

Katatonî: Bir Gözden Geçirme

Derya KULU-ŞAHİNLER, Erdoğan ÖZMEN

ÖZET

Günümüzde şizofrenide görülen hareket bozuklukları ve özellikle katatonî kavramı gittikçe önemini yitirmektedir. Katatonik belirtilerin giderek daha az oranda tanınması, bu belirtilerin antipsikotik kullanıma bağlı olarak gerçekten azalmış olmasından ziyade belki de karşılaştığımız bütün hareket bozukluklarını çok fazla düşünmeden genellikle ilaca bağlı ekstrapiramidal belirtiler olarak tarif etmemizle ilgili olabilir. Bu yazıda katatonînin tarihçesi, katatonik belirtilerin sınıflaması, klinik özellikleri, epidemiyolojisi, laboratuvar yöntemleri ve tedavi hakkında son 15 yılda yayınlanmış literatür gözden geçirilmiştir.

Anahtar kelimeler: Katatonî, şizofrenî

Düşünen Adam; 1977, 10 (3): 4-11

SUMMARY

Movement disorders seen in schizophrenia, especially catatonia, are losing their importance. It may be suggested that the weaning of catatonic symptoms is due to successful treatment with antipsychotics. But more than that, it might have been due to the fact we used to consider all movement disorders that we see as EPS induced by medication. In this paper, history of catatonia and its classification, clinical signs, epidemiology, laboratory techniques and treatment of catatonic symptoms in the last 15 years are reviewed.

Key words: Catatonia, schizophrenia

KATATONİ'nin TARİHÇESİ

Katatonî terimi, ilk kez 1874 yılında Kahlbaum tarafından kullanılmıştır. Kahlbaum Yunanca'da "sıkıca germek" anlamına gelen katatonî terimini kullandığı makalesinde, ciddi psikiyatrik bozukluğu olan 21 hastada motor bozuklukları tanımlamış ve bu duruma doğum, travma, alkolizm veya bir başka beyin hastalığı gibi bir serebral bozukluğun neden olduğunu ileri sürerek katatonî'nin genel yozlaştırıcı bir beyin hastalığı olduğunu bildirmiştir.

Aynı makalesinde, Kahlbaum, Katatonînin Paralizi General ile aynı önemde fakat daha iyi seyirli bir antite olduğunu belirterek bir psikoz ve hastalığın ayırt

edici özellikleri kavramlarını birleştirerek "Lökomotor nöral süreç'ten söz etmiştir. Bu kavram daha eski çağlarda tanımlanan katelepsidir ve katatonînin tanısal işaretidir. Verilen postürlerin benimsenmesi ve devam ettirilmesi olan Katelepsi Yunan ve Roma'lı yazarlar tarafından tanımlanmış, "vücut ve ruh nöbeti" anlamına gelen yunanca bir kelimedenden türetilmiştir (9,13,30,31).

Henry Monro, kendi sınıflamasında "Kateleptoid Insanity"den söz etmiş, katelepsi'nin "takınmak-taklit etmek" olduğu şeklindeki zamanın görüşüne karşı bir tartışma başlatarak bir "istek eksikliği" olduğu görüşüne öne sürmüştür (13,15).

19. yüzyılda Katalepsi melankolinin şiddetli bir şekli olarak kabul edilmiş, ayrıca psikojenik ya da histerik katalepsi tanıları yaygın olarak kullanılmış ve Ganser tablosunun bir bileşeni olarak da görülebildiği kabul edilmiştir. Charcot, psikojenik katalepsiyi hipnozun bir evresi olarak ortaya çıkarmıştır (13).

Kahlbaum, psikojenik katalepsi'nin varlığından söz etmekle kalmayıp 16. ve 17. yüzyıllarda İskandinav ülkelerinde bazı fanatik dini tarikatlarda görülen Katalepsi epidemilerini ortaya çıkarmıştır (13).

Katalepsi terimi günümüzde kullanılmaz olmuştur. 1913'de, Kraepelin, Hecker'in Heberfreni ve Kahlbaum'un katatoni kavramlarının dejeneratif psikoz ve dementia precox içinde yer aldıklarını öne sürerek, bu kavramları sahiplenmiştir. Kraepelin hareket bozukluklarını sistemik olarak tanımlamış, ancak Kahlbaum'un organik bir hastalık olduğu görüşüne karşı çıkarak, katatonik fenomenin mental bloktan dolayı olduğu şeklinde bir psikojenik yorum yapmış, böylece bundan sonraki 50 yıl boyunca katatoninin anlamını değiştirmiştir (9,13,30).

Bleuler, 1911'de katatonik belirtiler başlığı altında hareket, irade, bütünsel davranış ve konuşmanın şizofrenik anormalliklerini bildirmiş, daha sonra, 1950'de katatoniyi şizofreniler grubuna dahil ederek zararlı çevresel durumlardan çekilme dönemlerini karakterize eden bir durum olarak açıklamış ve böylece etiyojide psikojenik teoriyi savunmuştur. Bleuler, katatoninin emosyonel karmaşa ile bastırılan sağlıklı kişilerde görülen fenomenin abartılmış hali olan "genelleşmiş ve dirençli blokajdan dolayı olduğunu" öne sürmüştür. Ayrıca katatoninin şizofrenideki yardımcı bir belirti olduğunu belirterek bu noktadan hareketle katalapsinin psikojenik kaynaklı olduğunu öne sürmüştür (13,15,20,30).

1913'de George Kirby, Kraepelin ve Bleuler'in şizofreninin sınırlarını çok geniş tuttuklarını öne sürmüş ve bu görüş genelde kabul görmüştür. Kirby katatonik olguların önemli bir bölümünün manik depresif bozukluk olduğunu vurgulamış, katatoninin yozlaştıran ve yozlaştırmayan formlarının ayrılması gerektiğini belirterek bu durumu kabul ettirebilmek için çaba harcamıştır. Kirby'nin görüşleri Amerikalı psikiyatristler arasında yankı uyandırmasına karşın, DSM IV'ün yayınlanmasına kadar geçen dönemde,

katatoni şizofreni başlığı altında değerlendirilmiş, mizaç bozuklukları ve organik sendromlardaki katatonik görünümler gözardı edilmiştir.

Diğer yandan Avrupa'da da Kirby'nin görüşü ihmal edilmiş ve tüm katatonik vakaların şizofreni ile ilintili olmadığı kabul edilmesine karşın, katatoni, şizofreni grubunda kalmıştır. Ancak, aralarında Leonard'ın da bulunduğu katı Kreapelin görüşüne karşı olan nörolojik yaklaşımlı bir grup Alman psikiyatrist, Kirby'nin görüşlerini değerlendirmiş, şizofreni ile manik depresif bozukluk arasında bir yerde bulunan atipik psikozları tanımlamışlardır. 1960'da Leonard, akinetik ve hiperkinetik fazları olan göreceli olarak daha kısa süren, iyi seyirli sikloid (döngüsel) psikozları tanımlamıştır. Sikloid psikozlar içinde yer alan motilite psikozlarının Kahlbaum'un tanımlarına çok benzediği görülmektedir (13).

1930'lu yıllarda katatonik durumun hangi psikopatolojik bağlam içinde ortaya çıktığını saptamak bir hayli önem taşımaktaydı ve bu anlamda varsanı ve hezeyanlarla belirli olası bir psikotik tabloyu ortaya çıkarmak için katatoniyi çözen (releasing) ajan olarak sodyum Amytal yaygın olarak kullanılmıştır (13).

1950'lerde psikanalitik psikoterapi ile katatoni tedavisi girişimleri hayranlıkla takip edilmiş, ancak Newyork'lu bir psikanalist olan John Rosen katatonide yoğun-temas psikoterapisini içeren bir teknik olan "direkt analiz" uygulamış, başarısız olmuştur (13).

Sosyal psikiyatrinin savaş sonrası yıllarda hastane bakımının etkileri ile katatoniyi açıklamaya çalışması bir hayli ilgi toplamıştır. 1950'li yıllarda akıl hastanelerinde uzun süreli yatan hastalar arasında kronik katatoni vakalarının azalması, bu kurumlardaki hemşire bakımı ve sosyal programların iyileştirici etkilerine atfedilmiştir (13). Kleist gibi nörolojik düşüncüyü psikiyatrik semptomatolojiye uygulayanlar, ayrılıkçı ve materyalist olarak suçlanmışlardır (30).

Bu dönemde tedaviye giren EKT (Elektro Konvulsiv Terapi) ve nöroleptik ilaçların giderek artan kullanımı katatoni insidansını azaltmış ve belki de katatoninin doğal gidişini değiştirmişlerdir.

1950'lerde nöroleptikler kullanılmaya başlandığında Steck, motor bozukluklarla ilgili ilk bildirimlerden birini yayınlamış ve tedavinin motor bozukluğu oluşturan hastalığın görünümünü değiştirebileceğini öne sürmüştür. 1960'lı yıllarda geç diskinezi ilk tanımlandığında, psikotik mannerizm ve stereotipler olarak isimlendirilmiştir. Takip eden yıllarda geç diskinezinin, diğer belirtilerin şiddeti ile ilintili olduğu, ciddi stres ve ilacın ani kesilmesi ile arttığından sözedilmiştir (21,30).

1991'de Fink (16) ve Taylor'un (14,64) çalışmaları sonucunda veriler kabul görmüş ve 1994'de yayınlanan DSM IV'de katatonik belirtiler katatonik tip şizofreni, katatonik özellikli majör depresif hecme, manik hecme, karışık hecme ve genel tıbbi bir duruma bağlı katatonik bozukluk başlıkları altında sınıflandırılmıştır (1,9).

Günümüzde, dünyada geçerli olan iki sınıflandırma sistemi, katatoniyi sadece şizofreninin bir alt tipi olarak sınıflandırmamakta ve diğer bir tıbbi bozukluğa bağlı katatoni ve katatonik özellikli duygudurum bozukluklarına da yer vermektedirler. Bu yeni sınıflandırmalar, katatoni ile duygudurum bozuklukları, sistemik ve toksik hastalıkların en az psikoz kadar ilintili olduğunu kabul etmiştir. Bazı hastalar için düşünülmeyen ve uygulanmayan etkin tedavilerin kullanımını teşvik etmesi ve şizofreninin engellediği sendrom tanımlamalarını kolaylaştırması nedeniyle bu değişim yararlı olmuştur (1,9).

Ancak, günümüzde karşımıza bir başka sorun çıkmıştır. Bu, nöroleptiklerin tedaviye girmesinden sonra ortaya çıkan, ilaçlara bağlı hareket bozukluklarının katatonik belirtilerden ayrılmasındaki önemli zorluktur.

1985 yılında Rogers ve ark. Şizofrenide görülen motor bozuklukların iki ayrı etiyolojisi (psikiyatrik ve nörolojik) olduğu düşüncesi ile hem mental hem de motor bozukluğun altta yatan serebral bozukluğun bir ifadesi olduğu düşüncesi arasındaki çelişkiye dikkat çekmişler ve "Paradigmanların Çelişkisi" hipotezinden söz etmişlerdir. Paradigmanların çelişkisi hipotezine göre ilaçların ortaya çıkardığı hareket bozuklukları ile hastalığa bağlı (intrensek) hareket bozukluklarının ayırımı, sadece bu bozuklukların gölenebilir özelliklerinde değil, aynı za-

manda altta yatan nöropatolojilerindeki örtüşme nedeniyle de önemini yitirmiştir (18,26,30).

KATATONİK BELİRTİLER

Katatonik belirtilerin tanımlanmasında Modifiye Rogers ölçeği hazırlanırken temel alınan sınıflamaya bağlı kalınmıştır (21).

Basit hareket bozuklukları

En önemli örnekleri birbirinden zorlukla ayırılan Stereotipler, mannerizmler ve posturingdir. Blokaj, Donup kalma ve Balmumu yumuşaklığı bu grup içinde değerlendirilirler.

Stereotipi: Amaca yönelik olmayan fiziksel hareket veya konuşmanın tekdüze olarak tekrarlanması şeklinde tanımlanabilir. Kelime ve cümlelerin otomatik olarak tekrarlanması verbal stereotipi diğer bir deyişle Verbijerasyon olarak adlandırılmaktadır.

Mannerizm; Amaca yönelik motor eylemin olağan olmayan bir biçimde yinelenmesi veya uyuma yaranan bir postürün olağandışı bir biçimde sürdürülmesidir.

Posturing; Bedenin olağan olmayan bir tarzda biçim alması ve uygunsuz ya da acaip bir postürün istemli olarak genellikle uzun bir süre korunmasıdır. Psikolojik yastuk tanımlaması bu bozukluk için iyi bir örnektir.

Blokaj ve donuk kalma hareketin birden kesilip durması şeklinde görülen ve birbirinden ayrılmayan iki durumdur.

Balmumu yumuşaklığı-katılığı (fleksibilas cerea-waxy flexibility); Hastanın kolu garip bir postür verilerek hareket ettirildiğinde postür devam eder ve postür bozulmaya çalışıldığında bir balmumunun esnekliğine benzer plastik bir direnç ile karşılaşılır.

Katalepsi; Sürekli olarak devam ettirilen hareketsiz bir pozisyonun genel terimidir. Balmumu yumuşaklığı ile eşzamanlı olarak kullanılmaktadır (1,13,16,19-23,30,37).

Daha karmaşık irade bozuklukları

Kendiliğinden hareketlerdeki bir bozukluktan daha çok hareketin ardındaki bir irade bozukluğunun yansımalarıdır. İşbirliğine girme bozukluklarının bir sınıfı içerirler.

Birlikte gitme (Mitgehen), birlikte yapma (Mitmachen), karşıt olma (Gegenhalten), harekette iki değerlilik (Ambitandans), Ekopraksi ve hipermetamorfosis bu grupta değerlendirilir.

Birlikte gitme (Mitgehen); Hastanın aksine talimatlara rağmen muayene edenin çok hafif bir güç harcaması ile harekete uyması, vücudunu yeni bir pozisyona sokmasına izin vermesi ve yine aksi talimatlara rağmen bunu sürdürmesidir (Angle poise lamp: Hastanın bu şekilde kolu kaldırılabılır ve kendi etrafında döndürülebilir).

Birlikte yapma (Mitmachen); Aksine talimatlara rağmen muayene edenin hafif basınçlarına eşlik etmesi ve önceki pozisyonuna geri dönmesidir.

Güçlü yakalama (Forced grasping); Aksi talimatlara verilmesine rağmen hasta kendisini uzatılan eli sıkmasıdır. Yakalama refleksinin bu durumdan farklı hastanın herhangi bir nesne ile eline dokunulduğunda otomatik olarak sıkmasıdır.

Bu hareket bozuklukları genel olarak artmış uyum/otomatik itaat (emir otomatizması) ismiyle anılırlar.

Karşıt olma (Gegenhalten-Opposition); Pasif hareketlere karşı artan güç ile artırılan gevşek dirençtir. Tipik olarak esnek özellikte ve kasıtlıdan çok otomatik olarak ortaya çıkar. Sadece bir kas grubunda gözlenebilir.

Negativizm; Söylenen veya istenenlere karşı bir tutum alma olarak tanımlanır. Kendisine uzanıldığında şiddetle çekilir, uzaklaşır. Emir negativizminde hasta kendisine söylenenin tam tersini refleks biçiminde yapar. Negativizm, düşmanlık ve işbirliğine girmedeki eksiklik ile karıştırılabilir.

Bu hareket bozuklukları bir elde artmış uyum ve otomatik itaat, diğer elde negativizm gibi daha belirgin irade bozuklukları şeklinde de görülebilir.

Harekette iki değerlilik (Ambitandans); Negativizmin daha küçük bir formudur. Hasta belli bir bölgede yürüme veya ellerini salmama gibi bir amaca yaklaşan fakat asla ulaşmayan bir seri ileri geri deneme hareketi yapar.

Ekopraksi; Hastanın kendisinden istenmediği halde görüşmecinin hareketlerini ya da postürünü otomatik olarak kopya etmesidir.

Hipermetamorfosis; Değişik şiddette dokunma hareketleridir. Belirgin olarak artmış aktivitelerin tümünde görülür. Örneğin gelişigüzel karıştırdığı çöp kutusunun içindeki tüm nesnelere dokunur (1,11,16,19-23,29,30,37).

Davranış bozuklukları

Katatonik taşkınlıktan katatonik stupora kadar değişen şiddette artmış ya da azalmış etkinlik düzeylerini içerir.

Katatonik taşkınlık; Açıkça, amaçsız ve dış uyaranlardan etkilenmeyen artmış motor aktivitedir.

Katatonik stupor; Çevreye karşı belirgin olarak daha az tepki gösteriyor olma ve/veya kendiliğinden hareketler ve etkinlikte azalmadır.

Raptus (Katatonik İmpulsivite); Sıklıkla katatonik stupordaki hastanın tamamen anlamsız bir şiddet hareketini yapmak için aniden harekete geçmesidir. Hasta daha sonra bu hareketi için bir açıklama getiremez. Mannerizm ve stereotipik hareketler zamanla hastanın günlük aktiviteleri ile birleştirilir ve amaçlı hareketler karikatürize edilmiş bir hal alır. Bu duruma "manneristik davranış" denir. Yemek yerken, tokalaşırken, yazı yazarken elin olağandışı bir şekilde tutulması manneristik davranışa en iyi örnektir. Artmış uyumun karmaşık formlarına bir örnek de "advertance-benzeri fenomen"dir. Hasta kendisine yaklaşan herkese döner ve saçma bir şekilde konuşmaya başlar (1,11,16,19-23,29,30,37).

Konuşma bozuklukları

En basit konuşma bozuklukları hırıltı çıkarmak, öksürerek boğazını temizlemek ve diğer sesler ya da tekdüze bir anlatım tarzı, yapmacık tonlamalar şek-

linedir. Konuşmada stereotipi (verbal stereotipi) ve mannerizm; Konuşma sırasında bir kelime veya cümleciğin tekrarlayıcı ve uygunsuz olarak araya girmesidir.

Hasta her kelime sonunda -cilik, -lik gibi ekler ve çeşitli vurgulamalar kullanabilir. Diğer katatonik konuşma anormallikleri Ekolali, Palilali ve Mutizm olarak sayılabilir.

Ekolali; Kişinin, patolojik olarak, papağan gibi, karşısındakinin konuşmasını anlamsız bir şekilde tekrarlamasıdır. Israrlı ve yineleyici olma eğilimindedir. Kısıtlı bir tonlama veya alaysı bir konuşma olabilir.

Palilali; Konuşma sırasında hastanın bir cümle içindeki son kelimeyi anlamsız bir şekilde tekrarlamasıdır.

Mutizm; Yapısal bir anomali olmaksızın hastanın konuşmamasıdır (1,11,16,19-24,29,30,36,37).

Şizofrenide katatoninin klinik özellikleri

DSM IV'de Katatonik tip şizofreni tanısı aşağıdaki-lerden en az ikisinin klinik görünümüne egemen olduğu şizofreni tipidir (1).

1. Katalepsi (balmumu eknekliliği de içinde olmak üzere) ya da stupor ile belirlendiği üzere motor hareketlilik,
2. Artmış motor aktivite (görünüşe göre amaçsız ve dış uyaranlardan etkilenmeyen)
3. Aşırı negativizm (hareket ettirilmeye yönelik tüm yönermelere açıkça amaçsız bir direnç gösterme ya da hareket ettirilmeye yönelik girişimlere karşı katı postürü sürdürme) ya da mutizm
4. Postür alma (istemli olarak uygunsuz ya da postürler alma), basmakalıp hareketler, belirgin mannerizmler ya da belirgin grimasın olması ile belirlendiği üzere istemli davranışlarda acayıplıkların olması,
5. Ekolali ya da ekopraksi

Katatonik taşkınlık ya da stupor sırasında kişinin kendisine ya da başkalarına zarar vermesi olasıdır. Bu nedenle iyi gözlenmeleri gerekir (13,37).

Beslenme bozukluğu, bitkinlik, aşırı terleme görülebilir. Katatonik stupordaki hastalarda dehidratasyon, pulmoner embolizm ve akciğer enfeksiyonları görülme olasılığı yüksektir ve ölüme götürebilir. Elektrolit kontrolleri ile sıvı dengesi takibi 48 saatten uzun süren katatonik durumlar gereklidir (13,31).

Katatoni alt tip tanısı koymak için hastanın şizofreninin tanı ölçütlerini karşılaması gereklidir ve nöroleptiklere bağlı parkinsonizm, genel tıbbi durum ya da manik, karışık ya da majör depressif atak gibi diğer katatoni nedenleri ile daha iyi açıklanamıyor olmalıdır (1,9).

Genellikle psikiyatrik bozukluklar sırasında ortaya çıkmakta ise de merkezi sinir sistemini doğrudan ya da dolaylı olarak etkileyen genel tıbbi bozukluklarla ilintili olarak da gelişebilir (9).

Genel bir tıbbi duruma bağlı katatoni nedenleri (13):

Enfeksiyonlar: Ensefalitis letarjika

Herpes simpleks

Vasküler: Baziller tromboz

Lezyonlar: Üçüncü ventrikül, beyin sapı ve ganglia kanama ve enfarktları

Wernike ensefalopatisi, dissemine skleroz

Metabolik: Hiperparatroidizm

Porfiri

Karsinoid tümörler

Hepatik ansefalopati

Karbonmonoksit

Nöroleptik malign sendrom (NMS)

İlaçlar: Akol nöroleptikler, lityum, amfetaminler, steroidler

Epileptik: Non-konvülsiv epileptik status

Katatoninin akut bir klinik formu olan Lethal katatoni (Pernicious Katatoni, Belle Mani) yüksek ateş, rijidite ve aşırı motor aktivite ya da stupor ile seyreder. Çeşitli Katatonik işaretlerle birlikte saldırganlık ve özkıyım girişimleri gösterebilir. Varşanları, sanrılar, çağrışım bozuklukları eşlik edebilir. Taşikardi, aşırı terleme, dehidratasyon, değişken kan basıncı, uçlarda siyanoz, ciltte hematomlar gelişir. Birkaç saat ile birkaç hafta arasında devam eden bu hiperaktif dönemi aşırı bitkinlik, stupor, aşırı yükselmiş ateş izler. Tedaviye yanıt verir, fakat tedavi edilmediğinde koma, kardiyovasküler kollaps ve ölüm ile sonlanabilir (2,6,9,12).

Katatoni beyindeki motor düzenleme merkezlerinin işlevselliğindeki bozulmadan dolayı ortaya çıkan bir durumsal görüngüdür. Yapısal beyin değişikliklerinin bir sonucu gibi gözükmemektedir ve beraber görüldükleri mental ve fizik bozukluk belirtilerine bakılmaksızın uygun tedavilerle genellikle hızla düzeltilmektedirler⁽⁹⁾.

Diğer yandan psikoz öncesinde geçirilmiş kafa travması ve fizik hastalıkların (ensefalit, konvülsyon gibi) daha yaygın olduğu bildirilmekte ve bu da psikoz (özellikle katatoni) ile beyin işlev bozukluğu arasındaki ilişkiyi düşündürmektedir^(13,36).

NMS ve nöroleptiklere bağlı katatoni ile Lethal katatoni ve psikiyatrik hastalıklarda görülen katatonik belirtilerin benzerlikleri üzerinde duran yazarlar ortak farmakolojik modeller oluşturmaya çalışmaktadırlar. Belirtilerin benzerliği, her iki tanı grubunun da iyi yanıt verdikleri tedaviler (bkz. katatoninin tedavisi) gözden geçirildiğinde hipotalamik dopamin nöronları boyunca mesotriatal-mesolimbik sistemlerdeki dopamin-GABA geribildirim devrelerinin ilişkisinden söz edilmektedir^(12,25). Benzerliği vurgulayan bir başka özellikle son yıllara kadar NMS'a özel olduğu düşünülen CPK (kreatin fosfokinaz)'ın katatonide de yükselebileceğini bildiren raporların olmasıdır⁽⁵⁾.

Kataton'nin epidemiyolojisi

Son 30 yılda psikiyatri hastanelerindeki katatoni insidansında azalma, özellikle poliovirüsler başta olmak üzere viral epidemilerin sıklığındaki azalmaya atfedilmektedir. Bu azalma kronik katatoninin yaşam boyu hastalığa yakalanma olasılığındaki azalmayla birlikte dir^(13,27).

Leff, Katatoninin son 100 yıl içinde gittikçe ortadan kalktığını ve günümüzde nadiren görüldüğünü iddia etmiş ve bu düşüşü, kısmen tanısız uygulamalardaki değişikliklere bağlamıştır. Kronik katatoni vakalarının 1920'deki ensefalitis letarjika epidemisinin geriye bıraktığı bir nöropsikiyatrik miras olduğu ve yeni vakalar gelişmediğinden kronik katatoni insidansının azaldığı düşünülmektedir⁽¹³⁾.

Katatoninin görülme sıklığındaki azalma muhtemelen, psikiyatride halen var olan daha etkin tedaviler

ve bu tedavilerin katatonik bir durum gelişmeden önce psikiyatrik bozukluğun ilerlemesini durdurmasına bağlıdır⁽³⁶⁾.

Akut katatoni görülmeye devam etmektedir. Bir yandan akut katatoniye neden olan genel tıbbi durumlar tanımlanmaya devam ederken, diğer yandan özellikle nöroleptikler gibi ilaçlara bağlı gelişen katatoni olguları da psikiyatristler için gittikçe artan bir problem olmaktadır. Bu durumuyla katatoninin yaşam boyu hastalığa yakalanma olasılığının bütünüyle yeniden gözden geçirilmesi gerekmektedir⁽¹³⁾.

Katatonik özelliklerin gittikçe azaldığı, genellikle kısa süreli ortaya çıktığı, sıklıkla belirsiz olduğu ve şizofreni ile daha az birlikte olduğu bildirilmektedir⁽⁹⁾.

Laboratuvar incelemeleri

Ensefalitis Letarjika'nın nöropatolojik çalışmalarında, bu hastalardaki katatonik duruma beyin sapındaki patolojinin neden olduğu gösterilmiştir⁽¹³⁾. Katatonik hastalarda kontrol grubundaki hastalara göre posterior fossa yapıları (beyin sapı vermis)'nda daha fazla atrofi gösterilmiştir. Posturun devam ettirilmesi serebellar vermisin işlevlerinden biridir ve katatoni bu işlevin bozulması ile ilgili olabilir^(13,15).

Katatoninin bir frontal lob lezyonu sonucunda olduğu öne sürülmüş, ancak bu görüş serebral korteksi tutan sınırlı sayıda subdural hematoma, enfarkt ve atrofileri olan vaka ile desteklenmiştir⁽¹³⁾.

EEG, tüm stupor vakalarında değerli bir yöntemdir. Katatonide bilateral temporal lobda theta dalgaları görülebilir. Geçici fokal epileptik olgularda, akut katatonik durumlar görülebildiği bildirilmiştir⁽¹³⁾.

Katatonik tip şizofreni tanısı almış olan hastalarda diğer katatonik hastalara oranla daha büyük ventrikül/beyin oranı bulunmuştur. Ventriküllerdeki genişleme ile kronik, yozlaştırıcı psikozların birlikteliği ve katatonik sendromun çeşitliliği düşünüldüğünde, ventriküler genişlemenin katatonik vakalarda, işlevsellikteki sürekliliğin bozulmasını önceden belirlemede kullanılabileceği ileri sürülmüştür⁽³¹⁾.

Stupor ve mutizm gösteren iki şizofren hasta SPECT ile incelenmiş ve sol temporal bölgede hipoperfüzyon olduğu bildirilmiştir. Hipoperfüzyonun Hipokampusda medial temporal yapılarda belirgin olduğu bildirilmiştir (7).

Şizofrenlerde ekstrapiramidal belirtilerle katatonik belirtiler arasında, BBT bulguları araştırılmış ve BBT bulguları yönünden negatif katatonik belirtilerle parkinsonizm arasında korelasyon saptanmıştır (35).

Postmortem çalışmalardan ve beyin kan akımı ve metabolizma çalışmalarından elde edilen veriler katatonik şizofrenide Pallidum işlev bozukluğunun görüldüğünü desteklemektedir. Stiatum ve Pallidum, ekstrapiramidal ve limbik sistemlerin bir parçası olarak kabul edilmektedir ve hareket koordinasyonu ile ilgilidir. Beynin bu yapılarının katatonik belirtilerinin patogenezinde rol oynadığı görüşü kabul edilmektedir (3).

Katatoni tedavisi

EKT (Elektrokonvulsif terapi) katatonide yüzgüldürücü bir tedavi sağlar ve katatonik stuporlu hastada birincil tedavidir. EKT ile katatonik belirtileri de içeren psikiyatrik bozukluk iyileştirilmektedir (2,9,17).

Mani, depresyon, enfeksiyon, endokrinopati ve nörotoksik sendromların ortaya çıkardığı katatonik durumların da en az şizofreni kadar EKT'ye yanıt verdikleri bildirilmiştir (2,10).

Lethal katatoni'de EKT tedavisi ile derhal müdahale edilen hastaların tedaviye iyi yanıt verdikleri, 5 günden fazla gecikme olduğunda ise ölüm oranının yüksek olduğu bildirilmiştir (9).

Tanısız Amobarbital görüşmesinde, % 2.5 Amobarbital sodyumun 200 mg damar içine uygulamasının katatonik mutizmi hafifleterek görüşme olanakını sağlayacağı ve ilacın etki süresi içinde katatonik tablonun altında yatan bozukluğu tespit etmenin (28) mümkün olabileceği bildirilmiştir. V yüksek doz barbitürat (Amobarbital) tedavisine hastaların % 50'sinin yanıt verdikleri bildirilmektedir (24). Bu işlem sırasında bazı hastalarda görülen uyku halini

ortadan kaldırmak amacıyla Kafein Benzoat uygulaması önerilmektedir (33).

IV uygulanan benzodiazepinlerin katatonik stuporu hafiflettiği ve özellikle beslenme sorunu olan katatonik hastaların erken tedavisinde yardımcı olduğu, düşük doz Lorazepam (1-2 mg oral ya da IV) uygulamasının bulguların altında yatan bozukluğun tanımlanmasında yardımcı olabileceği bildirilmektedir (4,9,31,32). Benzodiazepinler gibi sedasyon yapan ilaçların hareketsizlik halindeki hastalarda tersine bir etkinlik göstermesi, katatonik durumun altında yatan aşırı korku ya da anksiyeteyi azaltmaları ile ilintili olabilir (31).

Benzodiazepinlerin ve EKT'nin tedavi edici etkilerini GABAerjik yolla gösterebileceklerine dair veriler elde edilmiştir (24).

KAYNAKLAR

1. American Psychiatry Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Washington DC.
2. Arkonaç O: Psikiyatrik Bozukluklar ve Tedavileri, Nobel Tip Kitabevi, İstanbul 1996.
3. Bogerts B, Recent Advances in the Neuropathology of Schizophrenia, Schizophrenia Bulletin 19(2):431-45, 1993.
4. Clothier JL, Pazzaglia P, Freeman TW: Evolution and Treatment of Catatonia, Am J Psychiatry 146(4): 554, 1989.
5. Domken MA, Farquharson RG: Catatonia and Creatinine Phosphokinase, British J of Psychiatry, 161:283, 1992.
6. Ebadi M, Pfeiffer RF, Murrin LC: Pathogenesis and Treatment of Neuroleptic Malignant Syndrome, Gen Pharmac 21(4):367, 1990.
7. Ebert D, Feistel H, Kaschka W: Left Temporal Hypoperfusion in Catatonic Syndromes: A SPECT Study, Psychiatry Reserch: Neuroimaging 45:239-41, 1992.
8. Fein S, McGrath MG: Problems in Diagnosing Bipolar Disorder in Catatonic Patients. J Clin Psychiatry 51:203-5, 1990.
9. Fink M: Catatonia in DSM-IV, Biol Psychiatry 36:431-33, 1994.
10. Fink M: Failure the Use in Treatment of Catatonia, Am J Psychiatry 149(1):145, 1992.
11. Ford RA: The Psychopathology of Echophenomena. Psychological Medicine 19:627-35, 1989.
12. Fricchione GL: Neuroleptic Catatonia and Its Relationship to Psychogenic Catatonia, Biol Psychiatry 20:304-13, 1985.
13. Johnson J: Catatonia: The Tension Insanity, British J Psychiatry 162:733-38, 1993.
14. Joseph AB, Anderson WH, O'Leary DH: Brainstem and Vermis Atrophy in Catatonia, Am J Psychiatry 142:3, 1985.
15. Joseph WY: Catatonia: The tension Insanity, British J Psychiatry 163:696, 1993.
16. Kaplan H, Sadock B: Comprehensive Textbook of Psychiatry, Fifth Edition, Baltimore.
17. Khanna S, Benegal V: Is Stupor by Itself a Catatonic Symptom? Psychopathology, 25:229-231, 1992.
18. Liddle PF: Commentary of the Modified Rogers Scale and the "The Conflict of Paradigms" Hypothesis, British J Psychiatry 158:337-39, 1991.
19. Lippincot, Psychiatry, Basic Books, Inc Publishers, New York, 1990.
20. Lishman, Organic Psychiatry, Second Edition, Blackwell Scientific Publication, London 1987.
21. Lund Ce, Mortimer AM, Rogers D, McKenna PJ: Motor, Volitional and Behavioral Disorders in Schizophrenia 1: Assesment

Using the Modified Rogers Scale, British Journal of Psychiatry 158:323-27, 1991.

22. Manschreck TC: Motor Abnormalities in Schizophrenia, Handbook of Schizophrenia, Vol: The Neurology of Schizophrenia, HA Nasrallah and DR Weinberger, editors.

23. Marsden CD: Motor Disorders in Schizophrenia, Psychological Medicine 12:13, 1982.

24. McCall WV, Shep FE, McDonald WM: Controlled Investigation of the Amobarbital Interview for Catatonic Mutism, Am J Psychiatry 149(2):202-206, 1992.

25. McKenna PJ: Pathology, Phenomenology and the Dopamine Hypothesis of Schizophrenia, British Journal of Psychiatry 151:288-301, 1987.

26. McKenna PJ, Mortimer AM, Lund CE: The Motor Disorders of Severe Psychiatric illness: A Conflict of Paradigms, British J of Psychiatry 152:863-64, 1988.

27. Mortimer AM, Lund CE, McKenna PJ: The Positive: Negative Dichotomy in Schizophrenia, British J of Psychiatry 157:41-49, 1990.

28. O'Connell K, Ramchandani D: On "Catatonia on the Consultation-Liaison Service", Psychosomatics, 34:2, 1993.

29. Owens DG: Dystonia-A Potential Psychiatric Pitfall, British J of Psychiatry 156:620-34, 1990.

30. Rogers D: The Motor Disorders of Severe Psychiatric Illness: A Conflict of Paradigms, British Journal of Psychiatry 147:221-32, 1985.

31. Rosebush PI, Hildebrand AM, Furlong BG: Catatonic syndrome in a General Psychiatric Inpatient Population: Frequency, Clinical Presentation, and Response to Lorazepam, J Clin Psychiatry, 51:357-62, 1990.

32. Rosebush PI, Hildebrand AM, Mazurek MF: The Treatment of Catatonia: Benzodiazepines or ECT? Am J Psychiatry 149:9, 1992.

33. Sacks M: Amobarbital Interview for Catatonic Patients, Am J Psychiatry 149(1):1621, 1992.

34. Taylor MA: Catatonia, A Review of the Behavioral Neurologic Syndrome, Neuropsychol&Behav Neurol 3:48, 1990.

35. Ugurad I, Kulu D, Arkona O, izofrenik Hastalarda Katatonik ve Ekstrapiramidal Belirtilerin Yapısal Beyin Anormallikleri ile Karşılaştırılması, 30. Türkiye Psikiyatri Kongresi, kayseri 1994.

36. Wilcox J: Organic Factors in Catatonia, British J of Psychiatry 146:782-84, 1986.

37. Yüksel N: Ruhsal Belirtiler, Hatipoğlu Yayınevi, Ankara 1994.

beciya