

# Katatoni er ofte overset i børne- og ungdomspsykiatrien

Nicola Hvidt Ballin<sup>1</sup> & Anne Katrine Pagsberg<sup>2</sup>

## KASUISTIK

1) Psykiatrien Region Sjælland – Afdeling for Børne- og Ungdomspsykiatri, Roskilde  
2) Region Hovedstadens Psykiatri – Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center, Glostrup

Ugeskr Læger  
2016;178:V04150368

Katatoni er et psykomotorisk syndrom, der optræder hos 7-18% af de psykiatriske patienter, men som ofte underdiagnosticeres, også i børne- og ungdomspsykiatrien [1].

I International Classification of Diseases (ICD)-10 rubriceres syndromet som organisk katatoni (F06.1) eller kataton skizofreni (F20.2). De fleste patienter med katatoni har imidlertid en underliggende affektiv lidelse, især mani, snarere end skizofreni [2], og blandt børn med autismespektrumforstyrrelse er der en øget risiko for udvikling af katatoni [1]. I den nyligt reviderede Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)-5 er der taget højde for dette (Catatonia Specifier, 293.89).

Hyppige katatone symptomer er motorisk uro, immobilitet/stupor, mutisme, stirrende blik, grimasser, stereotypier (repetitive, ikkemålede bevægelser), mannerismer (aparte, målede bevægelser), negativisme (patienten gør det modsatte af verbale instruktioner og kropslige manipulationer), ekkopraksi (efterligning af undersøgerens bevægelser), ekkolali (efterligning af undersøgerens tale), manglende føde- og væskeindtag, rigiditet (herunder katalepsi og flexibilitas cerea) samt taleforstyrrelser (herunder verbigeration og logorrhoea) [3].

Diagnosen stilles ud fra det kliniske billede og ved hjælp af ratingskalaer, f.eks. Bush-Francis Catatonia Rating Scale (BFCRS), som kvantificerer 23 katatoni-symptomer på en skala fra 0 til 3 eller til stede/ikke til stede (minimum-/maksimumscore fra 0 til 69) [3, 4].

Førstevalgsbehandling er benzodiazepin (BZ), primært i form af potente BZ'er, f.eks. lorazepam. Ved manglende effekt overvejes elektrokonvulsiv terapi. Behandlingen af den underliggende psykiske eller organiske lidelse kan fortsætte sideløbende, men ved behandling med antipsykotika (AP) bør dette foregå under tæt monitorering, idet AP kan forværre katatoni og øge risikoen for udvikling af malignt neuroleptikasyndrom [5]. Prognosen er god ved akut katatoni, især hvis behandlingen iværksættes hurtigt.

## SYGEHISTORIE

En 17-årig ung mand var igennem et år flere gange indlagt i ungdomspsykiatrisk døgnregi, initialt under diagnosen skizotypisk sindslidelse.

Patienten havde sparsom og umoduleret øjenkontakt, nedsat mimik, ekkopraksi og -lali, stereotype bevægelsesmønstre (kørte hænderne rundt i små cirkler på og under bordet) samt næsten uørlig, mumlende tale. Han gik sidelæns gennem døre, hilste overdrevent og karikeret på forbipasserende, bukkede umotiveret, hoppede op og ned og holdt hovedet fastlåst, skråt bagoverbøjet. Han smilede privat og stemningsinkongruent, spiste og drak kun yderst sparsomt og isolerede sig på sit rum. Hans ytringer og adfærd gav mistanke om systematiserede vrangforestillinger. Han gav udtryk for svingende humør og angst ved socialt samvær og var i perioder plaget af selvmordstanker og -planer.

På mistanke om paranoid psykose blev patienten behandlet med AP, først quetiapin 400 mg/dag og derefter aripiprazol 10 mg/dag. Patienten stoppede med begge behandlinger efter kort tid pga. træthed og akkommodationsbesvær. Mod angst ordineredes oxazepam 15 mg/dag med god effekt. For at begrænse BZ-eksponering skiftede man fra oxazepam til sertralin 100 mg/dag med umiddelbar effekt på angstsymptomerne, men efter to uger blev han rastløs og irriteret samt udviste seksualiserende adfærd. Man fik mistanke om en iatrogen hypoman reaktion, og sertralin blev seponeret, hvorefter de hypomane symptomer svandt. Katatonia blev kvantificeret til en BFCRS-score på 13.



Katatoni.  
Foto: Emil Kraepelin.  
(<http://imgbuddy.com/catatonic-schizophrenia-waxy-flexibility.asp>)

Derfor blev der ordineret specifik behandling med lorazepam 2 mg  $\times$  3 dagl. med god effekt på katatone symptomer. På mistanke om underliggende bipolar affektiv lidelse suppleredes der med quetiapin 400 mg/dag, som patienten denne gang ønskede at fortsætte med. Han blev udskrevet i nær habitualtilstand med en BFCRS-score på 2 og med diagnoserne bipolar affektiv lidelse, socialfobi og katatoni.

## DISKUSSION

Sygehistorien illustrerer de udfordringer, der kan være forbundet med at identificere katatone symptomer i børne- og ungdomspsykiatrien, hvor syndromet ofte overses med risiko for fejlagnostik, forsinket relevant behandling og forværret prognose til følge. Det skyldes formentlig manglende opmærksomhed på kataton fænomologi, herunder det vekslende og brogede symptom-billede, samt det forhold at katatoni historisk fejlagtigt primært er blevet associeret med skizofreni. Dette ungdomspsykiatriske tilfælde af bipolar affektiv lidelse med katatoni blev diagnosticeret efter længere tids uafklaret sygdomsbillede og remitterede hurtigt efter instituering af katatonibehandling. Der anbefales øget kendskab til syndromet i børne- og ungdomspsykiatrien samt rutinemæssig anvendelse af ratingskalaer som BFCRS til screening og monitorering.

## SUMMARY

Nicola Hvidt Ballin & Anne Katrine Pagsberg:

Catatonia is often overlooked in child and adolescent psychiatry

Ugeskr Læger 2016;178:V04150368

Catatonia is a common but often overlooked motor syndrome in child and adolescent psychiatry. It is characterized by a variety of symptoms, most often excitement, immobility, stupor, catalepsy, grimacing, echolalia, echopraxia, stereotypies, mannerisms, logorrhoea, verbigeration, negativism, staring and withdrawal. This case report illustrates how a 17-year-old man was diagnosed with catatonia after one year of repeating psychiatric care. The catatonic symptoms decreased significantly after a short period of lorazepam administration.

**KORRESPONDANCE:** Anne Katrine Pagsberg.

E-mail: anne.katrine.pagsberg@regionh.dk

**ANTAGET:** 16. juli 2015

**PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK:** 11. januar 2016

**INTERESSEKONFLIKTER:** Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

## LITTERATUR

1. Ghaziuddin N, Dhossche D, Marcotte K. Retrospective chart review of catatonia in child and adolescent psychiatric patients. *Acta Psychiatr Scand* 2012;125:33-8.
2. Taylor MA, Fink M. Catatonia in psychiatric classification: a home of its own. *Am J Psychiatry* 2003;160:1233-41.
3. Bush G, Fink M, Petrides G et al. Catatonia. I. Rating scale and standardized examination. *Acta Psychiatr Scand* 1996;93:129-36.
4. Sienaert P, Rooseleer J, de Fruyt J. Measuring catatonia: a systematic review of rating scales. *J Affect Disord* 2011;135:1-9.
5. Rajagopal S. Catatonia. *Adv Psychiatr Treat* 2007;13:51-9.