

# **A katatónia felismerése és az ECT szerepe a terápiában**

Doktori tézis

**dr. Takács Rozália**

Semmelweis Egyetem  
Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola



Témavezető:

Dr. Gazdag Gábor, címzetes egyetemi tanár

Hivatalos bírálók:

Dr. Kelemen Oguz, habilitált egyetemi docens

Dr. Pulay Attila, egyetemi adjunktus

Szigorlati bizottság elnöke:

Dr. Kovács József, egyetemi tanár

Szigorlati bizottság tagjai:

Dr. Tölgyes Tamás, egyetemi docens

Dr. Kovács Tibor, habilitált egyetemi docens

Budapest  
2021

## Bevezetés

A katatón szindróma (melyet dolgozatomban az egyszerűség kedvéért, felcserélhetően, „katatónia”-ként is fogok használni) számos pszichomotoros, magatartásbeli, autonóm idegrendszeri tünetet foglal magába. Karl Ludwig Kahlbaum, 1874-ben megalkotott katatónia fogalma volt az első, amely önálló nozológiai egységként írta le a fenti zavarok összességét. Az 1908-ban íródott kézikönyvében Kraepelin a katatóniát a dementia praecox egyik altípusaként kategorizálta, vagyis a katatón szindrómát egyenlővé tette a szkizofrénia egyik formájával. Nézete közel 100 éven át meghatározta és amint saját vizsgálati eredményeinkből is kitűnik, jelenleg is befolyásolja a katatóniáról alkotott koncepciót. A „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders” (DSM) első három kiadásában a katatónia, a kraepelini katatónia koncepciót tükrözve a szkizofrénia egy altípusaként jelent csak meg. A DSM-IV volt az első, ami megalkotta a „Katatón zavar, más egészségi állapot következtében” (Organikus katatónia) fogalmát. Mivel hangulatzavarban szenvedő betegeknél

növekvő gyakorisággal észleltek katatón tüneteket, egy „Katatón tünetekkel” határozót vezettek be a hangulatzavarok pontosabb leírása érdekében. Az utóbbi 20 évben a katatóniával kapcsolatos publikációk száma jelentős mértékben megnövekedett. A terület fejlődését és a katatónia kiemelt jelentőségét a DSM-5 tükrözi leginkább, mely megőrizte a „Katatón zavar más egészségi állapot következtében” fogalmát, és létrehozott egy katatónia határozót mely pszichotikus és affektív kórképekhez is hozzárendelhetővé teszi a katatóniát. A tradicionális „Katatón szkizofrénia” kategória megszűnt és létrejött egy „Nem meghatározott katatónia” kategória, melynek alkalmazását olyan esetekre javasolták, amikor a katatónia alapjául szolgáló pszichiátriai vagy belgyógyászati/neurológiai betegség még nem tisztázott. A katatónia pontos pszichopatológiai definíciója napjainkban is jelentős hiányosságokat mutat, ami jól tükröződik az epidemiológiai adatokban is. Ezek vizsgálóeszköz, diagnosztikus kritériumok, vizsgálati helyszín, a vizsgálat módszere függvényében széles határok közt változnak.

Összességében azonban, az irodalmi adatok alapján a katatónia előfordulási gyakorisága 7 – 17% közöttire tehető akut pszichiátriai betegek körében.

## **Célkitűzések**

**1. vizsgálat célkitűzései:** Vizsgálatunk célja volt a Budapesten, akut pszichiátriai osztályon dolgozó pszichiáter szakorvosok és rezidensek katatóniára, annak felismerésére, kezelésére vonatkozó ismereteinek, tapasztalatainak a felmérése, továbbá a katatóniával kapcsolatos attitűdök megismerése.

**2. vizsgálat célkitűzései:** Mivel tudomásunk szerint akut pszichiátriai osztályra felvett betegek körében Magyarországon, szisztematikus felmérés katatóniára vonatkozóan eddig nem történt, prospektív vizsgálatunk ezt a hiányosságot igyekezett pótolni. Kutatásunk célja, a katatónia előfordulási gyakoriságának, tünettanának és a katatón tünetek háttérében álló leggyakoribb kórképeknek felmérése volt egy budapesti akut pszichiátriai osztályra felvett betegek körében.

**3. vizsgálat célkitűzései:** Irodalmi áttekintésünk alapján, gerontopszichiátriai populációban megjelenő katatón tünetek szisztematikus vizsgálata nemcsak magyar, de nemzetközi kutatás tárgyát sem képezte korábban. Vizsgálatunk célja a katatón tünetek előfordulási gyakoriságának, a tüneti képnek, a katatónia alapjául szolgáló állapotoknak a feltérképezése volt egy budapesti akut pszichiátriai osztályra felvett gerontopszichiátriai populációban. A vizsgálatban résztvevők életkora minimum 65 év volt.

## **Módszerek**

**1. vizsgálat módszerei:** Minden budapesti, akut ellátást végző pszichiátriai osztályon (N= 11) dolgozó és a vizsgálatba beleegyező pszichiáter rezidens vagy szakorvos kollégát felkértünk egy 10 kérdésből álló kérdőív kitöltésére. A kérdőívben a demográfiai adatok rögzítését követően, a kitöltőknek pontozniuk kellett egy 5 pontos Likert skálán a következő területeken a saját tudásukat: katatóniára vonatkozó ismeretek, katatón

tünetek felismerése, katatónia kezelése. A kitöltők megjelölhették a katatónia kezelésére vonatkozó kezelési módszereket 13 opció közül, a katatón tüneteket pedig kiválaszthatták 10 opció közül, csakúgy, mint a kezeletlen katatónia szövődményeit. A kérdőívet kitöltőket felkértük, hogy becsüljék meg a katatónia előfordulási gyakoriságát affektív, pszichotikus, illetve organikus kórképekhez társulóan. Végül megkérdeztük, hogy a kitöltők hány katatón beteget láttak az elmúlt 6 hónap és egész pályafutásuk során.

**2. vizsgálat módszerei:** A vizsgálat helyszíne a budapesti Egyesített Szent István és Szent László Kórház – Merényi Gusztáv Kórház – Pszichiátriai és Addiktológiai Centruma (ESZSZK-MGK-PAC) volt. 2015. 04. 01. – 2015. 07. 31. között a Centrumba felvételre került összes akut beteg esetén szűrtük a katatón tüneteket a felvételi vizsgálat részeként. Erre a célra a Bush Francis Katatónia Szűrő Eszközt (BFKSZE) használtuk. 2 tünet jelenléte esetén a BFKMS-t alkalmaztuk a továbbiakban, ill. vizsgáltuk, hogy a katatónia diagnózisa a DSM-5 diagnosztikus kritériumait figyelembe véve is

felállítható-e? A katatón betegek diagnózisának megerősítésére a Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID-I, SCID-II) magyar változatát használtuk. Amennyiben kognitív deficittünetek jelenléte merült fel, ennek számszerűsítésére Mini Mental State vizsgálatot (MMSE) és Óratesztet végeztünk.

**3. vizsgálat módszerei:** A második vizsgálat alvizsgálataként, a budapesti ESZSZK-MGK-PAC, 2015. 04. 01.- 2015. 07. 31. között felvett, minden 65 év feletti pácienszt szűrtünk katatón tünetekre, a Bush Francis Katatónia Szűrő Eszköz (BFKSZE) felhasználásával, majd minimum 2 tünet megléte esetén a Bush Francis Katatónia Mérőskála (BFKMS) és a DSM-5 diagnosztikus kritériumainak alkalmazásával állítottuk fel a katatónia diagnózisát. A katatón betegek diagnózisának megerősítésére a SCID I-II-es kérdőív magyar validált változatát használtuk, a demencia mértékének megállapítására a Mini Mental State kérdőívet (MMSE) és Óratesztet használtunk.

**Statisztikai feldolgozás:** Mindhárom vizsgálat során az adatok statisztikai feldolgozása az SPSS 11.5 verziójával történt. A leíró statisztikai adatokat százalékban vagy átlaggal és standard deviációval adtuk meg. Csoport összehasonlítások során, diszkrét változók esetén khi-négyzet próbát, normál eloszlású folyamatos változók esetén t-tesztet, nem normál eloszlás esetén Mann-Whitney U-tesztet alkalmaztunk. A szignifikancia szintet 0,05-nél határoztuk meg, az ennél kisebb p értékeket tekintettük statisztikailag szignifikánsnak.

## **Eredmények**

**1. vizsgálat eredményei:** Összesen 98 pszichiáter szakorvos és rezidens töltötte ki a kérdőívet, ami 69,6 %-os válaszadási arányt jelentett. A válaszadók átlagéletkora 40,7 +/- 2,8 év volt és 62% tartozott a női nemhez. 38,8% volt a rezidensek, 61,2% pedig a szakorvosok aránya. A kérdőívet kitöltők 15,3% - a saját, katonai tudását minimálisra, 61,2% közepesre és 23,5% jelentős mértékűre becsülte. A klinikai pozíció egyenes arányban állt az önbecslés alapján felmért tudással, a szakorvosok szignifikánsan



magasabbra értékelték saját tudásukat, a rezidensekkel összehasonlítva ( $p=0,001$ ). A válaszadók 5,1% - a értékelte alacsonyra annak a lehetőségét, hogy felismeri a katatón tüneteket a mindennapi gyakorlata során, 26,5% nem tudta megbecsülni ennek a valószínűségét és 58,2 % gondolta, hogy biztonsággal vagy nagyon nagy biztonsággal felismeri a katatón tüneteket (10,2%). A megkérdezettek által katatón tünetként felismert és megjelölt tünetek a következők voltak: viaszhajlékonyság (93,9%), echopraxia (62,2%), katalepszia (57,1%), Gegenhalten (49%), spaszticitás (37,8%). A válaszadók által katatónként megjelölt, nem katatón tünetek a következő arányban fordultak elő: kataplexia (49%), afázia (19,2%) diszdiadokokinézis (6,1%), strabismus (2%). A katatónia kezelésére vonatkozó válaszok a következőképpen alakultak: elektrokonvulzív terápia (ECT) (93,9%), II. generációs antipszichotikumok (85,7%), benzodiazepinek (69,4%), I. generációs antipszichotikumok (54,1%), antidepresszívumok (20,4%), transzkraniális mágneses stimuláció (rTMS) (7,1%), barbiturát (6,1%), antibiotikum (2%), pszichoterápia (2%), antiepileptikum

(1%). Azon résztvevők, akik saját tudásukat jelentősnek ítélték meg, szignifikánsan gyakrabban ( $p=0,037$ ) jelölték meg az ECT-t, de ugyanakkor az első generációs antipszichotikumokat is ( $p=0,030$ ) mint a katatónia adekvát terápiáját. A válaszadók 84,7%-a önbecslés alapján, az elmúlt 1 hónap során 0-4 katatón beteget látott, 53%-uk vallotta, hogy egész pályafutása során 0-10 katatón beteget látott. A résztvevők véleménye szerint a katatónia többnyire pszichotikus kórképekhez társul (51,7+/-23,0%), ezt követik az affektív zavarok (28,7+/-18,2%) és az organikus katatónia (16,7+/-14,2%).

**2. vizsgálat eredményei:** A vizsgálat ideje alatt összesen 342 beteg került felvételre az ESZSZK-MGK-PAC-ba. 4 beteg 24 órán belül elbocsátásra került, így 338 beteget vontunk be a vizsgálatba. A vizsgált betegek átlag életkora 53,02+/-5,8 év volt. A betegek közel fele (48,50%) férfi volt.

A katatónia előfordulási aránya **8,55%** volt a BFKMS szerint és **5,02%** a DSM-5 kritériumai szerint. A katatón betegek átlag életkora 57,6 +/- 3,2 év volt és 41,4 %-uk

tartozott a férfi nemhez. A BFKMS-n elért átlag pontszám 8,5 +/- 2 volt. A BFKMS szerint diagnosztizált katatón betegek diagnosztikus megoszlása a következő volt: szkizofrénia spektrum zavar (27,5%), affektív kórkép (17,2%), demencia + organikus betegség (13,8%), organikus katatónia (10,3%), demencia + affektív zavar (10,3%), drog megvonás (6,8%), demencia (3,4%), alkohol megvonás (3,4%), Down szindróma (3,4%). A katatón tünetek BFKMS szerinti megoszlása a vizsgált mintánkon a következőképpen alakult: immobilitás/stupor (48,3%), merev tekintet (4,3%), izgatottság (38%), Mitgehen (38%), mutizmus (31,1%), modorosság (31,1%), kitartott pózok (31,1%), negativizmus (31,1%), merevség/krisztallizáció (27,6%), perszeveráció (27,6%), verbigeráció (20,7%), parancsautomatizmus (17,2%), grimaszolás (13,8%), visszavonult viselkedés (13,8%), impulzivitás (13,8%), fogóreflex (13,8%), viaszhajlékonyság (10,3%), Gegenhalten (10,3%), ambitendencia (10,3%), vegetatív idegrendszeri eltérés (6,9%).

**3. vizsgálat eredményei:** Az ESZSZK-MGK-PAC-ban zajló, 4 hónapos időintervallumot felölelő kutatás során összesen 338 beteg került bevonásra a vizsgálatba. A felvett betegek 28,9%-a (98 beteg) volt 65 év feletti. Ezen betegek átlag életkora 79,4 +/- 28,3 év volt, életkoruk 65 és 95 év között változott. A felvett betegek 71%-a volt nő. A 98 gerontopszichiátriai páciens diagnosztikus megoszlása a következőképpen alakult: 66 (64,28%) beteg szenvedett demencia szindróma valamilyen formájában, 15 (14,28%) szkizofrénia spektrum betegségben, 8 (8,16%) depresszív kórképben, 5 (5,10%) delíriumban, 3-3 (3,06%) organikus paranoid zavarban, alkohol dependenciában, alkalmazkodási zavarban, 1-1 (1,02%) organikus affektív zavarban és személyiségzavarban. A 98 gerontopszichiátriai beteg közül 11-nél (11,22%) lehetett felállítani a katatónia diagnózisát a BFKMS szerint, 6-nál (6,12%) pedig a DSM-5 diagnosztikus kritériumai szerint. A BFKMS-n elért átlagpontoszám 8,81 +/- 2 volt. A katatón betegek nemi megoszlását tekintve, 82 %-uk volt nő, átlag életkoruk pedig 75,6 +/- 25,1 év volt.

A BFKMS segítségével diagnosztizált katatón betegek diagnosztikus megoszlása a következő módon alakult: 4 (36%) esetben lehetett felállítani a demencia szindróma és társuló organikus katatónia diagnózisát, 3 (28%) esetben demencia szindróma és társuló organikus affektív zavar, 2 (18%) organikus katatónia, 1- 1 (9%) esetén pedig szkizoaffektív zavar vagy önálló demencia szindróma volt véleményezhető. A 65 év feletti demencia szindrómában szenvedő betegek 12,6 % - ánál (a BFKMS szerint) és 4,7% - ánál (a DSM-5 kritériumai szerint) volt diagnosztizálható katatónia.

A katatónia háttérében álló organikus okok között a következők szerepeltek: exsiccosis, szívelégtelenség, colon tumor, májelégtelenség, veseelégtelenség, tüdőgyulladás. Ezek mindegyike 1-1 beteg esetén jelentkezett.

A leggyakrabban előforduló katatón tünetek az immobilitás/stupor (7 eset), merev tekintet (7 eset), pózolás (6 eset), Mitgehen (5 eset), mutizmus (4 eset), visszavonult magatartás, agitáció (3-3 eset) voltak.

## **Következtetések**

Az első tanulmányunkban résztvevő pszichiáter szakorvosok és rezidensek jelentős hányada rendelkezik önbecslés alapján jelentős fokú ismeretekkel, információkkal a katatónia kérdéskörében, azonban a konkrét kérdésekre adott válaszok ezt nem minden esetben erősítették meg.

A katatón tünetek egy részét a válaszadók nem ismerték fel, ill. voltak, katatónnak tartott, a valóságban azonban nem katatón tünetek. A tünetek felismerési nehézsége a katatón szindróma aluldiagnosztizáltságának egy lehetséges magyarázatául szolgálhat. Ennek megfelelően érthető, hogy a kollégák a katatónia előfordulási gyakoriságát jelenősen alulbecsülik és a mindennapi klinikai gyakorlat során kevésbé fordítanak figyelmet ezen tünetek vizsgálatára, felismerésére. A diagnosztikus készségek javítása érdekében egyrészt standardizált katatónia kérdőívek használatát szorgalmazzuk, ill. kiemeljük a további kutatások szükségességét a katatón

tünetcsoport pontos definíciójának megalkotásában, és a katatónia oktatásának fontosságát is hangsúlyozzuk.

A megkérdezett, budapesti akut ellátásban dolgozó kollégák döntő többsége a kraepelini nézetek mentén szemléli a katatón szindrómát és kizárólag a szkizofrénia részének tekinti, ennek megfelelően antipszichotikumokkal kezeli. Ebből adódóan az affektív kórképekhez társuló katatón tünetcsoport és az organikus katatónia gyakran nem kerül felismerésre, vagy az ezen tünetekkel rendelkező betegek nem az adekvát terápiában részesülnek. Ez annál is inkább sajnálatos jelenség, mivel a katatón szindróma bizonyítottan hatékony kezelési módokkal (benzodiazepinek, ECT) rendelkezik, melyek alkalmazása életveszélyes szövődmények elkerülését teszi lehetővé. A fenti hiányosságok lehetséges magyarázatául szolgálhatnak az ECT használatnak hazánkban, napjainkban tapasztalható visszaesésére is.

Második vizsgálatunk során, tudomásunk szerint Magyarországon elsőként mértük fel szisztematikusan a

katatónia előfordulási gyakoriságát magyar, akut pszichiátriai osztályra felvett betegek körében.

Standardizált, katatónia kérdőív használatával a katatón tüneteket magasabb arányban sikerült kimutatni, mint a DSM-5 katatónia kritériumainak alkalmazásával. A DSM5 kritériumaiból hiányzó, ám kutatásunkban magas arányban észlelt, az irodalomban bizonyítottan magas specificitásúnak és szenzitivitásúnak elfogadott katatón tünetek előfordulása hosszabb távon a diagnosztikus rendszer revíziójának szükségességét veti fel.

Harmadik vizsgálatunkban az irodalmi adatoknak megfelelő katatónia prevalenciát találtunk akut pszichiátriai osztályra felvett, 65 év feletti magyar páciensek körében. A demencia szindróma önmagában nem bizonyult a katatónia rizikófaktorának, viszont a dementiához társuló affektív zavar vagy más szervi (belgyógyászati, neurológiai) betegség jelentősen megnövelte a katatón tünetek kialakulásának valószínűségét. Ebből következően a katatón tünetek jelentkezése idős korban felveti egy esetleges akut



belgyógyászati/neurológiai kórkép vagy korábban nem diagnosztizált komorbid pszichiátriai betegség lehetőségét. Ez az eredmény alátámasztja a katatónia mögött meghúzódó organikus kórkép időben történő felismerésének és megfelelő kezelésének fontosságát, amivel a lehetséges súlyos szövődmények elkerülésének valószínűsége is növelhető.

## **Saját publikációk jegyzéke**

### **Disszertációhoz kapcsolódó közlemények:**

1. **Takács R**, Ungvari GS, Antosik-Wojcinska A, Gazdag G. (2020) Hungarian psychiatrists' Recognition, Knowledge and Treatment of Catatonia. *Psychiatr Q.* 2020 May 22. doi: 10.1007/s11126-020-09748-z. Online ahead of print.
2. Gazdag G, **Takács R**, Ungvari GS. (2020) Konrád Jenő adta a katatonia első, magyar nyelvű, tudományos igényű leírását 1881/82-ben. *Orv Hetil*, 161(44): 1891-1894.
3. **Takács R**, Asztalos M, Ungvari GS, Antosik-Wójcińska AZ, Gazdag G. (2019) The prevalence of

catatonic syndrome in acute psychiatric wards. *Psychiatr Pol*, 53(6): 1251-1260.

4. **Takács R**, Asztalos M, Ungvari GS, Gazdag G. (2017) Catatonia in an inpatient gerontopsychiatric population. *Psychiatry Res*, 255: 215-218.

5. Ungvari GS, Gerevich J, **Takács R**, Gazdag G. (2018) Schizophrenia with prominent catatonic features: A selective review. *Schizophr Res*, 200: 77-84. Review.

6. Gazdag G, **Takács R**, Ungvari GS. (2017) Catatonia as a putative nosological entity: A historical sketch. *World J Psychiatry*, 7(3): 177-183. Review.

7. **Takacs R**, Milan F, Ungvari GS, Faludi G, Gazdag G. (2016) Catatonia in disulfiram intoxication - a case report and a brief overview of the literature. *Neuropsychopharmacol Hung*, 18(2): 110-4. Review.

8. **Takács R**, Rihmer Z. (2013) Catatonia in Affective Disorders. *Curr Psychiatric Rev*, 9(2), 101-105. Review.

### **Disszertációhoz nem kapcsolódó közlemények:**

1. Gazdag G, Dragasek J, **Takács R**, Lőökene M, Sobow T, Olekseev A, Ungvari GS. (2017) Use of Electroconvulsive Therapy in Central-Eastern European Countries: an Overview. *Psychiatr Danub*, 29(2): 136-140. Review.
2. **Takács R**, Ungvari GS, Gazdag G. (2015) Reasons for acute psychiatric admission of patients with dementia. *Neuropsychopharmacol Hung*, 17(3): 141-5.
3. **Takács R**, Makkos Z, Kassai-Farkas Á, Pusztai Á, Ungvári GS, Gazdag G. (2014) Lamotrigine in the treatment of psychotic depression associated with hereditary coproporphyrinuria - case report and a brief review of the literature. *Neuropsychopharmacol Hung*, 16(1): 43-6. Review.
4. Gazdag G, Horváth G, Szabó O, **Takács R**, Ungvari GS. (2013) When do psychiatric side effects emerge during antiviral treatment of hepatitis C? *Psychiatr Danub*, 25(4): 398-400.
5. Gazdag G, **Takács R**, Tolna J, Iványi Z, Ungvari GS, Bitter I. (2013) Electroconvulsive therapy in a Hungarian

academic centre (1999-2010). *Psychiatr Danub*, 25(4): 366-70.

6. **Takács R**, Iványi Z, Ungvari GS, Gazdag G. (2013) Safety of the electroconvulsive therapy and amisulpride combination. *Psychiatr Danub*, 25(1): 76-9.

7. Gazdag G, Ungvari GS, **Takács R**, Rácz J. (2012) Organizational environment of outpatient drug treatment services in Hungary: a pilot study. *Cent Eur J Public Health*, 20(4): 294-6.

8. **Takács R**, Ungvari GS, Gazdag G. (2012) Electroconvulsive therapy on Hungarian websites. *Psychiatr Danub*, 24(1): 86-9.

9. Gazdag G, **Takács R**, Ungvari GS, Sienaert P. (2012) The practice of consenting to electroconvulsive therapy in the European Union. *J ECT*, 28(1): 4-6.

10. Gazdag G, **Takács R**, Ungvari GS. (2011) The optimal combination of ECT with pharmacotherapy. *Neuropsychopharmacol Hung*, 13(3): 153-61. Review.

11. Gazdag G, Nagy K, **Takács R**. (2010) Beszámoló az MPT VII. Nemzeti Kongresszusáról. *Psych. Hungarica*, 25:(1) 91-92.