

# ERGENLİK DÖNEMİNDE KATATONİ İLE GİDEN PSİKOTİK BULGULU DEPRESYON OLGUSU

Burcu ATAR\*, Ömer KARDAŞ\*, Nazlı Burcu ÖZBARAN\*\*  
Sezen KÖSE\*\*, Tezan BİLDİK\*\*\*

## ÖZET

Katatonik ilk defa Kahlbaum tarafından tanımlanmıştır. Önceleri sadece şizofreninin alt tipi olarak görülse de daha sonra başta duygudurum bozuklukları olmak üzere diğer psikiyatrik bozukluklarda da görüldüğü saptanmıştır. Bunun dışında genel tıbbi durumlara bağlı olarak (endokrin bozukluklar, elektrolit dengesizlikleri, nörolojik hastalıklar, renal ve hepatik disfonksiyon, enfeksiyonlar vb.) katatonik görüldüğü belirtilmiştir. DSM-5 tanı ölçütlerinde şizofreni ile ilişkili bozukluklar içinde yer almaktadır. Katatoninin etiyojisi tam olarak açıklanamamış değildir. Primer inhibitör nörotransmitter olarak görev yapan kortikal gama-aminobütirik asitin (GABA) yetersizliğine bağlı olarak meydana gelen bazal gangliyon modülasyon bozukluğunun, katatoninin motor belirtilerini açıklayabileceği düşünülmektedir. Bu olguda depresif bulgular sonrasında, akut başlayan katatonik tablosu anlatılmaya çalışılmıştır. Bizim olgumuzda önce genel tıbbi durumlara ve diğer psikiyatrik rahatsızlıklara yönelik ayırıcı tanı yapılmış sonra tedavisi düzenlenmiştir. Benzodiazepin tedavisi sonrası katatonik bulguları gerileyen hastanın yapılan değerlendirme sonucunda depresyon zemininde gelişen bir katatonik olduğu görülmüş, hastanın katatonisine ve depresyonuna yönelik tedavisi yapılmıştır. Katatonik bozukluğa yönelik lorazepam, depresyona yönelik önce fluoksetin tedavisi başlanmış olup daha sonra aripiprazol eklenmiştir. Sonuç olarak adolesan çağında da katatonik görülebileceği unutulmamalıdır ve özellikle ayırıcı tanı açısından göz önünde bulundurulmalıdır.

**Anahtar sözcükler:** Katatonik, depresyon, ergenlik

## SUMMARY: CATATONIA IN ADOLESCENCE DEPRESSION WITH PSYCHOTIC FEATURES OUTGOING CASE

Catatonia was first described by Kahlbaum. Previously catatonia was associated with psychiatric conditions such as schizophrenia (catatonic type), later on it was recognized in mood disorder and other mental disorders. Catatonia can also occur due to general medication conditions (endocrine disorders, electrolyte imbalances, neurological disorders, renal and hepatic dysfunction, and infections). Catatonia is categorized in schizophrenia and related disorders in DSM-5. Etiology of catatonia is not well explained. It is suggested that catatonic symptoms are based on insufficiency of GABA (primary inhibitory neurotransmitter) in basal ganglia area. In this case report we will discuss acute onset of catatonia secondary to depressive symptoms. After differential diagnosis of catatonic symptoms with general medication conditions and other psychiatric diseases that can cause catatonia, we emerged out treatment on this case. The catatonic symptoms diminished with benzodiazepine treatment and we find out that catatonia was secondary to depression, and we added fluoxetine treatment for his depression, aripiprazole was also added in follow up period. In catatonia can be seen in adolescent period and we should keep in mind further by differential diagnosis of adolescents.

**Key words:** Catatonia, depression, puberty

## GİRİŞ

İlk defa Kahlbaum tarafından 1874'te tanımlanan katatonik (donakalım), kişinin belli bir durumda uzun süre kıpırdamadan kalması demektir. Katatonik; mutizm, hareketsizlik, stereotipik davranışlar, uyku bozukluğu ile birlikte giden motor disfonksiyon olarak tanımlanır (Huang ve ark. 2013). Başlangıç yaşı çoğunlukla 15-25 yaş arasındadır ve genellikle ani başlangıçlı bir bozukluktur. Hasta çoğunlukla dışarıdan yapılan

ilişki kurma girişimlerine tepkisiz kalır. Yemez, içmez, uyumaz, konuşmaz ve verilen emirlere uymaz (Öztürk 2011). Katatonik 20. yüzyıldan bu yana hep şizofreninin bir alt tipi olarak düşünülse de son yıllarda yapılan çalışmalara bakıldığında, duygudurum bozukluklarından özellikle manide görüldüğü saptanmıştır. Hatta Abrams ve Taylor'un çalışmalarında katatonik tanısı almış 55 hastanın %25'inde şizofreni, %66'sında duygudurum bozuklukları görüldüğü ve bunların büyük çoğunluğunu bipolar bozukluğun oluşturduğu görülmüştür. Bunun dışında genel tıbbi durumlara bağlı olarak (endokrin bozukluklar,

\* Arş. Gör., Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi AD., İzmir.

\*\* Doç.Dr., Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi AD., İzmir.

\*\*\* Prof.Dr., Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi AD., İzmir.

elektrolit dengesizlikleri, nörolojik hastalıklar, renal ve hepatik disfonksiyon, enfeksiyonlar vb.) katatoni görülebilir. Uzun süren katatoni durumlarında pulmoner emboli, bası yarası gibi ciddi tıbbi komplikasyonlara bağlı morbidite ve mortalite oluşabilir. Bu nedenle katatoninin erken tanı ve tedavisi önemlidir (Huang ve ark. 2013).

Katatoni DSM-5 (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) tanı ölçütlerinde şizofreni ile ilişkili bozukluklar içinde yer almaktadır. Katatoni başka bir ruhsal hastalığa eşlik eden tip, başka bir sağlık durumuna eşlik eden tip ve belirlenmemiş tip olarak ayrılmıştır. DSM-5 tanı ölçütlerinde; stupor, katelepsi, bal mumu esnekliği, mutizm, negativizm, ekolali, ekopraksi, grimas, ajitasyon, basmakalıp davranışlar, yapma davranışlar (mannerizm) ve yerçekimine karşı postürünü sürdürme tanı ölçütlerinden üçü veya daha fazla olması gerekmektedir.

Katatoninin etiyoloji tam olarak açıklanabilmiş değildir. Primer inhibitör nörotransmitter olarak görev yapan kortikal gama-aminobütirik asitin (GABA) yetersizliğine bağlı olarak meydana gelen bazal gangliyon modülasyon bozukluğunun, katatoninin motor belirtilerini açıklayabileceği düşünülmektedir. Bu açıklama, tedavide GABA aktivitesinde artış yapan benzodiazepinlerin (BZD) başarısını açıklamaktadır. Ayrıca eksitatorik bir nörotransmitter olan glutamatın hiperaktivitesi de öne sürülen mekanizmalardanır (Eckert ve ark. 1997).

Tedavide hastalığın şiddetinden ve etiyolojiden bağımsız olarak benzodiazepinler ve EKT (elektrokonvülf tedavi) kullanılmaktadır (Bush ve ark. 1996). Adölesanlarda EKT etkili ve güvenli bulunmuş olmasına rağmen, çocuklarda etkinlik ve güvenilirlik konusu hala tartışmalıdır. Benzodiazepin olarak daha çok lorazepam ve diazepam tercih edilir (Bush ve ark. 1996). Rosebuch'un yaptığı çalışmada 15 katatoni hastasına 1-2 mg lorazepam verilmiş, 12 hastada 2 saat sonra düzelme görülmeye başlanmıştır. Ungvari çalışmasında ise oral veya intramüsküler lorazepam

kullanımının 48 saat içinde etkili olduğu saptanmıştır. Bu sonuçlar değerlendirildiğinde benzodiazepin tedavisinin EKT kadar etkili olduğu görülmüştür. Ayrıca EKT'nin neden olduğu pulmoner emboli, postiktal ajitasyon, aritmiler, status epileptikus gibi durumlar benzodiazepin tedavisinde görülmez (Rajagopal S.2007).

Bu yazıda nadir görülen adölesan döneminde katatoni ile giden psikotik bulgulu depresyon vakası sunulacaktır.

## OLGU

Olgumuz; 16 yaşında, erkek, lise 2. Sınıf öğrencisi olan bir gençti. Özgeçmişi ve soy geçmişinde belirgin özellik yoktu. İstenen, takipli gebelik sonrası termde, normal spontan vajinal yolla doğmuştu. Postnatal problemi olmayan hastanın aileden alınan bilgiye göre aşuları tam olarak yapılmıştı. 4,5 yaşında hepatit A nedeni ile hospitalize edilen hastanın tıbbi geçmişinde başka bir sağlık problemi yoktu. Anneden alınan motor-mental gelişim öyküsü normaldi. Anne, 36 yaşında ev hanımıydı. İlkokul mezunu olan annenin kist hidatiğe bağlı 2 kez batin operasyonu dışında bir sağlık problemi yoktu. Baba 41 yaşında, işçi olarak bir fabrikada çalışıyordu. Kontakt dermatit nedeni ile dermatolojiden takipliydi. Kardeşlerinden biri 14 yaşında, erkek, lise birinci sınıf öğrencisiydi. Herhangi bir sağlık problemi yoktu. Diğer kardeşi 2,5 yaşında kız, basit böbrek kisti nedeni ile pediatriден takipliydi. Daha öncesinde psikiyatrik başvurusu olmayan hastanın son iki aydır artarak devam eden korkuları, içe kapanıklığı, unutkanlığı ve uyku problemleri mevcuttu. Takip edilmekten ve evden alıp götürülmekten korkuyordu, bu dönemde özbakımı azalmıştı. Kendi kendine konuşmaları olmuştu. Anne ve babasına kendisine yemek yememesini ve konuşmamasını söyleyen bazı sesler olduğunu söylemişti. Hastanın ailesinden alınan bilgiye göre bu şikayetler sınıf tekrarı yapacağını öğrendikten sonra ortaya çıkmıştı. Ders başarısı orta düzeyde olan hastanın son bir yılda ders başarısı düşmüş ve okulda devamsızlığı olmaya başlamıştı. Ayrıca aile, hastanın kız karde-

şinin böbrek hastalığına da çok üzüldüğünü belirtmekte idi. Hasta bu durumu nedeniyle ailesi tarafından psikiyatriste götürülmüş, risperidon ve sertralin başlanmıştı.

Bu ilaçları bir hafta düzenli kullanan hastanın şikâyetlerinde gerileme olmayınca ilaçları kesilmişti. Ancak daha sonrasında hareketlerde yavaşlama, oral alımda azalma olması nedeni ile dış merkezde acil servise başvurmışlardı. Acil serviste nörolojik açıdan değerlendirilen hastanın MRG (manyetik rezonans görüntüleme) ve EEG (elektroensafalografi) tetkikleri yapılmıştı. Hemogram, EKG (elektrokardiyografi) ve biyokimya tetkikleri yapılmış, herhangi bir patoloji saptanmayınca hasta Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Acil Servise yönlendirilmişti. Oral alımı tamamen kesilen hastaya sıvı tedavisi başlanmış Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Servisi'ne yatırılıp yatışı yapılmıştı. Çocuk Psikiyatrisinden konsültasyon istenen hasta yapılan değerlendirme sonucunda; genel durumu bozuk, yaşlılarına göre kaşektik olarak değerlendirildi. Hastanın bilinci açıktı. Hasta ile tam olarak kooperasyon kurulamaması nedeniyle bellek, dikkat, algılama, yargılama, soyutlama, gerçeği değerlendirme yetisi ve içgörüsü değerlendirilemedi. Aynı şekilde düşünce içeriği ve hızı, duygudurumu konusunda bilgi alınmadı. Hastanın mutizm ve psikomotor retardasyonu mevcuttu. Katatonik depresyon ön tanısı ile lorazepam 3,75 mg/gün olarak tedavisi düzenlendi. Hasta günlük konsültasyonlarla değerlendirildi. Bu sırada nörolojik açıdan tekrar tetkik edildi. Sıvı tedavisine devam edildi. Oral alımı artmaya ve konuşmaya başlayan hastanın, tedavisininin 10. gününde Çocuk Psikiyatrisi Servisi'ne yatırılıp yatışı yapıldı. Hasta, Klinik Global İzlem - Şiddet Ölçeği (CGI)-S ile değerlendirildi ve puanı 6 (ağır hasta) olarak not edildi. Yatışı yapıldığında oral alımı hala kısıtlı olan hastanın sıvı tedavisine devam edildi. Genel görünümde kendine bakımının azalmış, kaşektik durumda olduğu ve iletişime geçmediği saptandı. Göz teması vardı. Bilinç açıktı. Yer, zaman, kişi oryantasyonu, dikkat ve bellek değerlendirilemedi. Aynı şekilde mutizm ve

psikomotor retardasyon saptandı. Lorazepam tedavisine devam edildi. Katatonisi nedeniyle kontraktür oluşmaması amacı ile hastaya açma-germe egzersizi önerildi; oral alımı kısıtlı olduğu için gastroenteroloji bölümü tarafından besin desteği uygun görüldü. Hastanın servise yatışının 2. gününde hareketlerinde artış gözlemlendi. Yatış sırasında, hastanın tüm hastalık öyküsü ve semptomları değerlendirilerek, hastaya psikotik bulgulu depresyon tanısı ile lorazepam tedavisine ek olarak fluoksetin 10 mg/gün eklendi. Üç gün sonra fluoksetin 20 mg/gün olarak artırıldı. Hasta servise yatışının 4. Gününde servis içinde yürümeye ve kısıtlı da olsa beslenmeye başladı. Besin desteğine devam edildi. Fluoksetin dozu kademeli olarak artırılarak 40 mg/gün'e çıkıldı. İlaç yan etkisi gözlenmedi. Hareketlerinde hala yavaşlık olmasına rağmen oral alımı düzeldi. Konuşma miktarı arttı. Tekrarlanan psikiyatrik muayenelerinde depresif bulgular belirgindi. Varsanı, sanrı saptanmadı. Hastanın tedavisi aynı şekilde devam ederken, yatışı yapıldıktan iki hafta sonra tekrar oral alımı azalmaya başladı. Konuşma miktarı azaldı. Bu nedenle ekstrapiramidal semptom riskinin daha az olması nedeniyle güçlendirme tedavisi olarak aripiprazol 1.25mg/gün başlandı. Aripiprazol sonrası bulgularında gerileme oldu. Lorazepam dozu azaltıldı ancak uykusuzluk nedeni ile 1.25 mg/gün olarak devam edildi. Hastanın günlük değerlendirmeleri sonucu depresif bulgularının azaldığı, psikomotor retardasyonun kalmadığı görüldü. Hasta klinik tablosu düzeldikten sonra servisi içi aktivitelere katılmaya başladı. Kısa süreli ev izinlerine gönderildi. Klinik Global İzlem Ölçeği puanı taburcu edilirken 2 (hastalık sınırında) olarak not edildi. Yatış endikasyonu kalmayan hasta tedavisi düzenlenerek taburcu edildi. Poliklinikte izlemi düzenli olarak devam eden hastanın iyilik halinin devam ettiği görüldü.

## **TARTIŞMA**

Çocuk ve ergenlerde bilinenin aksine katatonisi olguları erişkinlik dönemi kadar sık olmasa da çok nadir bir durum değildir. Bizim olgumuzda

olduğu gibi bu hastalar adölesan çağda başvurlar. Genel yaş ortalamasına bakıldığında hastaların 15-25 yaş aralığında olduğu görülmektedir. Cinsiyet açısından gözden geçirilecek olursa erkek olguların daha fazla olduğu göze çarpmaktadır (Öztürk 2011).

Bizim olgumuzda adölesan çağı katatonik depresyonu anlatılmaya çalışılmıştır. Katatoni ile başvuran olgular ayırıcı tanı açısından incelendiğinde olguların daha sonra en çok bipolar bozukluk tanısı aldığı görülmüştür. Ergenlik dönemine bakıldığında bipolar bozukluğun ilk atak depresyonla ortaya çıkacağı bilinmektedir (Özer ve ark. 2000). Ancak bizim olgumuzda hastanın aile öyküsünde bipolar bozukluk bulunmadığı ayrıca başvuru öncesi ve sonrasında herhangi bir manik belirti olmadığı için bipolar bozukluk tanısından uzaklaşmıştır. Ancak katatoninin öncü bir belirti olarak bilindiği için olgunun bu yönde de izlemine devam edilmektedir.

Bu gibi vakalarda öncelikle genel tıbbi durumların dışlanması çok önemlidir. Bu vakada da öncelikle rutin kan tetkikleri, nörogörüntüleme çalışmaları, parazit taraması ve otoimmün hastalık taramaları yapılmıştır. Ama hastanın tetkiklerinde pozitif bir bulgu elde edilememiştir.

Hastamızın izlemi bizim bölümümüze yatış öncesi başlanan tedavi ve yataklı servisimize alındıktan sonraki izlemi olarak iki ayrı şekilde düşünüldüğünde; katatoni tablosu tam oluşmadan önce hastanın semptomlarına yönelik antipsikotik tedavi başlanması, akla nöroleptik malign sendrom, distoni gibi ilaç yan etkisine bağlı durumları getirmiştir. Ancak hastamızda nöroleptik malign sendromla uyumlu olarak yüksek ateş ve lökositoz olmaması bu tanıyı ekarte etmemize yardımcı olmuştur (Kalenderoğlu ve ark. 2009). Distoni açısından da hastanın ağırlı kas spazmlarının bulunmaması distoni tanısını dışlamamızı sağlamıştır.

Hastanın ilk değerlendirmesinde varsanı, sanrı ve gerçeği değerlendirme yetisi gibi psikotik

bozukluğu düşündürülen semptomlar mutizmi olması nedeniyle değerlendirilememiştir. Hastanın konuşmaya başladıktan sonra yapılan psikiyatrik muayenesinde depresif doğa ile uyumlu işitsel varsanuların olduğu öğrenilmiştir. Ayrıca aileden alınan bilgide başvuru öncesinde de aynı semptomların olduğu saptanmıştır. Aile öyküsünde psikotik bozukluk bulunmayan hastanın servis içinde yapılan muayenelerinde depresif bulguların ön planda olması psikotik bulgulu depresyonu düşündürmüştür. Ayrıca bu durumun sınıf tekrarı ve kardeşinin hastalığı gibi psikososyal stres faktörlerinin ortaya çıkmasından sonra oluşması daha çok depresyon tablosu ile uyumlu olarak değerlendirilmiştir.

Hastanın tedavisinde öncelikle literatürde önerilen benzodiazepin tedavisi başlanmıştır. Hastaya günde 3 (üç) sefer 1.25 lorazepam tedavisi uygulanmıştır. Hastanın bu tedavi sonrasında psikomotor retardasyonun gerilediği, oral alımının açıldığı fakat bu durumun depresyon nedeniyle geliştiği için hastanın depresyonuna yönelik tedavisi de başlanmış ve lorazepam yanında fluoksetin eklenmiştir. Hastada bu tedavi kombinasyonu sonrasında belirgin yanıt elde edilmiştir. Klinik Global İzlem Gelişme Skalasında (CGI-I) 6 puan olarak değerlendirilmiştir. Servis içinde iletişimi artmış, yüzme spor aktivitelerine katılmaya başlamıştır. Literatürde, tedavisi bizim hastamızın tedavisine benzer olarak düzenlenen olgular bulunmaktadır. Otizm spektrum bozukluğu nedeniyle takip edilirken katatoni geliştiren bir gence de öncelikle lorazepam tedavisi ardından fluoksetin tedavisi uygulanmıştır. Hastanın katatonisinin ortadan kalktığı görülmüştür (Cansoli ve ark. 2010).

Hastaya uygulanan ilaç tedavisi sonrasında tablosunda belirgin düzelme olduğu için EKT (elektrokonvülsif tedavi) uygulanması gündeme gelmemiştir. Katatonik hastalarda ilaç tedavisi ile EKT kıyaslandığında öncelikle ilaç tedavisinin daha güvenli olduğu görülmüştür (Häßler ve ark. 2013).

Sonuç olarak katatoni tablosunun diğer motor

bozukluklardan iyi ayırt edilmesi ve genel tıbbi patolojilerden kaynaklanmadığının ortaya konulması önemlidir. Erken tanı ve tedavi gelecekte oluşacak morbidite ve mortalite açısından önemlidir.

## KAYNAKLAR

American Psychiatric Association (2014) *DSM-5 (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) Tanı Ölçütleri Başvuru EL Kitabı* (Çev. E. Köroğlu). Hekimler Yayın Birliği, Ankara.

Bush G, Fink M, Petrides G. ve ark. (1996) *Catatonia, II. Treatment with lorazepam and electroconvulsive therapy. Acta Psychiatr Scand* 93:137-143.

Consoli A, Gheorghiev C, Jutard C ve ark. (2010) *Lorazepam, fluoxetine and packing therapy in an adolescent with pervasive developmental disorder and catatonia. Journal of Physiology* 104:309-314.

Eckert J, Fritze J, Northoff G ve ark. (1997) *Glutamatergic dysfunction in catatonia? Successful treatment of three akinetic catatonic patients with the NMDA antagonist amantadine. J Neurol Neurosurg Psychiatry* 62:404-406.

Häßler F, Reis O, Weirich S ve ark. (2013) *A case of catatonia in a 14-year-old girl with schizophrenia treated with electroconvulsive therapy. Kinder Jugendpsychiatr Psychother* 41(1):69-74.

Huang Y, Hung Y, Lin C ve ark. (2013) *Rapid relief of catatonia in mood disorder by lorazepam and diazepam. Biomed J* 36(1):35-39.

Kalenderoğlu A, Kocaçaya M, Vırt O (2009) *Karmaşık Bir Katatoni Olgusu. Klinik Psikiyatri Dergisi* 12:51-55

Özer A, Öztürk M, Sayar K (2000) *Üç Olgu Nedeniyle Ergenlik Döneminde Bipolar Bozukluk. Van Tıp Dergisi* 7. Öztürk MO (2011) *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları Yenilenmiş* 11. Baskı Ankara s:263-380.

Rajagopal S (2007) *Catatonia Advances in Psychiatric Treatment* 13:51-59.

Rosebush PI, Furlong B, Hildebrand AM ve ark. (1990) *Catatonic syndrome in a general psychiatric inpatient po-*

*pulation: frequency, clinical presentation, and response to lorazepam. J Clinic Psychiatry* 51:357-362.

Taylor MA, Abrams R (1977) *Catatonia. Prevalence and importance in the manic phase of manic-depressive illness. Arch Gen Psychiatry* 34(10):1223-1225.

Ungvari GS, Leung CM, Wong MK ve ark. (1994) *Benzodiazepines in the treatment of catatonic syndrome. Acta Psychiatr Scand* 89(4):285-288.