

**Praca kazuistyczna***Case report*

MIŁOSZ KRZYWOTULSKI, PAWEŁ WÓJCIAK, JANUSZ RYBAKOWSKI

**Przypadek schizofrenii katatonicznej – korzystny wynik leczenia aripiprazolem i klozapiną***A case of catatonic schizophrenia – successful outcome of treatment with aripiprazole and clozapine*

Klinika Psychiatrii Dorosłych Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu

**STRESZCZENIE**

Tematem artykułu jest opis przypadku schizofrenii katatonicznej rozpoznanej u dwudziestodwuletniej kobiety. U pacjentki tej bardzo szybko i gwałtownie nastąpiło pogorszenie stanu psychicznego w obrazie zespołu katatonicznego. Leczenie farmakologiczne za pomocą różnych leków neuroleptycznych okazało się nieskuteczne lub powodowało poważne objawy niepożądane. Dopiero po zastosowaniu aripiprazolu (do 22,5 mg/dobę) w połączeniu z klozapiną (do 200 mg/dobę) uzyskano zdecydowaną poprawę stanu psychicznego i ustąpienie wszystkich objawów psychopatologicznych. Po półtora roku od tego epizodu pacjentka kontynuuje studia psychologiczne, zażywając aripiprazol 7,5 mg/dobę.

**SUMMARY**

The topic of the article is a case report of catatonic schizophrenia diagnosed in twenty-two year old female. Her mental status underwent rapid deterioration showing clinical picture of catatonic syndrome. Pharmacological treatment by various antipsychotic drugs proved to be not successful or caused serious side effects. It was not until the administration of aripiprazole (up to 22.5 mg/day), with clozapine (up to 200 mg/day) that her mental status significantly improved and all psychopathological symptoms gradually resolved. One and half year after this episode, the patient continues her academic activity (psychological faculty), taking aripiprazole, 7.5 mg/day.

---

**Słowa kluczowe:** katatonía, schizofrenia katatoniczna, leczenie, aripiprazol, klozapina

**Key words:** catatonia, catatonic schizophrenia, treatment, aripiprazole, clozapine

---

**WSTĘP**

Termin „katatonía” określa zespół objawów z dominacją niedostosowanej, nadmiernej lub ograniczonej aktywności ruchowej, przy znacznie ograniczonym lub zniesionym kontakcie werbalnym i niewerbalnym (Wciórka, 2002a). Zespół ten po raz pierwszy scharakteryzował niemiecki lekarz Karl Kahlbaum w latach 1870. (Kahlbaum, 1874). Emil Kraepelin (1899) uznał katatonię za odmianę *dementia praecox*, nazwaną później schizofrenią. Późniejsze obserwacje wskazują, że zespoły katatoniczne występują w przebiegu różnych zaburzeń psychicznych i somatycznych m.in. w przebiegu schizofrenii, cho-

rób afektywnych, zapalenia mózgu, chorób infekcyjnych, ciężkich zaburzeń metabolicznych, zatruc oraz w tzw. złośliwym zespole poneuroleptycznym. Schizofrenia katatoniczna ze stanami pobudzenia, osłupienia, onirycznymi lub mieszanymi rozpoznawana jest względnie rzadko (w Polsce ok. 2% ogółu rozpoznań schizofrenii), stany katatoniczne częściej zaś stanowią przemijający epizod („wstawkę”) w rozwoju innych zespołów schizofrenicznych niż w pełni odrębny zespół (Wciórka, 2002b). Konsekwencją tego może być brak jednoznacznych, opartych na dużym doświadczeniu klinicznym, schematów leczenia tej choroby.

Objawy katatonii u większości chorych ulegają złagodzeniu po zastosowaniu lorazepamu (Seethalaksh-

mi i wsp., 2008). W leczeniu schizofrenii katatonicznej dla pełnego efektu terapeutycznego konieczne jest zastosowanie leków neuroleptycznych. Gdy leki te nie są skuteczne, a także w sytuacji tzw. śmiertelnej katatonii oraz złośliwego zespołu neuroleptycznego o ciężkim przebiegu, jako metodę leczenia zaleca się zabiegi elektrowstrząsowe (Bridler i Howald, 1999; Consoli i wsp., 2009)..

Doświadczenia ostatnich lat przynoszą obiecujące próby zastosowania w schizofrenii katatonicznej atypowych leków neuroleptycznych. Od lat 1980. dokumentowany jest korzystny efekt kłozapiny (Panteleeva i wsp., 1987; Hung i wsp., 2006). W ostatnich latach pojawiły się również kazuistyczne opisy pozytywnego działania w schizofrenii katatonicznej nowego atypowego leku neuroleptycznego, aripiprazolu (Bastampillai i Dhillon, 2008; Strawn i Delgado, 2007). W niniejszej pracy przedstawiamy przypadek schizofrenii katatonicznej, w którym w wyniku skojarzonego leczenia kłozapiną i aripiprazolem uzyskano bardzo dobry efekt terapeutyczny

## OPIS PRZYPADKU

Pacjentka lat 22, stanu wolnego, studentka trzeciego roku psychologii. W rodzinie krewna matka chorowała na schizofrenię. Brat matki i ojciec ojca nadużywali alkoholu. Brat matki podejmował próbę samobójczą. Matka, lat 50, wykształcenie zawodowe, od urodzenia pierwszego dziecka zajmuje się domem; choruje na niedoczynność tarczycy, nadciśnienie tętnicze, miała usunięty pęcherzyk żółciowy, ma wadę wzroku ok. 5 D, była w ciąży trzy razy, ostatnią ciążę poroniła. Cechy osobowości matki: nerwowa, szybko wpada w złość, żyje cudzymi problemami, pesymistka, energiczna. Ojciec, lat 50, wykształcenie wyższe techniczne, choruje na reumatoidalne zapalenie stawów, cechy osobowości: troskliwy, opiekuńczy, spokojny, wyrozumiały, energiczny. Siostra, lat 20, studiuje, nie przeżyła poważnych chorób, cechy osobowości: szybko się denerwuje, energiczna, do tej pory mało samodzielna. Pacjentka ocenia rodzinę i małżeństwo rodziców jako dość zgodne. Lepszy kontakt ma z ojcem, który był też bardziej wyrozumiały dla pacjentki, kiedy ta miała problemy emocjonalne w trakcie nauki w liceum.

Pacjentka podaje, że urodziła się przez poród kleszczowy, Apgar 8, 10. Rozwój psychomotoryczny był prawidłowy, w dzieciństwie chorowała na zapalenie przyusznic oraz ospę. W wieku wczesnodziecięcym i w szkole podstawowej nie miała problemów z nawiązywaniem kontaktów z rówieśnikami, była

bardzo dobrą uczennicą, nie sprawiała problemów wychowawczych. Pierwsza miesiączka w 12 r.ż., miesiączkuje nieregularnie, miała rozpoznany zespół policystycznych jajników, od czterech lat spotyka się stale z jednym chłopakiem, nie współżyła seksualnie. Na początku szkoły podstawowej miała usunięty migdałek gardłowy, operację zatok z powodu przewlekłego zapalenia zatok z polipami, jako nastolatka miała usunięcie pęcherzyka żółciowego, od kilku lat choruje na niedoczynność tarczycy (leczona lewotyroksyną, 25 µg).

Osobowość przedchorobowa: perfekcjonistka, zamknięta w sobie „dusiła emocje”, nieufna, ambitna, na porażkę reagowała zdenerwowaniem, była zła na siebie, bardzo się denerwowała, gdy ktoś ją niesprawiedliwie ocenił w szkole, lubiła zawsze spokój, szybko męczyła się w większym towarzystwie.

Pierwsze problemy psychiczne pojawiły się na początku LO. Polegały one na lęku przed chodzeniem do szkoły, stanami obniżonego nastroju, brakiem wiary w swoje możliwości. Podłożem był brak akceptacji ze strony rówieśników ze szkoły oraz brak wyrozumiałości nauczycieli w okresie rekonwalescencji po pobycie w szpitalu z powodu operacji pęcherzyka żółciowego. Zaczęła leczyć się farmakologicznie, przez krótki czas oraz korzystała z psychoterapii – do końca I semestru na studiach.

Pacjentka podaje, że przez kolejne lata czuła się dobrze, radziła sobie z nauką na studiach, nie miała problemów z nawiązywaniem relacji z rówieśnikami, jej ogólne funkcjonowanie było prawidłowe. Pacjentka podaje, że w trakcie nauki do ostatnich egzaminów bolała ją głowa. W ostatniej sesji zimowej 2007/2008 zdała bardzo dobrze egzaminy. Wydarzeń, które nastąpiły w kolejnych dniach, nie pamięta dokładnie.

Po przyjeździe do domu (dn. 13.02.2008) zgłaszała uczucie zmęczenia. W ciągu następnych dni nasilały się objawy lęku i niepokoju. Pacjentka zaczęła zgłaszać nierealne obawy o życie rodziców (tworząc związek przyczynowy między koszem róż, który otrzymali oni na pięćdziesiąte urodziny, a ich nieuchronną śmiercią w niedługim czasie), tłumacząc to splotem wydarzeń z przeszłości (gdy chodziła do gimnazjum jej dziadkowie dostali podobny kosz róż i kilka miesięcy później zmarli). Co raz częściej zaczęła ujawniać treści myślenia o charakterze myślenia magicznego, lęk o przyszłość: „Co ja zrobię, gdy was nie będzie?“, bała się, że urodzi chore dziecko (siostra matki ma syna ciężko chorego). W ciągu trzech dni po powrocie do domu zgłaszała rodzinie halucynacje słuchowe („melodyjki” w głowie), objawy depersonalizacji i de-realizacji („tak jakbym stała obok siebie mała i dorosła”, „czy wy żyjecie?”, „czy ja jestem tą samą nią?”,

„kim ja jestem? Tym kuzynem, tym dzieckiem nie-narodzonym?”), ujawniała urojenia prześladowcze („tata, ty chcesz mnie zgwałcić?”, „ratuj mnie, oni chcą mnie otruć tabletkami!”, „matka chciała zabić swoje poronione dziecko”), urojenia winy („muszę być zła dla ludzi, skoro tak choruję”, „jest to kara za to, że nie chodziłam do kościoła”), zgłaszała zaburzenia koncentracji uwagi, była ambiwalentna i ambivalentna, nie chciała przyjmować leków, izolowała się od otoczenia, w nocy nie spała.

Po kilku dniach zgłosiła się w towarzystwie rodziny do poradni zdrowia psychicznego. Otrzymywała pernazynę 3 x 25 mg – bez efektu terapeutycznego i w dniu 22.02.2008 została przyjęta do Kliniki Psychiatrii Dorosłych Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu. Przy przyjęciu pacjentka była przytomna, w bardzo trudnym kontakcie, zahamowana psychoruchowo. Na większość pytań nie odpowiadała lub odpowiadała poza płaszczyznę pytania, pojedynczymi słowami, najczęściej persewerując lub powtarzając słowa po rozmówcy. Sporadycznie wypowiadała się kilkuwyrazowymi zdaniami. Przez większość czasu trwania badania nie nawiązywała kontaktu wzrokowego, patrzyła w dal, zastygała na kilka, kilkanaście minut w jednej pozycji a przy próbie aktywizacji stawiała opór. Afektywnie blada, nie wyrażała żadnych emocji. Nie ujawniała omamów. Na podstawie obrazu klinicznego postawiono wstępne rozpoznanie schizofrenii katatonicznej.

Początkowo pacjentka nie nawiązywała kontaktu z otoczeniem, wrogo nastawiona, przez większość czasu bardzo zahamowana, momentami pobudzała się – była wtedy agresywna wobec personelu i próbowała opuścić oddział. Nie przyjmowała posiłków. Leki dostępne przyjmowała z oporami. Przez pierwszych kilka dni otrzymywała olanzapinę (5mg) i haloperidol (do 8mg), następnie kwetiapinę 200mg, ale ze względu na brak efektu terapeutycznego oraz utrzymywania się (pomimo zmian leków) podwyższonej temperatury ciała (do 37,5°C), wzmożonego napięcia mięśniowego, podwyższonego poziomu kinazy kreatyninowej (maks. 336 IU/l), zdecydowano o odstawieniu neuroleptyków i podawaniu jedynie benzodiazepin (klonazepam, domięśniowo, do dawki maksymalnej 5 mg na dobę). Po kilku dniach pacjentka stała się spokojniejsza w zachowaniu, zaczęła nawiązywać kontakt wzrokowy i werbalny, choć była nadal bardzo nieufna, wycofana i zahamowana psychoruchowo. Nastąpiła poprawa parametrów fizykalnych. Zalecono aripiprazol początkowo w dawce 15 mg na dobę. W ciągu tygodnia, ze względu na znaczne zaburzenia snu i utrzymujący się niepokój psychoruchowy, dodano kłozapinę w dawce 25 mg wieczorem. Pod koniec

czwartego tygodnia pobytu pacjentka nawiązywała spontaniczny kontakt z otoczeniem, odpowiadała w płaszczyźnie pytania, podawała w tym czasie halucynacje słuchowe (głosy mówiące jej o życiu intymnym rodziców), ujawniała urojenia ksobne, obawy o życie rodziców, zgłaszała lęk i niepokój oraz zaburzenia koncentracji uwagi. Zalecone zostało następujące dawkowanie: aripiprazol 22,5 mg oraz kłozapina 200 mg. W ciągu kilku następnych tygodni stan psychiczny oraz somatyczny pacjentki stopniowo całkowicie się poprawił. Pacjentka w pełni zorientowana auto i allopsychicznie, w wyrównanym nastroju i napędzie, nieujawniająca omamów ani niewypowiadająca urojeń, wypisana została z zaleceniem kontynuacji leczenia aripiprazolem 22,5 mg oraz kłozapiną 75 mg na dobę.

Po wyjściu ze szpitala pacjentka kontynuowała naukę na studiach. Swoje samopoczucie i aktywność określa jako bardzo dobre, przeczy objawom psychotycznym, nie zgłasza zaburzeń koncentracji uwagi ani pamięci. Jedyne działanie niepożądane, które pacjentka wiąże z przyjmowaniem leków, dotyczy przyrostu masy ciała, który miał miejsce w trakcie całej kuracji. W czasie leczenia ambulatoryjnego dawki leków uległy modyfikacjom. Po kilku miesiącach od wypisu ze szpitala zdecydowano o stopniowym odstawieniu kłozapiny, co przyniosło korzyści w zakresie koncentracji uwagi oraz pamięci. Przez kolejne miesiące aripiprazol został utrzymany w dawce 15 mg. Obecnie, po półtora roku leczenia podtrzymującego, pacjentka stosuje aripiprazol w dawce 7,5 mg.

## OMÓWIENIE

Opisany przypadek dwudziestodwuletniej pacjentki spełnia kryteria diagnostyczne schizofrenii katatonicznej zarówno wg klasyfikacji ICD-10 (1992), jak i wg klasyfikacji DSM-IV (1994). Za rozpoznaniem schizofrenii katatonicznej przemawia dominacja zaburzeń napędu pod postacią stuporu, pobudzenia, negatywizmu ruchowego oraz mutyzmu, echolalii, perseweracji przy stosunkowo mniejszym udziale objawów wytwórczych (halucynacji słuchowych, urojeń ksobnych) czy objawów dezorganizacji myślenia. U opisywanej pacjentki leczenie farmakologiczne za pomocą różnych leków neuroleptycznych okazało się nieskuteczne lub powodowało objawy niepożądane w dość krótkim czasie. Dopiero po zastosowaniu aripiprazolu w dawce 22,5 mg w połączeniu z kłozapiną w dawce 200 mg na dobę uzyskano długotrwałą, zdecydowaną poprawę stanu psychicznego. Nie obserwowano objawów niepożądanych poza niewielką

sennością i zaburzeniami koncentracji uwagi w ciągu dnia, które ustępowały po redukcji dawki klozapiny. Pacjentka została wypisana do domu stosując aripiprazol w dawce 22,5 mg oraz klozapinę w dawce 75 mg. Obecnie pozostaje na monoterapii aripiprazolem, 7,5 mg.

W patogenezie zespołu katatonicznego zwraca się uwagę na zaburzenia neuroprzebieżności dopaminergicznego (receptory D2) i serotonergicznego (receptory 5-HT1A i 5HT2A) (Carroll, 2000). Korzystne działanie klozapiny i aripiprazolu można więc próbować wyjaśnić mechanizmem ich działania farmakologicznego. Klozapina jest atypowym lekiem neuroleptycznym o działaniu wieloreceptorowym (m.in. na receptory dopaminergiczne D2 i serotonergiczne 5HT2A), przy czym wpływ na receptory dopaminergiczne nie doprowadza do powstania objawów pozapiramidowych. Aripiprazol jest jedynym lekiem przeciwpsychotycznym będącym częściowym antagonistą receptorów dopaminergicznym i uważany jest za środek regulujący aktywność układu dopaminergicznego. Lek ten wywiera również wpływ na układ serotonergiczny, zarówno na receptory 5HT1A, jak i na receptory 5HT2 (Rybakowski, 2006).

W ostatnich latach leczenie skojarzone aripiprazolem i klozapiną stosuje się w schizofrenii lekoopornej, w której leczenie klozapiną nie daje optymalnego rezultatu. Dodanie aripiprazolu do klozapiny oprócz korzystnego efektu terapeutycznego pozwala również na redukcję dawki klozapiny (Bachman i wsp. 2009). W niniejszym przypadku po uzyskaniu remisji objawów stało się możliwe całkowite odstawienie klozapiny i pozostawienie pacjentki na monoterapii małymi dawkami aripiprazolu.

## PIŚMIENNICTWO

1. Bachman CJ, Lehr D, Theisen FM, Preiss M. Aripiprazole as an adjunct to clozapine therapy In adolescents with early-onset schizophrenia: a retrospective chart review. *Pharmacopsychiatry* 2009; 42: 153-157.
2. Bastiampillai T, Dhillon R. Catatonia resolution and aripiprazole. *Aust N Z J Psychiatry* 2008; 42: 907.
3. Bridler R, Howald A. Akute lebensbedrohliche Katatonie. *Psychiatr Prax* 1999; 26: 202-204.
4. Carroll BT. The universal field hypothesis of catatonia and neuroleptic malignant syndrome. *CNS Spectr* 2000; 5: 26-33.
5. Consoli A, Boulicot V, Cornic F, Fossati P, Barbeau M, Cohen D. Moderate clinical improvement with maintenance ECT in a 17-year-old boy with intractable catatonic schizophrenia. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2009; 18: 250-254.
6. Hung YY, Yang PS, Huang TL. Clozapine in schizophrenia patients with recurrent catatonia: report of two cases. *Psychiatry Clin Neurosci* 2006; 60: 256-258.
7. Kahlbaum KL. Die Katatonie oder das Spannungsirresein. Verlag August Hirshwald, Berlin, 1874.
8. Kraepelin E. *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte.* 6 Auflage. Barth, Leipzig, 1899.
9. Panteleeva G, Kovskaya MY, Belyaev BS, Minsker EI, Vynar O i wsp. Clozapine in the treatment of schizophrenic patients: an international multicenter trial. *Clin Ther* 1987; 10: 57-68.
10. Rybakowski J. Aripiprazol – lek przeciwpsychotyczny trzeciej generacji. *Ordynator Leków* 2006; 6 (9-10): 59-60.
11. Seethalakshmi R, Dhavale S, Suggu K, Dewan M. Catatonic syndrome: importance of detection and treatment with lorazepam. *Ann Clin Psychiatry* 2008; 20: 5-8.
12. Strawn JR, Delgado SV. Successful treatment of catatonia with aripiprazole in adolescent with psychosis. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2007; 17: 733-735.
13. Wciórka J. Psychopatologia. W: *Psychiatria. Tom I.* Bilikiewicz A, Pużyński S, Rybakowski J, Wciórka J (red). Wydawnictwo Urban i Partner Wrocław, 2002a; 418.
14. Wciórka J. Schizofrenia. W: *Psychiatria. Tom II.* Bilikiewicz A, Pużyński S, Rybakowski J, Wciórka J (red). Wydawnictwo Urban i Partner, Wrocław, 2002b; 268-269.

---

*Adres korespondencyjny:*

*Miłosz Krzywotulski*

*Klinika Psychiatrii Dorosłych UM w Poznaniu*

*ul. Szpitalna 27/33, 60-572 Poznań*

*tel. (061) 8475087, fax (061) 8480392*

*e-mail: mkszyfy@tlen.pl*

---