

---

# Katatonijos diagnostika ir gydymas

---

**E. Biliūtė Rodinienė\***

**E. Dlungauskas\*\***

**V. Danilevičiūtė\*\***

\**Vilniaus priklausomybės ligų centras*

\*\**Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Psichiatrijos klinika*

**Santrauka.** Katatonijos sindromas (gr. *katatonos* – įtempimas, sustingimas) – tai psichomotorikos sutrikimas, kuriam būdingas sujaušinimas arba raumenų įtampa, judesių nuslopimas iki visiško sąstingio. Katatonija gali pasireikšti kaip savarankiškas sindromas, išsivystyti sergantiems psichikos, neurologiniais ir somatiniais sutrikimais. Remiantis skirtingais šaltiniais, katatonija diagnozuojama nuo 7 iki 17 % pacientų, atvykusių į ūmios psichiatrijos skyrių. Katatonijos simptomai gali pasireikšti vos pastebimai, jų nenustačius ir laiku nepritaikius tinkamo gydymo, padidėja gyvybei pavojingų komplikacijų (ūmaus inkstų nepakankamumo, tromboembolijos, kraujavimo iš virškinamojo trakto, miokardo infarkto, pneumonijos) išsivystymo rizika ir pacientų mirtinumumas. Todėl svarbu laiku diagnozuoti katatoniją, išsiaiškinti, kokiai ligai esant atsirado šis sindromas, atsižvelgiant į tai, skubiai skirti efektyvų gydymą. Šiame straipsnyje apžvelgiama katatonijos diferencinė diagnostika, naujausios gydymo tendencijos.

**Raktažodžiai:** katatonija, katatonijos sindromas, katatonijos diferencinė diagnostika, katatonijos gydymas.

Neurologijos seminarai 2014; 18(60): 105–112

---

## ĮVADAS

Katatonijos sindromas (gr. *katatonos* – įtempimas, sustingimas) – tai psichomotorikos sutrikimas, kuriam būdingas sujaušinimas arba raumenų įtampa, judesių nuslopimas iki visiško sąstingio [1]. Vokiečių gydytojas K. L. Kahlbaumas pirmasis 1874 m. savo monografijoje aprašė katatoniją. Gydytojas pasirinko katatonijos terminą, norėdamas pabrėžti motorinę ir psichinę pacientų patiriamą įtampą. Jo nuomone, judesių sutrikimai (pvz., vaškinis lankstumas) buvo reikšmingesni nustatant katatoniją negu kliesdėsiai (pvz., didybės kliesdėsiai). Nors K. L. Kahlbaumas buvo įsitikinęs, kad aprašo atskirą susirgimą, nustatė nuotaikos sutrikimus, psichozės simptomus ir somatinius pakitimus, esant šiam sindromui [2, 3]. E. Kraepelinas įtraukė katatoniją į *dementia praecox* ligų grupę, tačiau pripažino, kad katatonijos simptomai pasireiškia esant skirtingiems psichikos sutrikimams [3].

Katatonija gali pasireikšti kaip savarankiškas sindromas, išsivystyti sergantiems psichikos, neurologiniais ir somatiniais sutrikimais. Katatonijai būdingi judesių sutrikimai: stuporas arba sujaušinimas, negatyvizmas, vaškinis lankstumas, raumenų rigidiškumas, stereotipijos, echo-praksija, savaiminis paklusnumas. Taip pat būna mutizmas, echolalijos, verbigeracija, paramimijos (grimasos), socialinis atsirbojimas, šlapimo nelaikymas, atsisakymas valgyti, gerti [1]. Remiantis skirtingais šaltiniais, katatoni-

ja diagnozuojama nuo 7 iki 17 % pacientų, atvykusių į ūmios psichiatrijos skyrių [2, 4]. Katatonijos simptomai gali pasireikšti vos pastebimai, jų nenustačius ir laiku nepritaikius tinkamo gydymo, padidėja gyvybei pavojingų komplikacijų (ūmaus inkstų nepakankamumo, tromboembolijos, kraujavimo iš virškinamojo trakto, miokardo infarkto, pneumonijos) išsivystymo rizika ir pacientų mirtinumumas [5, 6]. Svarbu, laiku diagnozuoti katatoniją, išsiaiškinti, kokiai ligai esant atsirado šis sindromas, atsižvelgiant į tai, skubiai skirti efektyvų gydymą.

## NOZOLOGIJA

Kraepelinas ir Bleuleris katatoniją siejo su šizofrenija [2]. Ši nuostata atsiskleidžia ir TLK-10 (Tarptautinė ligų klasifikacija) klasifikacijos sistemoje [3].

TLK-10 klasifikacijos sistemoje katatonija yra klasifikuojama kaip šizofrenijos subtipas – katatoninė šizofrenija. Šiam sutrikimui būdingi bruožai: ryškūs psichomotorikos sutrikimai, kurie gali svyruoti nuo hiperkinezės (psichomotorinio sujaušinimo) iki stuporo arba nuo automatinio paklusnumo iki negatyvizmo. Šie simptomai gali pasireikšti kartu su oneiroidine būseną, kuriai būdingos ryškios sceninės haliucinacijos. Siekiant diagnozuoti katatoninę šizofreniją, klinikiui turi dominuoti vienas ar daugiau iš šių išvardintų požymių: a) stuporas arba sujaušinimas, b) neįprastos pozos, c) negatyvizmas, d) rigidiškumas, e) vaškinis lankstumas, f) kiti simptomai – paklusnus automatizmas, žodžių ir frazių perseveracija. Nebendrajantiems ligoniams su katatoninio elgesio pakitimu šizofrenijos diagnozė gali būti preliminari iki tol, kol nebus nustatyti kiti simptomai. Svarbu suvokti, kad katatonijos simptomai nėra patognomiški šizofrenijai [3].

---

### Adresas:

Eglė Biliūtė Rodinienė

Vilniaus priklausomybės ligų centras,

Gerosios Vilties g. 3, Vilnius

Tel. (8 692) 39 962, el. paštas egle.biliute@gmail.com

Vis dėl to katatonija dažniau būna susijusi su afekciniais sutrikimais, negu šizofrenija. Taip pat ji siejama su organiniais sutrikimais. Ne taip, kaip kituose subtipuose pagrindiniai šizofrenijos simptomai, kludiesiai ir haliucinacijos, nėra būtini katatonijai diagnozuoti. Geresnis atsakas būna gydant benzodiazepiniais, elektroimpulsine terapija, nei antipsichotikais. Dėl šių požymių katatoniją galima būtų išskirti kaip atskirą sindromą [7].

Šiuo metu yra peržiūrima TLK-10. Psichozinių sutrikimų klasifikavimo darbo (PSKD) grupė rekomenduoja TLK-9 ir TLK-10 esančių subtipų – paranoidinio, hebefreninio, katatoninio ir kt., neįtraukti, kadangi jie prognostiškai nėra reikšmingi. Diskutuojama dėl simptomų klasifikatorių – ar derėtų į juos įtraukti pozityvius, neigatyvius, depresijos, manijos, psichomotorinius simptomus.

Su nuotaikos ir nerimo sutrikimų klasifikacijos darbo grupe svarstoma, ar derėtų naudoti bendrą tiek psichoziniams, tiek nuotaikos sutrikimams būdingą psichomotorinių simptomų klasifikatorių. Nuomonės išsiskiria dėl to, ar katatonija turėtų būti atskira diagnostinė kategorija, tačiau PSKD nerekomenduoja jos, kaip tokios, įtraukti į TLK-11 [8].

DSM-5 išskiriamos kelios katatonijos diagnostinės kategorijos [9]:

1) Katatonija susijusi su kitu psichikos sveikatos sutrikimu.

2) Katatonija susijusi su kita medicinine būkle.

3) Nepatikslinta katatonija

Tiek katatonijos, susijusios su psichikos sveikatos sutrikimu, tiek su medicinine būkle, klinikiniame vaizde stebimi 3 arba daugiau išvardintų A simptomų:

• A)

1) Stuporas (pvz., nėra psichomotorinio aktyvumo; nėra aktyvaus kontakto su aplinka);

2) Katalepsija (pvz., pasyvus pozos išlaikymas);

3) Vaškinis lankstumas (pvz., nedidelis, tolygus pasipriešinimas, kai tyrėjas keičia tiriamojo pozą);

4) Mutizmas (pvz., žmogus kalba mažai arba visai nekalba (išskyrus anksčiau nustatytą afaziją);

5) Negatyvizmas (pvz., nereagavimas į išorinius dirgiklius, paprašytų veiksmų neatlikimas arba priešingų paprašytiems atlikimas);

6) Pozos išlaikymas (pvz., spontaniškas ir aktyvus pozos išlaikymas);

7) Manierizmas (pvz., keisti, atsitiktiniai veiksmai);

8) Stereotipijos (pasikartojantys, nenormaliai dažni, netikslingi veiksmai);

9) Išorinių stimulų nesukelta ažitacija;

10) Grimasavimas;

11) Echolalija (pvz., kitų kalbos atkartojimas);

12) Echopraksija (pvz., kitų judesių atkartojimas).

Koduoiant greta rašoma, su koku sutrikimu susijusi katatonija (pvz., katatonija susijusi su depresija).

Norint diagnozuoti katatoniją, susijusią su kita medicinine būkle, greta A simptomų taip pat turi pasireikšti toliau išvardinti požymiai:

• B) Anamnestiniai duomenys, paciento ištyrimas, laboratorinių tyrimų duomenys patvirtina, kad katatonija yra tiesioginė patofiziologinė medicininio sutrikimo pasekmė.

• C) Sutrikimas nėra paaiškinamas kitu psichikos sveikatos sutrikimu.

• D) Sutrikimas neatsiranda išskirtinai tik delyro metu.

• E) Sutrikimas sukelia kliniškai reikšmingą stresą, pakenkia paciento socialinei adaptacijai ir kitoms svarbioms gyvenimo sritims.

Koduoiant greta rašoma, su koku medicininio sutrikimu susijusi katatonija (pvz., katatonija dėl hepatinės encefalopatijos).

Nepatikslinta katatonija diagnozuojama DSM-V, kai pasireiškia katatonijai būdingi simptomai, sukeliantys sunkumų socialinėse, užimtumo srityse, kitose svarbiuose funkcionavimo srityse, tačiau nėra aišku, koks sutrikimas pasireiškia esant katatonijai (medicininis ar psichikos sveikatos sutrikimas) arba nėra sąlygų sutrikimui nustatyti [9].

## PATOGENEZĖ

Nėra galutinai nustatyta, dėl kokių patologinių, genetinių, neurocheminių, struktūrinių pokyčių smegenyse išryškėja katatonija [2]. Literatūroje pateikiamos įvairios katatonijos patogenezės teorijos.

Katatonijos patogenezėje svarbūs neuromediatorių apykaitos sutrikimai, ypač dopamino ir gama amino sviesto rūgšties A (GASR-A), nors dopaminerginės sistemos būklė katatonijos metu nėra aiški, o duomenys prieštaringi. Įtariamas dopaminerginės sistemos hiperaktyvumas katatonijos metu. Kiti tyrėjai teigia, kad katatonijai būdinga hipodopaminerginė būklė. Dar kiti mano, kad įvairios dopaminerginės sistemos (pvz., mezolimbinė, nigrostriatinė) sutrinka skirtingai [1].

Pastebėtas amantadino teigiamas poveikis katatonijos gydyme. Tai leidžia manyti, kad bent kai kuriems asmenims katatonija išsivysto dėl gliutamaterginės disfunkcijos [10]. Teigiamas atsakas į gydymą benzodiazepiniais ir zolpidemu, GASR-A agonistais ir pastebėtas sumažėjęs GASR-A receptorių jautrumas kairėje sensomotorinėje žievėje kai kuriems pacientams, taip pat leidžia manyti, kad glutaminerginė disfunkcija turi įtakos katatonijos išsivystymui [1]. Kai kuriems pacientams galimai pasireiškia sutrikusi noradrenalino ir serotonino neurotransmisija. Alekhina ir kiti, atlikdami tyrimus su žiurkėmis, nustatė noradrenalino kiekio padidėjimą ir serotonino kiekio sumažėjimą dryžuotame kūne, tarpinėse smegenyse [10].

Northoff atliktų neurobiologinių tyrimų metu daliai pacientų su katatonija buvo nustatytas dopamino metabolito, homovanilinės rūgšties kiekio padidėjimas [2]. SPECT (pavienių fotonų tomografijos) tyrimų metu Northoff nustatė sumažėjusį GASR-A ligandų jungimąsi kairėse žievės srityse [2].

## PAVELDĖJIMAS

Naujų tyrimų duomenimis, stebimas šeiminis polinkis į katatoniją, kuriam nebūdingas klasikinis paveldėjimas pagal Mendelio dėsnius [10]. Periodinės katatonijos molekuliniais tyrimais nustatytas ryšys su 15 chromosoma [10–12].

## KATATONIJS DIAGNOSTIKA

Katatonijos simptomai gali pasireikšti esant daugeliui psichikos sveikatos sutrikimų. Iššūkis yra atpažinti katatoniją ir ją sukėlusius sutrikimus [2]. Jeigu pacientui pasireiškia mutizmas, stuporas ir (ar) psichomotorinis sujaudinimas, visada derėtų pagalvoti apie katatonijos diagnozę. Įtarus katatoniją, svarbu reguliariai stebėti gyvybinius rodiklius, atlikti laboratorinius tyrimus: BKT (bendrą kraujo tyrimą), elektrolitų, šlapalo, kreatinino, geležies kiekio kraujo serume ir kreatinfosfokinazės [4, 13]. Norint išsiaiškinti, ar katatonijos simptomai nėra lemti *status epilepticus*, be traukulių arba galvos smegenų patologijos, reikia atlikti vaizdinius (neurovizualinius) smegenų tyrimus (pvz., kompiuterinę tomografiją (KT), magnetinio rezonanso tyrimą (MRT)), EEG. 1 lentelėje pateikiami tyrimų rodiklių pokyčiai, būdingi katatonijos sindromui [4].

Kai kurios ligos, kurių metu pasireiškia katatonijos sindromas, gali būti nustatomos specifiniais laboratoriniais

1 lentelė. Galimi tyrimų pokyčiai, esant katatonijai [6, 13]

Kreatinfosfokinazė (KFK)
D - dimera
Geležies kiekis kraujo serume
Homovanilinės rūgšties kiekis likvoro
Frontalinis EEG sulėtėjimas (gali būti su pertraukomis)
Neurovizualiniais tyrimais nustatomi padidėję šoniniai skilveliai arba smegenėlių atrofija
Kognityviniai sutrikimai: dėmesio, motoriniai, orientacijos
Sumažėjęs sensomotorinės žievės funkcionavimas ir pakitęs laterališkumas funkciniam MRT, SPECT (pavienių fotonų tomografija)

tyrimais. Katatonija, susijusi su afekciniais sutrikimais ar psichoze be afekcinių simptomų, nepasireiškia specifiniais laboratorinių tyrimų pokyčiais [13].

Katatonijos diagnostikai palengvinti gali būti naudojamos įvairios katatonijos vertinimo skalės: Bush-Francis, Bräuning, Northoff, Rogers, KANNER katatonijos vertinimo skalės [3, 13, 14].

Toliau pateikiama Bush-Francis katatonijos vertinimo skalė, naudojama katatonijos diagnostikai ir sunkumui įvertinti [13]. Ši skalė yra viena dažniausiai naudojamų ir daugiausia ištirtų katatonijos diagnostikos skalių nuo jos publikacijos 1996 m. [15]. Literatūroje nurodoma, kad ši skalė yra patikima ir jautri klinikiniams pokyčiams [2].

## BUSH-FRANCIS KATATONIJS VERTINIMO SKALĖ (BFKVS)

1–14 punktai padeda diagnozuoti katatoniją. Katatonija nustatoma jeigu pasireiškia 2 simptomai, trunkantys 24 val., minimi 1–14 punktuose. Visi simptomai vertinami nuo 0 iki 3 balų, jie skirti būklės sunkumui įvertinti [13].

<p><b>1. Sujaudinimas</b> Didelis hiperaktyvumas, netikslingas padidintas motorinis aktyvumas. Neturėtų būti maišomas su akatizija ar į tikslą nukreipta ažitacija.</p> <p>0 = Nebūdinga 1 = Padidintas judrumas 2 = Pastovus judrumas be pertraukų 3 = Pilnai išreikštas katatoninis sujaudinimas, begalinis motorinis aktyvumas</p>	<p><b>2. Nejudrumas / stuporas</b> Stipriai išreikštas hipoaktyvumas, nejudrumas, minimalus atsakas į stimulus.</p> <p>0 = Nebūdinga 1 = Sėdi nenormaliai ramiai, gali trumpai pabendrauti 2 = Nebendruoja su išoriniu pasauliu 3 = Stuporas, nereaguoja ir į skausmingus stimulus</p>
<p><b>3. Mutizmas</b> Kalba mažai arba visai nekalba, nesuprantamai šnabžda.</p> <p>0 = Nebūdinga 1 = Neatsako į daugelį klausimų 2 = Pasako mažiau negu 20 žodžių per 5 min. 3 = Nekalba</p>	<p><b>4. Žvilgsnis fiksuotas į vieną tašką, retas mirksėjimas, stebimas nesidomėjimas aplinka, suretėjęs mirksėjimas.</b></p> <p>0 = Nebūdinga 1 = Mažai palaiko akių kontaktą, pakartotinai pažvelgia mažiau negu 20 sek. perkeldamas dėmesį; rečiau mirksi 2 = Žvilgsnis išlaikomas ilgiau negu 20 sek.; kartais pakeičia dėmesio objektą 3 = Fiksuotas žvilgsnis, nereaktyvus</p>
<p><b>5. Pozos išlaikymas / katalepsija</b> Spontaniškas pozos išlaikymas (sėdėjimas, stovėjimas ilgą laiką nekeičiant pozos).</p> <p>0 = Nebūdinga 1 = Mažiau negu 1 minutę 2 = Ilgiau negu vieną minutę, mažiau negu 15 min. 3 = Keistos pozos, viena poza išlaikoma &gt; 15 min.</p>	<p><b>6. Paramimijos: neįprastų veido išraiškų išlaikymas</b></p> <p>0 = Nebūdinga 1 = &lt; 10 sek. 2 = &lt; 1 min. 3 = Neįprastos veido išraiškos, išlaikytos &gt; 1 min.</p>

<p><b>7. Echopraksija / echolalija</b> Pašnekovo veiksmų, žodžių atkartojimas.</p> <p>0 = Nebūdinga 1 = Retas 2 = Dažnas 3 = Pastovus</p>	<p><b>8. Stereotipijos</b> Pasikartojantys, betiksliai judesiai (pasikartojantis veido lietimasis, pirštų judinimas, savęs trynimasis, plekšnojimas); neįprastai dažnas veiksmų atkartojimas.</p> <p>0 = Nebūdinga 1 = Kartais 2 = Dažnai 3 = Nuolat</p>
<p><b>9. Manierizmas</b> Keisti tikslingi judesiai (šokinėjimas, vaikščiojimas ant pirštų galų, perdėti judesiai).</p> <p>0 = Nėra 1 = Kartais 2 = Dažnai 3 = Nuolat</p>	<p><b>10. Verbigeracija</b> Sakinių, frazių kartojimas, lyg užstrigus plokštelei.</p> <p>0 = Nėra 1 = Kartais 2 = Dažnai 3 = Nuolat</p>
<p><b>11. Rigidiškumas</b> Statiškos pozos išlaikymas, nekreipiant dėmesio į pastangas ją panaikinti, reikėtų ekskluduoti, jeigu yra stebimas dantračio fenomenas, tremoras.</p> <p>0 = Nėra 1 = Lengvas pasipriešinimas 2 = Vidutinis 3 = Sunkus, nebepavyksta pakeisti pozos</p>	<p><b>12. Negatyvizmas</b> Iš pažiūros nemotyvuotas pasipriešinimas atlikti paliepiamus, iširti, pajudinti pacientą. Priešingas elgesys, pacientas daro priešingus paliepiamams veiksmus.</p> <p>0 = Nėra 1 = Nedidelis ar (ir) kartais pasireiškiantis pasipriešinimas 2 = Vidutinis pasipriešinimas ar (ir) dažnai priešingas elgesys 3 = Sunkus pasipriešinimas ar (ir) nuolat priešingas elgesys</p>
<p><b>13. Vaškinis lankstumas</b> Keičiant paciento pozą, iš pradžių jaučiamas priešinimasis, panašiai kaip lenkiant žvakę, suteikta poza išlaikoma.</p> <p>0 = Nėra 3 = Yra</p>	<p><b>14. Atsisakymas (valgyti, gerti, palaikyti akių kontaktą)</b></p> <p>0 = Nėra 1 = Mažai valgo / nebendruoja &lt; 1 d. 2 = Mažai valgo / nebendruoja &gt; 1 d. 3 = Nevalgo / nebendruoja 1 d. ir daugiau</p>
<p><b>15. Impulsyvumas</b> Pacientas staiga pradeda elgtis neadekvačiai (pvz., bėga koridoriumi, pradeda šaukti, nusirenginėti), be to paskatinusio veiksnio. Po to visiškai negali paašškinti savo elgesio.</p> <p>0 = Nestebima 1 = Kartais 2 = Dažnai 3 = Nuolat</p>	<p><b>16. Automatinis paklusnumas</b> Perdėtas paklusnumas tyrėjo prašymams ar spontaniškas paprašytų judesių atlikimas.</p> <p>0 = Nestebima 1 = Kartais 2 = Dažnai 3 = Nuolat</p>
<p><b>17. Pasyvus paklusnumas</b> Rankos pakėlimas lengvai paspaudus paciento pirštą, nors buvo prašoma atlikti priešingą veiksmą</p> <p>0 = Nestebima 3 = Stebima</p>	<p><b>18. Negatyvizmas</b> Priešinimasis atlikti pasyvius veiksmus yra proporcingas stimulo stiprumui, veiksmas atrodo daugiau automatinis negu valingas.</p> <p>0 = Nestebima 3 = Stebima</p>
<p><b>19. Ambitendencija</b> Paciento judesiai atrodo stringantys, neužtikrinti.</p> <p>0 = Nestebima 3 = Stebima</p>	<p><b>20. Griebimo refleksas</b> Neurologinio ištyrimo metu</p> <p>0 = Nestebima 3 = Stebima</p>
<p><b>21. Perseveracija</b> Pakartotinai sugrįžta prie tos pačios temos arba toliau juda.</p> <p>0 = Nestebima 3 = Stebima</p>	<p><b>22. Kovingumas</b> Dažniausiai pasireiškia netiesiogiai, po to žmogus negali arba gali mažai paašškinti, kas nutiko.</p> <p>0 = Nestebima 1 = Kartais pasireiškia, maža tikimybė, kad sužeis 2 = Dažnai pasireiškia, vidutinė sužeidimo tikimybė 3 = Yra rimtas pavojus kitiems</p>
<p><b>23. Autonominės vegetacinės nervų sistemos anomalijos</b> (Temperatūra, AKS, pulsas, kvėpavimo dažnis, prakaitavimas)</p> <p>0 = Nestebima 1 = Vienas iš parametrų pakitęs (nevertinti AKS, jeigu jis anksčiau buvo padidintas) 2 = Du parametrai pakitę 3 = Trys parametrai pakitę</p>	<p>IŠ VISO:</p>

2 lentelė. Objektivaus ištyrimo metodika, naudojant BFKVS [13]

	Tyrėjo veiksmai procedūros metu	Padedama iširti
1.	Stebėti pacientą, stengiantis įtraukti jį į pokalbį	Aktyvumą, nenormalius judesius, neadekvačią kalbą
2.	Demonstratyviai pasikasyti galvą	Echopraksiją
3.	Įvertinti dantračio fenomeną. Lankstyti ranką, prašant ją atpalaiduoti. Judinti tiriamojo ranką su didesne ir mažesne jėga	Rigidiškumą, negatyvizmą, vaškinį lankstumą
4.	Paprašyti paciento ištiesti ranką. Pridėti vieną pirštą po ranka ir stengtis lėtai kelti ranką prašant paciento: „Neleiskite man pakelti ranką.“	Pasyvų paklusnumą
5.	Ištiesti tiriamojo ranką, sakant: „Nespauskite man rankos.“	Ambitendenciją
6.	Įkišti ranką į kišenę ir sakyti pacientui: „Iškiškite liežuvį, aš noriu adatėle durti į jį.“	Automatinį paklusnumą
7.	Ištirti griebimo refleksą	Griebimo refleksą
8.	Pagal paciento medicininę dokumentaciją, įvertinti, kaip pacientas maitinasi, geria vaistus ar neadekvačiai elgiasi, kokie yra jo gyvybinių rodiklių duomenys	
9.	Kiekvieną dieną netiesiogiai stebėti ligonio elgesį nors trumpą laiko tarpą	

BFKVS patikimumas priklauso nuo to, ar tiriantysis naudosis standartizuota objektivaus ištyrimo metodika. Ji padeda greitai, sistemingai įvertinti paciento būklę ir stebėti jo atsaką į gydymą. 2 lentelėje pateikiama metodika, padedanti įvertinti paciento būklę ir tiksliau užpildyti BFKVS skalę [13].

## KATATONIJS DIFERENCINĖ DIAGNOSTIKA

### Psichinės ligos

#### Manija

Katatonija nustatoma 15–31 % pacientų, sergančių bipoliniu afektiniu sutrikimu, manijos epizodo metu [13, 16]. Sudėtinga atskirti katatoninį (sergantiems šizofrenija) ir maniakinį sujaudinimą. Abi būklės – trumpalaikės, abiemis būdinga staigi pradžia, liguistai pakili nuotaika, veiklos suaktyvėjimas, psichozės simptomai. Tačiau katatoninio sujaudinimo metu paciento veikla yra betikslė. Rekurentinės katatonijos periodiškumas gali priminti bipolinį sutrikimą. Dalies autorių nuomone, katatoninio sujaudinimo išsivystymas reiškia, kad pacientas serga bipoliniu sutrikimu [15].

#### Depresija

Depresija yra antra pagal dažnį būklė, kurios metu pasireiškia katatonija. Depresiškiems pacientams katatonija pasireiškia psichomotoriniu sulėtėjimu, kartais progresuojančiu iki stuporo. Pacientams būdingas mutizmas, katalapsija, priverstinės pozos. Jie kalba pakitusiu balso tembru, perdėtai formaliai. Taip pat jiems pasireiškia automatinis paklusnumas, rečiau vaškinis lankstumas. Jie atrodo atsiriboję nuo juos supančios aplinkos. Praėjus katatonijai, jie gali tiksliai apibūdinti, kas aplink juos vyko [13].

Jaunesniems pacientams neretai yra diagnozuojama šizofrenija, kai jiems pasireiškia katatonija. Toliau pateikiami požymiai, pagal kuriuos galima atpažinti, ar jaunas pacientas serga depresija, kai jam pasireiškia katatonija [13].

3 lentelė. Katatonija, sergant šizofrenija ir manijos diferenciacija [11]

	Katatonija, sergant šizofrenija	Katatonija, sergant manija
Disforija	+++	+
Euforija	+	+++
Hiperaktyvumas	+	+++
Kalbos skubumas	+	+++
Pakitusi nuotaika	+	+++
Emocijų blankumas	++	-
Šizoidiški asmenybės bruožai	+++	+
Ciklotimija, distimija	+	+++
Dirglumas	+	+++

Daugiau būdinga +++, Būdinga ++, Mažiau būdinga +, Nebūdinga -.

#### Būdingi depresija sergančio jauno paciento su katatonija požymiai [13]:

- Išreikšti vegetaciniai simptomai, pablogėjęs miegas, apetitas, sumažėjęs libido.
- Premorbide ir tarp depresijos epizodų buvęs geras funkcionavimas, aktyvus libido.
- Komorbidiškumas su bulimija, migrena leidžia įtarti nuotaikos sutrikimą.
- Žiemos metu atsiradęs sutrikimas leidžia įtarti nuotaikos sutrikimą.
- Šeimos anamnezėje yra buvę nuotaikos sutrikimų, suicidų, alkoholizmo, tai leidžia įtarti nuotaikos sutrikimą.
- Depresija bet kokiame gyvenimo tarpsnyje pasireiškia dažniau negu šizofrenija ar kitos, su narkotinėmis medžiagomis nesusijusios, psichozės.

Kai katatonija pasireiškia vyresnio amžiaus pacientams, jiems linkstama dažniau diagnozuoti demenciją. Starkstein ir kitų atliktame tyrime katatonijos sindromas nustatytas 20 % vyresnio amžiaus depresiškų pacientų [2].

Depresija sergantiems vyresnio amžiaus pacientams dažnai pasireiškia pseudodemencija, kognityvinių funkcijų pablogėjimas. Kadangi yra sunku atskirti Alzheimerio ligą nuo pseudodemencijos, sergant depresija, apdairu pacientą išsamiai ištirti dėl depresijos, naudojant Hamiltono depresijos skalę. Jeigu depresija yra lydima psichozinės simptomatikos, EIT yra pirmo pasirinkimo gydymo metodas. Toliau pateikiami požymiai, pagal kuriuos galima atpažinti, ar vyresnio amžiaus pacientas serga depresija, kada jam pasireiškia katatonija [13].

**Būdingi depresija sergančio vyresnio amžiaus paciento su katatonija požymiai [13]:**

- Vegetaciniai požymiai, pablogėjęs miegas, apetitas, pakitęs libido leidžia įtarti depresiją, išskyrus tuos atvejus, kai pasireiškia somatinis sutrikimas.
- Problemų pervertinimas leidžia įtarti depresiją, jų neigimas, nuvertinimas (anizognozija) – demencija.
- Jeigu iki 50 m. amžiaus pasireiškė depresija, didelė tikimybė, kad ir šiuo metu pacientui yra depresija.
- Šeimos anamnezėje yra buvę nuotaikos sutrikimų, suicidų, alkoholizmo, tai leidžia įtarti nuotaikos sutrikimą. Jeigu šeimos anamnezėje yra buvę giminaičių, sirgusių Alzheimerio liga, galima įtarti demenciją, atsiradusią dėl struktūrinių smegenų pokyčių [13].

**Šizofrenija**

Apytiksliai 10 % pacientų, kuriems pasireiškia katatonija, nustatoma šizofrenijos diagnozė [13]. Išstudijavus 11 tyrimų, nagrinėjančių, kokie sutrikimai pasireiškė esant katatonijai, nustatyta, kad vidutiniškai 28 % pacientų, esant katatonijai, buvo nustatyta šizofrenija, 44 % – afektiniai sutrikimai [18].

Remiantis TLK-10, norint nustatyti katatoninę šizofreniją, klinikiniam vaizde turi dominuoti vienas ar daugiau šių išvardintų požymių:

- 1) stuporas;
- 2) pozos;
- 3) rigidiškumas;
- 4) vaškinis lankstumas;
- 5) kiti simptomai – paklusnus automatizmas, žodžių ir frazių perseveracija.

Nebendraudantiems ligoniams, su katatoninio elgesio pakitimais, šizofrenijos diagnozė gali būti preliminari iki tol, kol nebus nustatyti kiti simptomai. Svarbu suvokti, kad katatonijos simptomai nėra patognomiški šizofrenijai. Katatonijos simptomus gali sukelti organinės smegenų ligos, metabolizmo sutrikimai arba alkoholis, narkotikai, taip pat jie gali atsirasti sutrikus nuotaikai [19].

**Kiti psichikos sutrikimai**

Katatonijai būdingas stereotipijas galima supainioti su obsesinio-kompulsinio sutrikimo simptomais, negatyvizmą – su simuliacija ar konversiniu sutrikimu [17]. Katatonija dažnai gali likti neatpažinta vaikams su vystymosi ir neurologiniais sutrikimais, ypač tiems, kuriems yra būdingi stereotipiški judesiai, sutrikusi kalba [2].

**Klinikinės būklės**

Aibė sisteminių, neurologinių sutrikimų, toksinių būklių gali sukelti katatonijos sindromo išsivystymą [2]. Katatonija dėl somatinių priežasčių sudaro nuo 20 iki 30 % visų katatonijos atvejų. Katatonija, sukelta psichikos sveikatos sutrikimų ar medicininių būklių, gali pasireikšti panašiais katatonijos simptomais [20]. Abiem atvejais katatonijos eiga gali būti sunki [2]. Todėl svarbu diferenciacijai atlikti specifinius laboratorinius, instrumentinius tyrimus [2]. Jeigu katatonija pasireiškia pirmą kartą, svarbu atlikti MRT, kadangi tokie simptomai gali atsirasti dėl galvos smegenų insulto, hematomos, auglių. Tokių pacientų būklė gali blogėti, skiriant jiems ilgesnį laiką benzodiazepinus [2].

4 lentelė. Klinikinės būklės, kai yra galimas katatonijos simptomų pasireiškimas [1, 13, 20]

Neurologiniai sutrikimai	Medicininės būklės
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Smegenų kraujotakos sutrikimai</li> <li>• CNS infekcinės ligos</li> <li>• Virusinis encefalitas</li> <li>• Meningoencefalitas</li> <li>• Paraneoplastinis encefalitas</li> <li>• Netraukulinė epilepsinė būklė</li> <li>• Hidrocefalija</li> <li>• CNS navikai (vidurinėse smegenyse, smegenėlėse, corpus callosum srityje, III skilvelio glioma, astrocitoma, difuzinė supraskilvelinė pinealoma)</li> <li>• Subdūrinės hematomos</li> <li>• Wernicke encefalopatijos</li> <li>• Galvos smegenų trauma</li> <li>• Išsėtinė sklerozė</li> <li>• Paveldimos neurometabolinės ligos</li> <li>• „Užrakinto žmogaus“ sindromas (pacientas sąmoningas, jam raumenų paralyžius pasireiškia dėl tilto, vidurinių smegenų pažeidimo)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sepsis</li> <li>• Encefalopatija</li> <li>• Kepenų nepakankamumas</li> <li>• Inkstų nepakankamumas</li> <li>• Feochromocitoma</li> <li>• Endokrininės ligos (hipoparatiroidizmas, tireotoksikozė, feochromocitoma, diabetinė ketoacidozė, Adisono, Kušingo ligos)</li> <li>• Neurodegeneracinės ligos (Creutzfeldt-Jakobs liga, Alzheimerio liga, Lewy kūnelių demencija)</li> <li>• Apsinuodijimas (meskalinu, trichninu, amfetaminu, kortizonu, disulfiramu, aspirinu, antipsichoziniais vaistais, salicilatais, inhaliaciniais anestetikais)</li> <li>• Stabligė</li> <li>• Stafilokokinis sepsis</li> </ul>

## Vaistų ir narkotikų sukelta katatonija

### Gydymas antipsichotikais

Antipsichotikai gali paskatinti katatonijos atsiradimą, dažnai ir piktybinio neuroleptinio sindromo (PNS) išsivystymą. Katatoniją dažniausiai sukelia depo formos, stipraus psichotropinio poveikio neuroleptikai. Ji išsivysto 2 % šiuos vaistus vartojusių pacientų [13, 14]. Kadangi piktybinės katatonijos (PK) ir PNS klinika panaši (stebimas padidintas raumenų rigidiškumas, karščiavimas,

KFK), kai kurie autoriai mano, kad abu jie yra skirtingi tos pačios ligos variantai, atsirandantys dėl centrinių dopaminerginių receptorių blokavimo. Kai kurie kiti autoriai išskyrė kriterijus, padedančius atlikti diferencinę diagnostiką [21].

- Prodomas. PK atveju prodrominis laikotarpis trunka keletą savaičių, jo metu keičiasi ligonio elgesys, asmenybė. Pacientas gali pradėti haliucinuoti, žaloti save, elgtis ažiutuotai. PNS išsivysto po neuroleptikų vartojimo, jam nebūdingas prodromas [21].
- Klinika. PK atveju pasireiškia raumenų rigidiškumas dėl stuporo, mutizmas, atsisakymas valgyti, o pacientai su PNS gali bendradarbiauti tiek, kiek leidžia jų būklė. Be to, esant PK, rigidiškumas kinta nuo raumenų atsipalaidavimo iki stuporo [21].

### Benzodiazepinų (BZD) nutraukimas

Staugus BZD nutraukimas gali išprovokuoti katatonijos atsiradimą. Simptomai galimai atsiranda dėl nepilnai pasireiškiančių traukulių priepuolių, panašių kaip esant absansams, *status epilepticus* be traukulių. Tokiems pacientams pasireiškia delyrinė simptomatika su fliuktuojančiais katatonijos požymiais. Pasireiškia kalbos perseveracija, manierizmas, stereotipijos, priverstinis mąstymas, kompulsyvus elgesys [13].

### Narkotinių medžiagų vartojimas

Perdozavus opioidų arba opiatų, išsivysto raumenų rigidiškumas, sutrinka temperatūros reguliacija. Kartu pasireiškia kiti opioidų intoksikacijos požymiai (miozė, šalta oda, sulėtėjusi žarnyno peristaltika). Lėtinis stimuliantų vartojimas gali išprovokuoti stereotipinių judesių atsiradimą. Apsinuodijus LSD, kokainu, yra rizika, kad išsivystys lėtinė katatonija [13].

## KATATONIJS GYDYMAS

Katatonijos gydymas yra sudėtingas, tam reikia, kad bendradarbiautų įvairių sričių gydytojai ir specialistai [1, 5]. Net ir atlikus išsamų paciento ištyrimą, katatonijos etiologija gali likti neaiški. Jeigu pavyksta ją nustatyti, būtina skirti gydymą pirminiam susirgimui (pvz., neurologiniam) [5]. Gydant katatoniją, svarbu atsižvelgti į jos etiologiją. 5 lentelėje pateikti gydymo būdai pagal katatoniją sukėlusį sutrikimą.

Pacientui reikalinga kvalifikuotų specialistų komanda, naujausių gydymo strategijų taikymas. Svarbus vaidmuo tenka paciento palaikomajam gydymui: skysčių balansui palaikyti, mitybai, aspiracijos, tromboflebitų profilaktikai [5]. Derėtų vengti vaistų (pvz.: antipsichotikų, dopamino blokatorių (metoklopramido), kurie galėtų pabloginti ligonio būklę [5].

Nors ir nebuvo atlikti dvigubai akli, placebo kontroliuojami tyrimai, remiantis stebėjimų duomenimis, nustatytas geras gydymo atsakas, skiriant benzodiazepinus (BZD) [4]. BZD yra pirmo pasirinkimo vaistai, gydant katatoniją, gydymo atsakas siekia 60–70 %, neatsižvelgiant į katatonijos etiologiją [5]. Rekomenduojama skirti 1–2 mg lorazepamo po liežuviu, į raumenis. Jeigu negaunamas atsakas, pakartotinai skirti po 3 val., nesant atsako, vėl kartoti po 3 val. [4]. Kai kuriais atvejais reikia skirti lorazepamo iki 20–30 mg/d [22]. Zolpidemas pasižymi panašiu poveikiu į GASR-A receptorių kaip lorazepamas. Atviraime tyrime su pacientais nustatyta, kad, skiriant zolpidemo 10 mg vienkartinai, katatonijos simptomų išreikštumas sumažėjo 50 % (vertinant juos BFKVS) po 30 min. nuo vaisto skyrimo [2].

Remiantis literatūros duomenimis, gydymą efektyvia BZD doze reikėtų tęsti, kol gydomas pirminis sutrikimas. BZD dozę reikėtų titruoti taip, kad nebūtų sukelta sedacija. Nutraukus BZD skyrimą anksčiau, nei gautas pirminio sutrikimo gydymo efektas, katatonijos simptomatika gali atsikartoti [4]. Jeigu nestebimas atsakas į gydymą BZD, vertėtų apsvarstyti gydymo elektroimpulsine terapija (EIT) galimybę [4]. Iš atvejų aprašymų žinoma, kad tiek bilateralinė EIT, tiek ultra trumpų dažnių EIT yra efektyvios, gydant lėtinę katatoniją [7].

Jeigu katatonijos simptomai išlieka, skiriant BZD, EIT arba jeigu artimieji nesutinka su EIT taikymu pacientui (iš

5 lentelė. Etiologinis katatonijos gydymas [13, 18]

1. Nuotaikos sutrikimai	3. Neurologinės ligos	4. Somatinės ligos	2. Šizofrenija
Antidepresantai	Prieštraukuliniai vaistai	Metabolitų pusiausvyros sutrikimų korekcija	BZD Antipsichotikai
Prieštraukuliniai vaistai (normotimikai)	Galvos smegenų traumos, insulto gydymo gairės	Kardiovaskulinių sutrikimų gydymo gairės	Priešparkinsoninis protokolas
Litis	Neurochirurgija	Medikamentinio gydymo peržiūrėjimas	Dozės padidinimas
Benzodiazepinai	Benzodiazepinai	Endokrininės patologijos gydymas	(Paskutinė priemonė) Antipsichotikų dozės padidinimas
EIT			EIT

kurio ligos istorijos žinoma, kad jam pasireiškia psichozinis sutrikimas), rekomenduojama su BZD kartu skirti ir neuroleptikus [4]. Jeigu katatonija yra psichozinės kilmės, paciento motorikai atsistąčius, jam pradėjus valgyti, gerti, galima pradėti gydymą neuroleptikais, nerizikuojant paskatinti piktybinio neuroleptinio sindromo išsivystymo [4]. Atvejų aprašymuose minima, kad, pasireiškiant periodinei katatonijai, rekomenduojama naudoti litį arba mementiną, amantadiną. Šie vaistai padeda sumažinti katatonijos atsikartojimo galimybę arba prailgina laikotarpį tarp katatonijos epizodų [23].

Atvejų aprašymuose minimas gydymo atsakas, skiriamam topiramatai (veikiantį kaip glutamato antagonistą) po to, kai gydymas BZD, EIT nedavė efekto. Kituose atvejų aprašymuose buvo naudojamas karbamazepinas, valproinė rūgštis [5].

Nepaisant pasiektos pažangos gydant katatoniją, apie 30 % pacientų neatsako į gydymą [5]. Mirtingumas dėl katatonijos yra didelis [5]. Svarbu dėl didelio mirtingumo, esant katatonijai, rūpintis profilaktinėmis priemonėmis, padedančiomis išvengti plaučių embolijos, giliųjų venų trombozės, aspiracijos, infekcijų, kontraktūrų kartu su visa specialistų komanda ir gydyti atsiradusias komplikacijas [5]. Tinkama diferencinė diagnostika padeda pasiekti prognoziškai geresnę išeitį ir sumažinti pacientų mirtingumą.

Gauta:  
2014 03 12

Priimta spaudai:  
2014 03 28

## Literatūra

1. Žukauskienė J, Jakaitė M, Lesinskienė S, ir kt. Katatonija paauglystėje: klinikinio atvejo analizė. Neurologijos seminarai 2010; 3: 197-204.
2. Francis A. Catatonia: diagnosis, classification, and treatment. *Curr Psychiatry Rep* 2010; 180-5.
3. Carroll T, Kirkhart R, et al. Catatonia: a new conceptual understanding of catatonia and a new rating scale. *Psychiatry (Edgemont)* 2008; 5(12): 42-50.
4. Rosebush PI, Mazurek MF. Catatonia and its treatment. *Schizophr Bull* 2010; 36(2): 239-42.
5. Gross AF, et al. Dread complications of catatonia: a case discussion and review of the literature. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2008; 10(2): 153-5.
6. Haouzir S, Lemoine X, Desbordes M, Follet M, Meunier C, Baarir Z, et al. The role of coagulation marker fibrin D-dimer in early diagnosis of catatonia. *Psychiatry Research* 2009; 168(1): 78-85.
7. de Silva VA, et al. Chronic catatonia treated with electroconvulsive therapy: a case report. *Journal of Medical Case Reports* 2013; 7: 219.
8. Gaebel W. Status of psychotic disorder in ICD11. *Schizophr Bull* 2012; 38: 895-8.
9. American psychiatric association. Desk reference to the diagnostic criteria from DSM-V. Arlington, VA: American psychiatric association, 2013.
10. Brasic JR, Catatonia. *Emedicine*. 2013. <http://emedicine.medscape.com/article/1154851-overview>
11. Stöber G, Seelow D, Rüschenhoff F, Ekici A, Beckmann H, Reis A. Periodic catatonia: confirmation of linkage to chromosome 15 and further evidence for genetic heterogeneity. *Hum Genet* 2002; 111(4-5): 323-30.
12. Kranz TM, Ekawardhani S, Lina MK. The chromosome 15q14 locus for bipolar disorder and schizophrenia: is C15orf53 a major candidate gene? *Journal of Psychiatric Research* 2012; 46 (11): 1414-20.
13. Fink M, Taylor MA. Catatonia: a clinician's guide to diagnosis and treatment. 2003.
14. Wong S, Hughes B, et al. Malignant catatonia mimicking pheochromocytoma. *Case Rep Endocrinol* 2013; 815-21.
15. Kirkhart R, et al. The detection and measurement of catatonia. *Psychiatry* 2007; (9): 52-6.
16. Huang YC, et al. Rapid relief of catatonia in mood disorder by lorazepam and diazepam. *Biomed J* 2013; 36(1): 35-9.
17. Šurkutė V. Nervų ir psichikos ligos 2006; (4): 15-6.
18. Ungvari GS, et al. The catatonia conundrum: evidence of psychomotor phenomena as a symptom dimension in psychotic disorders. *Schizophr Bull* 2010; 36: 231-8.
19. TLK-10 AM. Sisteminių ligų sąrašas. Vaistų žinios, 2012.
20. Bagdonaitė A, Šurkutė A, ir kt. Organinė katatonija. *Sveikatos mokslai* 2012; 1: 55-8.
21. Andreu-Gimenez L, et al. Catatonia letal y su diferenciación del síndrome neuroléptico maligno. *Revista de Neurología* 2002; 34(4).
22. Enterman JH, et al. The curious case of a catatonic patient. *Schizophr Bull* 2011; (37): 235-7.
23. Hervey W, Stewart J, Catalano G. Diagnosis and management of periodic catatonia. *JPN* 2013; 38(3): E7-8.

E. Biliūtė Rodinienė, E. Długauskas, V. Danilevičiūtė

## DIAGNOSIS AND MANAGEMENT OF CATATONIA

### Summary

Catatonia syndrome is a psychomotor movement disorder, with the coexistence of psychic and motor symptoms: it can occur as excitement or muscular strain, suppression of movements, even stupor. Catatonia may occur as a separate syndrome in patients who have psychiatric, neurologic, and medical conditions. According to different authors, catatonia is diagnosed from 7 to 17% of acutely ill psychiatric patients. Catatonic symptoms may occur barely perceptible. Not timely treated, catatonia can lead to lethal medical complications (acute renal failure, thromboembolism, gastrointestinal bleeding, myocardial infarction, pneumonia) and death of the patient. It is important to timely diagnose catatonia and differentiate what illnesses caused this syndrome; according to that, effective treatment strategies can be started. In this article differential diagnostic of catatonia and new treatment strategies are reviewed.

**Keywords:** catatonia, catatonia syndrome, differential diagnostic of catatonia, treatment of catatonia.