

Katatonია – dwa przypadki w opisie klinicznym i za pomocą „Skali oceny katatonii Busha-Francisa”*

Catatonia – a clinical description and assessment using the Bush-Francis Catatonia Scale in two cases

JACEK WĘGRZYN¹, EWA SCHAEFFER¹, EWA KRAWCZYK²,
REGINA GERBSZT³, JACEK WCIÓRKA¹

- Z: 1. I Kliniki Psychiatrycznej Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie
2. Poradni Zdrowia Psychicznego w Ciechanowie
3. Szpitala Psychiatrycznego w Węgorzewie

STRESZCZENIE. *Przypadki dwóch pacjentek hospitalizowanych z powodu zespołów katatonicznych przedstawiono za pomocą tradycyjnego opisu klinicznego oraz za pomocą nowego narzędzia – Skali katatonii Busha-Francisa”. Zastosowanie skali sugeruje jej kliniczną przydatność i zachęca do dalszego badania jej własności psychometrycznych.*

SUMMARY. *Two cases of female patients hospitalized for catatonic syndromes are presented in terms of a traditional clinical description and of a new tool – the Bush-Francis Catatonia Scale. The study suggests clinical usefulness of the scale and encourages further investigation of its psychometric properties.*

Słowa kluczowe: katatonია / skale kliniczne / opis przypadku
Key words: catatonia / rating scales / case report

GENEZA, OBRAZ KLINICZNY, WYSTĘPOWANIE

Pojęcie katatonii wprowadził do słownictwa psychiatrycznego w roku 1874 Karl Ludwig Kahlbaum [za 3] opisując grupę pacjentów, u których oprócz stanów manii i depresji występowały tzw. „składniki somatyczne” obejmujące zaburzenia napędu psychoruchowego. Przybierały one następującą postać: zniechęcenie, mutyzm, wycofanie społeczne i odmowa jedzenia, przyjmowanie nienaturalnej postawy, grymasowanie, wzmożone napięcie mięśniowe, negatywizm, osłupienie, stereotypie, werbigeracje, katalepsja, echolalia, echopraksja. Kahlbaum zdefiniował je i nazwał objawami

katatonicznymi. U większości opisanych pacjentów występowały co najmniej cztery z tych objawów. Późniejsi badacze w większości nie łączyli wymienionych objawów z zaburzeniami nastroju. Np. Kraepelin zaliczył katatonię do postaci otępienia wczesnego (*dementia praecox*), a Eugeniusz Bleuler uważał ją za jedną z postaci schizofrenii. Niektórzy autorzy [9] postulują podział objawów katatonicznych na dwie grupy. Pierwsza obejmowałaby objawy główne, takie jak: zniechęcenie, mutyzm, wycofanie społeczne, odmowa jedzenia i picia. Pozostałe z wymienionych przez Kahlbauma objawów należałyby do grupy objawów drugorzędnych. Podstawą rozpoznania byłoby występowanie co najmniej trzech objawów z grupy pierwszej lub co najmniej

* Poszerzona wersja doniesienia wygłoszonego na konferencji „Kazuistyka w psychiatrii” w Szczyrku, 6 września 1977.

dwóch z grupy pierwszej i trzech z grupy drugiej. Niektórzy podkreślają, że objawy katatoniczne nie są charakterystyczne dla schizofrenii, ponieważ występują bardzo często u osób z innymi rozpoznaniami [za 10]. Obowiązująca wersja międzynarodowej klasyfikacji chorób (ICD-10) umieszcza katatonie w grupie schizofrenii wymieniając jako charakterystyczne dla tej jej postaci następujące objawy: osłupienie, pobudzenie, wastyganie, negatywizm, sztywność, giętkość waskowa, automatyzm nakazowy.

Jednocześnie jednak ICD-10 dostrzega występowanie objawów katatonicznych w zaburzeniach organicznych, afektywnych i dysocjacyjnych. Właściwe rozpoznanie zespołu katatonicznego jest istotne ze względu na możliwość wystąpienia szeregu niebezpiecznych powikłań, a zwłaszcza rozwoju postaci ostrej, zagrażającej życiu (tzw. śmiertelnej), trudnej w różnicowaniu ze złośliwym zespołem neuroleptycznym [8, 12].

Z tego powodu, poza samym rozpoznaniem, w diagnostyce katatonii ważne jest śledzenie pojawiania się i dynamiki poszczególnych jej objawów. Do tego celu przydatne mogłyby być skale kliniczne ułatwiające ponadto szczegółową charakterystykę zespołu katatonicznego, ocenę przebiegu zespołu i dynamiki poszczególnych objawów oraz porównywanie zespołów występujących u różnych pacjentów. Próby skonstruowania narzędzi pomocnych do tego celu podejmowano jednak na świecie raczej rzadko [6, 7, 11], zapewne z powodu stosunkowo rzadkiego występowania, wątpliwej pozycji nozograficznej katatonii oraz niejasnych definicji poszczególnych objawów. W polskim piśmiennictwie taką próbę podjęli Chojecka i Jaroszyński [5]. Ich skala nie została jednak poddana badaniom walidacyjnym i nie była szerzej stosowana.

Niedawno opublikowana „Skala oceny katatonii Busha-Francisa” (*Bush-Francis Catatonia Rating Scale*) [1] wyróżnia się starannością przygotowania, wielostronnością opisu objawów psychopatologicznych i ich kwantyfikacji oraz dwupoziomowością ba-

dania (ocena przesiewowa i szczegółowa). Badania autorów sugerują, że skala ma dobrą rzetelność mierzoną wysokimi współczynnikami zgodności między oceniającymi ($>0,93$) oraz dobre wskaźniki trafności. Skalę wykorzystywano w badaniach nad porównaniem skuteczności lorazepamu i elektrowstrząsów [2] oraz powtarzalności obrazu katatonii w kolejnych epizodach [4], w których wykazała przydatność i dostarczyła interesujących informacji i wniosków. Do szczegółowego opisu dla celów badawczych lub klinicznych BFCRS wymaga czterostopniowej (0–3), szczegółowo zdefiniowanej oceny 23 objawów, lecz do celów przesiewowych autorzy zalecają użycie wersji skróconej do 14 objawów o tylko dwustopniowej (nie występuje – występuje) ocenie nasilenia. Pomocą w ocenie jest prosty, standaryzowany schemat badania. W załączniku przedstawiono polskie tłumaczenie tej skali.

W tej pracy przebieg choroby dwóch pacjentek przedstawiono za pomocą opisu klinicznego, jak również za pomocą skali Busha-Francisa. Jest to próba wstępnej oceny jej przydatności klinicznej. Szersze badania są w toku.

OPIS PRZYPADKÓW

Marianna

Tło. Kobieta, lat 22, panna, wykształcenie średnie. Urodzona z drugiej ciąży II, drugiego porodu. Rozwój wczesnodziecięcy bez powikłań. W 9 r.ż. zachorowała na zapalenie opon-rdzeniowych. Do 1996 r. nie leczona psychiatrycznie.

Dotychczasowy przebieg choroby. W lutym 1996 leczona przez neurologa z powodu nasilających się objawów nerwicowych. Na miesiąc przed pierwszą hospitalizacją zachowywała się niespokojnie, niejasno mówiła o konfliktach szefem. Zrezygnowała z pracy. Kilka dni przed przyjęciem wielomówna, w mało rzeczowym kontakcie. Wyłknięta, przestała spać w nocy. Obserwowano nieadekwatne zachowania – śmiała się bez uchwytnej przyczyny. Hospitalizacja

psychiatryczna w szpitalu rejonowym trwała ok. miesiąca. Rozpoznano: zespół paranooidalny. Przy przyjęciu: tok myślenia rozkojarzony, liczne wątki urojeń prześladowczych, oddziaływania, ksobnych, halucynacje słuchowe. Wypowiedzi chaotyczne, dotyczące głównie seksu. Po trzech tygodniach leczenia perazyną nastąpiło wyrównanie stanu psychicznego. Pacjentka była krytyczna w stosunku do przeżyć psychotycznych.

Po około tygodniu ponowne pogorszenie stanu psychicznego. Przestała odpowiadać na pytania, siedziała beczynnie, okresowo wypowiadała urojenia ksobne, oddziaływania, prześladowcze.

Obecna hospitalizacja. Po miesiącu przyjęta do IPI.N. Rozpoznano zespół katatoniczno-paranooidalny. Przy przyjęciu: kontakt bardzo trudny, praktycznie nie odpowiada na pytania, zahamowana, negatywistyczna, sprawiała wrażenie halucynującej słuchowo. Po rozpoczęciu leczenia perazyną stan poprawił się. Pozostała jednak mało aktywna, izolująca się od otoczenia. Utrzymywało się nieznacznie wmożone napięcie mięśniowe. Okresowo pojawiał się mutyzm lub wypowiedzi ograniczały się do pojedynczych słów. Pacjentka w okresach lepszego samopoczucia korzystała z przepustek, poprawa ta nie była

jednak wystarczająca. Kolejne zmiany podawanych leków pozostawały bez efektu – nie uzyskano stabilnej poprawy (tabl. 1). Pacjentka przestała miesiączkować. Przeprowadzono trzy próby hormonalnej regulacji cyklu miesięcznego. W trakcie leczenia sulpirydem, po kolejnej próbie uregulowania cyklu miesięcznego nastąpiło znaczne pogorszenie stanu psychicznego. Pacjentka pozostawała bez ruchu. Leżała w łóżku uporczywie wpatrując się przed siebie, unikała kontaktu wzrokowego. Obserwowano kataleptyczne zastyganie w nienaturalnych pozycjach oraz okresami giętkość woskową. Chora bardzo mocno śliniła się, nie połykała śliny, co powodowało krztuszenie się. Utrzymywało się znaczne napięcie mięśniowe. Przestała jeść i pić. Obserwowano podwyższenie ciepłoty ciała do 38,5°C stopni Celsjusza, tachykardię, nadmierne pocenie się. Przez trzy kolejne dni w badaniach laboratoryjnych obserwowano wzrost wartości CPK do 470 j. Pacjentka wymagała nawadniania dożylnego, karmienia przez sondę. Założono cewnik Foleya do pęcherza moczowego. Konieczne było odsysanie oraz pielęgnacja przeciwoleżynowa. Po około dwóch tygodniach nastąpiła poprawa. Pacjentka pozostawała jednak negatywistyczna, agresywna, a przy próbach kontaktu

Tablica 1. Zestawienie leków podawanych Mariannie.

Lek	Dawka	Czas	Efekt
1. perazyna i.m. lorazepam	dp 300 mg/die do 3 mg/die	21 dni 20 dni	nieznaczna poprawa
2. perazyna lorazepam	do 600 mg/die do 3 mg/die	98 dni 98 dni	brak stabilnej poprawy brak stabilnej poprawy
3. flupentyksol chlorprotyksen	do 4 mg/die do 50 mg/die	25 dni 2 dni	brak stabilnej poprawy reakcja uczuleniowa
4. tiorydazyna	do 150 mg/die	55 dni	brak stabilnej poprawy
5. risperidon	do 2–4 mg/die	56 dni	brak stabilnej poprawy
6. sulpiryd	do 200 mg/die	9 dni	znaczne pogorszenie
7. klorazepat	do 20–40 mg/die	80 dni	brak stabilnej poprawy
8. alimemazyna	do 40 mg/die	14 dni	brak stabilnej poprawy
9. lorazepam	do 7 mg/die	34 dni	stopniowa poprawa

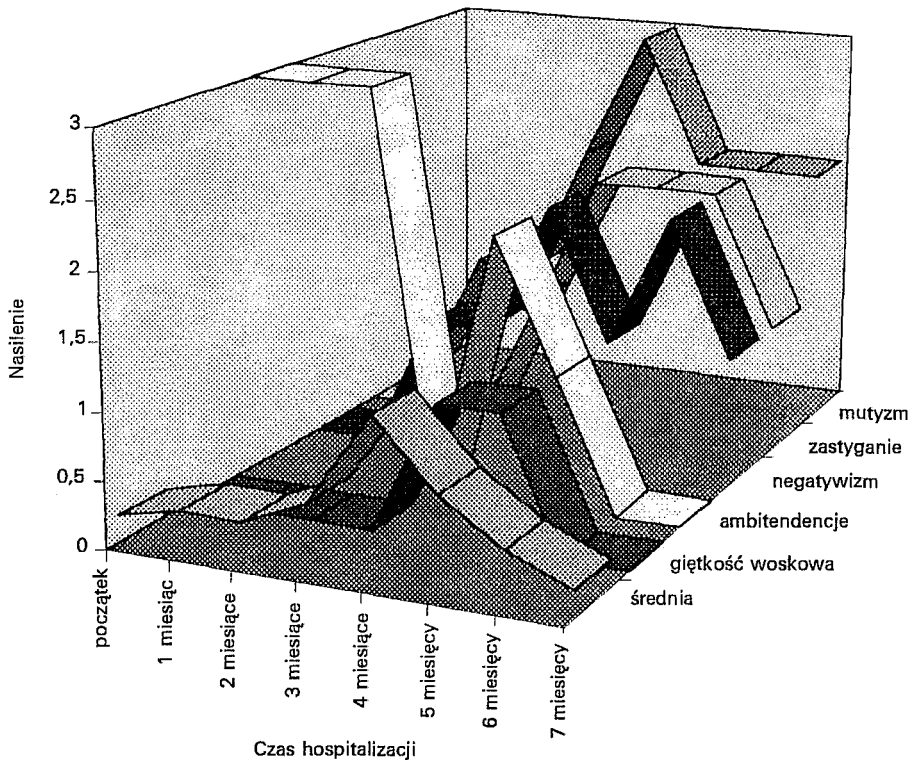
(odsunięcie kołdry, którą była szczelnie „odgrodzona od świata” kończyło się uderzeniem „intruza”). Kontakt z pacjentką był bardzo trudny, zmienny. Przez większość czasu pozostawała mutystyczna, okresowo odpowiadała jednak na niektóre pytania monosylabami lub stereotypowo powtarzała: „dajcie mi spokój, zostaw mnie”. Próby zmiany leczenia nie przyniosły spodziewanej poprawy. Próby przygotowania pacjentki do EW kończyły się nieoczekiwaną (aczkolwiek krótkotrwałą) poprawą aktywności. W kolejnych miesiącach obserwowano stopniową, mało stabilną poprawę, która pozwoliła ostatnio na wypis.

Badania dodatkowe: EEG (badanie wykonano podczas leczenia perazyną i lorazepamem). Wniosek: zapis nieprawidłowy, zmiany uogólnione dotyczące czynności podstawowej. Tomografia komputerowa: w strukturach

mózgu i mózdzku nie stwierdzono zmian ogniskowych. Układ komorowy nieprzemieszczony, miernie poszerzony. Poszerzenie szczeliny bocznej mózgu oraz niewielkiego stopnia przestrzeni podpajęcznej nad półkulami mózgu. Niewielkie cechy zaniku półkul mózdzku. **Badanie neurologiczne** – bez odchyień.

Rozpoznanie. Zaburzenia spełniały kryteria schizofrenii wg DSM-IV, jak i ICD-10. Nie stwierdzono zmian organicznych uzasadniających przypisanie im roli patogenezy. W przedłużaniu się i utrwalaniu objawów prawdopodobnie dużą rolę odgrywały czynniki reaktywne: trudna sytuacja rodzinna, podejmowane przez ojca pacjentki próby znalezienia winnych choroby córki. Rozpoznano: zespół katatoniczny.

Zastosowanie skali BFCRS. Nasilenie objawów zespołu oraz dynamikę ich zmian podczas hospitalizacji oceniano wielokrotnie. Wy-



Rysunek 1. Profil dynamiki wybranych objawów zespołu katatonicznego u Marianny ocenianych za pomocą skali BFCRS

niki kolejnych ocen przedstawiono w formie wykresów (rys. 1). Pokazano tu dynamikę kilku wybranych objawów oraz zmiany wartości średniej wyliczonej ze wszystkich objawów notowanych w skali. Zauważalny na wykresie wzrost nasilenia objawów w piątym miesiącu leczenia koreluje z obserwowanym klinicznie znacznym pogorszeniem stanu pacjentki, a poprawie klinicznej towarzyszy spadek nasilenia objawów zespołu. Przebieg zmian odzwierciedla obraz kliniczny zespołu występującego u pacjentki. Zastosowanie skali pozwala na usystematyzowaną ocenę zespołu i uzupełnienie opisu klinicznego.

Alina

Tło. Kobieta, l. 23, studentka, panna. Poród prawidłowy, o czasie (pierwsza ciąża, poród pierwszy). Rozwój w okresie wczesnodziecięcym prawidłowy. W wieku 4 lat uraz głowy bez utraty przytomności. Zawsze bardzo ambitna, uczyła się dobrze. Obciążenia rodzinne: ojciec przed ok. dwudziestu laty hospitalizowany z powodu reakcji depresyjnej. Dziadek pacjentki ze strony ojca był leczony z powodu depresji.

Dotychczasowy przebieg. Pacjentka hospitalizowana psychiatrycznie po raz pierwszy w maju 1995 z rozpoznaniem zespołu urojeniowo-depresyjnego. Leczona perazyzną w dawkach do 200 mg/die, po miesięcznym pobycie w szpitalu wypisana do domu, pozostawała pod opieką PZP dla studentów oraz poradni rejonowej. W październiku 1996 r. z powodu senności zaburzającej możliwość sprawnego funkcjonowania w życiu codziennym zmieniono lek na sulpiryd w dawkach do 250 mg/die.

Obecne zachorowanie. Wyraźne pogorszenie stanu psychicznego zaobserwowano od początku roku 1997. Pomimo tego pacjentka zakończyła semestr na studiach z wynikiem dobrym. Na tydzień przed przyjęciem do szpitala źle sypiała, zaczęła widzieć twarze, osoby, krążące wokół niej głowy różnych osób, słyszała głosy mówiące o niej oraz podpowiadające sposoby postępowania, twierdziła, że to głos Boga lub szatana.

Takie doznania potwierdzała też w okresie przyjęcia do Kliniki. Nie była pewna co do realności tych przeżyć, uważała, że mogą one być wynikiem choroby.

Przebieg hospitalizacji. W trakcie pierwszego badania na oddziale pacjentka była w trudnym kontakcie, zorientowana prawidłowo. Napęd psychoruchowy pacjentki był nieznacznie obniżony, momentami zastygała. Nastrój obniżony, afekt dostosowany, potwierdzała lęk, halucynacje i pseudohalucynacje komentujące oraz nakazujące. Wyповідаła także treści urojeniowe owładnięcia, ksobne oraz nasylania myśli. Obserwowano otamowania myśli. W trakcie tego badania wystąpił ostry zespół pozapiramidowy ze sztywnością mięśni całego ciała, wzrostem ciśnienia tętniczego do wartości 150/90 mmHg, pojawieniem się rumienia w okolicy dekoltu oraz na twarzy, które to objawy ustąpiły po domięśniowym podaniu biperidenu oraz diazepamu. Podobne objawy, ograniczone jednak do mm. twarzy i szyi wystąpiły jeszcze kilkakrotnie w przeciągu 2–3 dni.

Po wprowadzeniu pacjentki z opisanego stanu obserwowano osłupienie, brak kontaktu słownego, giętkość woskową, negatywizm czynny. Z powodu długotrwałego „zalegania” pacjentki w łóżku w jednej pozycji, konieczna była pielęgnacja przeciwoleżynowa. Po około tygodniu pacjentka zaczęła stopniowo wychodzić z łóżka, poruszała się ruchami „schodkowymi”, zastygała w dziwacznych pozycjach, przybierała dziwaczne grymasy twarzy. Nadal negatywistyczna czynnie, odmawiała jedzenia oraz przyjmowania płynów, w związku z czym przez kilka dni musiała być odżywiana przez zgłębnik. W miarę upływu czasu zaburzenia napędu zaczęły się stopniowo zmniejszać. Można było nawiązać z pacjentką kontakt słowny. Zachowania pacjentki oraz nieliczne informacje słowne sugerowały bogate przeżycia oniryczne (np. twierdziła, że piastuje dziecko, prosiła o ręcznik, „bo właśnie je wykapałam”, przyjmowała przy tym postawę ciała, jak gdyby trzymała dziecko na rękach). Twierdziła też, że słyszy głosy Boga i szatana mówiące o niej złe rzeczy.

Tablica 2. Zestawienie leków podawanych Alinie.

Leki	Dawka	Czas	Efekt
1. perazyna	do 150 mg/die	3 dni	wystąpienie stuporu katatonicznego
2. lorazepam	do 3 mg/die	1 dzień	bez efektu, nie polyka pokarmów
3. diazepam i.m.	do 20 mg/die	11 dni	bez efektu
4. lorazepam	do 3–4 mg/die	6 dni	nieznaczna poprawa
5. chlorprotyksen	do 60 mg/die	16 dni	pogorszenie stanu
lorazepam	do 3 mg/die	16 dni	pogorszenie stanu
6. chlorprotyksen	do 60 mg/die	6 dni	stan bez zmian
klorazepat	do 60 mg/die	6 dni	
7. klopentyksol	do 40 mg/die	89 dni	poprawa niecałkowita, zatrzymanie na pewnym poziomie
lorazepam	do 3 mg/die		
8. risperidon	do 8 mg/die	6 tygodni	brak poprawy w zakresie przeżyć psychotycznych, depresja, nasilone myśli samobójcze
lorazepam			
9. klozapina	do 300 mg/die	od 3 tygodni	poprawa w zakresie przeżyć psychotycznych, ustąpienie depresji, ustąpienie myśli samobójczych, pacjentka bardziej spontaniczna, aktywna
lorazepam	(0,5 mg/die)		

Po rozpoczęciu kuracji chlorprotyksenem stan pacjentki uległ pogorszeniu, ponownie nasiliło się zastyganie, negatywizm czynny oraz i tak słaby kontakt werbalny. Zachowania świadczyły o bardzo nasilonych przeżyciach onirycznych (pacjentka zachowywała się jak w trakcie porodu, pytana potwierdzała, że właśnie rodzi). Wobec trudności w polykaniu i małej skuteczności lorazepamem podano klorazepat. Po kolejnej zmianie leku (odstawienie chlorprotyksenu, ponowne podawanie lorazepamem) na krótko pojawiły się krótkotrwałe okresy pobudzenia, po czym zaburzenia napeędu zaczęły stopniowo ustępować. Udało się nawiązać kontakt słowny. Kolejne dni przyniosły poprawę aktywności, koordynacji ruchowej oraz kontaktu. Zaczęła opowiadać o swoich przeżyciach z okresu zahamowania i o aktualnych. Mówiła, że w trakcie osłupienia, jej czas subiektywny biegł w normalnym tempie, natomiast czas zewnętrzny „jakby przyspieszył”. Oddział, na którym przebywała, to „pociąg jeżdżący w tę i z powrotem... po ścianach spływała krew, w ścianach byli

ludzie... wszyscy na oddziale chodzili w maskach, nie można było rozpoznać płci”. Pacjentka miewała w tym czasie kłopoty ze swoją tożsamością płciową. Wewnątrz niej byli „różni ludzie wyciągający ze środka ręce, wychodzące jak konary drzew”. Wszystko wokoło, łącznie z pacjentką, było „porośnięte futrem koloru białego”. Podobne przeżycia opisuje i obecnie („Bóg jest rozciągnięty; mam poczucie, że jestem rozplaszczonym ślimakiem, dlatego nikogo nie mogę kopnąć, choć wcale nie mam na to ochoty”, „podłoga jest pofalowana i pokryta futrem”, „widzę przed sobą ciemną postać, to chyba jest szatan, ta postać mi zagraża, choć nie wiem, w jaki sposób”). Obserwuje się aktualnie niewielką ilość zachowań katatonicznych o bardzo słabym nasileniu (krótkotrwałe zastyganie, rzadkie mruganie, stereotypie). Pacjentka dość wcześnie, gdy tylko pozwolił na to jej stan, zaczęła wychodzić na przepustki, co było możliwe dzięki troskliwej opiece rodziców. Wobec braku postępu w leczeniu objawów psychotycznych, do leczenia włączono neuroleptyk o silniejszym

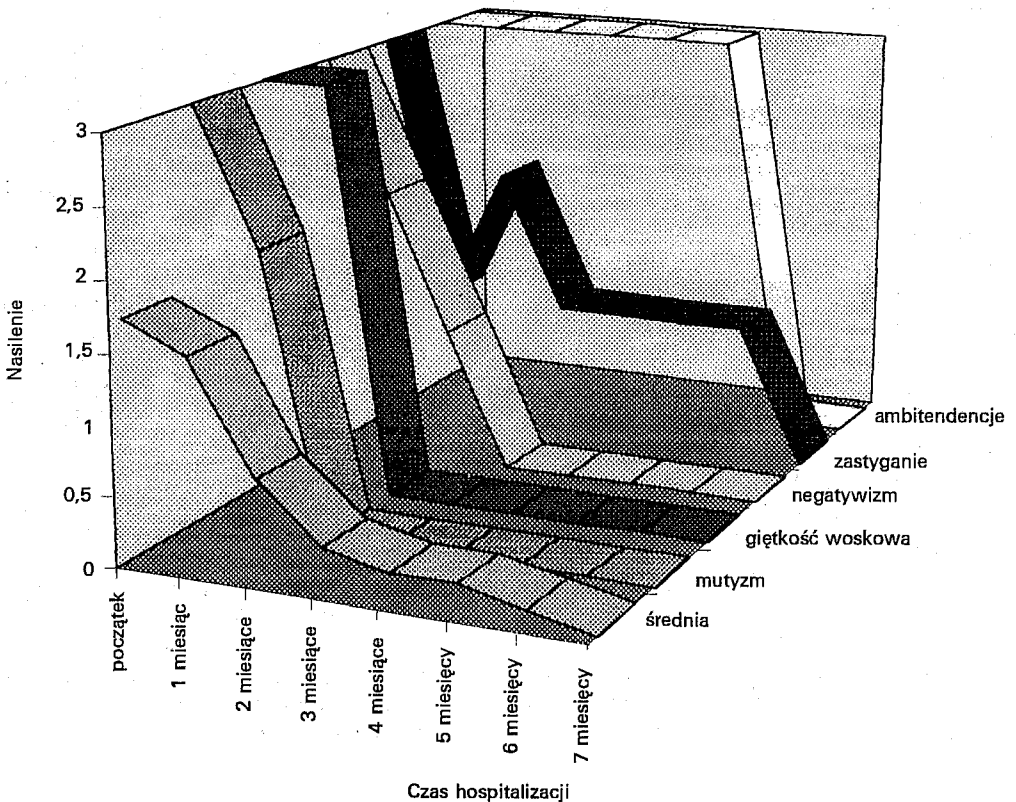
działaniu (klopentyksol), który potem z powodu niedostatecznego efektu zmieniono na risperidon. Pojawienie się depresji z myślami samobójczymi spowodowało jego odstawienie. Podano klozapinę. Zaobserwowano znaczną poprawę aktywności i redukcję nasilenia objawów psychiatrycznych. W trakcie leczenia początkowo nie obserwowano poprawy w zakresie objawów katatonicznych, która nastąpiła stopniowo po zastosowaniu lorazepamu. Nadal obserwowano jednak sporadyczne, incydentalne zachowania katatoniczne (np. wpatrywanie się, chwilowe zastyganie). Pacjentka pozostaje nadal w klinice.

Badania dodatkowe. CT mózgu (z 06.94): badanie uwidocznilo odcinkowy zanik kory w obrębie płata czołowego po stronie lewej, poza tym struktury mózgu i mózdzku bez zmian ogniskowych; (z 01.97): kontrolne

badanie uwidocznilo progresję zmian zanikowych w obrębie płatów czołowych. Zmian ogniskowych w obrębie mózgu i mózdzku nie stwierdzono. Badanie EEG – zapis w granicach normy. **Badanie neurologiczne** – bez odchyleń od normy.

Rozpoznanie. Zaburzenia spełniały kryteria schizofrenii katatonicznej wg ICD-10, jak i wg DSM-IV. Rola czynników organicznych jest trudna do ostatecznej oceny. Zaobserwowane zmiany w badaniu CT wymagają obserwacji. Rozpoznano: zespół paranoidalno-katatoniczny.

Zastosowanie skali BFCRS. Pierwszego pomiaru dokonano w momencie najsilniej wyrażonego klinicznie zespołu, co miało miejsce na początku hospitalizacji i co znajduje wyrażone odzwierciedlenie na wykresie (rys. 2). W miarę stopniowej poprawy stanu klinicznego



Rysunek 2. Dynamika zmian nasilenia wybranych objawów zespołu katatonicznego u Aliny wg oceny za pomocą skali BFCRS

nasilenie ulegało zmniejszeniu, warto jednak odnotować zróżnicowaną dynamikę ustępowania objawów, ze szczególnie długim utrzymywaniem się ambitendencji i zastygania a szybkim ustąpieniem mutyzmu, giętkości woskowej i negatywizmu.

OMÓWIENIE

Opis kazuistyczny zaburzeń u dwóch pacjentek przedstawiliśmy tu w sposób tradycyjny oraz za pomocą skali BFCRS. Zastosowanie skali potwierdza, jak się wydaje, jej przydatność, o której donoszą autorzy skali [1, 2, 4]. W obu przypadkach średnie nasilenie objawów pozwalało na obserwację zasadniczej dynamiki zmian zespołu (ustępowanie, narastanie). Jednocześnie analiza wybranych kilku objawów ocenianych przez to narzędzie zwraca uwagę na możliwości analizy profilu psychopatologicznego i zróżnicowanej dynamiki poszczególnych objawów zespołu. Można przypuszczać, że pogłębienie tej analizy o inne objawy i poszerzenie obserwacji o innych pacjentów może dać ciekawy wgląd w strukturę i dynamikę zespołów katatonicznych.

Zarazem jednak, porównanie bogatej fenomenologii opisu klinicznego oraz przejrzystego wprawdzie, lecz jednak uproszczonego opisu za pomocą BFCRS podkreśla pomocniczy jedynie charakter tego drugiego. Dla niektórych celów klinicznych i badawczych korzyści z zastosowania skali mogą okazać się nieocenione, ze względu na jej standaryzowany, porównywalny i powtarzalny charakter. Przed upowszechnieniem wymaga ona jednak bardziej wyczerpującej oceny psychometrycznej w warunkach polskich. Badania takie są w toku.

PODZIĘKOWANIE

Autorzy dziękują Autorom skali BFCRS (Drowi G. Bushowi, Dr A. Francisowi) za jej udostępnienie.

PISMIENNICTWO

1. Bush G, Fink M, Petrides G, Dowling F, Francis A: Catatonia. I. Rating scale and standardized examination. *Acta Psychiatr. Scand.* 1996, 93, 129–136.
2. Bush G, Fink M, Petrides G, Dowling F, Francis A: Catatonia. II. Treatment with lorazepam and electroconvulsive therapy. *Acta Psychiatr. Scand.* 1996, 93, 137–143.
3. Dąbrowski S., Jaroszyński J., Pużyński S. (red.): *Psychiatria. T.3.* PZWL, Warszawa 1989.
4. Francis A., Divadeenam K.M., Bush G., Petrides G.: Consistency of symptoms in recurrent catatonia. *Compr. Psychiatry* 1997, 38, 56–60.
5. Jaroszyński J: Wybrane zagadnienia różnicowania zaburzeń psychicznych. W: Pużyński S. (red.): *Wybrane zagadnienia diagnostyki zaburzeń psychicznych.* IPN, Warszawa 1981, 112–113.
6. Liddle PF: Commentary on the Modified Rogers Scale and the conflict of paradigms hypothesis. *Brit. J. Psychiatry* 1991, 158, 323–327.
7. Lund C.E., Mortimer A.M., Rogers D., McKenna P.J.: Motor, volitional and behavioural disorders in schizophrenia. I: Assessment using the Modified Rogers Scale. *Brit. J. Psychiatry* 1991, 158, 337–339.
8. Murak E: Złośliwy zespół neuroleptyczny. *Psychiatr. Pol.* 1995, 3, 349–358.
9. Rosebush PI, Hildebrand AM, Furlong BG, Mazurek MF: Catatonic syndrome in a general psychiatric inpatient population: frequency presentation, and response to lorazepam. *J. Clin. Psychiatry* 1985, 20, 304–314.
10. Ruzikowska A.: Lorazepam w katatonii. *Post. Psychiatr. i Neurol.* 1996, 5, 195–201.
11. Starkstein SE, Petracca G, Teson A, Chermirinski E, Merello M: Catatonia in depression: prevalence, clinical correlates and validation of a scale. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry*, 1996, 60, 326–32.
12. Terlikowska M, Marzański M: Różnicowanie między ostrą śmiertelną katatonią i złośliwym zespołem neuroleptycznym. *Psychiatr. Pol.* 1995, 29, 343–348.

Aneks

BFCRS Skala oceny katatonii Busha-Francisa

Bush-Francis Catatonia Rating Scale

wg Bush G., Fink M. Peterides G., Dowling F., Francis A. [1996]

- *Ocena przesiewowa: tylko występowanie lub niewystępowanie objawów wymienionych w punktach 1–14.*
- *Ocena nasilenia: skala 0–3 dla punktów 1–23.*

1. Podniecenie

Krańcowy nadmiar aktywności, stały niepokój ruchowy, który jest najwyraźniej bezcelowy. Nie dotyczy akatyzy lub ukierunkowanego pobudzenia.

0 Nie występuje

1 Nadmierna ruchliwość, z okresowymi przerwami

2 Ciągła ruchliwość, nadmiar aktywności bez okresów odpoczynku

3 W pełni rozwinięte podniecenie katatoniczne, niekończąca się aktywność motoryczna

2. Bezruch/osłupienie

Krańcowy spadek aktywności, zneruchomienie, minimalna reakcja na bodźce

0 Nie występuje

1 Siedzi nienormalnie nieruchomo, może reagować na krótko

2 Praktycznie bez reakcji wobec świata zewnętrznego

3 Osłupiały, nie reaguje na bodźce bólowe

3. Mutyzm

Brak reakcji słownej lub reakcja minimalna

0 Nie występuje

1 Brak reakcji słownej na większość pytań; niezrozumiały szept

2 Mówi mniej niż 20 słów/5 minut

3 Nie mówi zupełnie nic

4. Uporczywe wpatrywanie się

Utkwiony wzrok, słabe badanie otoczenia wzrokiem lub jego brak, zmniejszona częstość mrugania.

0 Nie występuje

1 Ubogi kontakt wzrokowy, między kolejnymi przesunięciami uwagi wpatruje się krócej niż 20 sek., zmniejszona częstość mrugania.

2 Wpatruje się dłużej niż 20 sek., od czasu do czasu przenosi uwagę

3 Utkwiony wzrok, bez reakcji

5. Zastyganie/katalepsja

Spontaniczne utrzymanie jakichś pozycji, także naturalnych (np. siedzenie lub stanie przez długie okresy, bez reagowania).

0 Nie występuje

1 Krócej niż 1 min.

2 Dłużej niż 1 min., krócej niż 15 min.

3 Dziwaczna pozycja utrzymywana dłużej niż 15 min.

6. Grymasowanie

Utrzymanie niezwyklego wyrazu twarzy.

- 0 Nie występuje
- 1 Krócej niż 10 sek.
- 2 Krócej niż 1 min.
- 3 Dziwaczny wyraz(y) twarzy utrzymywany dłużej niż 1 min.

7. Echopraksja/echolalia

Naśladowanie ruchów/mowy badającego.

- 0 Nie występuje
- 1 Sporadycznie
- 2 Często
- 3 Stałe

8. Stereotypia

Powtarzająca się bezcelowa aktywność ruchowa (np. bawienie się palcem, powtarzające się dotykanie, głaskanie lub drapanie się). Nieprawidłowość nie związana z samym faktem czynności, ale z jej częstotliwością.

- 0 Nie występuje
- 1 Sporadyczna
- 2 Często
- 3 Stała

9 Manieryzmy

Dziwaczne, umyślne ruchy (podskakiwanie lub chodzenie na palcach, salutowanie przechodniom lub przesadne karykatury naturalnych ruchów). Nieprawidłowość tkwi w samym charakterze czynności.

- 0 Nie występuje
- 1 Sporadyczne
- 2 Często
- 3 Stałe

10. Werbigieracja

Powtarzanie fraz lub zdań (jak porysowana płyta)

- 0 Nie występuje
- 1 Sporadyczne
- 2 Często, trudne do przerwania
- 3 Stałe

11. Sztywność

Utrzymywanie sztywnej pozycji pomimo prób narzucenia ruchu, nie obejmuje objawu koła zębatego lub drżenia.

- 0 Nie występuje
- 1 Łagodny opór
- 2 Umiarkowany
- 3 Nasilony, nie można zmienić pozycji

12. Negatywizm

Nieuzasadniony opór wobec wskazówek lub prób poruszenia / badania pacjenta. Zachowanie przeciwne wobec wskazówek.

- 0 Nie występuje
- 1 Łagodny opór i/lub sporadyczny sprzeciw
- 2 Umiarkowany opór i/lub częsty sprzeciw
- 3 Ciężki opór i/lub ciągły sprzeciw

13. Giętkość woskowa

Podczas zmiany ułożenia pacjenta, początkowo stawia on opór, po czym pozwala na dać sobie pozycję, podobnie do giętkiej świecy.

- 0 Nie występuje
- 3 Występuje

14. Wycofanie

Odmowa jedzenia, picia i/lub kontaktu wzrokowego.

- 0 Nie występuje
- 1 Minimalne przyjmowanie pokarmu i płynów *per os*, trwa krócej niż 1 dzień
- 2 Minimalne przyjmowanie pokarmu i płynów *per os*, trwa dłużej niż 1 dzień
- 3 Nieprzyjmowanie pokarmu i płynów przez 1 dzień lub dłużej

15. Impulsywność

Pacjent nagle zaczyna zachowywać się niewłaściwie (np. biega po korytarzu, zaczyna krzyczeć, rozbiera się) bez prowokacji. Potem nie potrafi tego wyjaśnić lub odpowiada zbywająco.

- 0 Nie występuje
- 1 Sporadyczne
- 2 Częste
- 3 Stałe lub nie pozwalające się odwrócić.

16. Automatyczna uległość

Przesadna współpraca z badającym lub spontaniczne kontynuowanie poleconego ruchu.

- 0 Nie występuje
- 1 Sporadyczne
- 2 Częste
- 3 Stałe

17. *Mitgehen* (wspomaganie narzucanego ruchu)

Podnoszenie ramienia w odpowiedzi na lekki nacisk palcem („lampa kreślarska”), pomimo przeciwnych wskazówek.

- 0 Nie występuje
- 3 Występuje

18. *Gegenhalten* (przeciwstawianie się)

Opór wobec biernego ruchu, proporcjonalny do siły bodźca, pojawia się raczej automatycznie niż świadomie.

- 0 Nie występuje
- 3 Występuje

19. Ambitendencja

Pacjent wydaje się być motorycznie „utkwiony” w niezdecydowanych, wahających się ruchach.

- 0 Nie występuje
- 3 Występuje

20. Odruch chwytny

Wg badania neurologicznego.

- 0 Nie występuje
- 3 Występuje

21. Persewercja

Pacjent wielokrotnie powraca do tego samego tematu lub uporczywie powtarza ten sam ruch.

- 0 Nie występuje
- 3 Występuje

22. Agresywność

Zwykle w nieukierunkowany sposób, bez żadnego wyjaśnienia lub z tylko częściowym, późniejszym wyjaśnieniem.

- 0 Nie występuje
- 1 Przypadkowo uderza, mała możliwość zranienia
- 2 Często uderza, umiarkowana możliwość zranienia
- 3 Poważne zagrożenie dla innych

23. Zaburzenia autonomiczne

Dotyczy: ciepłoty ciała, RR, HR, częstości oddychania, pocenia.

- 0 Nie występuje
- 1 Nieprawidłowość jednego parametru (wyłączyć istniejące uprzednio 2 nadciśnienie)
- 2 Nieprawidłowość dwóch parametrów
- 3 Nieprawidłowość trzech lub więcej parametrów

Standaryzowane badanie katatonii

- Opisana metoda została użyta do wypełniania 23-punktowej „Skali oceny katatonii Busha-Francisa (BF CRS) oraz 14-punktowego „Narzędzia przesiewowego dla katatonii Busha-Francisa (BF CSI). Definicje punktów w obu skalach są jednakowe. BF CRS mierzy natężenie 23 objawów na 0–3 stopniowej skali, podczas gdy BF CSI mierzy tylko obecność lub brak pierwszych 14 objawów.
- Pomiarzy powinny być wykonywane wyłącznie na podstawie zachowania zaobserwowanego podczas badania, z wyjątkiem realizacji punktów „wycofanie” i „zaburzenia autonomiczne”, które mogą być wynikać bezpośrednio z obserwacji zachowania i/lub dokumentacji.
- Ogólną zasadą jest ocenianie tylko tych objawów, które są wyraźnie obecne. W razie niepewności co do obecności objawu, oceń punkt jako „0”.

Przebieg badania	Badany objaw
1. Obserwuj pacjenta podczas próby nawiązywania kontaktu	Poziom aktywności Nieprawidłowe ruchy Nieprawidłowe wypowiedzi
2. Badający drapie się w głowę w przesadny sposób	Echopraksja
3. Badanie koła zębatego. Próbuj zmienić postawę polecając: „trzymaj swoje ramię luźno” – ruszaj ramieniem naprzemiennie z większą i mniejszą siłą	Negatywizm, giętkość wojskowa <i>Gegenhalten</i> (przeciwstawianie się)
4. Poproś pacjenta, aby wyprostował ramię. ułóż jeden palec poniżej dłoni i próbuj powoli podnosić go po oznajmieniu: „Nie pozwól mi podnosić twojego ramienia”	<i>Mitgehen</i>
5. Wyciągnij rękę oznajmiając: „Nie potrząsaj moją ręką”	Ambitendencja
6. Sięgnij do kieszeni oznajmiając: „Wysuń język, chcę w niego wbić szpilkę”.	Automatyczna uległość
7. Sprawdź odruch chwytny	Odruch chwytny
8. Sprawdź karty raportów z ostatnich 24 godzin. W szczególności sprawdź doustne przyjmowanie płynów i pokarmów, parametry życiowe i inne wydarzenia.	
9. Spróbuj obserwować pacjenta pośrednio, przynajmniej przez krótki okres, każdego dnia.	

Tłumaczenie: Regina Gerbszt, Jacek Wciórka, Jacek Węgrzyn