

Elektrokonvülsif Tedaviyle Düzelen Beş Yıllık Mutizm Olgusu*

Samet KÖSE, Köksal ALPTEKİN, Tunç ALKIN, Zeliha TUNCA, Mehmet HANCIOĞLU

ÖZET

Mutizm, birçok ruhsal ve nörolojik bozuklukta görülebilen, konuşamama ya da konuşma eylemi için isteksiz olma durumudur. En sık katatonik tip şizofrenik bozuklukta rastlanır. Mutizmin yıllarca sürmesi ise çok enderdir. Burada 5 yıldır mutizmi olan, anestezili ve kas gevşeticili elektrokonvülsif tedaviye hızla ve olumlu yanıt veren 20 yaşında bir kız olgu sunulmaktadır. Olguda katatoni belirtileri bulunmamasına karşın, 5 yıl gibi uzun bir süre mutizmin bulunması şizofrenik bozukluk belirtisi olarak değerlendirilmektedir. Antipsikotik ilaç tedavisiyle düzelme görülmeyen olguda, mutizmin yıllarca sürmesi ve elektrokonvülsif tedaviyle düzelmesi dikkat çekicidir.

Anahtar kelimeler:

Düşünen Adam; 1995, 8 (4): 9-11

SUMMARY

Mutism is a common manifestation of psychiatric, neurological, and medical illness. Schizophrenia, affective disorders, conversion disorder, dissociative states, basal ganglia, frontal lobes and limbic system, pathologies might cause mutism. Mutism is often associated with other signs of catatonia. Here a case of mutism for five year duration was presented and its rapid resolution following ECT administration was discussed.

Key words:

GİRİŞ

Mutizm, konuşamama ya da konuşma için isteksiz olma durumudur. Sözel çıktının azalması ya da tamamen kaybolması söz konusudur. Çok sayıda ruhsal bozuklukta görülebilmemesine karşın mutizm, yeterince ilgi görememiştir (18). Mutizm, davranış, düşünce, duygudurum ve bilinç düzeyi bozuklukları ile birlikte görülebilir (2).

Mutizme yolaçan ruhsal bozukluklar arasında şizofreni, depresyon, mani, dissosiyatif durumlar sayıla-

bilir (7). İlk kez Kahlbaum tarafından tanımlanan katatonik tip şizofreni mutizmin en sık görüldüğü şizofreni tipidir. Bununla birlikte paranoid tip şizofreninin de mutizmle seyredebileceği bildirilmiştir.

Ayrıca bir belirti olarak mutizm; kafa travması (11), herpes ensefaliti, sifilis, frontal lob lezyonları, epilepsi, akinetik mutizm, Wernicke ensefalopatisi gibi bazı beyin hastalıklarında da görülebilir. Ayrıca hiperparatiroidizm, diyabetik ketoasidoz, miksödem ve Addison hastalığı da mutizm ve katatoni belirtileri olduğu bildirilmektedir (2).

* 31. Ulusal Psikiyatri Kongresi, İstanbul, 26-31 Eylül 1995 tarihleri arasında Poster Bildiri olarak sunulmuştur. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı

Mutizm diğer katatoni belirtilerinin eşlik etmediği durumlarda da görülebilir. Bu gibi olgularda affektif işlevler ya da düşünce süreçleri etkilenmiştir. Paranoid şizofrenili olgularda sanrıların gizlenmek istenmesi nedeniyle, kronik şizofreni olgularında da katatoninin eşlik etmediği türden mutizm bulunabilir (18).

Depresyonda, içe çekilme ya da psikomotor retardasyon dönemlerinde mutizm görülebilir. Kortikosteroidle, antihipertansif ajanların da katatoni belirtileri olmaksızın mutizme yol açtığı bildirilmiştir. Yine Briquet zamanından beri çok sayıda konversif mutizm olgusu bildirilmiştir. Dissosiasif durumlar da mutizme yol açabilirler (18).

Çocukluk çağı mutizmde genelde katatoni belirtileri görülmez. Konuşmayı hiç öğrenmemiş bir çocukta gelişimsel bozukluklar, sağırılık ya da otizme bağlı olarak mutizm gelişebilir. Bu olgularda mutizm uygun olayın ya da kopmuş nesne ilişkilerini yansıtabilir. Elektif mutizm ise okul dahil olmak üzere tüm sosyal ortamlarda sürekli konuşmayı reddetme durumudur. Bu çocuklar baş sallama, jest ve mimikler ve tek heceli ya da kısa monoton sözcüklerle iletişim kurarlar (16). Burada beş yıl gibi uzun süren ve elektrokonvülsif tedaviye hızla olumlu yanıt veren ender bir mutizm olgusu sunulmaktadır.

OLGU

Bayan A, 20 yaşında, ev kızı, ailesi ile birlikte oturuyor. 5 yıldır konuşamama ve çevresindekilerle ilişkiye girmeme yakınmalarıyla başvurdu. 7 yıl önce ailesi ile birlikte gittiği bir düğün töreni öncesi babası hastayı azarlamış ve tokat atmış. Düğün sonrasında hasta çevresindekilere bedeninde kötü bir kokunun varlığından söz etmiş ve sık yıkanmaya başlamış. Ardından içe çekilme, durgunluk ve konuşma miktarında azalma gelişmiş. İçe çekilme ve mutizmi giderek belirginleşmiş. Son 5 yıldır hiç konuşamamış. İsmi anımsayamadıkları çeşitli psikotrop ilaçlar kullanmış ve durumunda düzelme olmamış. Hastalık öncesi kişiliğinde içe kapanık ve çekingen imiş.

Ruhsal muayenesinde; bilinci açık, koopere, yer zaman ve kişiye yönelimi yerinde muayenesi yaz-

mak suretiyle yapılabilirdi. Duygulanımı yüzeysel idi. Belirgin psikomotor durgunluğu vardı. Dikkat ve konsantrasyonunu bir konu üzerinde yoğunlaştırıyordu. Düşünce akışı yavaşlamış olan hastanın düşünce içeriği yeterince değerlendirilemedi. Öyküde koku varsanları olmasının karşın yatış muayenesinde varsanı saptanmadı. Mutizmi nedeniyle bilişsel yetileri değerlendirilemedi. Fizik muayene ve nörolojik muayenede patolojik bulgu saptanmadı. Rutin kan, idrar, biyokimya testleri normal sınırlarda idi. Tiroid fonksiyon testleri normal sınırlarda idi. BBT ve EEG'si normal olarak değerlendirildi. Kısa kognitif muayene puanı 59/59 idi.

Beş yıl süren mutizm, psikomotor durgunluk, sosyal geri çekilme, emosyonel küntleşmenin olması, öyküde koku varsanlarının bulunması olguyu kronik psikotik bir süreç olarak değerlendirmemizi sağladı. Konuşma ve ses üretiminin inhibisyonu özellikle şizofrenide gözlenmektedir. Özellikle çağdaş sağaltım yöntemleri öncesinde katatonik tip şizofrenide mutizmin yıllarca sürebildiği belirtilmektedir.

Olguya 1 ay süre ile Trifluoperazine 10 mg/gün başlandı ve hızla 30 mg/gün doza çıkıldı. Kısıtlı, çoğu kez tek heceli kısa yanıtlar dışında düzelme saptanmadı. Anestezik madde olarak propofol ve kas gevşetici olarak süksinilkolin kullanılarak MECTA SR-II aracı ile bilateral frontotemporal yolla 8 seans elektrokonvülsif tedavi uygulandı. Elektrokonvülsif tedavi sonrası tedaviye Trifluoperazine 15 mg/gün ile devam edildi. Affekti düzeldi, konuşma miktarı arttı. Servis içi etkinliklere katılımı arttı. Yatan hasta grup terapisi oturumlarında konuşmaya ve görüşlerini dile getirmeye başladı. Kendiliğinden konuşmayı başlatabiliyor, servis telefonlarına yanıt verebiliyordu. Ancak hastalık öncesinde belirtildiği gibi çekingendi, konuşması yüzeysel ve kişiler arası ilişkilerinde kısıtlılık belirgindi.

TARTIŞMA

Burada sunulan olguda olduğu gibi mutizmin 5 yıl kadar sürmesi oldukça enderdir. Bugüne dek en çok 1-2 yıl süren mutizm olguları bildirilmiştir. Olguda başlangıç döneminde psikotik tablunun olması ve mutizmin uzun sürmesi şizofrenik bozukluk düşündürdü. Ancak mutizmi nedeniyle düşünce içeriği yeterince değerlendirilemedi. Ayrıca katatoniye

özgü diğer belirtiler de saptanmadı. Mutizm, birçok ruhsal ve nörolojik bozuklukta görülebilen bir belirtidir. Joyston-Bechal ve ark. mutizimli 100 olguda 31'nin şizofrenik bozukluk, 25'inin depresyon, 20'sinin organik bir bozukluk, 10'unun mikst nevroitik bozukluk ve 14'ünün de kesin olmayan tanılar aldıklarını bildirdi (9). Mutizme katatoni belirtileri olan hastalarda daha sık rastlanmıştır. Hatta Kahlbaum (10) ve Rosebush (15) mutizmi katatoninin temel elemanlarından biri olarak görmüştür.

Elektrokonvulsif tedavi, katatoni için etkili bir tedavi yöntemi olarak bilinmektedir (12). Amerikan Psikiyatri Derneği (APA), katatoniyi EKT için endikasyon listesine almıştır (3). Fink ve ark. katatonik sendromu EKT için primer bir endikasyon olarak önermişlerdir (6). Pataki ve ark. katatonili olgularda EKT uygulamasının psikotrop ilaç kullanımına üstün olduğunu vurgulamışlardır (13). Yine Rohland ve ark. 22 hastada yapılan bir çalışmada EKT uygulamasının katatonik belirtilerde Kahlbaum kriterlerine göre % 93, Rosebush kriterlerine göre % 100 düzelmeye sağladığını gösterdiler (14).

Katatonide santral sinir sistemi anormalliği olduğu ileri sürülmektedir (17). Mutizm, negativizm, stupor ve immobiliteli iki olguda SPECT çalışması, limbik sistem ve hipokampus dahil olmak üzere medial temporal yapılarda belirgin hipoperfüzyon saptandı (5). Bu bölge algı ve bellek işlevi ile ilgilidir ve gözlenen temporal hipoperfüzyonun katatonide duysal girdi kaybından köken alan aktivasyon azalmasına bağlı olabileceği düşünülmektedir. Mutizm, içe çekilme ve kilo kaybı olan bir olguda BBT incelemesinde belirgin serebellar dejenerasyon ve beyin sapı atrofi bildirildi (4). Bir diğer çalışmada katatonili 5 olgunun BBT'leri normal kontrollerle karşılaştırıldı ve beyin sapı ve serebellar vermiste atrofi saptandı (8).

Burada sunulan olguda her ne kadar klinik görünüm frontal lob ve limbik sistem tutulumunu düşündürse

de incelemelerde bunu destekleyecek veri saptanmamıştır. Gelecekteki araştırmalar, konuşma eyleminin uyarılma, bilişsel işleme, duygulanım ve dürtü, motor başlatma, planlama, programlama ve eyleme dönüştürme gibi süreçlerin daha iyi anlaşılmasına ve nöronal yapılarla ilişkilendirilmesine imkan tanıyacaktır. Burada sunulan olgu, mutizmin 5 yıl süreli olması, katatoniyeye özgü diğer belirtilerin bulunmaması ve EKT uygulaması ile hızlı ve olumlu yanıt sağlanması yönünden değerlidir.

KAYNAKLAR

1. Abrams R, Taylor MA: Catatonia; a prospective clinical study. Arch Gen Psych 33:579-582, 1976.
2. Altschuler L, Cummings JL, Mills MJ: Mutism: Review, differential diagnosis and report of 22 cases. Am J Psych 143:1403-1414, 1989.
3. APA Task Force: The practice of electroconvulsive therapy: The recommendations for treatment, training, and privileging. Washington DC, Am Psych Ass, 1990.
4. Clothier JL, Pazzaglia P, Freeman TW: Letter to the editor. Evaluation and treatment of catatonia. Am J Psych 4:553-54, 1989.
5. Dieter E: Letter. Left temporal hypoperfusion in catatonic syndromes: a SPECT study. Psych Res 45:239-241, 1992.
6. Fink M: Is catatonia a primary indication for ECT? Convulsive Therapy 6:1-4, 1990.
7. Gelenberg AJ: The catatonic syndrome: Lancet 1:1339-1341, 1976.
8. John J: Catatonia: The tension insanity. Br J Psych 162:733-738, 1993.
9. Joyston-Bechal MP: The clinical features and outcome of stupor. Br J Psych 112:967-981, 1966.
10. Kahlbaum KL: Catatonia, translated by Levij Y, Pridan T, Baltimore, John Hopkins Univ Press, 1973.
11. Levin HS, Madison CF, Barley J, et al: Mutism after closed head injury. Arch Neurol 40:601-606, 1983.
12. Morrison JR: Catatonia: prediction of outcome. Compr Psych 15:317-324, 1974.
13. Pataki J, Zervas IM, Jandorf L: Catatonia in a university inpatient service (1985-1990). Convulsive Therapy 8:163-173, 1992.
14. Rohland BM, Carrol BT, Jacoby RG: ECT in the treatment of catatonic syndrome. J Aff Dis 29:255-261, 1993.
15. Rosebush PI, Hildebrand AM, Furlong BG, Mazurek MF: Catatonic syndrome in a general psychiatric inpatient population; frequency, clinical presentation and response to Lorazepam. J Clin Psych 51:357-362, 1990.
16. Silver LB: Elective mutism. Other disorders of infancy, childhood and adolescence. Comprehensive Textbook of Psychiatry, Kaplan&Sadock (ed), 1989 edition, 1:1887-1889.
17. Wilcox JA: Organic factors in catatonia. Br J Psych 149:782-84.
18. Yager J: Clinical manifestations of psychiatric disorders. Comprehensive Textbook of Psychiatry, edited by Kaplan&Sadock, 1989 edition, p.578.