



2026-03-10

Katatonni ur ett rehab- medicinskt perspektiv – en scoping review

Författare: Tarik Rydberg, ST-läkare

Nu-sjukvården Uddevalla

Rapport: 287145 (rapportnr FoU i VGR), 2026

Litteraturstudie 2026

FoU i VGR: [https:// www.researchweb.org/vgr/project/287145](https://www.researchweb.org/vgr/project/287145)

Utförd under ST i Rehabiliteringsmedicin
inom Grundläggande forskningsmetodik för ST-A

Kursort: Göteborg

Handledare:

Oscar Zaar, FoU-chef, Docent, Överläkare inom Dermatovenereologi

Studierektor:

Marina Parzali, Specialist och Överläkare i neurologi och rehabiliteringsmedicin

Sammanfattning

Bakgrund

Katatoni är ett heterogent neuropsykiatriskt symptomkomplex, tidigare starkt kopplat till psykiatrisk sjukdom. Observationer om somatisk genes och diagnostiska revideringar har bidragit till att återge tillståndet en mer självständig roll i diagnostiken. På grund av den komplexa och fluktuerande symptombilden riskeras både fel- och underdiagnostisering med risk för ökad morbiditet och mortalitet.

Syfte

Denna studie syftar till att kartlägga det nuvarande kunskapsläget kring katatoni med fokus på förvärvad hjärnskada och encefalit i kontexten rehabiliteringsmedicin.

Metod

Studien genomfördes som litteraturoversikt enligt Arksey och O'Malley. En litteratursökning genomfördes i de medicinska databaserna PubMed och Embase. Studier inkluderades som motsvarade alla tre delar av PCC, var publicerade på engelska de senaste 5 åren i en vuxen population. Studier ej tillgängliga i fulltext eller som i huvudsak handlade om en psykiatrisk population exkluderades. Vidare granskades referenslistor i de inkluderade studier för att identifiera ytterligare relevanta publikationer, så kallad manuell referenssökning.

Resultat

Fem artiklar inkluderades, samtliga lyfter vikten av samarbete mellan psykiatrisk och somatisk vård under den akuta och subakuta handläggningen, av patienter med katatoni, men ingen diskuterar utfallet på längre sikt eller om det föreligger något behov av multimodal rehabilitering efter utskrivning från slutenvård.

Konklusion

Resultaten indikerar ett tydligt behov av fördjupad kunskap och stärkt evidens med relevans för såväl somatisk som psykiatrisk akut- och subakut vård. Det framkommer ett behov av ökad harmonisering och samordning av insatser, med ett stärkt multidisciplinärt perspektiv genom hela sjukdomsförloppet. Tillståndets komplexitet samt bristen på studier om långsiktigt utfall understryker behovet av mer robust evidens.

Nyckelord

Catatonia, brain injury, encephalitis, treatment, rehabilitation.

Bakgrund

Klinisk bild och diagnostisk klassificering

Katatoni är ett komplext syndrom som kännetecknas av olika typer av nedsättningar i psykomotoriska funktioner som kan fluktuera under sjukdomsförloppet. Dessa kan yttra sig som över-, under- eller abnorm motorisk funktion och kan framstå som svårtolkade för observatören (1,2). Symtombilden varierar i svårighetsgrad från mildare former till allvarliga, ibland livshotande tillstånd, s.k. malign katatoni och har då inslag av autonom dysfunktion med potentiellt dödlig utgång (1).

Diagnosen baseras på kliniska symptom och kan ställas med hjälp av olika diagnostiska instrument varav det mest använda globalt är Bush-Francis Catatonia Rating Scale (BFCRS) (3,4). De olika diagnostiska skalorna skiljer sig dock åt både vad gäller antal och typ av symptom som krävs för diagnos, vilket innebär att rapporterad förekomst kan variera beroende på vilket instrument som används (4).

Efter revideringar i de diagnostiska klassificeringssystemen inom psykiatri och medicin; DSM-5 respektive ICD-11, krävs förekomst av minst tre av följande tolv symptom; stupor, mutism, katalepsi, vaxartad flexibilitet, stereotypier, negativism, manier, posering, agitation, grimaserande, ekolali och ekopraxi (4). Katatoni delas in i fyra diagnostiska underkategorier: katatoni associerad med annan psykiatrisk sjukdom, katatoni orsakad av medicinska tillstånd, läkemedelsutlöst katatoni samt katatoni av specifierad orsak (5).

Ett flertal subgrupper av katatoni finns beskrivna i litteraturen.

- Periodisk katatoni är en ovanlig variant med snabbt uppblossande symptom som vanligtvis varar mellan 4-10 dagar, däremellan symptomfrihet i veckor till år (4).
- Malign katatoni, kan liksom beskrivits ovan konceptualiseras som ett kontinuum från mildare till svårare symptom som ackompanjeras med hypertermi och dysautonoma symptom med potentiellt fatal utgång (4).
- Malignt neuroleptikasyndrom är en ovanlig potentiellt livshotande tillstånd kopplat till behandling med dopamin-antagonister/antipsykotika (framförallt 1:a generationens) där tillståndet är svårt att skilja från malign katatoni (4).

På grund av bland annat immobilisering och nedsatt matintag har patienter med katatoni hög risk att drabbas av en rad komplikationer vilket otaliga fallrapporter indikerat (4). Behandling behövs för att förebygga, förhindra och behandla komplikationer. I en stor kohortstudie beskrevs en variation av komplikationer som kan uppstå; olika infektioner

(pneumoni, urinvägsinfektion och sepsis), dissimilerad intravasal koagulation, muskelsönderfall, dehydrering, djup ventrombos (DVT), lungemboli, urinretention, trycksår, kardiella arrytmier, njursvikt, malignt neuroleptikasyndrom, hypernatremi och leverpåverkan (4).

Katatoni – Historisk utveckling

Beskrivningar av katatoniliknande symptom förekommer i tidig medicinsk litteratur, men tillståndet fick sitt namn och en mer systematisk beskrivning genom fallstudier av Karl Ludwig Kahlbaum i slutet av 1800-talet (6). Kahlbaum betraktade katatoni som en egen klinisk entitet, men denna uppfattning fick begränsat genomslag inom det medicinska kollegiet. Under lång tid kom istället katatoni bland annat att betraktas som en undergrupp till schizofreni och sedermera i linje med Emil Kraepelins koncept om dementia praecox (3,6).

Under de senaste årtiondena har dock ökade kliniska observationer, fallrapporter och forskning både inom psykiatrisk och somatisk slutenvård bidragit till en förändrad syn på tillståndet. I takt med revideringar av diagnostiska klassifikationssystem, DSM-5 och ICD-11, har katatoni återfått en mer självständig roll i diagnostiken (3,4). Studier har visat att katatoni dels är vanligare än man tidigare trott, men också att det är underdiagnostiserat (7–9).

Katatoni orsakat av hjärnskada eller encefalit

Inom rehabiliteringsmedicin med inriktning på neurologiska skador, vilket innefattar skador på hjärnan eller ryggmärgen, är patienterna ofta svårt drabbade av kognitiva och motoriska nedsättningar. Skador på hjärnan kan vara traumatiskt eller icke traumatiskt utlösta, inte sällan med neuroinflammatoriska eller infektiösa inslag. Traditionellt har katatoni som nämnts kopplats till psykiatriska diagnoser men senare år har medicinska och neurologiska orsaker, bland annat anti-NMDAR encefalit, lyfts fram som en vanlig orsak till somatiskt utlöst katatoni (4). Det är viktigt att i en subakut vårdfas kunna skilja båda dessa komplexa tillstånd åt för att inte fördröja handläggningen.

Etiologi och samsjuklighet

Orsaken till katatoni är inte fastställd men hypoteser kring patofysiologiska förklaringar finns beskrivna; bl.a. nedreglering av neuroendokrina signalvägar såsom GABA, glutamat och dopamin (10). Även om diagnosen finns tycks sjukdomen snarare betraktas som ett symptomkomplex. Liknande symptomatologi kan förekomma vid flera olika psykiatriska och somatiska tillstånd, vilket sannolikt bidrar till

diagnostiska svårigheter och i vissa fall försenad diagnos med risk för ökat lidande och komplikationer för drabbade patienter (2)

Bland psykiatriska orsaker är bipolär sjukdom och schizofreni vanligt förekommande, men även affektiva och neuropsykiatriska tillstånd har associeras med katatoni (4). Inom det somatiska området har flera möjliga bakomliggande orsaker identifierats, däribland neuroinflammatoriska tillstånd, traumatiska hjärnskador, autoimmuna sjukdomar, endokrina rubbningar samt läkemedelsutlösta tillstånd (4).

Förekomst

Förekomsten av katatoni varierar mellan olika patientgrupper och studier. Större studier tycks ha lägre prevalenssiffror (4). En studie i en Brittisk population uppskattas incidensen till 10.6 personer på 100.000 person-år (11). Bland inneliggande patienter inom psykiatrisk vård uppskattas incidensen till cirka 5–15 %. Samtidigt rapporteras att mellan 20–40 % av fallen kan ha en somatisk bakomliggande orsak (7,12).

Studier pekar på vissa tidsmässiga variationer av inrapporterade fall sedan införandet av första generationens antipsykotiska på 50-talet som möjligen kan relateras till själva diagnostiken och ”intresset för sjukdomen” än själva förekomsten (4).

Tidigare studier har visat att prevalensen varierar beroende på underliggande tillstånd. Studier har exempelvis rapporterat förekomst av katatoni hos 4–67 % av patienter med schizofreni, 14–71 % vid affektiva tillstånd, 6–46 % vid medicinska orsaker samt 6–20 % hos patienter med medfödda neurologiska funktionsnedsättningar (13). De stora skillnaderna har förklarats med skillnader och oklarheter kring diagnostiska kriterier, sjukdomsduration och grad av symptom.

Behandling, prognos och rehabilitering

Trots att katatoni är ett potentiellt livshotande tillstånd är det ofta behandlingsbart vid korrekt och tidig diagnos (1,4). Prognosen är beroende av tillståndets bakomliggande orsak och svårighetsgrad. Första linjens behandling efter så kallat Lorazepamtest är bensodiazepiner i nedtrappningsdos, eller elektrokonvulsiv terapi (ECT) (1). Lorazepamtest är ett sätt att stärka diagnostiken då patienten uppfyllt de diagnostiska kriterierna. Detta är ett viktigt led i utredningen då diagnostiken också försvåras av tillståndets heterogena etiologi och varierande symptomatologi, vilket gör att katatoni annars riskerar att förbises i klinisk praxis (8).

År 2021 publicerade British Association for Psychopharmacology evidensbaserade riktlinjer för handläggning av katatoni, med syfte att stödja kliniker i diagnostik och behandling (4).

Motiv till studien – Det rehabiliteringsmedicinska perspektivet.

Rehabiliteringsmedicin kan beskrivas som komplexa insatser sett ur ett biopsykosocialt perspektiv där patienterna har behov av multidisciplinära insatser. Rehabiliteringsmedicin handlar också om att samordna olika professioners vårdinsatser (multidisciplinärt) men också olika instanser och myndigheters roll på ett patientcentrerat sätt (samordnande) (14). Patientgruppen har inte sällan både medicinsk, psykiatrisk eller neuropsykiatrisk samsjuklighet och är ofta kognitivt drabbade.

Katatoni är ett potentiellt livshotande och samtidigt behandlingsbart tillstånd där man under senare år upptäckt en förekomst av somatiskt bakomliggande orsaker. Eftersom diagnostiken av katatoni i huvudsak baseras på kliniska symptom är det viktigt att även i subakuta skeden kunna identifiera tillståndet och initiera adekvata åtgärder i syfte att kunna samordna målinriktade insatser för ökad funktion och delaktighet som är grunden för rehabilitering. Olyckligtvis kan detta leda till försenad diagnostik och därigenom bidra till ökat lidande och försämrat utfall (15).

Mot bakgrund av de diagnostiska svårigheterna och det begränsade kunskapsläget finns behov av att systematiskt kartlägga den befintliga litteraturen kring katatoni de senaste fem åren och efter publikation av reviderade riktlinjer (4).

Syfte

Syftet med denna litteraturöversikt är att kartlägga det nuvarande kunskapsläget kring behandling och rehabilitering av katatoni hos patienter med förvärvad hjärnskada eller encefalit i kontexten rehabiliteringsmedicin.

Metod

Studiedesign

Studien genomfördes som en kartläggande litteraturöversikt (scoping review) med syfte att identifiera och sammanställa befintlig forskning inom området. Metoden utgår från det ramverk som beskrivs av Hilary Arksey och Lisa O'Malley (2005) (16). Metoden består av fem steg:

1. identifiera forskningsfrågan,
2. identifiera relevanta studier,
3. selektera studier,
4. kartlägga data, samt

5. sammanställa och rapportera resultaten.

För att strukturera forskningsfrågan användes PCC-modellen (Population, Concept, Context), som ofta rekommenderas vid kartläggande litteraturstudier.

- **Population (P):** patienter med förvärvad hjärnskada eller encefalit
- **Concept (C):** katatoni
- **Context (C):** behandling/rehabilitering

Utifrån denna modell formulerades studiens syfte och frågeställning med fokus på katatoni i samband med hjärnskada eller encefalit ur ett rehabiliteringsmedicinskt perspektiv.

Identifiering av relevanta studier

En systematisk litteratursökning genomfördes 260323 i de medicinska databaserna PubMed och Embase.

Vidare granskades referenslistor i inkluderade studier för att identifiera ytterligare relevanta publikationer så kallad manuell referenssökning.

Följande söktermer och sökstrategi användes:

(Catatonia [MeSH Terms] OR Catatonic) AND (“Brain injury” OR Encephalitis [MeSH Terms]) AND (Rehabilitation [MeSH Terms] OR Treatment)

Inklusionskriterier

- studier som motsvarar alla tre delar av PCC.
- vetenskapliga artiklar publicerade på engelska
- publicerade under de senaste fem åren
- ålder > 18 år

Exklusionskriterier:

- studier ej tillgängliga i fulltext.
- studier som i huvudsak handlar om en psykiatrisk population

Urval av studier

Urvalet av studier genomfördes i flera steg. Först granskades titlar och abstrakt för att identifiera potentiellt relevanta studier. Därefter lästes fulltextartiklar för de studier som bedömdes uppfylla inklusionskriterierna.

Etiska överväganden

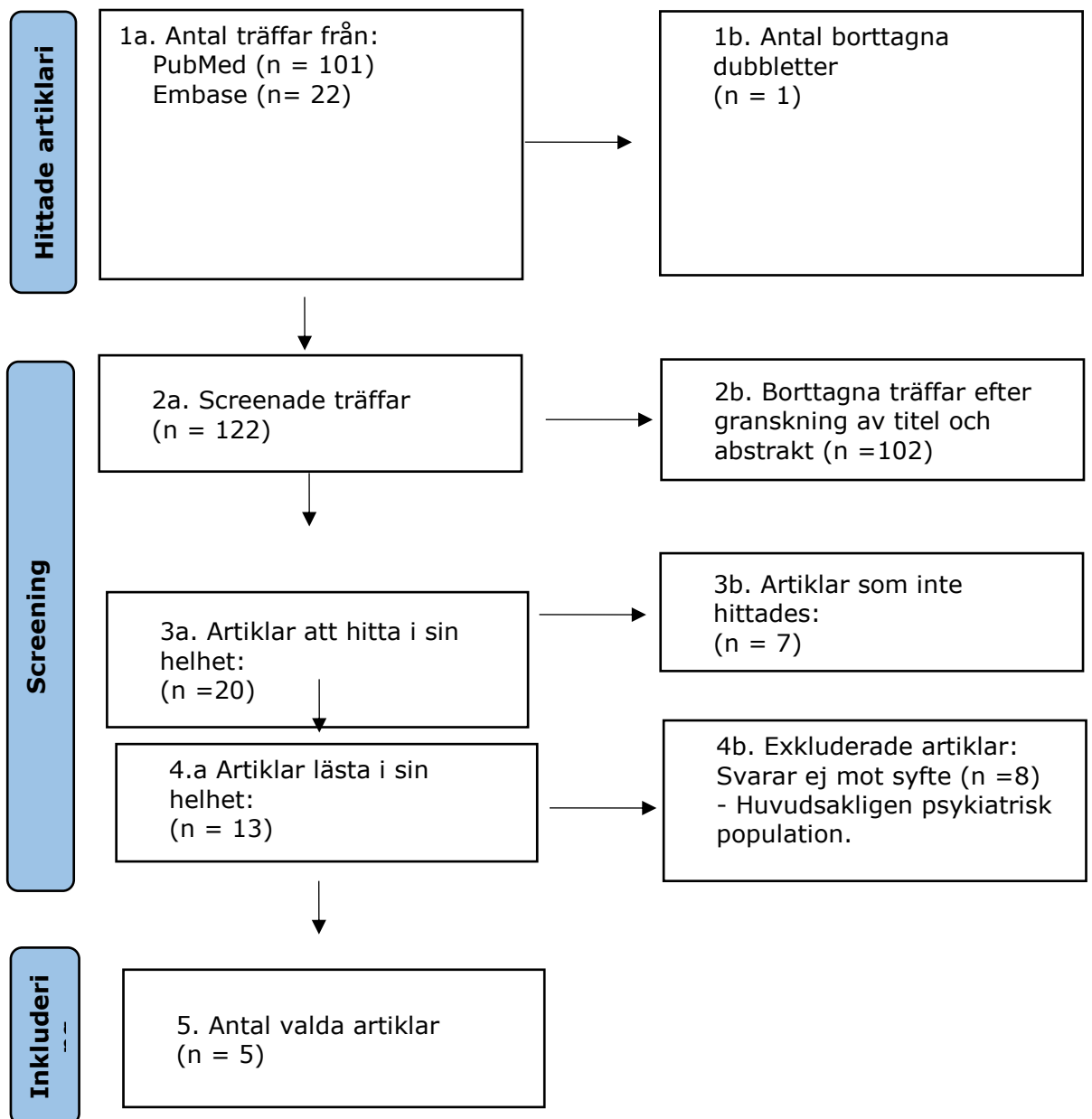
Då denna litteraturöversikt är en kartläggande granskning av redan publicerade artiklar och att sekundärdata sällan motiverar etikprovning är bedömningen att etikprovning inte är nödvändigt.

Resultat

Litteratursökningen genererade 123 träffar. Efter att en dubblett tagits bort återstod 122 artiklar. Titlar och abstrakts granskades avseende inklusions- och exklusionkriterier vilket resulterade i 20 artiklar att hitta i sin helhet, sju stycken kunde inte hittas i fulltext. Efter genomläsning av artiklarna exkluderades ytterligare åtta stycken då de inte uppfyllde inklusionskriterierna. fem stycken artiklar inkluderades i studien, se flödesdiagram Figur 1.

PRISMA flödesschema

Redovisning av screeningsprocessen



Figur 1. Flödesdiagram av urvalsprocessen enligt PRISMA (17)

Tabell 1. Sammanställning av inkluderande artiklar

Författare, år, land	Studiedesign	Studiefokus/syfte	Population	Huvudresultat
Edinoff et al. 2021, USA (1)	Clinical overview – baserad på 12 stycken kliniska studier och RCT:er	Översikt över orsak, diagnostik och behandling	Catatoni diagnos Psykiatrisk och medicinsk orsak	Multimodala rehab-insatser diskuteras ej. Bzd, i synnerhet lorazepam jmf oxaxepam, minskade katatona symptom signifikant hos 19 av 21 patienter i en studie.
Forcen et al. 2022, USA (18).	Retrospektiv fall-studie Singelcenterstudie Sjukhusmiljö 2016-2019	Utforska skillnader i behandlingssvar beroende på psykiatrisk eller medicinsk genes.	Catatoni Ålder >18 (n=40): 45% Psykiatrisk genes, 42,5% medicinsk genes, 12,5% Oklar genes. Schizophrenia (n=6), bipolär sjd (n=7), Depression (n=5). Metabol orsak/dehydrering (n=6) anti-NMDAR encephalit(n=3) läkemedelsutlöst (n=3), fler än 2 orsaker (n=2) sannolikt sepsis (n=1), relaterat till cancer (n=1)	Multimodala rehab-insatser diskuteras ej. 87.5 % fick bzd, av dessa förbättrades 60% och 20% gick helt i remission. 72.5% erhöll antipsykotika men nyinsättning undveks efter intagning på sjukhus. 55% fick ECT, varav 81% förbättrades och 50% gick helt i symptomregress. En icke signifikant trend talade för att full remission vid beh med ECT jmf med Bzd.
Olaleye et al. 2021, USA (20)	Fallstudie	Utvärdera effekt av ECT vid NMDAr encefalit.	25 årig kvinna Anit-NMDAr encefalit	Multimodala rehabinsatser diskuteras ej. Immunoterapi; intravenös steroid, immunoglobulin G (IgG),

				<p>plasmaferes, och rituximab som monoterapi gav otillräcklig effekt. Uttalad symptomregress efter 12 behl med ECT.</p>
Rogers et al. 2023, UK (4)	Guidelines utformad av en expertgrupp inom olika specialiteter med rekommendationer grundade på kvalitetsgraderade systematiska reviewartiklar och originalkällor.	Stöd i handläggningen av patienter med katatoni.	Studier pekar på varierande prevalens siffror. Bla högre frekvens i större studier. Vissa studier visar på en sjunkande incidens bland 25-40 åringar 20- 50% av patienters katatona symptom kan ha en bidragande medicinsk orsak till symptomen, siffran stiger till närmare 80% bland äldre patienter. I 11 systematiska reviewartiklar omfattande 302 patienter beskrivs 28.8% ha en neuroinflammatorisk- eller infektiös genes.	<p>Multimodala rehab-insatser diskuteras ej. Kliniska prövningar var sällsynta och rekommendationer grundar sig ffa på mindre observationsstudier Beh bör riktas mot; Beh av katatoni, bakomliggande orsak, komplikationer. -Starkast evidens finns för Bzd och ECT. För Bzd: respons på beh mellan 66-100%. För ECT: symptom regress enl CGI resp BFCRS; 40-82% och respons på beh 83-90%. Lm beh mot underliggande sjd; (ex Psychotropa, antidepressiva, antibiotika, immunosuppressiva, kirurgi). - Förebygga/ förhindra/beh komplikationer efter orsak: - Effekt av insatt beh är större vid kort sjd-duration. - Avsteg från beh: 1:a linjes beh behöver beaktas.</p>

Rogers et al. 2023, UK (19)	Concise Guideline	Stöd i handläggningen av patienter med katatoni riktat mot allmänläkare	Blandad population Psykiatriska och medicinska orsaker	Multimodala rehab-insatser diskuteras ej. -Beh bör riktas mot; Beh av katatoni, bakomliggande orsak och komplikationer. -Antipsykotika med försiktighet. - Patienter med katatoni är medvetna om och kan återge händelseförlopp efteråt. - Viktigt med anhöriganamnes för utredning av händelseförlopp och bakomliggande sjd. -Vidare utredning görs utifrån sjukhistoria och undersökning, - Lorazepamtest.
-----------------------------	-------------------	-------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

BFCRS: Bush-Francis Catatonia Rating Scale; NCRS: Northoff Catatonia Rating Scale; DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; ICD: International Classification of Diseases; NMDAR: N-methyl-D-aspartate receptor; BAP: British Association for Psychopharmacology; ECT: elektrokonvulsiv terapi; BDZ: benzodiazepines; CGI: Clinical Global Impression. I tabellen används benämningen samordnade rehabinsatser vilket kan jämföras med multidisciplinär handläggning.

Studiedesign och population

De inkluderade studierna publicerades mellan 2021 och 2023. Samtliga studier beskriver och handlägger katatoni i en akut eller subakuta fas.

Två av studierna var riktlinjer där en riktade sig specifikt till allmänläkare. En artikel var en klinisk översiktsartikel med fokus på patofysiologi, diagnostik och behandling. En studie var en retrospektiv registerstudie i sjukhusmiljö som utforskade skillnader i hur akut sjuka patienter med katatoni svarade på behandling beroende på om orsaken bedömdes vara av psykiatrisk eller medicinsk genes. Slutligen inkluderades en fallstudie som utvärderade effekten av ECT vid anti-NMDAR encefalit. I fyra av studierna fanns patienter med både medicinsk och psykiatrisk genes.

Huvudresultat

Samtliga inkluderade studier lyfter vikten av samarbete mellan psykiatri och den somatiska vården. I den akuta och subakuta handläggningen framkommer inte i någon av studierna hur utfallet ser ut på längre sikt eller om behov av samordnade rehabiliteringsinsatser föreligger.

Genomgående finns en klinisk konsensus kring nyttan av första linjens behandling med Benzodiazepiner och ECT och för dessa behandlingar finns också starkast evidens. Inkluderade artiklar visar dock att det finns luckor i den existerande forskningen bland annat kopplat till behandling.

Alla ingående studier beskriver katatoni som ett heterogent neuropsykiatriskt symptomkomplex med både psykiatrisk och somatisk etiologi.

Kliniska aspekter

Rekommendationer från riktlinjerna kopplade till diagnostik och behandling har resulterat i stöd vid handläggningen av patienterna men det finns ett behov av att harmonisera definitioner och stärka evidensen för behandlingsalternativ med kliniska studier (4). Historiskt pekar epidemiologiska trender åt olika håll, där vissa talar om en sjunkande incidens sedan introduktionen av 1:a generationens antipsykotiska behandling, samtidigt har senare reviewartiklar pekat på ökad incidens mellan 2010-2016 (4).

Två studier understryker vikten av att vårdpersonal bemöter och kommunicerar med patienter med katatoni som att de förstår det som sägs, vilket framkommit vid intervjuer med patienter när symptomen gått i regress(4,19).

Behandling

Genomgående finns en bred klinisk konsensus kring nyttan av första linjens behandling med Bzd och ECT och för dessa behandlingar finns

också starkast evidens. Vid behandling med Bzd svarade mellan 66-100% av patienterna. Vid behandling med ECT svarade mellan 59-100% (4).

I studien av Edinoff et al (1) som baserades på 12 kliniska studier som publicerats mellan 1995-2016 var endast en av dessa riktad mot behandling som mötte inklusionskriterier i denna studie. Den visade att benzodiazepinerna lorazepam och oxaxepam, minskade psykomotorisk förlångsamning och minskade katatona symptom hos 19 av 21 patienter. De två patienter som inte svarade på behandlingen diagnostiserades senare med Parkinsons sjukdom. Rogers et al. (4) beskriver att det i studier i Asiatiska länder rapporterats lägre respons på behandling med bzd av oklar orsak, 0-100%, jmf med 66-100% i västerländska studier. Det spekuleras bland annat kring om den minskade effekten av behandling kunde vara relaterat till bristande förvaringsmöjligheter av läkemedel och klimat.

I en fallstudie beskriver Olaleye et al. (20) förloppet där en ung, tidigare frisk, kvinna med katatoni efter ett långt vårdförlopp där första linjens behandling inte haft effekt, diagnostiserades med anti-NMDAR encefalit. Patienten förbättrades först efter initierade ECT behandlingar (20). I samma studie anses att ECT behandling vid anti-NMDAR encefalit bör övervägas som standardbehandlingen och motiverar detta med ett ökat antal andra positiva fallrapporter.

Fyra av de fem artiklarna (1,4,18,19) poängterar vikten av tidigt insatt behandling för förbättrat utfall och en anger kort sjukdomsduration som en prediktor för positivt utfall. Tre av studierna (1,4,19) förespråkade försiktighet vid behandling med dopaminantagonister framför allt första generationens antipsykotika med bakgrund av risk för biverkningar såsom NMS eller försämring av katatona symptom. En studie där man gav behandling med både benzodiazepiner och ECT visade förutom tidigare angivna svar på behandling en icke signifikant trend talande för att full symptomregress vid behandling med ECT jämfört med Bzd i hela gruppen (18). Dessutom visade samma studie att en icke signifikant övervikt av att patienter med psykiatrisk genes jämfört med medicinsk, förbättrades av behandling med lorazepam. I BAPs riktlinjer (4) redogörs för fyra reviewartiklar utförda mellan 2017-2021 som utvärderade pre-post ECT-utfallet med kvantitativa utfallsmått på symptomregress, dels enligt *Clinical Global Impression scale* (CGI), dels Buch-Francis skalan (BFCRS) på mellan 40-82% respektive respons på behandling mellan 83-90%.

Tre av studierna (1,4,19) betonar vikten av att behandlingen inkluderar såväl de katatona symptom, underliggande orsak och de komplikationer som kan tillstöta. I många fall krävs en kombination av behandling riktad mot både symptom och bakomliggande orsak för att uppnå effekt.

Behandling av bakomliggande sjukdom riktar sig mot respektive grundorsak. Försiktighet och noggrann diagnostik behöver beaktas vid avsteg från första linjes behandlingsrekommendationer i synnerhet bör antipsykotisk behandling undvikas om det inte föreligger en underliggande psykossjukdom.

Andra och tredje linjens behandling

I BAP:s riktlinjer (4) beskrivs alternativa behandlingar. Dessa inkluderar NMDAR antagonister där fallstudier rapporterat positiv effekt av behandlingen med amantadin och memantin hos patienter med katatoni av varierande etiologi.

Positiv dopaminmodulering anses ha en gynnsam påverkan på motivation och motorik. Däremot råder delade meningar kring användning av dopaminantagonister, framför allt första generationens antipsykotika, då de i vissa studier kunnat inducera katatoni och trigga malignt neuroleptikasyndrom (NMS). Vissa studier har dock visat positiva effekter ffa inom gruppen som har underliggande psykossjukdom.

Antiepileptika såsom karbamazepin, valproat och topiramid har använts i fallstudier men behandlingsförsök görs endast om annan behandling inte haft någon effekt.

rTMS är en transkraniell magnetisk stimulering som har fördelen mot ECT att patienten inte behöver sövas. Två systematiska reviewartiklar (1,4) har visat positiva resultat och få biverkningar.

Rehabilitering

En av studierna (4) nämner förekomst av kunskapsluckor i den multidisciplinära handläggning, men refererar då till en reviewartikel som studerat behovet av riktlinjer för en multidisciplinär diagnostisk strategi för identifiering av katatoni hos barn.

Diskussion

Syftet med denna litteraturöversikt var att kartlägga det nuvarande kunskapsläget kring behandling och rehabilitering av katatoni hos patienter med förvärvad hjärnskada eller encefalit i kontexten rehabiliteringsmedicin.

Det viktigaste fyndet i litteraturöversikten var att rehabilitering av patientgruppen inte omnämns, ur ett rehabiliteringsmedicinskt

perspektiv, efter de akuta eller subakuta insatserna. Det framgår inte hur eller varför det förhåller sig så, möjligen förbises patientgruppen relaterat till oklarheter kring vem som har ansvar för patienterna.

Däremot råder det bred klinisk konsensus kring första linjens behandling med benzodiazipiner och ECT, samtidigt och i kontrast till detta uppges i BAP's riktlinjer att den vetenskapliga evidensen för moderna behandlingsalternativ är svag (19). Kliniska studier har gjorts men det finns behov av både större studier och studier av högre kvalitet då tidigare studier bland annat saknat standardiserade utfallsmått och kontrollgrupper.

Sannolikt bidrar den etiologiska komplexiteten till det bristande evidensläget, liksom metodologiska svårigheter, såsom begränsad tillgång till vissa behandlingar, svårigheten att genomföra sham-behandlingar vid ECT samt bristen på enhetliga diagnostiska instrument (1,4,19).

Denna scoping review visar vidare att det nuvarande kunskapsläget gällande katatoni beskriver tillståndet som ett symptomkomplex som yttrar sig med psykomotoriska nedsättningar som har en heterogen etiologi med antingen psykiatrisk eller somatisk genes, något som gör att gränsdragningen mellan psykiatri och somatik suddas ut och det blir svårt att skilja de bakomliggande orsakerna åt (4,8). Detta kan i sin tur leda till fördröjning i diagnostik och insatt behandling vilket framhålls som viktigt för att minska både morbiditet och mortalitet (4). Detta understryker behovet av ökad samordning och ett tydligare multidisciplinärt ansvar genom hela vårdförloppet, inklusive rehabiliteringsfasen.

Anekdotiska fallbeskrivningar av enskilda rehabiliteringsmedicinska insatser förekommer men utan multidisciplinär samordning, en bild som överensstämmer med både inkluderade studier och angränsande forskning (1,4,10,18,19). En fallstudie (21) beskriver exempelvis en positiv effekt av fysioterapeutiska insatser i form av mobilisering i säng och stå-träning hos ett barn med katatoni med rekommendation till fortsatta fysioterapeutiska insatser efter utskrivning. Någon ytterligare information framgår inte då texten inte går att tillgå i fulltext. Andra fallbeskrivningar förekommer men saknar också diskussion kring uppföljning efter akuta och subakuta insatser avslutats (4). Frånvaron av ett rehabiliteringsmedicinskt perspektiv som tar hänsyn till det långsiktiga utfallet och behovet av eventuella rehabiliteringsinsatser är något som överensstämmer med bilden i både inkluderade studier och lästa reviewartiklar (1,4,10,18,19,20).

Sammanfattningsvis är en styrka med denna litteraturöversikt att den belyser behovet av en ökad samordning av behandlande och rehabiliterande insatser under hela sjukdomsförloppet, vilket delvis bekräftas i BAP:s riktlinjer (4). En av svagheterorna med litteraturöversikten

var att det var svårt att begränsa sökningen och samtidigt få en tillräckligt bred relevant frågeställning. En bidragande orsak till svårigheten att få en bra överblick av området är den stora etiologiska variationen samt att orsaken till sjukdomen till stora delar är oklar. Detta kan ha resulterat i att relevanta studier inom området kan ha missats. I framtida litteraturöversikter kan försök göras ändra sökorden till att inkludera ett bredare urval för att i ett senare skede exkludera studier utifrån vald forskningsfråga.

Styrkan i inkluderade artiklar är att de påvisar luckor i den existerande forskningen, bland annat kopplat till evidensbaserad behandling där det finns ett tydligt behov av ett mer robust vetenskapligt stöd, vilket också framkommer i flera reviewartiklar (4,10,19). En generell svaghet som framkommer i reviewartiklarna är den låga evidensgraden, både gällande validitet och reliabilitet, som bedöms vara kopplat bristande evidens i underliggande studier. Detta har negativ inverkan på generaliserbarheten gällande val av bland annat behandling, vilket också diskuteras i fyra artiklar (1,4, 18,19). Samtidigt som luckor åskådliggörs, erbjuds mer handfasta rekommendationer som utgångspunkt för vidare forskning.

Fördjupad kunskap genom vidare studier kan sannolikt resultera i förkortad konvalescens och förbättrat utfallet med minskat lidande för både patient och anhöriga samt förbättra vården av patienterna.

Konklusion

Sammanfattningsvis visar denna litteraturöversikt att katatoni i samband med hjärnskada eller encefalit är ett komplext och heterogent tillstånd som ställer betydande krav på klinisk handläggning och behandling där det saknas studier kring långsiktigt utfall och rehabilitering.

Resultaten indikerar ett tydligt behov av fördjupad kunskap med relevans för såväl somatisk som psykiatrisk akut- och subakut sjukvård. Det framkommer ett behov av ökad harmonisering och samordning av insatser, med ett stärkt multidisciplinärt perspektiv genom hela sjukdomsförloppet.

Slutligen understryks vikten av mer robust evidens från kliniska studier och RCT:er för att optimera handläggning och behandling och därigenom minska risken för morbiditet och mortalitet i denna patientgrupp.

Referenslista

1. Edinoff AN, Kaufman SE, Hollier JW, Virgen CG, Karam CA, Malone GW, m.fl. Catatonia: Clinical Overview of the Diagnosis, Treatment, and Clinical Challenges. *Neurol Int.* 08 november 2021;13(4):570–86. doi:10.3390/neurolint13040057 PubMed PMID: 34842777; PubMed Central PMCID: PMC8628989.
2. Johan Bengtsson. ABC om Akut katatoni. *Läkartidningen* [Internet]. 25 mars 2020 [citerad 08 april 2026]. Tillgänglig vid: <https://lakartidningen.se/vetenskap/abc-om-akut-katatoni/>
3. Gazdag G, Takács R, Ungvari GS. Catatonia as a putative nosological entity: A historical sketch. *World J Psychiatry.* 22 september 2017;7(3):177–83. doi:10.5498/wjp.v7.i3.177 PubMed PMID: 29043155; PubMed Central PMCID: PMC5632602.
4. Rogers JP, Oldham MA, Fricchione G, Northoff G, Ellen Wilson J, Mann SC, m.fl. Evidence-based consensus guidelines for the management of catatonia: Recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *J Psychopharmacol.* april 2023;37(4):327–69. doi:10.1177/02698811231158232 PubMed PMID: 37039129; PubMed Central PMCID: PMC10101189.
5. Rogers JP, Wilson JE, Oldham MA. Catatonia in ICD-11. *BMC Psychiatry.* 18 april 2025;25:405. doi:10.1186/s12888-025-06857-6 PubMed PMID: 40251508; PubMed Central PMCID: PMC12008857.
6. Carroll BT. Kahlbaum's catatonia revisited. *Psychiatry Clin Neurosci.* oktober 2001;55(5):431–6. doi:10.1046/j.1440-1819.2001.00887.x
7. Catatonia Under-Diagnosis in the General Hospital [Internet]. [citerad 24 april 2026]. Tillgänglig vid: <https://psychiatryonline.org/doi/epdf/10.1176/appi.neuropsych.17060123> doi:10.1176/appi.neuropsych.17060123
8. Oldham JRW Daniel D Maeng, Andrew Francis, Mark A. Prevalent Gaps in Understanding the Features of Catatonia Among Psychiatrists, Psychiatry Trainees, and Medical Students. *Psychiatrist.com* [Internet]. 17 augusti 2021 [citerad 04 maj 2026]. Tillgänglig vid: <https://www.psychiatrist.com/jcp/prevalent-gaps-understanding-features-catatonia-among-psychiatrists-psychiatry-trainees-medical-students/>

9. The Probability That Catatonia in the Hospital has a Medical Cause and the Relative Proportions of Its Causes: A Systematic Review - ClinicalKey [Internet]. [citerad 08 april 2026]. Tillgänglig vid: <https://www.clinicalkey.com/#!/content/playContent/1-s2.0-S0033318218301828?returnurl=https:%2F%2Flinkinghub.elsevier.com%2Fretrieve%2Fpii%2FS0033318218301828%3Fshowall%3Dtrue&referrer=https:%2F%2Fpubmed.ncbi.nlm.nih.gov%2F>
10. Lenka A, Perera VM, Espay AJ, Pontone GM, Okun MS. Gaps and Controversies in Catatonia as a Movement Disorder. *Movement Disorders*. 2024;39(10):1716–28. doi:10.1002/mds.29906
11. Rogers JP, Pollak TA, Begum N, Griffin A, Carter B, Pritchard M, m.fl. Catatonia: demographic, clinical and laboratory associations. *Psychol Med*. april 2023;53(6):2492–502. doi:10.1017/S0033291721004402
12. Serra-Mestres J, Jaimes-Albornoz W. Recognizing Catatonia in Medically Hospitalized Older Adults: Why It Matters. *Geriatrics (Basel)*. 29 juni 2018;3(3):37. doi:10.3390/geriatrics3030037 PubMed PMID: 31011075; PubMed Central PMCID: PMC6319219.
13. Solmi M, Pigato GG, Roiter B, Guaglianone A, Martini L, Fornaro M, m.fl. Prevalence of Catatonia and Its Moderators in Clinical Samples: Results from a Meta-analysis and Meta-regression Analysis. *Schizophr Bull*. augusti 2018;44(5):1133–50. doi:10.1093/schbul/sbx157 PubMed PMID: 29140521; PubMed Central PMCID: PMC6101628.
14. Rehabiliteringsmetodik - Jan Lexell, Marcelo Rivano Fischer - häftad (9789144111278) | Adlibris Bokhandel [Internet]. [citerad 04 maj 2026]. Tillgänglig vid: <https://www.adlibris.com/sv/bok/rehabiliteringsmetodik-9789144111278>
15. Nyrenius J, Zander E, Ghaziuddin M, Ghaziuddin N. Co-occurrence of Autism, Psychosis and Catatonia: A Scoping Review. *J Autism Dev Disord*. 23 oktober 2025. doi:10.1007/s10803-025-07086-2
16. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*. februari 2005;8(1):19–32. doi:10.1080/1364557032000119616
17. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation [Internet]. [citerad 04 maj 2026]. Tillgänglig vid: <https://www.acpjournals.org/doi/epdf/10.7326/M18-0850> doi:10.7326/M18-0850

18. Espi Forcen F, Respino M, Eloge J, Baldwin M, Burns K, Patron V, m.fl. Catatonia in the medically ill: Differences and parallels in etiology, phenomenology and management. *Int J Psychiatry Med.* januari 2022;57(1):80–8. doi:10.1177/0091217421994078 PubMed PMID: 33567935.
19. Rogers JP, Zandi MS, David AS. The diagnosis and treatment of catatonia. *Clin Med (Lond).* maj 2023;23(3):242–5. doi:10.7861/clinmed.2023-0113 PubMed PMID: 37236789; PubMed Central PMCID: PMC11046566.
20. Olaleye KT, Oladunjoye AO, Otuada D, Anugwom GO, Basiru TO, Udeogu JE, m.fl. The Effectiveness of Electroconvulsive Therapy on Catatonia in a Case of Anti-N-Methyl-D-Aspartate (Anti-NMDA) Receptor Encephalitis. *Cureus.* juni 2021;13(6):e15706. doi:10.7759/cureus.15706 PubMed PMID: 34277291; PubMed Central PMCID: PMC8285755.
21. Kennedy C, O’Shea R, De Ranieri D. Physical Therapy Interventions and Outcome Measures for a Patient Diagnosed with Anti-NMDA Receptor Encephalitis. *Pediatr Ann.* oktober 2021;50(10):e437–43. doi:10.3928/19382359-20210917-01 PubMed PMID: 34617842.