

Krótkotrwała poprawa stanu psychicznego po podaniu diazepamu w przewlekłej schizofrenii katatonicznej

Transient improvement of mental state following administration of diazepam in chronic catatonia schizophrenia

Anna Burkiewicz¹, Łukasz Kummer², Jacek Stasiuk²

¹ Zakład Psychologii Klinicznej, Gdański Uniwersytet Medyczny, Gdańsk

² Klinika Chorób Psychiczych i Zaburzeń Nerwicowych, Gdański Uniwersytet Medyczny, Gdańsk

Streszczenie

Wstęp. Elektrowstrząsy to metoda stosowana w psychiatrii od 1938 r. Początkowo szeroko stosowana w leczeniu psychoz schizofrenicznych oraz katatonii. Jedną z metod leczenia katatonii jest stosowanie leków z grupy benzodiazepin, co ma na celu aktywizację chorego. Istnieją koncepcje potwierdzające skuteczność łączenia tych dwóch metod terapii u chorych na katatonię. **Opis przypadku.** Poniżej przedstawiamy przypadek 50-letniego pacjenta, hospitalizowanego psychiatrycznie z rozpoznaniem przewlekłej schizofrenii paranoidalnej. *Geriatrics 2015; 9: 3-6.*

Słowa kluczowe: katatonia, elektrowstrząsy, benzodiazepiny

Abstract

Background. Electric-shock is a method used in psychiatry since 1938. It was initially applied/used in treatment of schizophrenic psychosis and catatony. Use of drugs from benzodiazepine group is one of catatony treatment methods, which aims at activation of the patient. There are concepts confirming effectiveness of combining these two treatment methods in persons/patients with catatony. **Case report** *Geriatrics 2015; 9: 3-6.*

Keywords: catatony, electric-shock, benzodiazepine

Wprowadzenie

Katatonia jest opisywana jako zespół zaburzeń motorycznych prowadzący do ruchowego osłupienia lub nadmiernej pobudliwości, z towarzyszącymi symptomami negatywizmu oraz zaburzeń językowych w postaci echolalii, echopraksji, mutyzmu (DSM V). Powyższe symptomy pierwotnie opisywane jako zaburzenia motoryczne i mowy wiązane były ze schizofrenią i występowały w klasyfikacji ICD-10 oraz wcześniejszych edycjach DSM jako podtyp tych zaburzeń - schizofrenia katatoniczna. Doniesienia naukowe i praktyka kliniczna z ostatnich lat pozwoliły na rewizję dotychczasowych poglądów. Aktualnie katatonia jest traktowana jako odrębny zespół neu-

ropsychiatryczny występujący w różnych zespołach psychopatologicznych: schizofrenii, chorobie afektywnej dwubiegunowej, upośledzeniu umysłowym, chorobach neurologicznych, zaburzeniach metabolicznych czy zatruciach [1-4]. Rewizja ta ma swoje odzwierciedlenie w najnowszej klasyfikacji DSM V. Dotychczas więcej uwagi poświęcono leczeniu ostrych zaburzeń katatonicznych, w których potwierdzono skuteczność leczenia z zastosowaniem benzodiazepin [5]. Lekiem najczęściej zalecanym z wyboru jest lorazepam, ze względu na właściwości farmakokinetyczne [6,7]. Istnieją również doniesienia kliniczne, potwierdzające skuteczność terapii elektrowstrząsowej [8-10]. Odnotowano niską skuteczność benzodiazepin

w chronicznej katatonii. Zaburzenia katatoniczne w przewlekłej schizofrenii są współcześnie opisywane rzadziej. Wstępne wyniki leczenia u tych pacjentów są niezadowolające i sugerują, niejednorodność zarówno psychopatologii, jak i neurobiologii tych objawów [11-13].

Opis przypadku

Pacjent 50-letni, hospitalizowany psychiatrycznie około 40 razy z rozpoznaniem przewlekłej schizofrenii paranoidalnej, ostatni pobyt szpitalny miał miejsce rok wcześniej. Do chwili obecnej chory przebywał pod stałą opieką rodziny, nie był w stanie samodzielnie funkcjonować z uwagi na inwalidyzujący przebieg choroby. Z dostępnej dokumentacji medycznej wiadomo, że pierwszy epizod psychotyczny miał miejsce w 20. roku życia. Przebieg choroby pacjenta od wielu lat ma charakter nieremitujący. Przy przyjęciu do kliniki obserwowano nasilone objawy pozytywne – urojenia oddziaływania, odsłonięcia i nasyłania myśli, ksobne, prześladowcze, paranoidalne, halucynacje słuchowe. W wypowiedziach paralogiczny, obserwowano myślenie magiczne, symboliczne, uskokowość myślenia, tendencje do rozkojarzenia. Afektywnie jednostajny. Uważał na przykład, że „jest obserwowany z 5 słońc przez kosmitów, którzy podczas pobierania krwi chcą go wciągnąć do wnętrza ziemi lub przenieść na inną galaktykę”. Chory był leczony Klozapolem 400 mg i Abilify 15 mg. W trakcie hospitalizacji pacjent prezentował objawy katatoniczne, obserwowano nasilony negatywizm czynny, chory nie przyjmował płynów i posiłków, utrzymywał się mutyzm. Rozpoznano przewlekłe objawy katatoniczne z dominującymi katatonicznymi zaburzeniami mowy w przebiegu chronicznej schizofrenii. Próby stosowania leków z grupy BZD w postaci iniekcyjnej (clonazepam 3 mg na dobę) nie przynosiły efektu, w związku z czym po przeprowadzeniu niezbędnej diagnostyki zastosowano serię zabiegów EW w liczbie 13 o zakresie dawek od 25-30 J. W trakcie sejsmoterapii ruchowe objawy katatoniczne w istotnym stopniu uległy zmniejszeniu, chory zaczął przyjmować płyny i posiłki, ustąpił negatywizm czynny. Dokonano również zamiany dotychczasowego leczenia, włączając choremu Lergactil w maksymalnej dawce 400 mg na dobę. W tym okresie obserwowano nasiloną dezorganizację zachowania i mowy w postaci mutyzmu lub nasilonego słowotoku. Niemożliwe było nawiązanie z chorym słowno-logicznego kontaktu. Ze względu na utrud-

niony kontakt nie można było przeprowadzić badań psychologicznych ani neuroobrazowych. Zaburzenia katatoniczne zostały ocenione na skali Bush-Francis Catatonia Rating Scale [14]. W trakcie obchodów i prób przeprowadzenia rozmów w gabinecie prezentował nasilone zaburzenia językowe, będące ekwiwalentem objawów katatonicznych: słowotok, liczne neologizmy, werbigeracje, persewercje, dźwięczenia, paralogie. W trakcie hospitalizacji można było obserwować u chorego także powszechne przewlekłe objawy katatoniczne w postaci mutyzmu, przyjmowania dziwnych pozycji, negatywizmu czynnego, bezcelowej aktywności ruchowej. W 8 tygodniu hospitalizacji, w związku z pojawieniem się naglej nasilonej dezorganizacji zachowania w postaci wzmożonej bezładnej aktywności ruchowej, nagłego ustąpienia mutyzmu i pojawienia się przeraźliwego krzyku, pacjent musiał zostać unieruchomiony pasami bezpieczeństwa. Następnie podano choremu w dwóch dawkach diazepam po 20 mg iv; po podaniu pierwszej dawki nie uzyskano żadnej poprawy, w związku z czym po około godzinie podano kolejną dawkę, uzyskując diametralną poprawę stanu psychicznego. Na okres kilku godzin ustąpiły objawy katatoniczne, można było z chorym nawiązać kontakt słowno-logiczny. Pacjent był w stanie rozmawiać w gabinecie: odpowiadał na pytania lekarza prowadzącego. Zgodził się również na spotkanie z psychologiem. Pacjent samodzielnie wykonał Test Zdań Niedokończonych Rottera (TZN). Rozmowa z pacjentem i analiza odpowiedzi w TZN pozwalała na stwierdzenie utrzymujących się objawów psychotycznych w postaci urojeń ksobnych.

Dyskusja

U pacjenta z diagnozą przewlekłej schizofrenii z współwystępującymi objawami katatonii leczenie przeciwpsychotyczne nie przynosiło zadawalających efektów. Farmakoterapia benzodiazepinami w dawkach zalecanych dla objawów katatonii również nie przyniosła poprawy. Terapia elektrowstrząsowa spowodowała częściową redukcję objawów w zakresie zaburzeń motorycznych. Wciąż utrzymywały się zaburzenia mowy w postaci mutyzmu z naprzemiennie występującym słowotokiem, z objawami echolalii, persewercji, werbigeracji. Doniesienia kliniczne nie rozstrzygają jaki schemat postępowania farmakologicznego jest zalecany w podobnych przypadkach. Część literatury zwraca uwagę na odmienną obrazu psychopatologicznego w ostrej i towarzyszącej

przewlekłej schizofrenii katatonii [3]. W obrazie psychopatologicznym syndromu katatonii omawianego pacjenta dominowały zaburzenia językowe, którym we współczesnej literaturze medycznej poświęcono niewiele uwagi. O ile objawy mutyzmu są omawiane, słowotok, werbigeracje, echolalie, perseweracje są opisywane rzadko [15]. W aktualnej klasyfikacji APA DSM-V dezorganizacja mowy wymieniana jest wśród trzech podstawowych objawów schizofrenii (obok omamów i urojeń), z których conajmniej jeden jest niezbędny do ustalenia rozpoznania. Zaburzenia mowy w obrazie psychopatologicznym katatonii mogą przysparzać trudności diagnostycznych u pacjentów z przewlekłą schizofrenią. W opisywanym przypadku czynnikiem różnicującym było natychmiastowe ustąpienie objawów po podaniu zwiększonej dawki benzodiazepin. W klasycznej psychopatologii słowotok, werbigeracje i echolalia były uważane za objawy *catatonic excitement* [15]. W opisywanym przypadku zaburzenia mowy występowały chronicznie, niezależnie od obecności zaburzeń motorycznych. Podobny przypadek zaburzeń mowy, jako głównych objawów katatonii, opisał Lee [16]. U omawianej przez autora pacjentki zaburzenia katatoniczne przejawiające się głównie słowotokiem nie były wcześniej rozpoznane i trwały

od około 3 lat. Pacjentka ta, u której wcześniej rozpoznano schizofrenię paranoidalną, była bezskutecznie leczona neuroleptykami, litem węgla i karbamazepiną. Farmakoterapia Lorazepamem w dawce 3 mg na dobę przyniosła znaczną redukcję objawów katatonicznych. W omawianym w tej pracy przypadku, w przeciwieństwie do pracy Lee, stosowanie benzodiazepin w zalecanych dawkach nie przyniosło znaczących rezultatów. Niekorzystny wynik leczenia wskazuje na przewlekły charakter objawów katatonicznych i ich nierozpoznanie podczas poprzednich hospitalizacji. U pacjenta, co prawda, nastąpiła szybka redukcja objawów katatonii, ale po podaniu diazepamem w dawce niebezpiecznej dla chorego, a uzyskany rezultat był krótkotrwały.

Konflikt interesów / Conflict of interest

Brak/None

Adres do korespondencji:

✉ Anna Burkiewicz
Zakład Psychologii Klinicznej GUMed
ul. Tuwima 15; 80-210 Gdańsk
☎ (+48 58) 349 17 92
✉ a.burkiewicz@gumed.edu.pl

Piśmiennictwo

1. Gelenberg AJ. The catatonic syndrome. *Lancet* 1976;19(1):1339-41.
2. Carroll BT, Anfinson TJ, Kennedy JC, Yendrek R, Boutros M, Bilon A. Catatonic disorder due to general medical conditions. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 1994;6(2):122-33.
3. Fink M, Shorter E, Taylor MA. Catatonia is not schizophrenia: Kraepelin's error and the need to recognize catatonia as an independent syndrome in medical nomenclature. *Schizophr Bull* 2010;36(2):314-20.
4. Fink M. Rediscovering catatonia: the biography of a treatable syndrome. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2013;441:1-47.
5. Lin CC, Huang TL. Lorazepam-diazepam protocol for catatonia in schizophrenia: A 21-case analysis. *Compr Psychiatry* 2013 Jul 12. doi:pii: S0010-440X(13)00140-5. 10.1016/j.comppsy.2013.06.003. [Epub ahead of print].
6. Schmider J, Standhart H, Deuschle M, et al. A double-blind comparison of lorazepam and oxazepam in psychomotor retardation and mutism. *Biol Psychiatry* 1999;46:437-41.
7. Carroll BT, Goforth HW, Thomas C, et al. Review of adjunctive glutamate antagonist therapy in the treatment of catatonic syndromes. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2007;19:406-12.
8. de Silva VA, Lakmini WD, Gunawardena HN, et al. Gunawardena and Raveen Hanwella Chronic catatonia treated with electroconvulsive therapy: a case report. *J Med Case Rep* 2013;7:219.
9. Unal A, Bulbul F, Alpak G, et al. Effective treatment of catatonia by combination of benzodiazepine and electroconvulsive therapy. *J ECT*. 2013 Sep;29(3):206-9.
10. Cristancho P, Jewkes D, Mon T, et al. Successful use of right unilateral ect for catatonia: a case series. *J ECT* 2013;30(1):69-72.
11. Ungvari GS, Leung CM, Wong MK, et al. Benzodiazepines in the treatment of catatonic syndrome. *Acta Psychiatr Scand* 1994;89:285-8.

12. Rosebush PI, Mazurek MF. Pharmacotherapy. In: Caroff SN, Mann SC, Francis A, et al. (editors). *Catatonia: From Psychopathology to Neurobiology*. Washington, DC: American Psychiatric Press Inc 2004. p. 141-150.
13. Ungvari GS, Caroff SN, Gerevich J. The catatonia conundrum: evidence of psychomotor phenomena as a symptom dimension in psychotic disorders. *Schizophr Bull* 2010;36(2):231-8.
14. Bush G, Fink M, Petrides G, et al. Catatonia. I. Rating scale and standardized examination. *Acta Psychiatr Scand* 1996;93(2):129-36.
15. Ungvari GS, White E, Pang AH. Psychopathology of catatonic speech disorders and the dilemma of catatonia: a selective review. *Aust NZ J Psychiatry* 1995;29:653-60.
16. Lee JWY. Chronic „speech catatonia“ with constant logorrhea, verbigeration and echolalia successfully treated with lorazepam: a case report. *Psychiatry Clin Neurosci* 2004;58(6):666-8.