



УДК: 616.89-008

DOI: <https://doi.org/10.17816/nb90541>

## Кататоническая шизофрения: историческая ошибка психиатрической систематики?

Ю.П. Сиволап<sup>1</sup>, А.А. Портнова<sup>2</sup><sup>1</sup>Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова (Сеченовский университет), Москва, Россия<sup>2</sup>Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского, Москва, Россия*Автор, ответственный за переписку:* Юрий Павлович Сиволап, [yura-sivolap@yandex.ru](mailto:yura-sivolap@yandex.ru)

### АННОТАЦИЯ

Многочисленные клинические наблюдения и исследования последних десятилетий позволяют подвергать сомнению существование кататонической формы шизофрении или, во всяком случае, правомерность безоговорочного отнесения всех случаев кататонии к шизофрении. Антипсихотики, применяемые в лечении шизофрении, часто оказываются неэффективными у пациентов с кататонией, способны ухудшать её проявления и повышают риск злокачественного нейролептического синдрома. Препаратами первой линии в лечении кататонии служат лоразепам и другие бензодиазепины, и в случае их неэффективности используется электросудорожная терапия. Заслуживает внимания концепция самостоятельности кататонии как отдельного нейропсихиатрического заболевания, требующего применения особых терапевтических подходов, не совпадающих с традиционными подходами к лечению шизофрении.

**Ключевые слова:** кататония, шизофрения, бензодиазепины, электросудорожная терапия, антипсихотики первого поколения, антипсихотики второго поколения.

### Для цитирования:

Сиволап Ю.П., Портнова А.А. Кататоническая шизофрения: историческая ошибка психиатрической систематики? // Неврологический вестник. 2021. Т. LIII. Вып. 4. С. 5–10. DOI: <https://doi.org/10.17816/nb90541>

DOI: <https://doi.org/10.17816/nb90541>

## Catatonic schizophrenia: historical error of psychiatric taxonomy?

Yury P. Sivolap<sup>1</sup>, Anna A. Portnova<sup>2</sup>

<sup>1</sup>I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow, Russia

<sup>2</sup>The Serbsky State Scientific Center for Social and Forensic Psychiatry, Moscow, Russia

*Corresponding author:* Yury P. Sivolap, [yura-sivolap@yandex.ru](mailto:yura-sivolap@yandex.ru)

### ABSTRACT

Numerous clinical observations and studies of recent decades allow us to question the existence of a catatonic form of schizophrenia or, in any case, the legitimacy of the unconditional attribution of all cases of catatonia to schizophrenia. Antipsychotics used in the treatment of schizophrenia are often ineffective in patients with catatonia, can worsen its manifestations and increase the risk of malignant neuroleptic syndrome. The first-line drugs in the treatment of catatonia are lorazepam and other benzodiazepines, and electroconvulsive therapy is used in case of their ineffectiveness. The concept of the independence of catatonia as a separate neuropsychiatric disease requiring the special therapeutic approaches that do not coincide with traditional treatment of schizophrenia deserves attention.

**Keywords:** *catatonia, schizophrenia, benzodiazepines, electroconvulsive therapy, first-generation antipsychotics, second-generation antipsychotics.*

### For citation:

Sivolap Yu.P., Portnova A.A. Catatonic schizophrenia: historical error of psychiatric taxonomy? Neurology Bulletin. 2021; LIII (4): 5–10. DOI: <https://doi.org/10.17816/nb90541>

Подзаголовок настоящей статьи в определённой мере отражает название публикации М. Fink и соавт. (2010) в ведущем профильном журнале *Schizophrenia Bulletin* (Вестник шизофрении): «Кататония — не шизофрения: ошибка Крепелина и необходимость признания кататонии как самостоятельного синдрома в номенклатуре болезней» [1].

В 1874 г. Karl Kahlbaum описал своеобразный симптомокомплекс преимущественно двигательных расстройств, названный им кататонией [2]. Через несколько лет Emil Kraepelin положил кататонию Кальбаума в основу нозологической концепции *dementia praecox* (раннего слабоумия), объединив её с гебефренией Ewald Hecker и *dementia paranoides* (дегенеративным бредовым психозом с острым началом, в соответствии с терминологией того времени). После выхода в свет знаменитой монографии Eugen Bleuler «Раннее слабоумие, или группа шизофрений<sup>1</sup>» *dementia praecox* Эмиля Крепелина получила принятое до сих пор наименование шизофрении.

Кататония включает следующие симптомы:

- ступор, который может сменяться возбуждением без внешних стимулов;
- мутизм;
- каталепсия («восковая гибкость»);
- пассивная подчиняемость;
- негативизм;
- способность подолгу находиться в неудобных позах;
- гримасничанье и манерность;
- вербигерация и другие стереотипии;
- эхолалия и эхопраксия;
- вегетативные нарушения.

Кататония обнаруживается у 10–15% пациентов, госпитализируемых с острыми психическими расстройствами, и во многих случаях остаётся нераспознанной [1, 3].

В течение нескольких десятилетий кататонию считали преимущественной принадлежностью шизофрении, и традиционная систематика шизофрении включает её кататонический тип, наряду с параноидной, гебефренической и простой шизофренией<sup>2</sup>.

С 1970-х годов появилось множество наблюдений (преимущественно в американских публикациях) кататонических симптомов при мании и депрессии, при психозах у пациентов с болезнями внутренних органов и нервной системы, в то время как при шизофрении — лишь изредка; во многих случаях кататония выглядела как острая токсическая церебральная реакция<sup>3</sup> [1]. Это позволило сначала поставить под сомнение патогномичный характер кататонии как шизофренического расстройства, а в последние десятилетия — и вовсе принадлежность кататонии к шизофрении и правомерность выделения кататонической формы последней.

В DSM-V (равно как в МКБ-11) кататонию не рассматривают в качестве варианта шизофрении. Более того, в обоих классификаторах выделение традиционных форм шизофрении на основе ведущих психопатологических синдромов, в отличие от их предыдущих редакций (DSM-IV и МКБ-10), больше не производится.

Вопрос о неоспоримой принадлежности кататонии к шизофрении представляет далеко не только академический интерес, поскольку имеет прямое отношение к практике лечения психических нарушений. Единственными лекарственными средствами, способными оказать воздействие на симптомы шизофрении, служат антипсихотики. Однако эти препараты (или, во всяком случае, антипсихотики первого поколения) неэффективны при кататонии, и их назначение пациентам с кататоническими симптомами способно привести к серьёзным осложнениям, самое опасное из которых — злокачественный нейролептический синдром, причём именно кататония относится к факторам риска его развития [4].

Фармакологическими средствами первой линии для пациентов с кататонией служат бензодиазепины, и в качестве препарата выбора рассматривается лоразепам. Считается, что бензодиазепины (а также, по мнению отдельных экспертов, барбитураты и золпидем) эффективны у 80% пациентов с кататонией [5]. Пробу на лоразепам можно также использовать в качестве теста в диагностически неясных случаях [1].

<sup>1</sup>Блейлер считал шизофрению не единой болезнью, а группой заболеваний.

<sup>2</sup>Международная классификация болезней 10-го пересмотра (МКБ-10), Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам 5-го издания (DSM-V — от англ. Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders) и некоторые национальные классификации также включают другие формы шизофрении.

<sup>3</sup>В классической психопатологии подобные состояния в соответствии с учением К. Bonhoeffer (1912) принято квалифицировать в качестве психопатологических реакций экзогенного типа.

Важно принимать во внимание, что хорошей терапевтической реакции на лоразепам (и другие бензодиазепины), по-видимому, можно ожидать лишь в случае лечения острых психозов, тогда как при хронических кататонических состояниях (люцидной кататонии, в соответствии с традиционной терминологией) данный подход, скорее всего, не даст ожидаемого результата. В частности, двойное слепое плацебо-контролируемое исследование с включением 18 пациентов с хронической шизофренией не показало существенного влияния лоразепама в отношении стойких кататонических симптомов при его назначении в течение 12 нед в суточной дозе 6 мг [6].

В отсутствие эффекта или при недостаточной эффективности лоразепама и других бензодиазепинов в терапии кататонии применяется электросудорожная терапия (ЭСТ).

A.C. Pelzer и соавт. (2018) на основании данных 31 публикации, удовлетворившей критериям подготовленного ими систематического обзора, также сообщают о лоразепаме и ЭСТ как средствах выбора в лечении кататонии, но при этом заявляют, что разработка терапевтических протоколов требует проведения более строгих дополнительных исследований [7].

J.R. Lloyd и соавт. (2020), подчёркивая, что ЭСТ служит окончательным (definitive) и при этом критически важным средством лечения кататонии, указывают на значимость такой серьёзной проблемы клинической практики, как затруднённый доступ к ЭСТ, не позволяющий во многих случаях улучшить исход этого тяжёлого и опасного нейропсихиатрического заболевания. Затруднённый доступ к ЭСТ связан со стигмой метода, недостаточным распознаванием кататонии и отсутствием официального показания для применения ЭСТ с данной целью [8].

К приведённому перечню можно добавить недостаточное финансирование здравоохранения, неудовлетворительное оснащение психиатрических больниц медицинским оборудованием, включая аппаратуру для проведения ЭСТ, а также невозможность анестезиологического обеспечения лечебных процедур.

К сожалению, в ряде случаев кататония оказывается резистентной как к фармакологическому лечению, так и к ЭСТ. E. Veap и соавт. (2021) приводят наблюдение пациента 73 лет с длительным расстройством аутистического спектра, депрессией и кататонией, которому после некоторого периода диагностической

неопределённости и неэффективной терапии антидепрессантами был назначен лоразепам с последующим добавлением золпидема и ЭСТ. Новое комплексное вмешательство произвело разительные изменения в психическом состоянии пациента, но его кататонические симптомы практически не претерпели изменений [3].

При безуспешной терапии бензодиазепинами и невозможности проведения ЭСТ с различной степенью эффективности применяют антагонисты NMDA-рецепторов<sup>4</sup>, противоэпилептические средства, а также антипсихотики, причём преимущество отдаётся препаратам второго поколения [9].

M.L. England и соавт. (2011), наблюдавшие 25 пациентов в возрасте 18–60 лет (15 мужчин и 10 женщин) с кататонией и ранее поставленными диагнозами биполярного расстройства (9 человек), психоза без уточнения его принадлежности (8 человек), шизофрении (4 пациента), депрессивного эпизода и тревожного расстройства (1 человек) и отсутствием психиатрического анамнеза (2 человека), сообщают о редукции кататонических симптомов под влиянием ЭСТ, бензодиазепинов и клозапина, тогда как применение антипсихотиков первого поколения приводило лишь к ухудшению состояния [10].

Приведённые наблюдения согласуются с данными ранее опубликованного обзора F.V.D. Eede и соавт. (2005) о возможности усиления проявлений как злокачественной, так и доброкачественной кататонии, и о повышении риска злокачественного нейролептического синдрома при использовании классических антипсихотиков. Они сообщают, что многие случаи кататонического ступора вызваны антипсихотической терапией с применением традиционных препаратов и носят, таким образом, ятрогенный характер. Указывается, что антипсихотики второго поколения характеризуются более высокой эффективностью в лечении кататонии и существенно реже способны ухудшать её симптомы в сравнении с типичными антипсихотиками [11].

В качестве перспективных альтернативных подходов к лечению кататонии при неэффективности бензодиазепинов и невозможности проведения ЭСТ либо противопоказаниях к ней также рассматривают транскраниальную магнитную стимуляцию и транскраниальную стимуляцию постоянным током [12].

<sup>4</sup>NMDA — N-метил-D-аспаратат.

Существуют отдельные клинические наблюдения эффективного применения препаратов лития для предупреждения или, по меньшей мере, увеличения продолжительности ремиссии периодической кататонии [13].

Основываясь на данных многочисленных исследований и собственных наблюдениях, Р. Rosebush и М.Ф. Mazurek (2010) постулируют, что кататония, сопутствующая психозу, требует отдельного специального терапевтического вмешательства перед назначением антипсихотиков, неэффективных в отношении кататонических проявлений и создающих риск злокачественного нейролептического синдрома, и подчёркивают, что оценка кататонии в качестве самостоятельного и потенциально поддающегося лечению нейropsychиатрического синдрома (а не разновидности шизофрении) могла бы позволить улучшить прогноз данного расстройства и повысить выживаемость пациентов [4].

Авторы настоящей статьи (хотя бы с точки зрения собственного врачебного опыта) не склонны к категорическому отрицанию существования кататонической шизофрении, но убеждены, что представленные выше данные заслуживают пристального внимания специалистов. По нашему мнению, психиатрическая диагностика носит условный и во многом конвенциональный характер, и для практики лечения пациентов не всегда важно, к каким диагностическим категориям относить выявляемые у них расстройства.

Гораздо важнее, по нашему мнению, принимать во внимание, что назначение антипсихо-

тиков при кататонии (вне зависимости от её принадлежности) часто бывает бесполезным и нежелательным терапевтическим вмешательством (особенно если принимать во внимание серьёзные и порой необратимые побочные эффекты этих лекарственных средств), тогда как своевременное назначение лоразепама либо ЭСТ способно спасти жизнь пациента<sup>5</sup>.

Вне зависимости от различных представлений о систематике психических расстройств мы считаем возможным сомнение в безоговорочном отнесении кататонии к шизофрении и правомерной постановку следующего вопроса: можно ли расстройство рассматривать в качестве частного проявления или клинического варианта болезни, если лечение этого расстройства предполагает принципиально иные подходы?

## ДОПОЛНИТЕЛЬНО

**Финансирование.** Статья подготовлена без спонсорской поддержки.

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

**Вклад авторов:** все авторы внесли существенный вклад в проведение и подготовку статьи, прочли и одобрили финальную версию до публикации.

**Funding.** This publication was not supported by any external sources of funding

**Conflict of interests.** The authors declare no conflicts of interests.

**Contribution of the authors:** all the authors made a significant contribution to the conduct and preparation of the article, have read and approved the final version before publication.

## СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Fink M., Shorter E., Taylor M.A. Catatonia is not schizophrenia: Kraepelin's error and the need to recognize catatonia as an independent syndrome in medical nomenclature // *Schizophr. Bull.* 2010. Vol. 36. N. 2. P. 314–320. DOI: 10.1093/schbul/sbp059.
2. Kahlbaum K.L. Die Katatonie oder das Spannungsirresein. Eine klinische Form psychischer Krankheit. Berlin: Verlag von August Hirshwald, 1874. 124 s.
3. Bean E., Findlay C., Gee C., Amin J. Refractory catatonia in old age: a case report // *J. Med. Case Rep.* 2021. Vol. 15. N. 1. P. 406. DOI: 10.1186/s13256-021-03000-3.
4. Rosebush P.I., Mazurek M.F. Catatonia and its treatment // *Schizophr. Bull.* 2010. Vol. 36. N. 2. P. 239–242. DOI: 10.1093/schbul/sbp141.

5. Appiani F.J., Castro G.S. Catatonia is not schizophrenia and it is treatable // *Schizophr. Res.* 2018. Vol. 200. P. 112–116. DOI: 10.1016/j.schres.2017.05.030.
6. Ungvari G.S., Chiu H.F., Chow L.Y. et al. Lorazepam for chronic catatonia: a randomized, double-blind, placebo-controlled cross-over study // *Psychopharmacology (Berl.)*. 1999. Vol. 142. N. 4. P. 393–398. DOI: 10.1007/s002130050904.
7. Pelzer A.C., van der Heijden F.M., den Boer E. Systematic review of catatonia treatment // *Neuropsychiatr. Dis. Treat.* 2018. Vol. 14. P. 317–326. DOI: 10.2147/NDT.S147897.
8. Lloyd J.R., Silverman E.R., Kugler J.L., Cooper J.J. Electroconvulsive therapy for patients with catatonia: Current perspectives // *Neuropsychiatr. Dis. Treat.* 2020. Vol. 16. P. 2191–2208. DOI: 10.2147/NDT.S231573.

<sup>5</sup>Авторы настоящей статьи отдают себе отчёт в практическом отсутствии лоразепама на российском рынке лекарственных средств и ограниченной доступности ЭСТ в системе общественного здравоохранения.

9. Beach S.R., Gomez-Bernal F., Huffman J.C., Fricchione G.L. Alternative treatment strategies for catatonia: A systematic review // *Review Gen. Hosp. Psychiatry*. 2017. Vol. 48. P. 1–19. DOI: 10.1016/j.genhosppsych.2017.06.011.
10. England M.L., Ongür D., Konopaske G.T., Karmacharya R. Catatonia in psychotic patients: clinical features and treatment response // *Neuropsychiatry. Clin. Neurosci.* 2011. Vol. 23. N. 2. P. 223–226. DOI: 10.1176/jnp.23.2.jnp223.
11. Van Den Eede F., Van Hecke J., Van Dalfsen A. et al. The

- use of atypical antipsychotics in the treatment of catatonia // *Eur. Psychiatry*. 2005. Vol. 20. N. 5–6. P. 422–429. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2005.03.012.
12. Hansbauer M., Wagner E., Strube W. et al. rTMS and tDCS for the treatment of catatonia: A systematic review // *Schizophr. Res.* 2020. Vol. 222. P. 73–78. DOI: 10.1016/j.schres.2020.05.028.
13. Madigand J., Lebain P., Callery G., Dollfus S. Catatonic syndrome: From detection to therapy // *Encephale*. 2016. Vol. 42. N. 4. P. 340–345. DOI: 10.1016/j.encep.2015.09.008.

## REFERENCES

1. Fink M., Shorter E., Taylor M.A. Catatonia is not schizophrenia: Kraepelin's error and the need to recognize catatonia as an independent syndrome in medical nomenclature. *Schizophr. Bull.* 2010; 36 (2): 314–320. DOI: 10.1093/schbul/sbp059.
2. Kahlbaum K.L. *Die Katatonie oder das Spannungsirresein. Eine klinische Form psychischer Krankheit*. Berlin: Verlag von August Hirshwald, 1874. 124 s.
3. Bean E., Findlay C., Gee C., Amin J. Refractory catatonia in old age: a case report. *J. Med. Case Rep.* 2021; 15 (1): 406. DOI: 10.1186/s13256-021-03000-3.
4. Rosebush P.I., Mazurek M.F. Catatonia and its treatment. *Schizophr. Bull.* 2010; 36 (2): 239–242. DOI: 10.1093/schbul/sbp141.
5. Appiani F.J., Castro G.S. Catatonia is not schizophrenia and it is treatable. *Schizophr. Res.* 2018; 200: 112–116. DOI: 10.1016/j.schres.2017.05.030.
6. Ungvari G.S., Chiu H.F., Chow L.Y. et al. Lorazepam for chronic catatonia: a randomized, double-blind, placebo-controlled cross-over study. *Psychopharmacology (Berl.)*. 1999; 142 (4): 393–398. DOI: 10.1007/s002130050904.
7. Pelzer A.C., van der Heijden F.M., den Boer E. Systematic review of catatonia treatment. *Neuropsychiatr. Dis. Treat.* 2018; 14: 317–326. DOI: 10.2147/NDT.S147897.
8. Lloyd J.R., Silverman E.R., Kugler J.L., Cooper J.J. Electroconvulsive therapy for patients with catatonia: Current perspectives. *Neuropsychiatr. Dis. Treat.* 2020; 16: 2191–2208. DOI: 10.2147/NDT.S231573.
9. Beach S.R., Gomez-Bernal F., Huffman J.C., Fricchione G.L. Alternative treatment strategies for catatonia: A systematic review. *Review Gen. Hosp. Psychiatry*. 2017; 48: 1–19. DOI: 10.1016/j.genhosppsych.2017.06.011.
10. England M.L., Ongür D., Konopaske G.T., Karmacharya R. Catatonia in psychotic patients: clinical features and treatment response. *Neuropsychiatry. Clin. Neurosci.* 2011; 23 (2): 223–226. DOI: 10.1176/jnp.23.2.jnp223.
11. Van Den Eede F., Van Hecke J., Van Dalfsen A. et al. The use of atypical antipsychotics in the treatment of catatonia. *Eur. Psychiatry*. 2005; 20 (5–6): 422–429. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2005.03.012.
12. Hansbauer M., Wagner E., Strube W. et al. rTMS and tDCS for the treatment of catatonia: A systematic review. *Schizophr. Res.* 2020; 222: 73–78. DOI: 10.1016/j.schres.2020.05.028.
13. Madigand J., Lebain P., Callery G., Dollfus S. Catatonic syndrome: From detection to therapy. *Encephale*. 2016; 42 (4): 340–345. DOI: 10.1016/j.encep.2015.09.008.

## ОБ АВТОРАХ

**Сиволап Юрий Павлович**, д.м.н., профессор;  
ORCID: 0000-0002-4494-149X;  
eLibrary SPIN: 3586-5225; e-mail: yura-sivolap@yandex.ru

**Портнова Анна Анатольевна**, д.м.н.;  
ORCID: 0000-0001-5938-0202;  
eLibrary SPIN: 5899-0069; e-mail: aapserbsky@mail.ru

## AUTHOR'S INFO

**Yury P. Sivolap**, Dr. Sci. (Med.), Professor;  
ORCID: 0000-0002-4494-149X;  
eLibrary SPIN: 3586-5225; e-mail: yura-sivolap@yandex.ru

**Anna A. Portnova**, Dr. Sci. (Med.);  
ORCID: 0000-0001-5938-0202;  
eLibrary SPIN: 5899-0069; e-mail: aapserbsky@mail.ru