



BBC 93: KATATONI, EN SJELDEN TILSTAND SOM IKKE HELT KAN SES BORT FRA

Verden er full av døgnfluer og motebølger. Ikke minst innenfor psykiatri har det vært prøvd mye som man har hatt stor tro på før man nokså fort har funnet ut at det fungerer like dårlig som det man gjorde før. Kalde bad og insulinsjokk ligger riktig nok ca. 100 år tilbake i tid, men er like fullt eksempler på det jeg snakker om. I nyere tid husker jeg mange eksempler på at det er lansert nye medikamenter som skulle ha veldig god effekt, og knapt noen negative bivirkninger. Da jeg jobbet på psykiatrisk sykehus for ca. 30 år siden, hendte det at man mente at et medikament hadde god effekt for en pasient. Det førte gjerne til at medikamentet ble prøvd på flere pasienter. At man innenfor for eksempel psykiatri er relativt «desperate» etter å finne effektive løsninger, er forståelig. Psykiatri er ikke verdens mest eksakte vitenskap. Mens det meste av resten av medisinen tar for seg konkrete funksjoner og sykdommer der det er liten tvil om hva man studerer, befinner psykiatri seg i et grenseland mot det filosofiske og åndelige. Det medfører at det er mange modeller og tilnærminger, og til dels uklart hva man driver på med, i likhet med i psykologien. Det medfører at forskning er



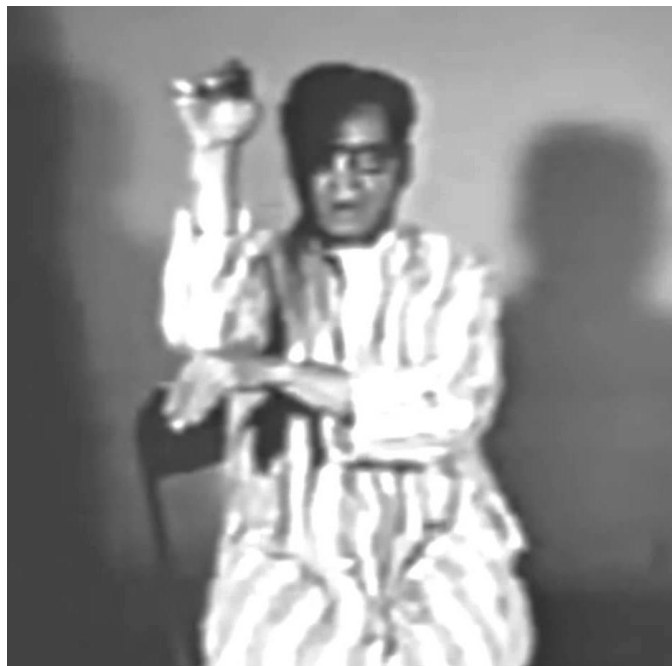
En del av Rogaland psykiatriske sjukehus, eller Dale asyl, som det het fra starten i 1913, og som jeg jobbet på i perioder fra 1976 til 1984. Der var det tilfeller av katatoni, trolig også på grunn av hvordan pasientene ble behandlet, hvis det kunne kalles behandling. Ellers er bygget på bildet 110 meter langt. En pasient som var i 70-årene, påsto at han sprang hele byggets lengde på åtte sekunder. Slå den!

komplisert, og at det blir mye synsing og mange som synser. Den vitenskapelige framgangen er derfor langsom. Da er det ikke rart at tegn til framgang kan mottas med litt større takk enn det er grunnlag for, og kanskje blåses opp litt. Det gjelder ikke bare behandlingsmetoder, men også forklaringer på de tilstandene som skal behandles. Heller ikke det er så rart, så lenge man

mener at forklaring og forståelse er viktig for å kunne gjøre noe med problemene. Forsøk på forklaringer skjer ofte ved å stille diagnoser. I BBC 83 tok jeg opp PNES, som nok er et eksempel på en diagnoseforklaring. De senere årene kan man si at også ADHD og Aspergers syndrom har blitt «populære» diagnoser for å forklare mistilpasning. Etter min mening har særlig sistnevnte vært en knapp som man har hengt utrolig mye forskjellig på.

De senere årene har vi sett et «comeback» av et begrep som i mange tiår var lite påaktet i psykiatrien. Jeg tenker på katatoni. Jeg er så gammel at jeg husker psykiatrien fra innsiden fra midt på 1970-tallet. På den tiden var det store avdelinger. Mange pasienter hadde vært innlagt siden 1920-tallet eller enda lenger. Pasientenes historier var ofte temmelig uklare. I journalene var det noen opplysninger om familie og oppvekst, men det var ofte vanskelig å sette seg inn i hva som hadde skjedd. For eksempel var det vanskelig å se om personen hadde fungert normalt eller tilnærmet normalt fram til innleggelse, eller om personen hadde en utviklingshemning eller en utviklingsforstyrrelse.

Jeg husker en spesiell pasient. Han sa aldri et ord, tok aldri kontakt, reagerte knapt når noen tok kontakt med ham, og så grunnleggende spesiell ut. Ofte satt eller sto han i spesielle stillinger som virket anstrengende, som å holde en arm oppover eller rett ut, nesten ubevegelig og nærmest stivt. Etter en time eller så begynte han gjerne å le, også det på en spesiell måte. Jeg så aldri at noen prøvde å gripe inn når han var i slike faser. Jeg tviler på at det skyldtes at man hadde prøvd, og gitt opp. Jeg tror heller at det skyldtes at han virket lite innbydende og mottakelig, for ikke å si at han virket skremmende, slik at man i utgangspunktet anså det som nytteløst å gjøre noe. Det ble sagt at han hadde kataton schizofreni. Selv tror jeg at han like gjerne hadde autisme, fordi han hadde så mange spesielle trekk, og fungerte så svakt, at han aldri kunne ha fungert noenlunde normalt. Men også katatoni kan stemme.



Dette er bilder som skal vise katatoni, og som kanskje viser katatoni som kan forekomme i forbindelse med psykiatriske tilstander, kanskje å la depresjon og psykose.

Katatoni ble første gang beskrevet, i alle fall faglig, av den tyske psykiateren Karl Ludwig Kahlbaum i 1874 i *Die Katatonie oder das Spannungsirresein* («Katanoni eller spenningsgalenskap»). Han beskrev særlig stupor (stivhet), mutisme, ansenthet, hyperaktivitet, spesielle kroppsstillinger, negativisme, rigiditet, «voksaktig» bøyelighet og automatisk lydighet, stereotypier, tics, grimaser, ekkofenomener (etterligning av tale og handlinger), og

selvskading. Sterk svette, avvikende pupillreaksjoner og rare reaksjoner på lys kunne også forekomme. Også ordets betydning sier noe om hva det innebærer. Kata betyr fra øverst til nederst, og toni kommer av styrke. En oversettelse som verserer, er derfor at personen er «anspent fra topp til tå». Moderne beskrivelser av katatoni er lite forskjellige fra Kahlbaums beskrivelse. Det gjelder også diagnoseverket DSM-5, som krever at minst tre av følgende tegn er til stede:

1. Stupor (ingen psykomotorisk aktivitet eller aktiv relatering til omgivelsene)
2. Katalepsi (passiv inntaking av stilling som holdes mot gravitasjon)
3. Voksaktig bøyelighet (fornærmet over, eller viser motstand mot, at den som undersøker, endrer stilling på personens lemmer)
4. Mutisme (ingen eller veldig liten verbal respons uten at det er afasi)
5. Negativisme (motstand mot eller ingen reaksjon på instruksjoner eller ytre stimuli)
6. Inntar stillinger (spontan og aktiv opprettholdelse av en stilling mot gravitasjon)
7. Fakter (rar karikering av normale handlinger)
8. Stereotypier (repeterende og unormalt hyppige ikke-målrettede bevegelser)
9. Agitasjon (rastløs uro upåvirket av ytre hendelser)
10. Grimaser
11. Ekkolali (etterligne andres tale)
12. Ekkopraksi (etterligne andres handling)

Kriteriene er for øvrig et eksempel på *polytetiske* kriterier, som betyr «gjelder for de fleste», som jeg har vært inne på en del ganger. Slike kriterier åpner generelt for stor variasjon blant de som oppfyller tilstrekkelig mange av dem, men i tilfellet katatoni tror jeg nok at en betydelig «kjerne» vil være på plass hos omtrent alle. Ellers kan katatoni føre til at personen ikke inntar væske og næring, og kan i verste fall være livstruende.



Dette er gamle bilder som skal vise katatoni. Jeg ser ikke bort fra at det i så fall er katatoni i forbindelse med autisme, ikke minst fordi de ser så unge ut at det er relativt liten sjanse for at de kan ha blitt hjemsoekt av andre tilstander som kan ha sammenheng med katatoni.

Når det gjelder diagnoser, opererer vårt offisielle diagnoseverk, ICD-10, med F06.4 Organisk kataton lidelse, som kjennetegnes ved endret stemningsleie eller affekt, vanligvis ledsaget av endring i det generelle aktivitetsnivået i depressiv, hypoman, manisk eller bipolar retning, men som oppstår som følge av organisk lidelse». Selve kriteriene for katatoni er som ellers. I mer psykiatrisk retning har ICD-10 diagnosen F20.2 Kataton schizofreni, der

personen selvfølgelig skal oppfylle mer generelle tegn på schizofreni, i tillegg til spesifikke katatone tegn som også kan ledsages av «en drømmelignende tilstand med livlige sceniske hallusinasjoner». (En scenisk hallusinasjon er en synshallusinasjon som dekker hele synsfeltet). Dette ligger alt i alt tett opp til den klassiske forståelsen av katatoni, altså som en side ved schizofreni. Ellers er ICD-10 knapt inne på katatoni. Et unntak er i forbindelse med F44.2 Dissosiativ stupor, som er «sterk reduksjon, eller fravær av, viljebestemte bevegelser og normale reaksjoner på ytre stimuli som lys, støy og berøring. Undersøkelser og utredninger gir ikke holdepunkter for en somatisk årsak. I tillegg er det sikre holdepunkter for en psykogen årsaksfaktor i form av belastende livshendelser eller problemer av nyere dato». Det presiseres at dissosiativ stupor må skilles fra annen stupor: Stupor ved kataton schizofreni etterfølges ofte av tegn på schizofreni, mens depressive og manisk stupor vanligvis utvikler seg nokså sent. Både depressiv og manisk stupor har blitt temmelig uvanlig i den «moderne» del av verden i tråd med at tilstander oftere oppdages og behandles tidligere. Ellers kan dissosiativ stupor beskrives som en alvorlig utgave av det som på Jæren kalles «soggestirra», altså «purkestirra», som når vi faller i staver, ser bent fram og må «vekkes» litt før vi reagerer, men som ikke trenger å skyldes noen belastning. Det er vel mer en intens dagdrømming.



Dette er bilder som skal vise konversjon, som opprinnelig ble kalt hysteri, og som Freud var opptatt av. Bildene viser kanskje et slektskap mellom konversjon og katatoni.

Inntil nylig, det vil si på slutten av 1900-tallet eller så, ble katatoni nokså ensidig forstått som en side ved schizofreni, nærmere bestemt kataton schizofreni. De senere årene har katatoni mer blitt oppfattet som en tilstand som kan være forbundet med flere tilstander. I dag regner man med at bare et lite mindretall, kanskje rundt 15 prosent, av de med katatoni har schizofreni. I DSM-5 er katatoni mer sentralt enn i ICD-10. I DSM-5 utgjør ikke katatoni en selvstendig forstyrrelse som kan diagnostiseres alene, men kan forekomme særlig i forbindelse med autismespekterforstyrrelse, psykoser, bipolare og depressive forstyrrelser, samt rene somatiske tilstander (som autoimmune sykdommer og mangel på vitamin B9). I tillegg er det uspesifisert katatoni når årsakene er uklare, eller kriteriene ikke er helt oppfylt. Det presiseres at delirium og negative reaksjoner på nevroleptika kan ligne på katatoni, uten å være det. At katatoni er mer framtrødende i DSM-5 enn i ICD-10, kan skyldes noe så enkelt som at DSM-5 er over 20 år nyere enn ICD-10. I ICD-11, som er planlagt å komme i løpet av 2018, ser det ut til at katatoni blir klassifisert som en egen lidelse, samt at den kan diagnostiseres i forbindelse med schizofreni, stemningslidelser og autismespekterforstyrrelse, temmelig som i DSM-5.

En ting er å beskrive katatoni. En annen ting er å forklare den, det vil si hva som kan motivere og opprettholde den, for ikke å si å gjøre noe med den. Ikke minst i atferdsanalysen er det gjerne en sammenheng mellom det vi forstår som årsaker til atferd, og behandling. Det er derfor vi gjør funksjonelle vurderinger av atferd som vi vil prøve å endre. Katatoni kan altså knyttes til en del somatiske tilstander. Da er det vel avgjørende å gjøre noe med de tilstandene, som ikke er vårt bord. For oss er det mer aktuelt å se på katatoni som forekommer i forbindelse med psykiatriske tilstander. Skjer den i forbindelse med en depresjon, kan den minne litt om lært hjelpeløshet, det vil si at personen har gitt opp. Personens atferd, i alle fall atferd som er viktig og helsebringende for personen, har blitt forsterket altfor lite. Atferdsanalytisk behandling av depresjon går ikke minst ut på atferdsaktivisering, som skal føre til at personen får tilgang til effektive og sunne forsterkere. Det kan øke aktivitetsnivået, og er trolig den mest effektive psykologiske behandling av depresjon som finnes, i alle fall så lenge depresjonen ikke har eksistensielle årsaker, det vil si at hele tilværelsen oppleves som meningsløs. Lettes depresjonen, lettes vel også katatoni som henger sammen med depresjon, skulle vi tro. Hvis depresjon ledsages av katatoni, ser jeg imidlertid ikke bort fra oppgaven kan være større enn ellers. Katatoni tyder vel normalt på at depresjonen er alvorlig, à la som ved stuporøse («stive») depresjoner. Også når katatoni forekommer i forbindelse med psykose, kan det virke komplisert, og i igjen er det vel tale om en omfattende rehabilitering, hvis det da ikke er en forbigående psykose som mer eller mindre spontanforbedres.



Bilder som skal vise autisme, og som viser væremåter som de fleste som har vært borti autisme, har sett. Også disse bildene viser klart at katatoni ligner på andre tilstander, og at de glir over i hverandre.

Det er ikke alltid lett å fastslå om en tilstand er kataton eller ikke. For noen år siden var det en pasient som tilsynelatende var lam i høyre arm. Også ellers var han svært passiv, og han snakket overhodet ikke. Mannen hadde lett utviklingshemning, og gikk på videregående skole, det vil si at han hadde plass der, men hadde sluttet. Han ble undersøkt på «kryss og tvers», men med uklar konklusjon når det gjaldt katatoni. Litt graving i historien avdekket at han i hele grunnskolen hadde hatt tett oppfølging, men at han på videregående skole hadde blitt overlatt mer til seg selv, og mistrivdes. Da han fikk vite at det var helt greit at han sluttet på skolen for godt, kom han seg nokså raskt. Noen klassisk katatoni var det neppe. Det var kanskje like mye det som Freud kalte konversjon, som i atferdsanalytiske termer går ut på mer eller mindre reelt å tape funksjoner som er nødvendige for å være i situasjoner som man vil unngå eller unnslipe. Et eksempel er å «miste» stemmen når man skal si noe som er veldig

skamfullt. Den unge mannens «lammelse» var kanskje i grenselandet mellom katatoni og konversjon. I den grad det hadde innslag av katatoni, så viser det at katatoni i det minste kan ha en viss sammenheng med en annen diagnose, nærmere bestemt tilpasningsforstyrrelse (F43.2 i ICD-10), som enkelt sagt går ut på at man ikke mestrer store overganger eller tap i livet.



Nå får det være nok dystert for denne gang. Bildet er tatt på Grytsetra i Odalen for akkurat et år siden. Selv om det er litt skyet, ser vi at sollyset som slipper gjennom, begynner å bli ganske sterkt.

Det går raskt mot fredag 16. mars, og på lokallagsfronten betyr det altså at det nærmer seg vårhalvårets store seminar i Glåmdal og Nes-regi, som også denne gang arrangeres på Skogtun på Skarnes. Meld dere på, gjerne i hopetall. Vi skal gjøre det vi kan for å oppfylle folks store forventninger, og ønsker velkommen.

Ellers har dere vel hørt vitsen om odølingen som pendlet til Oslo, og som var hos bedriftslegen der inne. (For å forstå vitsen må du vite at «hå» betyr hva, «tiss» betyr synes, og «håpass» betyr hvor.) Da legen så på odølingens urinprøve, spurte odølingen «Hå tiss du?». «Jasså, De er fra Odalen?», spurte legen. Da ga odølingen seg ende over, og utbrøt «Nei, nå tiss je at lægevitenenskapen har kommi langt da døm ser på urinprøva håpass en ér ifrå».

Ha en fin senvinter, og vinterferie, så møtes vi friske og opplagte på Skogtun på Skarnes 16. mars for å se nærmere på utfordrende atferd.

15. februar 2018 Børge Holden