглиальных клеток [74, 75, 76, 77, 78, 79, 80]. Предполагается также значение нейрореституттивных процессов в области префронтальной коры [81, 82]. У пациентов с кататонией установлено значительное увеличение ликворных пространств, особенно в левой лобно-височной области, коррелирующее с продолжительностью заболевания, при сравнении с больными параноидной шизофренией [73, 83, 84, 85]. Выявлено снижение объема серого вещества в областях мозга, что влияет на когнитивное функционирование (передняя поясная извилина, медиальная лобная кора, средняя височная извилина и височный полюс, угловая и язычная извилины) по сравнению со контрольной группой [86]. На нейрохимическом уровне было зафиксировано значительное снижение метаболизма глюкозы в области префронтальной коры, преимущественно слева [87]. В одном из исследований показано значительное снижение регионарной церебральной перфузии ($r\text{-CBF}$) в правой нижней префронтальной и теменной коре, а также обнаружены более низкие показатели зрительно-пространственных способностей, связанных с функцией правой теменной области у пациентов с кататонией по сравнению с контрольной группой, состоящей из пациентов с эндогенными расстройствами без симптомов кататонии, и группой здоровых людей [88].

Нейropsихологические исследования выявляют специфические нарушения в принятии решений и смене установок у больных шизофренией с кататонией и отличие от пациентов с шизофренией без кататонической симптоматики [82].

Кроме того, специфичными проявлениями нейрокогнитивного дефицита у пациентов с кататоническими симптомами в рамках РШС являются дезорганизация мышления, нарушения исполнительной функции и проблемно-решающего поведения, что обсуждается в ряде современных исследований [89, 90, 91].

Когнитивные нарушения у больных с кататонией некоторые авторы объединяют в кластеры и соотносят с нозологической специфичностью в рамках РШС и аффективных расстройств [69, 72, 83, 84, 85]. Однако следует отметить, что исследования нейрокогнитивных нарушений у пациентов с эндогенными расстройствами и наличием первичных кататонических расстройств в клиническом течении заболевания, согласно доступной психиатрической литературе, не носят систематический характер, а базирующиеся на дименсиональной модели работы вообще отсутствуют [69, 89].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Современный этап развития психиатрии, предусматривающий внедрение дименсионального подхода в диагностике, а также активное развитие нейропсихиатрической парадигмы, предполагает пересмотр некоторых устоявшихся психопатологических взглядов, что особенно актуально в отношении кататонии. В настоящее время кататония признается транснозологическим синдромом, в том числе часто выявляемым в клинике расстройств шизофренического спектра и при аффективной патологии. Тем не менее до настоящего времени отсутствуют валидизированные данные для обработки информации о влиянии кататонии на клиническое течение эндогенных психозов, а также недостаточно разработаны дифференциально-диагностические критерии кататонии при данной патологии. В этой связи сравнительное изучение психопатологии кататонии в клинике приступов шизофрении и эпизодов аффективного психоза в аспекте взаимосвязи с показателями когнитивного функционирования может оказаться продуктивным не только для разработки теоретической модели её проявлений, но и совершенствования диагностики, определения прогноза клинического течения и исходов. Результаты такого изучения предполагают возможность выработки дифференцированных подходов к терапии и реабилитации, направленных на превенцию социально-трудовой дезадаптации больных и формирование качественных ремиссий при приступах шизофрении и эпизодах аффективных расстройств с наличием кататонической симптоматики в клинической картине.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы заявляют об отсутствии явных и потенциальных конфликтов интересов в связи с публикацией данной статьи.

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Исследование проведено в рамках основного плана НИР ФГБУ «Иркутский государственный медицинский университет» Минздрава России

СООТВЕТСТВИЕ ПРИНЦИПАМ ЭТИКИ

Выполнен контент-анализ научных публикаций, клиническое исследование/испытание, связанное с людьми в качестве субъектов, не проводилось, в связи с чем его рассмотрение в локальном этическом комитете не требовалось.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Конорева А.Е., Цукарзи Э.Э., Мосолов С.Н. Кататония: патофизиология, диагностика и современные подходы к лечению. Современная терапия психических расстройств. 2019. № 4. С. 2-10. Konoreva AE, Tsukarzi EE, Mosolov SN. Catatonia: pathophysiology, diagnostics and modern approaches to treatment. Modern Therapy of Mental Disorders. 2019;4:2-10. <https://doi.org/10.21265/PSYPH.2019.17.70.00>
2. Борисова П.О. Кататония в рамках шизофрении и расстройств шизофренического спектра (психопатология, клиника, терапия): автореф. дис. ... к.м.н. М., 2023. 22 с. Borisova PO. Catatonia in the context of schizophrenia and schizophrenia spectrum disorders (psychopathology, clinical picture, therapy): dissertation abstract Cand. Sc. (Medicine). Moscow, 2023:22 (in Russian).
3. Иванова Л.А., Рожкова М.Ю., Бобров А.С. Субкататоническая и кататоническая симптоматика в клинике манифестного депрессивного варианта шизоаффективного расстройства. Байкальский медицинский журнал. 2012. Т. 114, № 7. С. 9-62. Ivanova LA, Rozhkova MYu, Bobrov AS. Subcatatonic and catatonic symptoms in the clinic of manifest depressive variant of schizoaffective disorder. Baikal Medical Journal. 2012;114(7):9-62 (in Russian).
4. Câmara Pestana P, Estibeiro MJ, Côrte-Real B, Cordeiro C, Simões I, Duarte G, Simões do Couto F, Novais F. Catatonia in dementia: A systematic review of case reports and case series. Am J Geriatr Psychiatry. 2024 Nov;32(11):1297-1308. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2024.07.012>. Epub 2024 Jul 22. PMID: 39179430.
5. Rogers JP, Shorvon S, Luccarelli J. Catatonia and epilepsy: An underappreciated relationship. Epilepsy Behav. 2024 Oct;159:109983. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2024.109983>. Epub 2024 Aug 24. PMID: 39182262.
6. Sundaram TG, Muhammed H, Gupta L, Lawrence A, Misra R, Aggarwal A. Catatonia in systemic lupus erythematosus: case based review. Rheumatol Int. 2022 Aug;42(8):1461-1476. <https://doi.org/10.1007/s00296-021-05006-y>. Epub 2021 Sep 27. PMID: 34580753.
7. Fink M, Taylor MA. Catatonia: a separate category for DSM-IV?. Integrative Psychiatry. 1991;(7):2-10.
8. Дунаевский В.В., Кузнецов А.В. Кататония – эволюция взглядов и современные представления (обзор литературы). Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2019. № 4-2). С. 29-40. Dunaevsky VV, Kuznetsov AV. Catatonia – evolution of views and modern concepts (literature review). V.M. Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psy-

- chology. 2019;4-2:29-40. <https://doi.org/10.31363/2313-7053-2019-4-2-29-40> (in Russian).
9. Harvey PD, Docherty NM, Serper MR, Rasmussen M. Cognitive deficits and thought disorder: II. An 8-month followup study. *Schizophr Bull.* 1990;16(1):147-56. <https://doi.org/10.1093/schbul/16.1.147>. PMID: 2333475.
 10. Осипов В.П. Кататония Kahlbaum'a: литературно-клиническое исследование. Казань: ТипоЛит. Имп. Ун-та, 1907. 540 с. Osipov VP. Kahlbaum's catatonia: literature and clinical study. Kazan: TypoLit. Imperial University, 1907:540 (in Russian).
 11. Kahlbaum KL. Die Katatonie oder das Spannungssirresein. Berlin: Verlag August Hirshwald, 1874:124.
 12. Тиганов А.С. Общая психопатология: курс лекций. М.: Медицинское информационное агентство, 2008. 654 с. Tiganov AS. General psychopathology: course of lectures. Moscow: Publishing House Medical Information Agency, 2008. 654 (in Russian)
 13. Fink M, Taylor MA. Catatonia in Psychiatric Classification: A Home of its Own. *American Journal of Psychiatry.* 2003; (7): 160.
 14. Rosebush PI, Hildebrand AM, Furlong BG, Mazurek MF. Catatonic syndrome in a general psychiatric inpatient population: frequency, clinical presentation, and response to lorazepam. *J Clin Psychiatry.* 1990 Sep;51(9):357-62. PMID: 2211547.
 15. Kirby G. Catatonic syndrome and its relations to manic-depressive illness. *J Nerv Ment Dis.* 1913;(40):694-704.
 16. Hervey WM, Stewart JT, Catalano G. Diagnosis and management of periodic catatonia. *J Psychiatry Neurosci.* 2013 May;38(3):E7-8. <https://doi.org/10.1503/jpn.120249>. PMID: 23601365; PMCID: PMC3633715.
 17. Крепелин Э. Введение в психиатрическую клинику пер. с нем. 3-е издание. М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2009. 493 с. Kraepelin E. Introduction to Psychiatric Clinic trans. from German. 3rd edition. Moscow: BINOM Publishing House. Laboratory of Knowledge, 2009:493 (in Russian)
 18. Блейлер Э. Руководство по психиатрии. М.: Независимая психиатрическая ассоциация, 1993. 576 с. Bleuler E. Handbook of Psychiatry. Moscow: Independent Psychiatric Association Publishing House, 1993:576 (in Russian).
 19. Francis A, Fink M, Appiani F et al. Catatonia in Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. *J ECT.* 2010 Dec;26(4):246-7. <https://doi.org/10.1097/YCT.0b013e3181fe28bd>. PMID: 21099376; PMCID: PMC3714302.
 20. Ясперс К. Общая психопатология / пер. с нем. М.: Практика, 1997. 1056 с. Jaspers K. General psychopathology / translation from German. Moscow: Praktika Publishing House, 1997:056 (in Russian).
 21. Семенов С.Ф. Шизофreniya (проблемы клиники и патофизиологии). Киев: Гос. мед. изд-во УССР, 1991. 232 с. Semenov SF. Schizophrenia (clinical and pathophysiological problems). Kiev: State Medical Publishing House of the Ukrainian SSR, 1991:232 (in Russian)
 22. Корсаков С.С. Вопросы клинической психиатрии. М.: Книжный дом LIBROKOM, 2014. 264 с. Korsakov SS. Issues of Clinical Psychiatry. Moscow: LIBROKOM Book House, 2014:264 (in Russian).
 23. Кербиков О.В. Острая шизофрения. М.: МЕДГИЗ, 1949. 179 с. Kerbikov OV. Acute schizophrenia. Moscow: State Publishing House of Medical Literature MEDGIZ, 1949:179 (in Russian)
 24. Смулевич А.Б., Клюшник Т.П., Борисова П.О., Лобанова В.М., Воронова Е.И. Кататония (актуальные проблемы психопатологии и клинической систематики). *Психиатрия.* 2022. Т. 20, № 1. С. 6-16. Smulevich AB, Klyushnik TP, Borisova PO, Lobanova VM, Voronova EI. Catatonia (current issues of psychopathology and clinical systematics). *Psychiatry.* 2022;20(1)6-16. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2022-20-1-6-16> (in Russian).
 25. Корнетова Е.Г., Семке А.В., Корнетов А.Н., Иванова С.А., Лобачева О.А., Семенюк К.А., Бойко А.С., Бокhan Н.А. Шизофрения: биopsихосоциальная модель и конституционально-биологический подход. Томск: Изд-во ООО «Интегральный Пере-плет»; 2018. 174 с. Kornetova EG, Semke AV, Kornetov AN, Ivanova SA, Lobacheva OA, Semenyuk KA, Boiko AS, Bokhan NA. Schizophrenia: biopsychosocial model and constitutional-biological approach. Tomsk: Publishing House Integrated Case-work Ltd, 2018:174 (in Russian).
 26. Moura BM, Madeira L, Bakker PR, van Harten P, Marcellis M. The association between alterations in motor and cognitive dimensions of schizophrenia spectrum disorders: A systematic review. *Schizophr Res.* 2024 May;267:398-414. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2024.04.014>. Epub 2024 Apr 18. PMID: 38640851.
 27. Gunther M, Luccarelli J, Beach S. Revisiting the lorazepam challenge: An algorithm for clinical-decision making. *Gen Hosp Psychiatry.* 2025 Jan 28;93:86-88. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2025.01.016>. Epub ahead of print. PMID: 39891951.
 28. Trzepacz PT, Franco JG, Chakrabarti S, Ghosh A, Sahoo S, Chakravarty R, Grover S. Refining research diagnostic criteria for catatonia among delirium, medical, affective, and psychosis patient groups. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* 2025 Winter;37(1):67-78. <https://doi.org/10.1176/appi.neuropsych.20230100>. Epub 2024 Oct 10. PMID: 39385575.
 29. Ungvari GS, Leung SK, Ng FS, Cheung HK, Leung T. Schizophrenia with prominent catatonic features ('catatonic schizophrenia'): I. Demographic and clinical correlates in the chronic phase. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* 2005 Jan;29(1):27-38. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2004.08.007>. PMID: 15610942.
 30. Smith JH, Smith VD, Philbrick KL, Kumar N. Catatonic disorder due to a general medical or psychiatric condition. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* 2012 Spring; 24 (2):198-207. <https://doi.org/10.1176/appi.neuropsych.11060120>. PMID: 22772668.
 31. Francis A. Catatonia: diagnosis, classification, and treatment. *Curr Psychiatry Rep.* 2010 Jun;12(3):180-5. <https://doi.org/10.1007/s11920-010-0113-y>. PMID: 20425278.
 32. Abrams R, Taylor MA. Catatonia. A prospective clinical study. *Arch Gen Psychiatry.* 1976 May;33(5):579-81. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1976.01770050043006>. PMID: 1267574.

33. Takacs R, Rihmer Z. Catatonia in Affective Disorders. *Current Psychiatry Reviews*. 2013;9(2):1-5. <https://doi.org/10.2174/1573400511309020003>
34. Fink MT, Taylor MA. Catatonia A clinician's guide to diagnosis and treatment. Cambridge, UK: Cambridge University Press, 2003:256.
35. Fornaro M. Catatonia: a narrative review. *Cent Nerv Syst Agents Med Chem*. 2011 Mar 1;11(1):73-9. <https://doi.org/10.2174/187152411794961031>. PMID: 21294706.
36. Fein S, McGrath MG. Problems in diagnosing bipolar disorder in catatonic patients. *J Clin Psychiatry*. 1990 May;51(5):203-5. PMID: 2335495.
37. Rosebush PI, Mazurek MF. Catatonia and its treatment. *Schizophr Bull*. 2010 Mar;36(2):239-42. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbp141>. Epub 2009 Dec 7. PMID: 19969591; PMCID: PMC2833127.
38. van der Heijden FM, Tuinier S, Arts NJ, Hoogendoorn ML, Kahn RS, Verhoeven WM. Catatonia: disappeared or under-diagnosed? *Psychopathology*. 2005 Jan-Feb;38(1):3-8. <https://doi.org/10.1159/000083964>. Epub 2005 Feb 15. PMID: 15714008.
39. Oulis P, Lykouras L. Prevalence and diagnostic correlates of DSM-IV catatonic features among psychiatric inpatients. *J Nerv Ment Dis*. 1996 Jun;184(6):378-9. <https://doi.org/10.1097/00005053-199606000-00010>. PMID: 8642390.
40. Luccarelli J, Smith JR, Kalinich M, Amad A, Rogers JP. The population-based incidence and prevalence of catatonia. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2025 Jan 10. <https://doi.org/10.1176/appi.neuropsych.20240072>. Epub ahead of print. PMID: 39789943.
41. Bush G, Fink M, Petrides G, Dowling F, Francis A. Catatonia. I. Rating scale and standardized examination. *Acta Psychiatr Scand*. 1996 Feb;93(2):129-36. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1996.tb09814.x>. PMID: 8686483.
42. Wong E, Ungvari GS, Leung SK, Tang WK. Rating catatonia in patients with chronic schizophrenia: Rasch analysis of the Bush-Francis Catatonia Rating Scale. *Int J Methods Psychiatr Res*. 2007;16(3):161-70. <https://doi.org/10.1002/mpr.224>. PMID: 17849434; PMCID: PMC6878392.
43. Hirjak D, Rogers JP, Wolf RC, Kubera KM, Fritze S, Wilson JE, Sambataro F, Fricchione G, Meyer-Lindenberg A, Ungvari GS, Northoff G. Catatonia. *Nat Rev Dis Primers*. 2024 Jul 18;10(1):49. <https://doi.org/10.1038/s41572-024-00534-w>. PMID: 39025858.
44. Wilmanns KV. Zur Differentialdiagnostik der "funktionalen" Psychosen. *Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie*. 1907;30:569-588.
45. Lange J. Katatonische Erscheinungen im Rahmen manischer Erkrankungen. Springer-Verlag Berlin Heidelberg GmbH, 1922:356.
46. Bonner C, Kent G. Overlapping symptoms in catatonic excitement and manic excitement. *Am. J. Psychiatry*. 1936;92(6):1311-1322. <https://doi.org/10.1176/ajp.92.6.1311>
47. Fink M, Shorter E, Taylor M. Catatonia is not Schizophrenia: Kraepelin's Error and the Need to Recognize Catatonia as an Independent Syndrome in Medical Nomenclature. *Schizophr. Bull.* 2009 March;36(2):314-320. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbp059>
48. Cuevas-Esteban J, Iglesias-González M, Rubio-Valera M, Serra-Mestres J, Serrano-Blanco A, Baladon L. Prevalence and characteristics of catatonia on admission to an acute geriatric psychiatry ward. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2017 Aug 1;78:27-33. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2017.05.013>. Epub 2017 May 19. PMID: 28533149.
49. Dutt A, Grover S, Chakrabarti S, Avasthi A, Kumar S. Phenomenology and treatment of Catatonia: A descriptive study from north India. *Indian J Psychiatry*. 2011 Jan;53(1):36-40. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.75559>. PMID: 21431006; PMCID: PMC3056185.
50. Bartolommei N, Lattanzi L, Callari A, Cosentino L, Luchini F, Mauri M. Catatonia: a critical review and therapeutic recommendations. *J Psychopathology*. 2012 Sep;18:234-246.
51. Ramdurg S, Kumar S, Kumar M, Singh V, Kumar D, Desai NG. Catatonia: Etiopathological diagnoses and treatment response in a tertiary care setting: A clinical study. *Ind Psychiatry J*. 2013 Jan;22(1):32-6. <https://doi.org/10.4103/0972-6748.123612>. PMID: 24459371; PMCID: PMC3895309.
52. Mahgoub Y, Pathare A, Hamlin D, Kindt H, Francis A. Mannerisms and stereotypes in catatonia: beyond simple motor movements. *Front Psychiatry*. 2024 Sep 12; 15:1435719. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1435719>. PMID: 39328347; PMCID: PMC11424461.
53. Benarous X, Raffin M, Ferrafiat V, Consoli A, Cohen D. Catatonia in children and adolescents: New perspectives. *Schizophr Res*. 2018 Oct;200:56-67. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2017.07.028>. Epub 2017 Jul 25. PMID: 28754582.
54. PommePUY N, Januel D. La catatonie: résurgence d'un concept. Une revue de la littérature internationale [Catatonia: resurgence of a concept. A review of the international literature]. *Encephale*. 2002 Nov-Dec;28(6 Pt 1):481-92. French. PMID: 12506260.
55. Krüger S, Bagby RM, Höffler J, Bräuning P. Factor analysis of the catatonia rating scale and catatonic symptom distribution across four diagnostic groups. *Compr Psychiatry*. 2003 Nov-Dec;44(6):472-82. [https://doi.org/10.1016/S0010-440X\(03\)00108-1](https://doi.org/10.1016/S0010-440X(03)00108-1). PMID: 14610726.
56. Chalasani P, Healy D, Morrise R. Presentation and frequency of catatonia in new admissions to two acute psychiatric admission units in India and Wales. *Psychol Med*. 2005 Nov;35(11):1667-75. <https://doi.org/10.1017/S0033291705005453>. PMID: 16219124.
57. Stuivenga M, Morrens M. Prevalence of the catatonic syndrome in an acute inpatient sample. *Front Psychiatry*. 2014 Dec 3;5:174. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.00174>. PMID: 25520674; PMCID: PMC4253531.
58. Grover S, Chakrabarti S, Ghormade D, Agarwal M, Sharma A, Avasthi A. Catatonia in inpatients with psychiatric disorders: A comparison of schizophrenia and mood disorders. *Psychiatry Res*. 2015 Oct 30;229(3):919-25. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.07.020>. Epub 2015 Jul 15. PMID: 26260564.

59. Sarkar S, Sakey S, Mathan K, Bharadwaj B, Kattimani S, Rajkumar RP. Assessing catatonia using four different instruments: Inter-rater reliability and prevalence in inpatient clinical population. *Asian J Psychiatr.* 2016 Oct;23:27-31. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2016.07.003>. Epub 2016 Jul 11. PMID: 27969074.
60. Peralta V, Cuesta MJ. Motor features in psychotic disorders. II. Development of diagnostic criteria for catatonia. *Schizophr Res.* 2001 Mar 1;47(2-3):117-26. [https://doi.org/10.1016/s0920-9964\(00\)00035-9](https://doi.org/10.1016/s0920-9964(00)00035-9). PMID: 11278128.
61. Bräunig P, Krüger S, Shugar G, Höffler J, Börner I. The catatonia rating scale I – development, reliability, and use. *Compr Psychiatry.* 2000 Mar-Apr;41(2):147-58. [https://doi.org/10.1016/s0010-440x\(00\)90148-2](https://doi.org/10.1016/s0010-440x(00)90148-2). PMID: 10741894.
62. Hirjak D, Meyer-Lindenberg A, Kubera KM, Thomann PA, Wolf RC. Motor dysfunction as research domain in the period preceding manifest schizophrenia: A systematic review. *Neurosci Biobehav Rev.* 2018 Apr;87:87-105. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2018.01.011>. Epub 2018 Feb 20. PMID: 29410313.
63. Hirjak D, Kubera KM, Thomann PA, Wolf RC. Motor dysfunction as an intermediate phenotype across schizophrenia and other psychotic disorders: Progress and perspectives. *Schizophr Res.* 2018 Oct;200:26-34. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2017.10.007>. Epub 2017 Nov 1. PMID: 29074330.
64. Гильбурд О.А. Шизофрения: семиотика, герменевтика, социобиология, антропология. М.: Изд-во Видар-М, 2007. 360 с. Gilburd OA. Schizophrenia: semiotics, hermeneutics, sociobiology, anthropology. Moscow: Vidar-M Publishing House, 2007:360 (in Russian).
65. Таннус А. Особенности диагностики шизофрении с учетом типологии мимики: автореф. дис. к.м.н. М., 1986. 24 с. Tannus A. Features of diagnostics of schizophrenia taking into account the typology of facial expressions: dissertation abstract Cand. Sc. (Medicine). Moscow, 1986:24 (in Russian).
66. Коробов А.А. Клинико-этологический метод диагностики психических заболеваний: автореф. дис. ... д.м.н. М., 1991. 47 с. Korobov AA. Clinical and ethological method of diagnostics of mental illnesses: dissertation abstract D. Sc. (Medicine). Moscow, 1991:47 (in Russian).
67. Борисова П.О. Нозологическая дилемма и клинический полиморфизм феномена кататонии. *Психиатрия.* 2020. Т. 18, № 2. С. 61-70. Borisova PO. Nosological dilemma and clinical polymorphism of the phenomenon of catatonia. *Psychiatry.* 2020;18(2):61-70. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2020-18-2-61-70> (in Russian).
68. Docx L, Morrens M, Bervoets C, Hulstijn W, Fransen E, De Hert M, Baeken C, Audenaert K, Sabbe B. Parsing the components of the psychomotor syndrome in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand.* 2012 Oct;126(4):256-65. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2012.01846.x>. Epub 2012 Feb 23. PMID: 22360494.
69. Dean DJ, Woodward N, Walther S, McHugo M, Armstrong K, Heckers S. Cognitive motor impairments and brain structure in schizophrenia spectrum disorder patients with a history of catatonia. *Schizophr Res.* 2020 Aug;222:335-341. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2020.05.012>. Epub 2020 May 15. PMID: 32423702; PMCID: PMC7665847.
70. Daniels J. Catatonia: clinical aspects and neurobiological correlates. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* 2009 Fall; 21(4):371-80. <https://doi.org/10.1176/jnp.2009.21.4.371>. PMID: 19996245.
71. Сербский В.П. Формы психического расстройства, описываемые под именем кататонии: дис. М.: Типолитография Высочайше утвержденного Товарищества И.Н. Кушнеревъ и Ко, 1890. 192 с. Serbsky VP. Forms of mental disorder described under the name of catatonia: dissertation. Moscow: Typography of the Supreme approved Partnership I.N. Kushnerev and Co., 1890:192 (in Russian)
72. Serrat F, Iglesias-Gonzalez M, Sanagustin D, Etxandi M, de Pablo J, Cuevas-Esteban J. Catatonia and Cognitive Impairments: A Systematic Review. *Front Psychiatry.* 2022 Jun 30;13:877566. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.877566>. PMID: 35845445; PMCID: PMC9279867.
73. Kontaxaki MI, Kattoulas E, Smyrnis N, Stefanis NC. Cognitive impairments and psychopathological parameters in patients of the schizophrenic spectrum. *Psychiatriki.* 2014 Jan-Mar;25(1):27-38. PMID: 24739500.
74. Garcia-Agudo LF, Janova H, Sendler LE et al. Genetically induced brain inflammation by Cnp deletion transiently benefits from microglia depletion. *FASEB J.* 2019 Jul;33(7):8634-8647. <https://doi.org/10.1096/fj.201900337R>. Epub 2019 May 15. PMID: 31090455.
75. Janova H, Arinrad S, Balmuth E et al. Microglia ablation alleviates myelin-associated catatonic signs in mice. *J Clin Invest.* 2018 Feb 1;128(2):734-745. <https://doi.org/10.1172/JCI97032>. Epub 2017 Dec 18. PMID: 29252214; PMCID: PMC5785265.
76. Poggi G, Boretius S, Möbius W et al. Cortical network dysfunction caused by a subtle defect of myelination. *Glia.* 2016 Nov;64(11):2025-40. <https://doi.org/10.1002/glia.23039>. Epub 2016 Jul 29. PMID: 27470661; PMCID: PMC5129527.
77. Pease-Raissi SE, Chan JR. Micro(glial)-managing executive function: white matter inflammation drives catatonia. *J Clin Invest.* 2018 Feb 1;128(2):564-566. <https://doi.org/10.1172/JCI98761>. Epub 2017 Dec 18. PMID: 29252213; PMCID: PMC5785255.
78. Smirnova LP, Yarnykh VL, Parshukova DA, Kornetova EG, Semke AV, Ussova AV, Pishchelko AO, Khodanovich MY, Ivanova SA. Global hypomyelination of the brain white and gray matter in schizophrenia: quantitative imaging using macromolecular proton fraction. *Transl Psychiatry.* 2021 Jun 30;11(1):365. <https://doi.org/10.1038/s41398-021-01475-8>. PMID: 34226491; PMCID: PMC8257619.
79. Walther S, Stegmayer K, Wilson JE, Heckers S. Structure and neural mechanisms of catatonia. *Lancet Psychiatry.* 2019 Jul;6(7):610-619. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30474-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30474-7). Epub 2019 Jun 10. PMID: 31196794; PMCID: PMC6790975.
80. Rogers JP, Pollak TA, Blackman G, David AS. Catatonia and the immune system: a review. *Lancet Psychiatry.*

- chiatry. 2019 Jul;6(7):620-630. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30190-7. Epub 2019 Jun 10. PMID: 31196793; PMCID: PMC7185541.
81. Adorjan K, Falkai P, Pogarell O. Katatonie in der klinischen Realität: unterdiagnostiziert und vergessen. MMW-Fortschritte der Medizin 2019;161:7-11. https://doi.org/10.1007/s15006-019-1173-5.
82. Baker IW, Jackson M, Bass C. Catatonia causing permanent cognitive impairment: a case study. Cogn Behav Neurol. 2005 Sep;18(3):141-3. https://doi.org/10.1097/01.wnn.0000178230.46691.c7. PMID: 16175016.
83. Корнетов А.Н., Корнетова Е.Г., Голенкова А.В., Козлова С.М., Аржаник М.Б., Самойленко Ж.А., Бойко А.С., Семке А.В. Нейрокогнитивный дефицит в клиническом полиморфизме шизофрении: типология, выраженность и синдромальные перекрытия. Бюллетень сибирской медицины. 2019. Т.18, № 2. С. 107-118. Kornetov AN, Kornetova EG, Golenkova AV, Kozlova SM, Arzhanik MB, Samoylenko ZhA, Boiko AS, Semke AV. Neurocognitive deficits in clinical polymorphism of schizophrenia: typology, expression and syndromal overlaps. Bulletin of Siberian Medicine. 2019;18(2):107-118. https://doi.org/10.20538/1682-0363-2019-2-107-118 (in Russian).
84. Kornetov A, Kornetova E. Options of neurocognitive deficits among patients with schizophrenia, who have anti-relapse antipsychotic therapy. Eur Psychiatry. 2020; 63(1):S246. https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2020.5
85. Gupta CN, Calhoun VD, Rachakonda S et al. Patterns of gray matter abnormalities in schizophrenia based on an international mega-analysis. Schizophr Bull. 2015 Sep;41(5):1133-42. https://doi.org/10.1093/schbul/sbu177. Epub 2014 Dec 28. PMID: 25548384; PMCID: PMC4535628.
86. De Tiége X, Bier JC, Massat I, Laureys S, Lotstra F, Berré J, Mendlewicz J, Goldman S. Regional cerebral glucose metabolism in akinetic catatonia and after remission. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2003 Jul;74(7):1003-4. https://doi.org/10.1136/jnnp.74.7.1003. Erratum in: J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2003 Aug;74(8):1165. PMID: 12810808; PMCID: PMC1738544.
87. Northoff G, Steinke R, Nagel DC, Zerwenka C, Grosser O, Danos P, Genz A, Krause R, Böker H, Otto HJ, Bogerts B. Right lower prefronto-parietal cortical dysfunction in akinetic catatonia: a combined study of neuropsychology and regional cerebral blood flow. Psychol Med. 2000 May;30(3):583-96. https://doi.org/10.1017/s0033291799002007. PMID: 10883714.
88. Northoff G, Kötter R, Baumgart F, Danos P, Boeker H, Kaulisch T, Schlagenhauf F, Walter H, Heinzel A, Witzel T, Bogerts B. Orbitofrontal cortical dysfunction in akinetic catatonia: a functional magnetic resonance imaging study during negative emotional stimulation. Schizophr Bull. 2004;30(2):405-27. https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a007088. PMID: 15279056.
89. Jiang S, Brownell KC, Kamper JE, Stewart JT. Clonazepam for catatonia incompletely responsive to lorazepam. J Acad Consult Liaison Psychiatry. 2021 Jan-Feb; 62(1):97-101. https://doi.org/10.1016/j.psym.2020.09.009. Epub 2020 Sep 28. PMID: 33268101.
90. Bark R, Dieckmann S, Bogerts B, Northoff G. Deficit in decision making in catatonic schizophrenia: an exploratory study. Psychiatry Res. 2005 Apr 15;134(2):131-41. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2004.04.013. PMID: 15840414.
91. Medina M, Cooper JJ. Utility of the clock drawing test in the assessment of catatonia. J Neuropsychiatry Clin Neurosci. 2019 Winter;31(1):89-91. https://doi.org/10.1176/appi.neuropsych.18090210. Epub 2018 Nov 8. PMID: 30404532.

Поступила в редакцию 01.10.2024
Утверждена к печати 03.03.2025

Игнатьева Светлана Ильинична, аспирант, ассистент кафедры психиатрии и медицинской психологии ФГБОУ ВО «Иркутский государственный медицинский университет» Минздрава России. ORCID iD 0009-0003-2526-204X. SPIN-код РИНЦ 9622-0402. Author ID РИНЦ 957475. ignateva.si96@gmail.com

Собенникова Вероника Васильевна, к.м.н., доцент кафедры психиатрии и медицинской психологии ФГБОУ ВО «Иркутский государственный медицинский университет» Минздрава России. ORCID iD 0000-0002-6581-8757. SPIN-код РИНЦ 1399-4585. Author ID РИНЦ 567891.

 Собенникова Вероника Васильевна, nikkasob@list.ru

UDC 616.895.84:616.895.4:616.89-008.431(048.8)

For citation: Ignatieva S.I., Sobennikova V.V. Catatonia and neurocognitive deficit in the clinical picture of schizophrenic and affective spectrum disorders (literature review). Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry. 2025; 1 (126): 64-74. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2025-1\(126\)-64-74](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2025-1(126)-64-74)

Catatonia and neurocognitive deficit in the clinical picture of schizophrenic and affective spectrum disorders (literature review)

Ignatieva S.I., Sobennikova V.V.

*Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Irkutsk State Medical University" of the Ministry of Health of the Russian Federation
Krasnoye Vosstaniye Street 1, 664003, Irkutsk, Russian Federation*

ABSTRACT

Background. In the clinical picture of schizophrenic and affective spectrum disorders, catatonia is considered as a prognostically unfavorable sign, since it is associated with symptoms of neurocognitive deficit. Clarification of the spectrum of catatonic symptoms in the clinical picture of endogenous disorders in connection with the severity of neurocognitive impairments seems relevant, since it involves improving diagnosis, prognosis of the clinical course and outcomes, as well as optimization of therapeutic programs. The objective of the review is to systematize the literature data on the prevalence, clinical picture and dynamics of endogenous mental disorders (schizophrenic and affective spectrum) with the presence of catatonic syndrome in the clinical picture in the context of the connection with the indicators of neurocognitive functioning of patients. **Materials and Methods.** An analysis of modern Russian and foreign scientific publications devoted to catatonic syndrome in endogenous disorders of the schizophrenic spectrum, including in connection with neurocognitive impairments, was performed. Scientometric databases (PubMed, eLibrary, Google Scholar) were used. **Results.** According to modern data from psychiatric literature, significant differences in clinical manifestations of catatonia in different diseases have been established. For example, in patients with schizophrenia, catalepsy, automatic subordination, negativism, mannerisms, grimacing, fanciful movements and stereotypes prevail in the clinical picture of catatonia. At the same time, stupor, mutism and rigidity are highly frequent in patients with depression, and catatonic agitation is most typical for patients with manic syndrome. The severity of catatonic disorders in the clinical picture in various diseases is closely related to the severity of cognitive impairment. Some researchers correlate neurocognitive deficit with nosological specificity (in schizophrenia spectrum disorders, affective disorders) and differentiate cognitive impairment into clusters. In the structure of schizophrenia, the presence of catatonic symptoms clearly determines the worst indicators of cognitive functioning. Even specific disorders in decision-making and change of attitudes are revealed in patients with schizophrenia accompanied by catatonia, in contrast to patients with schizophrenia without catatonic symptoms. **Conclusion.** The data discussed in the review confirm the relevance of studying catatonia in the clinical picture of schizophrenic and affective spectrum disorders, especially in terms of its connection with cognitive impairment. The results of such a study suggest improving diagnosis, optimizing prognosis, and developing differentiated approaches to complex therapy and rehabilitation.

Keywords: catatonia, neurocognitive deficit, paroxysmal schizophrenia, schizoaffective disorder.

Received October 01, 2024

Accepted March 03, 2024

Ignatieva Svetlana I., postgraduate student, assistant of the Department of Psychiatry and Medical Psychology, Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Irkutsk State Medical University" of the Ministry of Health of the Russian Federation, Irkutsk, Russian Federation. ORCID iD 0009-0003-2526-204X. SPIN-code RSCI 9622-0402. Author ID RSCI 957475. ignateva.si96@gmail.com.

Sobennikova Veronika V., Cand. Sc. (Medicine), associate professor of the Department of Psychiatry and Medical Psychology, Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Irkutsk State Medical University" of the Ministry of Health of the Russian Federation, Irkutsk, Russian Federation. ORCID iD 0000-0002-6581-8757. SPIN-code RSCI 1399-4585. Author ID RSCI 567891.

✉ Sobennikova Veronika V., nikasob@list.ru