

СУЧАСНІ ПІДХОДИ до діагностування та лікування пацієнтів із кататонією

Кататонія — це психопатологічний синдром, для якого характерні значні порушення моторної функції, змінені стани свідомості та аномальна поведінка, що можуть супроводжувати різні психічні розлади й деякі соматичні стани. В одинадцятій редакції Міжнародної класифікації хвороб було переглянуто критерії діагностування кататонії та клінічні аспекти нового її визначення. До вашої уваги представлено огляд публікації J.P. Rogers et al. «Catatonia in ICD-11» видання *BMC Psychiatry* (2025 Apr 18; 25 [1]: 405), присвяченої аналізу згаданих змін, а також обговоренню проблем лікування кататонії.

Кататонія — один із психічних розладів, визначення якого в Міжнародній статистичній класифікації хвороб та пов'язаних із ними проблем зі здоров'ям, версія 11 (МКХ-11), зазнало одних із найбільших змін порівняно з попередніми версіями класифікації (Seemüller, 2023). Згідно з МКХ-11 кататонія є незалежною діагностичною категорією із чотирма можливими діагнозами: 1) інший психічний розлад; 2) вживання психоактивних речовин або медпрепаратів; 3) синдром вторинної кататонії; 4) неуточнена кататонія (WHO, 2018).

Історія дослідження кататонії

Нейропсихічні стани, що відповідають сучасним визначенням кататонії, було описано ще в першому столітті нашої ери в Індії, а також у греко-римській медичній літературі (Berrios, 1981; Jeste et al., 1985). Грецький лікар, який жив у Римі в II ст. Soranus of Ephesus, імовірно, згадував про коморбідну кататонію та делірій, коли писав: «Тихий або гучний сміх, спів або стан смутку, мовчання, бурмотіння, плач або ледь чутне бурмотіння собі під ніс; або такий стан гніву, що пацієнт схоплюється в люті й ледве стримується, гнівається на всіх, кричить, б'є себе... або намагається сховатися від страху, або плаче, або не відповідає тим, хто з ним говорить, розмовляючи при цьому не лише з тими, кого немає поруч, а й з мертвими» (Lipowski, 1983). Англійський лікар P. Baggallagh охарактеризував її так: «раптове заціпеніння розуму й тіла, втрата як почуттів, так і рухів, при цьому хворий залишається в тій самій позі, де б він не сидів, лежав, стояв, незалежно від того, чи його очі розплющені, чи заплющені» (Van Duijn and Sienaert, 2020).

Інтерес до рухових розладів із неврологічної та психіатричної точки зору посилювався у XIX ст., і такі терміни, як «melancholia attonita», «каталепсія», «стереотипія», «манірність», «негативізм» і «ступор», стали використовувати (принаймні частково) для сучасної концепції

кататонії (Hirjak et al., 2022). Представники різних шкіл вважали рухові розлади або вторинними щодо аномального психічного стану, або мимовільними наслідками аномальної активності мозку, але саме німецький невролог і психіатр W. Griesinger вважав окремі рухові розлади однією із цих категорій (Berrios and Markova, 2018).

Наприкінці XIX ст. німецький психіатр K.L. Kahlbaum першим систематизував кататонію, давши їй сучасну назву (Kahlbaum, 1874). У своїй монографії «Кататонія, або відчуття напруженості» він описав низку історій хвороб 26 пацієнтів із цим синдромом, що розвинувся за різних психічних, неврологічних, соматичних та інфекційних причин. Як визнав K.L. Kahlbaum, для кататонії часто характерне чергування станів ступору та збудження, але особливий інтерес науковця викликав пролонгований перебіг психічних розладів, що спонукало його постулювати модель прогресування кататонії із чотирма стадіями: меланхолією, маніакальним сказом, ступорозною меланхолією та (іноді) термінальною деменцією (Kendler, 2019; Foucher et al., 2022). Його мета — встановити таку саму нейропатологічну кореляцію для кататонії, як для «генералізованого парезу божевільних» (Hirjak et al., 2022).

Німецький психіатр Е. Краєрелін, відомий як основоположник сучасної нозологічної концепції в психіатрії та класифікації психічних захворювань, вважав кататонію поширеною когнітивною дисфункцією, додавши її до своєї концепції ранньої деменції. Хоча, на відміну від K.L. Kahlbaum, який трактував моторні порушення як первинні ознаки психічних розладів, Е. Краєрелін розглядав їх виключно в психологічному аспекті (Foucher et al., 2022). Пізніше німецький психіатр і невролог С. Верніке, більш відомий завдяки своїм описам енцефалопатії та афазії, названих на його честь, поглибив концепцію K.L. Kahlbaum через ширшу інтерпретацію ролі моторних ознак у розумінні природи психічних розладів, та запровадив термін «рухові психози» (Berrios and Marková, 2018).

Визначення кататонії згідно з МКХ-10

Термін «кататонія» не використовували в жодних формальних діагностичних системах до МКХ-6 (1948). А до МКХ-9 (1975) однаково визначали в усіх версіях МКХ з одним діагностичним кодом, що представляв кататонічну форму шизофренії. Істотною зміною в МКХ-10 (1990) було додавання діагностичної одиниці під назвою «Органічний кататонічний розлад» (WHO, 2019).

Через рік після публікації МКХ-9 автори двох важливих статей, опублікованих у США, поставили під сумнів уявлення про те, що кататонія виникає виключно за шизофренії. У першій йшлося про результати проспективного дослідження за участю 55 стаціонарних пацієнтів із щонайменше однією ознакою кататонії, де зрештою у 39 (71 %) із них було діагностовано афективний розлад, у 9 (16 %) — органічний мозковий синдром (делірій), у трьох (5 %) — реактивний психоз і лише у чотирьох (7 %) — шизофренію (Abrams and Taylor, 1976).

А у другій статті було представлено результати оглядового дослідження, у якому автори вивчали різні психічні (афективні та невротичні), неврологічні та загальні клінічні стани, що можуть мати ознаки кататонії. Підсумовуючи, дослідники дійшли висновку, що клініцисти мають розрізняти серйозні «органічні» захворювання, які можуть лежати в основі кататонії (Gelenberg, 1976).

У МКХ-10 «Органічний кататонічний розлад» було додано до розділу «Органічні, зокрема симптоматичні, психічні розлади», щоб врахувати кататонію, що виникає за неврологічних і соматичних захворювань. Тобто дані про кататонію увійшли до нейромедичних станів, але не до афективних розладів.

Критерії кататонічної шизофренії відрізняються від органічного кататонічного розладу та є більш обмежувальними. За органічного кататонічного розладу (згідно з МКХ-10) у пацієнта може бути наявна одна з таких ознак, як: ступор, збудження або швидко й непередбачуване перемикавання між гіпо- та гіперактивністю. Серед інших симптомів кататонії, що можуть підтвердити правильність діагнозу: стереотипії, воскова гнучкість та імпульсивні дії. Для порівняння, діагностування кататонічної шизофренії потребувало наявності принаймні однієї з таких ознак: ступор, збудження, кататонічне застигання, негативізм, ригідність, воскова гнучкість, автоматична підкорюваність або персеверація.

У МКХ-10 є вимога щодо наявності лише однієї клінічної ознаки кататонії для її діагностування, пов'язаної із шизофренією. Втім, це занадто загальне визначення, оскільки жодна клінічна ознака не є патогномонічною для кататонії (Sienaert et al., 2011; Wilson et al., 2017).

Наприклад, збудження може виникати за манії, інтоксикації стимуляторами, синдрому відміни седативних або снодійних препаратів і гострого психозу. Попри подібні критичні міркування, автори зазначають, що залишається незрозумілим, який мінімальний набір клінічних ознак необхідний для діагностування кататонії.

Також згідно з МКХ-10 проблематичним є визначення тривалості кататонії. Хоча мінімальну тривалість органічного кататонічного розладу не визначено, встановлення діагнозу «кататонічна шизофренія» вимагає, щоб стан пацієнта спочатку відповідав критеріям шизофренії

(наявність симптомів протягом принаймні місяця). Оскільки кататонія пов'язана з різними соматичними ускладненнями (як-от венозна тромбоемболія, сепсис і серцева аритмія), а її раннє лікування корелює з кращими результатами, неприпустимо було б відкладати встановлення клінічного діагнозу на строк до місяця (Funayama et al., 2018; Raveendranathan et al., 2012; Shukla et al., 2012; Swain et al., 2017).

За даними досліджень, пацієнти з ідіопатичною кататонією відповідають на лікування бензодіазепінами та електросудомну терапію (ЕСТ), подібно до осіб з іншими формами кататонії (Manjunatha et al., 2007; Benegal et al., 2010; Krishna et al., 2011).

Фенотип кататонії згідно з МКХ-11

Зміни щодо діагностування кататонії, внесені до МКХ-11 (2019), були зумовлені метою перегляду МКХ-10 відповідно до отриманих на той час даних досліджень (не лише про кататонію), а також спробою очікуваного вилучення підтипів шизофренії. Напередодні розроблення МКХ-11 зросло усвідомлення того, що підтипи шизофренії є латентно нестабільними і штучно дихотомізують клінічні ознаки, що перекриваються (Valle, 2020). Просте вилучення кататонічної шизофренії залишило б у МКХ-11 визначення кататонії як органічного кататонічного розладу.

Тоді як у МКХ-11 було об'єднано види кататонії в одну діагностичну категорію (WHO, 2018). Зокрема, йшлося про 15 клінічних симптомів кататонії, незалежних від коморбідного стану, що дуже нагадують 12 ознак, доданих до DSM-5-TR (табл. 1).

Ці клінічні ознаки мають бути наявними в пацієнта протягом щонайменше кількох годин і призводити до значного порушення функціонування або бути достатньо серйозними, щоб спричинити соматичні ускладнення.

П'ятнадцять фенотипових критеріїв кататонії було поділено на три моторні категорії — знижена, підвищена або аномальна психомоторна активність — що відображають результати досліджень, у яких визначили гіпо-, гіпер- і паракінетичний типи відповідно (Wilson et al., 2015; Rogers et al., 2023).

Нерівномірний розподіл критеріїв за цими трьома моторними категоріями є доволі неясним: дев'ять критеріїв належать до аномальної психомоторної активності, п'ять — до зниженої та один — до підвищеної.

Одним із наслідків такого розподілу діагностичних критеріїв у МКХ-11, як і в DSM-5-TR, є те, що може бути встановлено суто гіпокінетичний і паракінетичний типи кататонії, натомість гіперкінетична кататонія передбачає наявність додаткових ознак, які належать до двох інших психомоторних типів. У МКХ-11 визначено чотири діагнози кататонії, кожен із трьох уточнених висновків якої має додаткові критерії (табл. 3).

Діагноз «неуточнена кататонія» встановлюють, якщо стан пацієнта не відповідає критеріям жодного з трьох уточнених висновків. Уперше в МКХ-11 було запропоновано комплекс діагностичних критеріїв кататонії, згідно з якими делірій не виключає кататонію за замовчуванням. Натомість необхідно лише, щоб клінічні ознаки кататонії не були «повністю пояснені» делірієм або

Таблиця 1. Ознаки кататонії згідно з МКХ-11 і DSM-5-TR

Клінічна ознака	Опис*	МКХ-11	DSM-5-TR
Зниження психомоторної активності			
Фіксація погляду	Фіксований погляд, зменшена частота моргання	X	
Амбівізія	Пацієнт виглядає «закляклим» у нерішучості	X	
Негативізм	Протидія або поведінка всупереч проханням	X	X
Ступор	Не спостерігається або помітно знижена психомоторна активність	X	X
Мутизм	Не спостерігається або є дуже слабкою вербальна реакція (за винятком інших станів, що чинять вплив на мовлення)	X	X
Підвищена психомоторна активність			
Екстремальна гіперактивність	Може передбачати збудження або надмірні емоції	X	X
Імпульсивність	Раптова, нічим не спровокована, неналежна поведінка		
Войовничість	Нецілеспрямовані напади на інших		
Аномальна психомоторна активність			
Гримасування	Дивні або спотворені вирази обличчя	X	X
Манірність	Дивні, але цілеспрямовані рухи	X	X
Кататонічне застигання	Спонтанне утримання пози всупереч силі тяжіння	X	X
Стереотипія	Повторювана нецілеспрямована рухова активність	X	X
Ригідність	Опір із підвищеним м'язовим тонусом	X	
Ехолоалія	Імітація мови дослідника	X	X
Ехопраксія	Імітація рухів дослідника		X
Вербігерация	Повторення слів, фраз або речень	X	
Воскова гнучкість**	Незначний рівномірний опір позиціонуванню	X	X
Каталепсія	Пасивна підтримка пози всупереч силі тяжіння	X	X

Примітки: МКХ — Міжнародна статистична класифікація хвороб і пов'язаних із ними проблем зі здоров'ям; DSM — Діагностичний та статистичний посібник із психічних розладів; * скорочено; ** шкала оцінювання кататонії Буша-Френсіса трактує воскову гнучкість як початковий опір до того, як пацієнт дозволяє себе репозиціювати.

Адаптовано згідно з J.P. Rogers et al. Catatonia in ICD-11. *BMC Psychiatry*. 2025 Apr 18. Vol. 25, № 1. P. 405.

впливом соматичного стану, застосуванням лікарських засобів чи психоактивних речовин. Усе частіше в літературі згадується про делірії із кататонічними ознаками (Francis et al., 2009; Oldham et al., 2015).

Це свідчить про важливу роль клінічних аспектів. Наприклад, застосування бензодіазепінів як стандарту лікування пацієнтів із кататонією може погіршити симптоми делірії, тоді як антипсихотики, які зазвичай використовують для лікування пацієнтів із нейропсихічними розладами, за соматогенного марення можуть спровокувати кататонію (Meyen et al., 2020; Mormando and Francis, 2020).

В осіб із делірієм наявність кататонії може бути пов'язана з вірусним та автоімунним енцефалітом, що передбачає застосування специфічної противірусної або імуномодулювальної терапії (Ramirez-Bermudez et al., 2022).

Кожна із чотирьох діагностичних категорій кататонії має бути уточнена щодо вегетативних порушень, як-от підвищена або знижена температура тіла, артеріальний тиск і частота серцевих скорочень. Як і іншими виключними коментарями, порушення життєво важливих показників не можуть бути «повністю пояснені» розвитком супутнього захворювання. Розпізнавати вегетативні порушення в поєднанні з кататонією дуже важливо, оскільки поєднання її та вегетативних порушень — патологічний стан, який називається зловиясною кататонією, — є потенційно смертельним, особливо без термінового втручання (Connell et al., 2022).

Також важливо зазначити, що і кататонія, пов'язана з первинними психічними розладами, і вторинна кататонія можуть мати ознаки зловиясної кататонії. Зокрема, у МКХ-11 ретельно розглянуто часові аспекти цього стану. Як відомо, кататонія може бути гострою або хронічною, її перебіг — мінливим, а симптоми змінюватися від ступору до стану збудження (Shorter and Fink, 2018; Eyre et al., 2020; Dawkins et al., 2022).

Пацієнти з кататонією короткої тривалості краще відповідають на лікування бензодіазепінами (Raveendranathan et al., 2012; Shukla et al., 2012; Swain et al., 2017). Зокрема, у межах рандомізованого контрольованого дослідження було підтверджено неефективність застосування лоразепаму для лікування пацієнтів із хронічною кататонією (Ungvari et al., 1999).

Отже, тривалість кататонії може мати суттєве значення. Втім, через неоднородність таких станів у МКХ-11 не вказано мінімальної тривалості кататонії, а лише йдеться про те, що «такі симптоми зазвичай тривають щонайменше кілька годин, але можуть зберігатися набагато довше». Тож для деяких тяжких клінічних ознак 15 хвилин може бути достатньо для кваліфікації.

Згідно з МКХ-11 кататонія «може виникати впродовж усього життя», що підтверджує дані того, що цей психопатологічний стан може розвинути в дітей і підлітків, зокрема було зафіксовано такі випадки складного поведінкового синдрому в пацієнтів віком п'ять років (Rogers et al., 2023).

До того ж кататонія є важливим диференціальним діагнозом в осіб похилого віку, а недостатнє її розпізнавання в минулому призводило до хибного визначення таких станів, як інсульт, деменція або кома (Alisky, 2007; Meyen et al., 2018; Ratnakaran et al., 2020).

Таблиця 2. Критерії для специфічних діагнозів кататонії згідно з МКХ-11

Код	Категорія	Діагноз	Додаткові діагностичні критерії
6A40	Кататонія	Кататонія, пов'язана з іншим психічним розладом	- Кататонія розвивається на тлі іншого психічного розладу - Клінічні ознаки не повністю пояснюються делірієм, впливом ліків чи речовин або первинним руховим розладом - Симптоми є достатньо тяжкими, щоб бути в центрі уваги клініцистів
6A41	Кататонія	Кататонія, зумовлена вживанням психоактивних речовин або медичних препаратів	- Кататонія розвивається під час або невдовзі після інтоксикації психоактивною речовиною чи медичним препаратом або після скасування таких речовин - Інтенсивність / тривалість кататонічних ознак значно перевищує інші симптоми, характерні для застосування зазначеної речовини - Відомо, що використання цієї речовини спричинює кататонію - Клінічні ознаки не повністю пояснюються делірієм, іншим психічним розладом або соматичним станом - Клінічні ознаки є достатньо серйозними, щоб бути в центрі уваги клініцистів
6E69	Вторинні психічні або поведінкові синдроми, пов'язані з розладами або захворюваннями, класифікованими в інших рубриках	Синдром вторинної кататонії	- Клінічні ознаки вважаються прямим патофізіологічним наслідком соматичного захворювання - Відомо, що цей медичний стан призводить до кататонії - Перебіг кататонії відповідає причинно-наслідковому зв'язку із захворюванням - Клінічні ознаки не повністю пояснюються делірієм, іншим психічним розладом, впливом ліків чи речовин, або первинним руховим розладом - Клінічні ознаки є достатньо серйозними, щоб бути в центрі уваги клініцистів
6A4Z	Кататонія	Неуточнена кататонія	Залишкова категорія

Примітка. МКХ — Міжнародна статистична класифікація хвороб та пов'язаних із ними проблем зі здоров'ям.

Адаптовано згідно з J.P. Rogers et al. Catatonia in ICD-11. *BMC Psychiatry*. 2025 Apr 18. Vol. 25, № 1. P. 405.

Відмінності від інших розладів і станів, визначених у МКХ-11

Порівняно з попередніми версіями, у МКХ-11 надано більше рекомендацій щодо діагностування клінічних станів, які необхідно відрізнити від кататонії. Наприклад, діагностичні критерії останньої було доповнено міркуваннями щодо відмінностей від кількох інших розладів, які вважаються диференціальними діагнозами, симптоми яких можуть бути подібними до кататонії (табл. 3).

Власне, епізоди депресії, манії та змішані можуть розвинутиися як за первинних розладів настрою, так і за шизоафективного розладу. Крім того, таке явище, як психомоторна загальмованість, також іноді може виникати на тлі манії (так звана загальмована манія) (Perugi et al., 1997).

Згаданий розділ МКХ-11 може мати додаткову користь для встановлення диференціального діагнозу, проте є обмежені рекомендації щодо диференціації кататонії від неврологічних станів, як-от рухові розлади, порушення мовлення та функціональні неврологічні розлади (Oldham, 2018; Rogers et al., 2023). Особливі труднощі щодо діагностування кататонії можуть виникнути за таких станів, як синдром скутої людини, прогресуючий енцефаломієліт із ригідністю та міоклонусом і хвороба Паркінсона, яким також притаманні рухова ригідність і помітні зміни психічного стану (Rogers et al., 2023).

Агравация (перебільшення хворим тяжкості порушення стану здоров'я) та симулятивний розлад, які об'єднані в МКХ-11, мають дещо окрему історію та теоретичне підґрунтя, навіть якщо їх доволі складно розрізнити в клінічній практиці (Bass and Halligan, 2014).

Кататонія має складний і недостатньо визначений зв'язок із функціональними неврологічними порушеннями, раніше відомим як конверсійний розлад — рідкісний психічний стан, за якого підсвідомий емоційний конфлікт виражається зміною або втратою фізичного функціонування (Sallin et al., 2016; Singh et al., 2022).

На особливу увагу заслуговує диференціація кататонії зі злоякісним нейролептичним синдромом, оскільки кататонія є чинником ризику розвитку цього стану. У дослідженні типу «випадок-контроль» за участю 12 пацієнтів зі злоякісним нейролептичним синдромом і 24 осіб групи контролю, які отримували антипсихотики та були зіставними за віком, статтю, діагнозом і датою госпіталізації, у чотирьох учасників першої групи встановлено кататонію (тоді як у контрольній групі не виявлено жодного такого випадку) (Berardi et al., 1998).

У когортному дослідженні за участю 1719 пацієнтів із шизофренією відношення шансів розвитку злоякісного нейролептичного синдрому в осіб із кататонічним ступором становило 87,0 (95 % довірчий інтервал [ДІ] 25,3–462,8) порівняно з тими, хто не мав ознак кататонічного ступору (Funayama et al., 2018).

Веgetативна нестабільність відрізняє цей синдром від незлоякісної кататонії, проте диференціювати злоякісну кататонію від нього доволі складно (Rasmussen et al., 2016). Наприклад, у дослідженні за участю 16 пацієнтів, які відповідали діагностичним критеріям DSM-IV для злоякісного нейролептичного синдрому, 15 із них також підпадали під критерії DSM-IV для органічної кататонії, причому тяжкість синдрому корелювала з кількістю кататонічних ознак (Koch et al., 2000).

За даними 490 клінічних випадків, що, хоча клінічні ознаки не є повністю специфічними для діагнозів злоякісного нейролептичного синдрому або кататонії, існувало 11 змінних, які мали певну дискримінаційну силу: пітливість і лихоманка були частішими за першого, тоді як кататонічне застигання та стереотипія характерні для другого (Lang et al., 2015).

Подібна взаємодія γ-амінокислотноергічної, дофамінергічної, серотонінергічної та глутаматергічної систем притаманна обом станам, хоча рівень доказів щодо залученості певних нейромедіаторних систем у перебігу

Таблиця 3. Розлади та стани, відокремлені від кататонії

Діагноз	Інші уточнені розлади та стани
Кататонія, пов'язана з іншим психічним розладом	- Психомоторна загальмованість за епізодів депресії або змішаних - Психомоторне збудження за епізодів депресії, манії або змішаних - Злоякісний нейролептичний синдром - Серотоніновий синдром - Агравация або симулятивний розлад
Кататонія, зумовлена вживанням психоактивних речовин або медичних препаратів	- Інші типи кататонії - Делірій, спричинений хворобою з іншою класифікацією - Злоякісний нейролептичний синдром - Серотоніновий синдром - Симуляція або штучне самовираження - Агравация або симулятивний розлад
Синдром вторинної кататонії	- Делірій, спричинений хворобою з іншою класифікацією - Злоякісний нейролептичний синдром - Серотоніновий синдром - Агравация або симулятивний розлад

Адаптовано згідно з J.P. Rogers et al. Catatonia in ICD-11. *BMC Psychiatry*. 2025 Apr 18. Vol. 25, № 1. P. 405.

кататонії був сумнівним (Carroll, 2000; Northoff, 1996). Крім того, можлива проміжна позиція, яка ґрунтується на виразності симптомів кататонії, індукованої застосуванням антипсихотиків, та злоякісного нейролептичного синдрому. Дані дослідження за участю 18 пацієнтів із кататонією, зумовленою використанням антипсихотичних препаратів, засвідчили континуум ознак від простої кататонії без делірію / вегетативного ураження аж до повної клінічної картини злоякісного нейролептичного синдрому (Lee, 2010).

Порівняння з DSM-5-TR

Загалом зміни в МКХ-11 відповідають нещодавнім модифікаціям у DSM-5-TR. Так, на додаток до давно описаного кататонічного підтипу шизофренії, у DSM-IV було введено визначення кататонії, спричиненої загальним соматичним станом, та специфікатор кататонії для основних розладів настрою. Пізніше у DSM-5 було додано діагноз неуточненого кататонічного розладу, що дає змогу встановити кататонію в поєднанні з розладами нейророзвитку. Імовірно, найважливішим досягненням, запровадженим DSM-5, було закріплення визначення загального кататонічного фенотипу, який застосовували як щодо первинних, так і вторинних (соматичних) ознак. Втім, до DSM-5-TR не було внесено суттєвих змін щодо визначення кататонії (APA, 2022).

У МКХ-11 враховано кожну із цих попередніх концептуальних розробок і не тільки. Крім діагнозу кататонії, зумовленої застосуванням психоактивних речовин або медпрепаратів, МКХ-11 містить діагностичну категорію для кататонії на тому самому ієрархічному рівні, що й для розладів настрою або порушень нейророзвитку. Подібне підвищення статусу розглядалося і для DSM-5, зокрема для підвищення обізнаності про синдром і підтвердження того, що він не обмежується шизофренією.

Однак у DSM-5 кататонії не надано незалежного статусу з кількох причин: 1) стани, що лежать в основі кататонії, є стабільнішими із часом, ніж сам синдром; 2) розвиток кататонії поглиблює виразність очевидної

супутньої патології; 3) лікування кататонії може змінюватися залежно від основного стану (Tandon et al., 2013).

Клінічне застосування МКХ-11 для діагностування кататонії

У клінічній практиці кататонію діагностують недостатньо (van der Heijden, 2005). Якщо кататонію вважати лише як специфікатор, клініцисти, ймовірно, розглядатимуть діагностування цього синдрому як щось не обов'язкове в межах психіатричної діагностики. Нова діагностична класифікація кататонії як самостійного стану в МКХ-11 є позитивним аргументом для незалежного його розпізнавання та відповідного лікування. Це розмежування також свідчить про необхідність єдиного підходу до лікування пацієнтів із кататонією, який часто потребує застосування бензодіазепінів та/або ЕСТ.

Розширення спектра діагнозів, які можливо кодувати в поєднанні з кататонією, має поліпшити розпізнавання спектра супутніх станів. У МКХ-10 ідеться лише про органічний кататонічний розлад і кататонічну шизофренію, що, ймовірно, призводило до ігнорування клініцистами інших психічних станів. Кататонія також може виникати за афективних розладів та післяпологового психозу (Abrams and Taylor, 1976; Starkstein et al., 1996; Nahar et al., 2017; Delvi et al., 2023).

Кататонію фіксували за нейророзвиткових і нейрогенетичних станів. Наприклад, за розладів спектра аутизму (РСА) поширеність кататонії досягала 10,4 % (95 % ДІ 5,8–18,0 %), переважно у пацієнтів чоловічої статі (Vaquerizo-Serrano et al., 2021).

Проблема щодо діагностики кататонії полягає в тому, що певні її ознаки (як-от стереотипії або ехололія) також можуть бути притаманні РСА. Тому для встановлення справжніх проявів кататонії рекомендовано віднімати «базові» бали за шкалами її оцінювання від поточного показника (Hauptman et al., 2023).

Було виявлено зв'язок кататонії з низкою генетичних аномалій, переважно на підставі даних про клінічні випадки / серії випадків (Vieira et al., 2011; Katz et al., 2022; Vithayathil et al., 2022). Зокрема, повідомлялося про такий зв'язок із синдромом Фелана–Макдерміда та синдромом Дауна, що може мати значення для генетичного тестування (Kohlenberg et al., 2020; Moyal et al., 2022); Lyons et al., 2020; Santoro et al., 2022).

У МКХ-11 акцентовано увагу клініцистів на оцінюванні цих та інших станів після встановлення кататонії. Розмежування кататонії та шизофренії допомагає пояснити, що застосування антипсихотичних препаратів *de facto* не є лікуванням пацієнтів із кататонією. Антипсихотики часто можуть погіршувати перебіг кататонії, спричиняти злоякісний нейролептичний синдром або екстрапірамідні ознаки, ускладнюючи достовірне оцінювання кататонії. Хоча використання антипсихотиків може бути доречним для лікування пацієнтів із кататонією, пов'язаною з психотичним розладом, загалом слід застосовувати їх з обережністю (Rogers et al., 2023).

Як рекомендовано в МКХ-11, розпочинати специфічне лікування пацієнта з кататонією слід із призначення бензодіазепінів та ЕСТ, без необхідності діяти так, ніби в нього шизофренія.

Невирішені питання

Актуальним також залишається питання, які саме ознаки кататонії слід вважати потенційними діагностичними критеріями. У DSM-5-TR представлено 12 відповідних ознак, тоді як МКХ-11 — їх п'ятнадцять, і, хоча вони загалом узгоджені, є певні відмінності.

На відміну від DSM-5-TR, у МКХ-11 додано аспект фіксації погляду, амбієнтність, вербігерацію та ригідність, які є класичними ознаками кататонії, але не визнані такими в DSM-5-TR. Власне, у МКХ-11 гіперкінетичну кататонію розглянено ширше, зокрема імпульсивність та агресивність належать до проявів підвищеної психомоторної активності. Однак клінічно значуща імпульсивність / агресивність згідно з DSM-5-TR мають кваліфікуватися як гіперактивність.

Стосовно питань об'єднання або розмежування, у МКХ-11 ехोलалію та ехопраксію розглядають як ехофеномени, і навпаки, у DSM-5-TR їх розділено. Це розмежування між наборами діагностичних критеріїв може свідчити про непослідовне оброблення даних про аналогічні поведінкові та мовленнєві порушення за кататонії. Наприклад, іммобільність і мутизм — ознаки ослаблення поведінкових реакцій і мовлення відповідно, але є окремими критеріями; аналогічно стереотипію та вербігерацію (вербальна стереотипія) зазначено окремо. Частково з прагматичних міркувань у МКХ-11 нині об'єднано ехофеномени, які є досить рідкісними. І навпаки, манірність описано в МКХ-11 як «дивні, цілеспрямовані рухи», охоплюючи мовлення, хоча останнє, яке є «роботоподібним», «театральним» або «своєрідним», іноді вважається ознакою манірності. А в DSM-5 манірність — це «своєрідний та характерний індивідуальний стиль рухів, дій, думок чи мовлення» (Kaufmann et al., 2018; Mahgoub et al., 2024).

У подальших дослідженнях варто встановити, чи є цінність у поєднанні / розділенні таких клінічних ознак, як стереотипія / вербігерація, іммобільність / мутизм, ехопраксія / ехोलалія та манірність у вербальній і моторній сферах. Досі також залишається предметом дискусій і поріг для встановлення діагнозу кататонії.

Наприклад, М. Fink (2013) підтримують нижчий поріг щодо кількості клінічних ознак, але вимагають, щоб діагноз був підтверджений лікуванням бензодіазепінами / ЕСТ. А для валідації діагностування кататонії іноді рекомендовано використання лоразепаму, іншого бензодіазепіну або золпідему (Denysenko et al., 2018).

Можливо, це питання буде розглянуто в майбутніх діагностичних посібниках, хоча клінічна відповідь на бензодіазепіни / ЕСТ не є специфічною для кататонії. За менш поширених причин розвитку кататонії (зазвичай на тлі первинного медичного або неврологічного розладу), як правило, пацієнти не реагують на традиційні заходи лікування. Крім того, є ризики щодо хибних міркувань, якщо стан пацієнта визначають із точки зору рекомендованого лікування; нездатності розпізнавати кататонію, резистентну до терапії бензодіазепінами / ЕСТ. Поріг діагностування кататонії залишається на рівні трьох ознак, оскільки доведено, що такий підхід забезпечує найкращий баланс між чутливістю та специфічністю (Peralta et al., 2010; Grover et al., 2016).

На думку J.P. Rogers et al., діагноз кататонії за МКХ-11 не досягне 100 % специфічності, оскільки, ймовірно, на основі теоретичного «золотого стандарту» він охоплюватиме деяких осіб, що не мають цього патологічного стану. Це може бути актуальним для певних клінічних популяцій, як-от пацієнти з делірієм, для яких запропоновано наявність більшої кількості ознак кататонії, або з порушеннями нейророзвитку, для яких деякі фахівці радять віднімати базові ознаки від поточної презентації для оцінювання кататонії (Wilson et al., 2017; Hauptman et al., 2023).

Попри відповідні коригування для певних популяцій, досі існує ймовірність того, що сучасні визначення кататонії відображатимуть деякі граничні умови. Окрім того, питання щодо встановлення порогу діагностування стосується індивідуальних ознак кататонії, які можливо визначити конкретніше з точки зору характеру симптомів, їхньої тривалості та тяжкості (Oldham, 2022).

Нині сучасні клінічні інструменти для визначення кататонії різняться, іноді доволі сильно, зокрема щодо того, яка зміна кваліфікується для кожної ознаки. Зокрема, у МКХ-11 представлено описи клінічних станів, дуже схожих на ті, що містить DSM-5-TR, однак жодна з ознак не є формально операціоналізованою.

Цілком імовірно, що в різних контекстах доречні різні порогові значення: у дослідженнях можливо використувати більш обмежувальне визначення кататонії, ніж у клінічній практиці; кататонія в контексті певних супутніх захворювань, як-от делірій або нейророзвиткові розлади, може потребувати модифікованого визначення.

Власне, до біомаркерів кататонії належать дані функціональної нейровізуалізації та електроенцефалографії, рівень сироваткового заліза та активність креатинкінази (Haroche et al., 2020; Hosseini et al., 2023; Rogers et al., 2019). Якщо чутливість таких біомаркерів буде оптимізовано, вони можуть стати корисними для скринінгу, тоді як висока специфічність може зробити їх ефективними для діагностування кататонії. Зрештою, будь-яка діагностична класифікація є настільки ефективною, наскільки успішне її клінічне використання. Хоча МКХ-11 значною мірою сприяє розвитку концепції кататонії, ще належить визначити, наскільки ці зміни будуть втілені в клінічній практиці.

Висновки

J.P. Rogers et al. вважають, що зміни, внесені до МКХ-11, сприятимуть суттєвому покращенню процесу діагностування кататонії порівняно з попередніми клінічними класифікаціями в МКХ. Вони допоможуть врахувати зростаючу кількість доказових даних щодо встановлення кататонії поза межами шизофренії та гармонізувати критерії для різних основних захворювань. Крім того, такі зміни скасовують фактичну вимогу прирікати пацієнтів на страждання від кататонії протягом щонайменше місяця для визначення відповідності діагностичним критеріям. Майбутні класифікації мають базуватися на даних сучасних досліджень щодо загальних порогових значень кататонії, а також на детальних визначеннях окремих клінічних ознак цього психопатологічного стану.

Підготувала **Наталія Купко**