

KATATONİ İLE BAŞVURAN ERGEN OLGUDA TANI VE TEDAVİ

Esengül KAYAN*

ÖZET

Katatonî, düşünce, duygudurum ve vîjlansta değişikliklerin eşlik ettiği psikomotor regülasyon sorunudur. Mutizm, katalepsi, postür alma, mannerizm sık görülen klinik belirtiler arasındadır. Erişkinlerde daha sık görülebilen katatonî çocuk ve ergenlikte de farklı psikiyatrik, nörolojik ve tıbbi hastalıklarla ilişkili olarak oluşabilmektedir. Altta yatan patofizyolojik mekanizmaların hala tam anlaşılmamış olması ve tedavi yöntemleri ile ilgili uzlaşmazlıklar katatonîye olan ilgiyi arttırmaktadır. Bu yazıda katatonî ile çocuk psikiyatrisine başvuran bir ergen olgu üzerinden psikiyatrik tanılama ve tedavi süreci tartışılacaktır.

Anahtar Kelimeler: Atipik antipsikotikler, ergen, katatonî

SUMMARY: DIAGNOSIS AND TREATMENT OF AN ADOLESCENT WITH CATATONIA

Catatonia is a psychomotor dysregulation problem that occur in association with changes in thought, mood, and vigilance. Mutism, catalepsy, posturing and mannerism are among frequent signs of this phenomenon. Catatonia is more common in adults; though might also emerge in childhood and adolescence, associated with a wide variety of psychiatric, medical, neurological conditions. Underlying pathophysiological mechanisms yet to be defined, controversies over treatment regimen continue to this date, turning catatonia into a much intriguing subject. In this paper we presented a catatonic adolescent and aimed to discuss diagnostic and treatment procedures in catatonia.

Key Words: Catatonia, adolescence, atypical antipsychotics

GİRİŞ

Katatonî yazında ilk defa Karl Ludwig Kahlbaum tarafından 1874'te mani, depresyon, psikoz evreleri içeren ilerlemiş hastalıklarda görülen, çoğunlukla demansla sonuçlanan motor fonksiyon bozulmaları olarak tanımlanmıştır. Kahlbaum'dan sonra Kraepelin katatonîyi demansiya prekoks'un bir görünümü olarak ele almış, Bleuler tarafından da takip edilen kavramsal modelin etkisi ile katatonî DSM-IV'e kadar katatonik şizofreni başlığı ile şizofrenin bir alt grubu olarak sınırlı kalmıştır (Taylor ve Fink 2003). DSM-5'te diğer şizofreni alt grupları ile birlikte katatonik şizofreni alt grubu sınıflandırmadan kaldırıldı ve Katatonî "Başka Bir Ruhsal Bozukluęa Eşlik Eden Katatonî", "Başka Bir Tıbbi Duruma Bağlı Katatonî" ve "Belirlenmemiş Katatonî" olmak üzere üç başlık altında toplandı (APA 2013). Çok farklı klinik belirtilerle ortaya

çıkabilen katatoninin on iki belirtisi DSM-5'te yer aldı ve bu on iki belirtiden üç veya daha fazlasının varlığı tanı kriteri olarak belirlendi (DSM-5 katatonî belirtileri: Stupor, katalepsi, balmumu esnekliği, mutizm, negativizm, postür alma, mannerizm, basmakalıp davranışlar, ajitasyon, yüzünü buruşturma, ekolali ve ekopraksi). Nörogelişimsel bozukluklar, kısa psikotik atak, şizofreniform bozukluk, şizofreni, şizoafektif bozukluk ve duygudurum bozuklukları katatonî ile ilişkili psikiyatrik bozukluklar olarak bildirildi (APA 2013).

Katatonî ruhsal hastalıklar yanında çok farklı tıbbi hastalıklar, enfeksiyonlar, ilaçlarla da ilişkili olabilmektedir. Patofizyoloji henüz tam olarak anlaşılammış olup, tanımlanması, sınıflandırılması, tedavisi ile ilgili farklı görüşler vardır (Taylor ve

* Uzm. Dr., Çanakkale Devlet Hastanesi, Çanakkale

Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi : 23 (3) 2016

Fink 2003, Ungvari 2010, Van Den Eede 2005). Özellikle çocuk ve ergen psikiyatrisi alanında bu konuda yeterli klinik gözlem ve çalışma bulunmamaktadır. Bu yazıda katatoni belirtileri ile çocuk ve ergen psikiyatrisi polikliniğine başvuran ergen bir olgu üzerinden katatoni tanısı ve tedavisinin tartışılması amaçlanmaktadır.

OLGU SUNUMU

Klinik Başvuru

On altı yaşındaki erkek olgu, Çanakkale Devlet Hastanesi'ne istismar ya da travmaya maruz kalıp kalmadığının tıbbi olarak incelenmesini isteyen mahkeme yazısı ve polis eşliğinde geldi. Adli vaka olarak ele alınan ergenin ilk değerlendirilmesi bir gece önce acil biriminde çocuk cerrahisi uzmanı tarafından yapılmış, ergende fiili livatayı araştırmak için uygulanan anal muayenede ve genel muayenesinde vücudun herhangi bir yerinde darp ve zorlamayı düşündürecek bulgu saptanmamıştı. Muayene sırasında hastanın konuşmadığı, sözel komutlarla harekete geçmediği, ancak fiziksel yönlendirme ile direnç göstermeden istenilen her şeyi yaptığı, muayene sırasında doktora sürekli ve dik baktığı çocuk cerrahi uzmanı tarafından gözlemlenmiş, rutin kan ve idrar tetkiklerinde herhangi bir sorun veya madde saptanmayan hasta polikliniğimize yönlendirilmişti.

Aileden alınan öyküde bu sene okul değiştirdiği ve bir yurttan kalmaya başladığı, aileden ayrılana kadar herhangi bir şikayetin olmadığını, üç gün okula devam ettiği, bir kere telefonda ailesine takip edildiğini söylediği öğrenildi. Okula giderken bağırarak otobüsten inmek istediği, arkadaşlarına saçma gelen ve gerçekte olmayan şeyler gördüğüne dair konuştuğu arkadaşları tarafından ailesine anlatılmıştı. Üç gün sonra yurt çalışanlarının araması ile sorundan haberdar olup, çocuklarını tamamen bilinçsiz davranır, anlamsız sözler söyler, saçma ve aşırı hareketler yapar halde teslim almışlardı. Yurttan eve dönerken

yolda yine babasına takip edildiklerini söylemiş. Aile "bilinçsiz olma, konuşmama, aşırı hareket etme" olarak tarif ettikleri durumun çocuk psikiyatrisi muayenesine gelene kadar sürekli olarak devam ettiğini anlatmaktaydı. Evde hiç iletişim kurmadığı, nadiren konuşmakla birlikte anlamsız ve durumla ilgisiz şeyler söylediği, yemek yemediği, uyumadığı, uyuduğunda ise 2-3 saat aralıklarla sıçrayarak uyandığı, bazen cüzdanını cebine koymaya çalışma gibi tekrarlayan, saçma hareketler yaptığı öğrenildi. Şikayetleri başladıktan dört gün sonra sonra acil servise başvuran hastaya ailenin adını bilmediği sakinleştirici bir ilaç yapıp eve gönderilmişti. Takip eden günlerde dini hocalara gitmek, okutmak gibi çareler arayan aile şikayetlerin geçmemesi üzerine çocuklarına yurttan ilaç verildiğinden ve istismara uğradığından şüphelenerek adli değerlendirme talebinde bulunmuşlardı.

Özgeçmiş ve Sosyal Öykü

Hastamız ev hanımı anne ve emekli babanın dört çocuğundan en küçüğü idi. Doğum ve gelişimsel öyküsünde herhangi bir sorun belirtilmedi. Ailenin verdiği bilgiye göre şimdiye kadar belirgin ruhsal sorun yaşamayan, arkadaşları tarafından çok sevilen, okul ve aile ortamında duygusal ya da davranışsal sorun sergilemeyen, uyumlu, mutlu bir çocuktur. İlkokul ve ortaokul döneminde okulda akademik sorun yaşamamıştı ancak geçen sene sınıfta kalmıştı. Yaz döneminde bir otelde tam zamanlı çalıştığı ve bu nedenle aileden ayrı kaldığı, aşçı olmak istediği için bu meslekle ilgili bir liseye kendi isteği ile geçtiği ve farklı ilçede olan okula daha kolay ulaşabilmesi için yurda yerleştirildiği öyküsü alındı. Ergenin özgeçmişinde bilinen madde kullanımı ya da başka tıbbi hastalık yoktu. Soygeçmişinde özellik saptanmadı.

Psikiyatrik Muayene

Poliklinik odasına ağabeyi ve annesi eşliğinde giren, 1.80 boylarında, fiziksel gelişimi yaşına

uygun ve sağlıklı görünen hastanın, yürüme, yönelme, oturma gibi eylemleri kendi isteği ve planı ile değil, aile bireylerinin fiziksel yönlendirmesi ile yaptığı gözlemlendi. Görüşme boyunca sırt ve boynu dik olacak şekilde oturdu, sabit postürde kaldı. Sol üst ekstremitenin dirsek, bilek ve tüm parmak eklemleri 45-90 derece arası bir açıyla fleksiyondaydı ve kolunu tuhaf, işlevsiz, sabit bir şekilde öne doğru uzatmıştı. Sağ elinde sıkıca tuttuğu bir poşetin içine birkaç dakika aralıklarla tükürüyordu. Sürekli, dik ve anlamsız bir şekilde göz teması kurmakla birlikte, sözel veya sözel olmayan herhangi bir işaret kullanmıyor, sorulara yanıt vermiyor, iletişim kurmuyordu. Diğer taraftan odada konuşulanları dinliyor gibi gözükmekteydi, abisi konuşurken başını hafifçe ona çevirip, abinin anlattıklarına onay verdiği izlenimine sebep olan bir baş sallama hareketi yapıyordu; ancak baş sallama hareketleri sırasında göz teması ya da başka bir etkileşim yoktu. Kas muayenesinde rijidite ya da dişli çark bulgusu saptanmadı, kaslarında dışarıdan müdahale ile hareket ettirilmeye direnç yoktu ancak kendi haline bırakıldığında eski konumuna tekrar dönüyordu. Hasta ilk başvurusunda hiç iletişim kurmadığı için ruhsal durum muayenesi tamamlanamadı.

Klinik İzlem

Ani ve gürültülü başlayan bu tabloda kapsamlı tıbbi değerlendirilme yapılması amacı ile hasta nöroloji kliniğine yönlendirildi. Nörolojik muayene, biyokimyasal değerlendirmeler, beyin görüntüleme tetkikleri ve elektroensefalografi (EEG) sonucu normal olarak değerlendirildi. Hastaya katatoni ön tanısı ile olanzapin başlanarak dozu 20 mg/gün'e dek artırıldı. İlaçlarını düzenli kullanan hastanın, ilaçtan sonra uyumaya ve yemeye başladığı, şikayetlerinin oldukça yatıştığı öğrenildi. Olanzapin başlangıcının üçüncü gününde yapılan muayenesinde herhangi bir psikomotor belirti gözlenmedi. Yer, zaman ve kişi oryantasyonu normal olan hasta, sözel iletişim kurmakta ve yaşından beklenen şekilde konuşmayı sürdürebilmekteydi. Uyumlu ve

işbirliği içinde davranmakta, sorulara yanıt vermekteydi ancak spontan konuşmanın oldukça az olduğu, duygulanımının ise çoğunlukla künt olmakla birlikte bazen hızlıca değiştiği, konuşma içeriği ile uygunsuz şekilde hastanın birkaç saniye gülümsediği gözlemlendi. Onu ailesine zarar vermekle tehdit eden sesler duyduğunu, bazen koyduğu nesnelerin yerinin değiştiğini gördüğünü belirtti. Şikayetlerinin öncesinde ya da sırasında ailenin şüphelendiği gibi bir istismar ya da travmatik olay anlatmadı. Spontan konuşmayan, kapalı uçlu sorulara kısa cevaplar veren ergenin düşünce içeriğinin fakirleşmiş olduğu görüldü. Çağrışımlarında gevşeme yoktu, konuşma süreci doğaldı. Ruhsal durum muayenesinde saptanan işitsel ve görsel varsanılar, labil duygulanım varlığı nedeniyle antipsikotik tedaviye devam edildi. Hızlı bir şekilde katatoninin ortadan kalması, hastanın genel durumunun belirgin şekilde düzelmeye başlaması nedeniyle olguda olanzapin tedavisine iyi yanıt alındığı düşünüldü ve 20 mg/gün oral olanzapin tedavisi ile ayaktan takibe devam edildi. İlaç tedavisinin dokuzuncu günü gerçekleşen üçüncü görüşmede hastanın iyilik halinin daha da arttığı, duygulanımın canlı ve uygun hale geldiği, tedavi uyumunun devam ettiği gözlemlendi. Kendisi ile ilgili yorum yapan sesleri zaman zaman duymaya devam ettiğini, bazen birkaç saniye sonra olacak olayları önceden bildiğini, bunun da kendisini özel hissettirdiğini anlattı. Bu şikayetini onu rahatsız eden tuhaf bir his olarak belirtmekteydi. Takip edilme şüpheleri geçmişti, başka sanrı belirtmedi. Okuluna devam etmiyordu ama gün içinde arkadaşları ile buluşuyor, onlarla gezmek, sohbet etmek, spor yapmak gibi aktiviteleri arkadaşlarının isteği ile yapabiliyordu. Ancak sosyal ortamlarda özellikle karşı cinsten arkadaşlarının varlığında eksik ve tuhaf hissettiğinden yakınıyordu. Görüşme ve projektif testler sonucunda ergenin aşçı olma arzusunun oldukça fazla olduğu, bu arzuya, yeni başladığı bu okulu başarısız olarak kaybetme kaygısının eşlik ettiği anlaşıldı. İki hafta aralıklarla poliklinik takibi devam etti. Takip süresince katatoni tekrarlamadı. Tedavinin dördüncü haftasında olacakları birkaç dakika

önce hissedebilme ve özel hissetme şikayetlerinin devam ettiğini söylemesi üzerine olanzapin 30 mg/gün dozuna çıkıldı. Ancak 30 mg/gün ile aşırı halsizlik, kusma şikayeti oldu ve doz tekrar 20 mg/gün'e indirildi. 20 mg/gün olanzapin tedavisi ile altı haftadır takibimizde olup yapılan son görüşmesinde varsanı ve algı bozukluğu ile ilgili şikayet belirtmedi. Ancak hastalığın işlevsellik üzerine etkileri devam etmektedir. Okula gitmeyi bir gün denemiş, dikkat ve konsantrasyon sorunları nedeniyle dersi takip edememişti. Ergende okula devam etme isteği ile birlikte başarısız olma kaygısı da yoğun olarak sürüyordu. Keyifsizlik, eskiden olduğu gibi neşeli olamama, insanların değişik olduğunu hissetme, baş ve bacak ağrıları gibi şikayetler klinik tabloya hakim olmaya başlamaktadır. Klinik izlemi devam etmektedir.

TARTIŞMA

Olgu çocuk psikiyatrisi polikliniğine ilk başvurusu sırasında mutizm, postur alma, mannerizm belirtilerinin varlığı ile DSM-5 katatoni tanı kriterlerini karşılamaktaydı. Ayrıca hastamızda belirgin şekilde görülen otomatik itaat etme, dik bakma yine en sık görülen klasik katatoni belirtileri arasında belirtilmektedir (Cohen ve ark. 2005, Taylor ve Fink 2003). Bazı araştırmacılar katatoni hastalarını yavaşlamış (retarded) ve uyarılmış (excited) tipler olarak iki gruba ayırmaya çalışmış; ancak belirtilerin herhangi bir gruba özgünlük göstermediğini ve aynı hastada hem yavaşlamış hem uyarılmış formunun ardışık bir şekilde sergilenebildiğini görmüşlerdir (Morrison 1973). Katotoni tanısı için DSM-5 herhangi bir süre şartı getirmemekle birlikte bazı araştırmacılar katatoni ölçeklerinde 24 saat sınırını kullanmaktadır (Taylor ve Fink 2003). Olguyu gece acilde muayene eden çocuk cerrahi uzmanının tarif ettiği postürü aynen korumaktaydı. Aileden alınan bilgiler ışığında ne zaman başladığı kestirilememekle birlikte önce aşırı uyarılmış, son 24 saattir ise retarde katatonik belirtiler ağırlıklı katatoni tablosu düşünülmüştür.

Psikiyatrik bozukluklar dışında endokrin bozukluklar, viral ve bakteriyel enfeksiyonlar, elektrolit dengesizliği, epilepsi, ön beyin bölge inmeleri ve beyin travmatik hasarı, dozlarodenzodiazepin, L-dopa, gabapentin yoksunluğu ve LSD, PCP, kokain, ekstazi, disülfram, levetirasetam aşırı dozu gibi birçok tıbbi durum katatoniye neden olabilmektedir (Weder ve ark. 2008). Bu nedenle olguda önce katatoniye neden olabilecek tıbbi hastalıklar dışlanmaya çalışılmış, fizik muayenesinde, kan tetkiklerinde, beyin görüntülemesinde, EEG'sinde patolojik bulgu saptanmamış, idrarında madde tespiti edilmemiştir.

Katatoni görülme sıklığı ve ilişkili olduğu hastalıkların oranı yaş dönemlerine göre farklılık göstermektedir. Çocuklarda katatoni araştırmaları daha azdır. Erişkinlerde olduğu gibi çocuklarda da psikotik bozukluklar, duygudurum bozuklukları katatoni ile ilişkili olup, çocuk grup için yaygın gelişimsel bozukluklar mutlaka akılda tutulması gereken sık ve önemli bir etkidir. Ayrıca şiddetli ruhsal travmalardan sonra katatoni tablosunun gelişebildiği bildirilmiştir (Dhossche ve ark. 2013). Olguda aileden alınan bilgiler tam güvenilir olmamakla birlikte öyküde yaygın gelişimsel bozukluğu ve duygudurum bozukluğunu düşündürecek özellik saptanmamıştır. Şikayetler psikozun pozitif ve negatif belirtileri olarak değerlendirilmiş, altı haftadır takibimizde olan ergen için şizofreniform bozukluk geçici tanısı düşünülmüştür.

Katatoni tedavisi ile ilgili bilimsel görüş ayrılıkları vardır. Katatoni tedavisinde benzodiazepinler ve elektrokonvulsif terapi (EKT) etkili ve güvenli tedavi yöntemleri olarak bilinmekte, birçok araştırmacı tarafından öncelikli seçenekler olarak düşünülmektedir (Consoli ve ark. 2010, Rosebush ve Mazurek 2009). Tipik antipsikotik ajanların katatoni semptomlarını kötüleştirdiğini ve katatoninin nöroleptik malign sendrom (NMS) gelişme riskini arttırdığını gören araştırmacılar katatonide tipik antipsikotiklerin kullanımından kaçınılmasını önermektedir. Geliştirilen tedavi algoritmalarında katatoni gelişmesi durumun-

da hastanın varsa mevcut tipik antipsikotiğinin kesilmesi önerilir (Van Den Eede 2005). Ekstrapiramidal yan etkileri oldukça az olan atipik antipsikotikler, tipik antipsikotiklerin aksine katatonik semptomlarının düzelmesini sağlamaktadır. Yazında atipik antipsikotik kullanımı ile şizofreninin katatonik benzeri bulgularında belirgin iyileşme olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (Martényi ve ark. 2000; Peralta ve ark. 2010). Benzodiazepin ve EKT tedavisine yanıt alınmayan ciddi katatonik olgularında başta olanzapin olmak üzere atipik antipsikotik kullanımı ile etkin kontrol bildiren olgu paylaşımları dikkat çekmektedir (Cassidy ve ark. 2001, Babington ve Spiegel 2007; Guzman ve ark. 2007, Nicolato ve ark. 2006). Olgumuzda da katatonik tedavisinde olanzapin kullanılmış olup, izlemde hastanın bu tedaviden yarar gördüğü saptanmıştır.

Diğer taraftan katatonide atipik antipsikotik kullanımı sonrasında gelişen NMS ile ilgili yayınlar atipik antipsikotik kullanımından kaçınmaya neden olmaktadır. Katatonide atipik antipsikotik kullanımının riskli olduğu inancı yaygın kabul görmekte ve katatonik tedavi algoritmalarına dahil edilmelerini önlemektedir. Oysa bu konudaki risk belirten araştırmalar retrospektif çalışmalar ve olgu sunumlarıyla sınırlı kalmıştır, elimizde bu ajanların kullanımının gerçek riski ile ilgili yeterli bilimsel kanıt bulunmamaktadır. Atipik antipsikotiklerin katatonik tedavisindeki yeri, üzerinde çalışılması gereken önemli bir alandır (Van Den Eede 2005). Katatonik tedaviye dair bilimsel tartışmalar sürmekle birlikte, çocuk ve ergen hastalarda katatonik klinik görünüşü, tıbbi ve psikiyatrik hastalıklarla ilişkisi, tanı ve tedavi süreçlerine dair bilgilerimiz oldukça sınırlıdır. Bu alanda yapılacak klinik gözlem, izlem, olgu sunumları ve araştırmalar katatoninin aydınlatılmasında önemli rol oynayacaktır.

KAYNAKLAR

Amerikan Psikiyatri Birliği (2013) *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabından* (çev. Köroğlu E) He-

kimler Yayın Birliği, Ankara, 2013.

Babington PWS, Piegel DR (2007) *Treatment of catatonia with olanzapine and amantadine. Psychosomatics* 48:534-536.

Cassidy EM, O'Brien M, Osman MF ve ark. (2001) *Lethal catatonia responding to high-dose olanzapine therapy. Journal of Psychopharmacology* 15:302-304.

Cohen D, Nicolas JD, Flament MF ve ark. (2005) *Clinical relevance of chronic catatonic schizophrenia in children and adolescents: evidence from a prospective naturalistic study. Schizophrenia Research* 76:301-308.

Consoli A, Benmiloud M, Wachtel L ve ark. (2010) *Electroconvulsive therapy in adolescents with the catatonia syndrome: efficacy and ethics. The Journal of ECT* 26:259-265.

Dhossche D, Wachtel LE, Shorter E ve ark. (2013) *Pediatric catatonia: Updating an old syndrome in young people. Current Psychiatry Reviews* 9:120-129.

Guzman CS, Mi Myung V, Wang YP (2008) *Treatment of periodic catatonia with olanzapine: a case report. Psychiatry and Clinical Neurosciences* 62:371-486.

Martényi F, Metcalfe S, Schausberger B ve ark. (2000) *Anefficacy analysis of olanzapine treatment data in schizophrenia patients with catatonic signs and symptoms. The Journal of Clinical Psychiatry* 62:25-27.

Morrison JR (1973) *Catatonia: retarded and excited types. Archives of General Psychiatry* 28:39-41.

Nicolato R, Romano-Silva MA, Correa H ve ark. (2006) *Stuporous catatonia in an elderly bipolar patient: response to olanzapine. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 40:498.

Peralta V, Campos MS, de Jalon EG ve ark. (2010) *DSM-IV catatonia signs and criteria in first-episode, drug-naïve, psychotic patients: psychometric validity and response to antipsychotic medication. Schizophrenia research* 118:168-175.

Rosebush PI ve Mazurek MF (2010) *Catatonia and its treatment. Schizophrenia Bulletin* 36:239-242.

KAYAN

Ungvari GS, Caroff SN, Gerevich J (2010) The catatonia conundrum: evidence of psychomotor phenomena as a symptom dimension in psychotic disorders. *Schizophrenia Bulletin* 36:231-238.

Taylor MA ve Fink M (2003) Catatonia in psychiatric classification: a home of its own. *American Journal of Psychiatry* 160:1233-1241.

Van Den Eede F, Van Hecke J, Van Dalfsen A ve ark. (2005). The use of atypical antipsychotics in the treatment of catatonia. *European Psychiatry* 20:422-429.

Weder ND, Muralee S, Penland H ve ark. (2008) Catatonia: a review. *Ann Clin Psychiatry*, 20:97-107.