

İdame Elektrokonvülsif Terapinin Otizm Spektrum Bozukluğunda Ajitasyon ve Kendine Zarar Verme Davranışlarının Tedavisinde Kullanımı



Öznur ADIGÜZEL AKMAN¹, Sibel KAHRAMAN GİRGEÇ², Samet ÇELİK³,
Vildan ÇAKIR KARDEŞ⁴, Nuray ATASOY⁵

ÖZET

Otizm spektrum bozukluğunda (OSB) kendine zarar verme davranışı, sıklıkla tehlikeli doku yaralanmasına ve hayati risklere yol açabilecek yıkıcı belirtilerden biridir. Bu tür durumlarda kendine zarar verme davranışı ve saldırganlık, psikofarmakolojik ve davranışsal girişimlere cevap vermeyebilir. Yazında ilaç tedavilerine yanıt alınamayan ve elektrokonvülsif terapiyle (EKT) iyileşme görülen olgular yer almaktadır; ancak fayda gören olgularda terapinin etkinliği, tedaviye nasıl devam edileceği ve idame EKT (i-EKT) ile ilgili sınırlı bilgi mevcuttur. Bu çalışmada OSB tanısı ile izlenen; ilaç tedavilerine yanıt vermeyen belirgin ajitasyon, duygudurum bozukluğu, ağır kafa travmasına neden olacak kendine zarar verme davranışları olan iki olgunun klinik özellikleri, tedavi süreci ve i-EKT tedavisi sunulmuştur.

İlk tedavi aşamasında EKT 7 seans olarak planlanmış ve olguların 5. seans sonrası iyileşme gösterdiği gözlenmiştir. Ancak taburcu edildikten sonra devam eden ilaca rağmen bir hafta sonra tekrarlayan ajitasyon sebebiyle i-EKT'nin uygulanmasına karar verilmiştir. İlk olguda i-EKT'ye iki haftada bir toplam 46 seans, ikinci olguda ise haftalık olmak üzere toplam 18 seans olarak devam edilmiştir. Tedaviye bağlı belirgin bir yan etki ya da komplikasyon gözlenmemiş ve genel iyilik hali devam etmiştir. Çalışmamız OSB tanısı konulan hastalarda görülen ajitasyonun i-EKT ile tedavi edildiği kısıtlı sayıda olgulardan birisidir ve sonuçlara dayanarak i-EKT, ilaca dirençli olgularda bir tedavi seçeneği olarak düşünülebilir.

Anahtar Sözcükler: Otizm spektrum bozukluğu, kendine zarar verme davranışı, idame elektrokonvülsif terapi

SUMMARY

Maintenance Electroconvulsive Therapy for Agitation and Self-Injurious Behaviors in Autism Spectrum Disorder

Self-injurious behaviors (SIBs) in autism spectrum disorder (ASD) are destructive symptoms that can lead to dangerous injuries and life-threatening risks. Agitation and SIBs may not respond to psychopharmacological and behavioral interventions. There are reports in the literature on improvement after electroconvulsive therapy (ECT) in cases not responding pharmacotherapy. However, data on the efficacy of the therapy on the benefiting patients, the course of the treatment and on the use of maintenance ECT (m-ECT) are very limited. This report presents the clinical features and the course of m-ECT on two cases under follow up for pharmacotherapy resistant ASD with significant agitation, mood disorder and SIBs that could cause severe head traumas.

The initial stage of therapy consisted of 7 sessions of ECT patients showed improvement after the 5th session. m-ECT were started since the agitation repeated one week after discharge despite ongoing pharmacotherapy. In the first case, m-ECT was continued once every two weeks for a total of 46 sessions; and in the second case a total of 18 weekly sessions were conducted. No significant side effects or complications were observed and the general state of well-being was preserved. Our paper is among the few that reported successful treatment of agitation with m-ECT. m-ECT should be considered in treatment resistant cases.

Keywords: Autism spectrum disorder, self-injurious behavior, maintenance electroconvulsive therapy

Geliş Tarihi: 13.12.2018, **Kabul Tarihi:** 17.10.2019, **Çevrimiçi Yayın Tarihi:** 27.12.2019

¹Asistan, Ordu Üniv. Tıp Fak., Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları ABD., Ordu, ²Asistan, ⁴Dr. Öğr. Üyesi, ⁵Prof., Bülent Ecevit Üniv. Tıp Fak., Ruh Sağlığı ve Hastalıkları ABD., Zonguldak, ³Psik., BEU Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Psikoloji Bl., Zonguldak.

ÖAA: <https://orcid.org/0000-0001-8196-6664>, **SKG:** <https://orcid.org/0000-0001-5277-214X>, **SÇ:** <https://orcid.org/0000-0002-0578-3126>,

VÇK: <https://orcid.org/0000-0002-6417-972X>, **NA:** <https://orcid.org/0000-0003-0514-5906>

Asistan, Öznur Adigüzel Akman, e-posta: oznuradiguzel58@gmail.com

GİRİŞ

İdame elektrokonvülsif terapi (i-EKT), başta unipolar depresyon, bipolar depresyon, bipolar mani, katatonik durumlar, tedaviye dirençli şizofreni ve şizoafektif bozukluklarda ilaçla tedavilerin yetersiz olduğu durumlarda güncel tedavi seçeneklerindedir. Nadiren de olsa otizm spektrum bozukluğu (OSB) ve zihinsel yetersizlikte de kullanılabilir. i-EKT rutin tedavi protokollerinde yer almasa da ilgili son çalışmalarda olumlu sonuçlar bildirilmektedir. Buna bağlı olarak bazı yazarlar i-EKT'nin son seçenek tedavi yöntemi olarak görülmesinin yanı sıra, daha erken dönemde uygulanmasının, klinik seyrin gidişatı bakımından da önemli olabileceğini belirtmektedir (Ak 2018). EKT uygulaması için belirlenmiş bir yaş sınırı bildirilmemektedir. Gebelik ve doğum sonrası (postpartum) dönemde rahatlıkla uygulanabilmekte, hatta tedavide ilk seçenek olarak tercih edilebilmektedir.

Kendine zarar verme davranışı (KZVD), "bireye fiziksel zarar veren davranış sergileyen, genellikle tekrarlayan ve ritmik olan bir davranış sınıfı" olarak tanımlanmaktadır. KZVD ve ajitasyon, OSB'de sıklıkla karşılaşılan tehlikeli doku yaralanmasına, ağır psikososyal zorluklara yol açabilecek yıkıcı durumlardan biridir (Wachtel ve ark. 2018). OSB tanısı konmuş olan çocuk ve ergenlerde KZVD oranları değişimle birlikte %30 ile %40 arasında bildirilmektedir (Dominick ve ark. 2007, South ve ark. 2005). Çocuk ve ergenlerin sözel ve sözel olmayan iletişim becerilerinde sağlıklı akranlarına göre zayıf olması, kendilerine ve başkalarına zarar verme davranışında artışa sebep olmaktadır (Matson ve ark. 2009). Bunun dışında KZVD için diğer bir risk faktörü duyuşal işleme sürecindeki yetersizliktir. OSB tanısı konmuş bireylerde ısı, basınç, ağrı gibi duyularda meydana gelen duyarsızlaşma sebebiyle, bireylerin kendi vücutlarına ilişkin farkındalığı KZVD ile sağladıkları düşünülmektedir (Duerden ve ark. 2012). Yaş, aydınlık ihtiyacı, ritüeller ve obsesyonlar KZVD için diğer risk faktörleri olarak tanımlanmıştır (Duerden ve ark. 2012).

OSB ve zihinsel yetersizliği olan bireylerde KZVD daha sık meydana gelir, ancak yeterince anlaşılmamış ve genellikle psikolojik ve farmakolojik yollarla tedavi edilmesi zordur. Bir çalışmada (Wachtel ve ark. 2018), EKT'nin OSB'de psikofarmakolojik ve davranışsal müdahalelerin etkisiz olduğu olgularda tekrarlayan kendine zarar verici yaralanmaların tedavisinde de kullanılabilirliği bildirilmektedir. Tedavilerde antipsikotik kullanımının ekstrapiramidal belirtileri, kardiyometabolik ve endokrin yan etkileri, hiperprolaktinemi ve kilo artışı gibi istenmeyen yan etkilere neden olması sonucunda, son zamanlarda araştırmacılar EKT'nin ajitasyondaki etkinliği üzerine yoğunlaşmışlardır (Ellawala 2015). Son on yıl içinde, EKT'nin bu olgularda hızlı etki ettiği ve iyi tolere edilebildiği gözlenmiştir (Dhossche ve ark. 2006).

KZVD'nin yanı sıra katatoni OSB'de ve diğer gelişimsel bozukluklara sıklıkla eşlik etmektedir (Wachtel ve ark. 2018).

Çok sayıda olgu bildirimleri, OSB tanısı olan bireylerde katatoni için EKT'nin etkin kullanımının yararını göstermektedir (Sajith ve ark. 2017, Wachtel ve ark. 2018). KZVD, EKT'ye tam olarak yanıt veren klasik bir katatoni semptomu olan bir stereotipi türü olarak düşünülebilir. OSB'ye katatoni benzeri semptomların eşlik ettiği ve bu özelliklerin de sıklıkla hareketi başlatma ve tamamlama güçlüğü, parkinson benzeri bulgular, sözel yanıt ve hareketlerde yavaşlık, gece ve gündüzün ayırt edilememesi, heyecan ve saldırganlık, tekrarlı davranışlar gibi belirtiler gösterdiği bildirilmiştir (Wing ve Shah 2000).

Bu yazıda ajitasyon, saldırganlık ve ağır KZVD'nin eşlik ettiği, ilaç tedavisine yanıt alınamayan iki OSB vakasının i-EKT ile tedavi süreci sunulacaktır.

Olgu 1

On dokuz yaşında bekar, ailesi ve iki kardeşiyle birlikte yaşayan kadın hastanın, üç buçuk yaşında OSB tanısı aldığı, 17 yaşına kadar eğitim almasına rağmen, ailesi tarafından toplumsal becerileri yeterince kazanamadığı düşünüldüğünden özel eğitime devam etmediği öğrenildi. Annesinden alınan öyküde yaklaşık 3,5 yaşından beri kendi etrafında dönme, çamaşır makinesini izleme, makinenin içine girmeye çalışma, kum ve çakıl taşlarını ağzına alma, saatlerce bir noktaya bakıp sallanırken sabit pozisyon alıp öylece kalma, postür alma, hayvan dışkısı ve özel bölgelerini sık sık koklama davranışlarının olduğu öğrenildi. Son altı aydır devam eden kafasını duvara vurma, çıkan kanı yemek isteme gibi davranışları sebebiyle başka bir sağlık kuruluşunda tedavi önerildiği; ancak tedaviye herhangi bir yanıt alınmadığı bildirildi. Evde kafasını sık sık duvarlara vurma, saldırganlık, kendini ısırma, uykusuzluk, ajitasyon şikayetleri nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Kliniğimize başvurana kadar valproik asit 400 mg/gün, lorazepam 7,5 mg/gün, haloperidol 5 mg/gün, fluvoksamin 400 mg/gün, aripiprazol 15 mg/gün, risperidon 5 mg/gün, olanzapin 20 mg/gün kullanımı olduğu, ilaçlarını düzenli kullandığı; ancak tedaviden belirgin yarar görmediği öğrenildi.

Dört kardeşin ikincisi olan hastanın, hastanede, miadında, normal doğum ile 2700 gr olarak doğduğu, motor gelişiminin yaşitlarından geri olduğu, desteksiz yürümesinin 9 yaşından sonra olduğu, hâlâ kişisel bakımını annesinin yardımıyla yaptığı öğrenildi. İlk kelime çıkışının 2,5 yaşında olduğu öğrenilen hastanın, yapılan görüşmelerde halen anlamlı cümleler kurmadığı gözlemlendi. Üç yaşından itibaren dönen cisimlere aşırı ilgi gösterme, başını sallama, kendi çevresinde dönme gibi stereotipik hareketlerinin halen devam ettiği bildirildi. Ayrıca çocukluk döneminden beri uykusuzluk, özellikle az uyuma ve iştahsızlık şikayetleri olduğu bilgisi edinildi. İdrar ve gayta kontrolünü hala sağlayamayan hastanın çocuk nöroloji tarafından daha önce yapılan değerlendirmelerde sebral palsi veya epilepsi düşünülmeyen tıbbi kayıtlarından

öğrenildi. Ailede başka psikiyatrik rahatsızlığı olan yoktu. Anne-baba arasında akrabalık öyküsü yoktu.

Ruhsal durum muayenesinde; bilinci açıktı, kooperasyon kurulamıyordu, oryantasyon değerlendirilemedi. Özbakımı kötü olan ve göz teması kurmayan hastanın, fiziksel gelişiminin yaşına göre küçük olduğu, postürünün hafif öne eğik olduğu gözlemlendi. Öne arkaya sallanma şeklinde stereotipleri mevcuttu. İletişimi kısıtlı, çevreye karşı ilgisiz görünümdeydi. Yaklaşmaya karşı aşırı tepki vermekteydi. Stereotipleri, aynı pozisyonda sürekli kalması ve saldırganlığın eşlik etmesi ile katatonik özellikleri dikkat çekmekteydi. Kendi haline bıraktığında başını sık sık duvara ya da sert cisimlere vuruyordu. Kısa psikiyatrik değerlendirme ölçeği (BPRS) ajitasyon alt ölçeğinden 6 puan aldı. Çocukluk otizmi değerlendirme ölçeğinden (ÇODÖ) 52 puan aldı. Yapılan rutin laboratuvar tetkikleri (tiroid fonksiyon testleri, kan sayımı, karaciğer-böbrek fonksiyon testleri) normal sınırlardaydı, vitamin B12 ve D vitamini değerlerinin düşük saptanması sebebiyle vitamin replasmanı yapıldı. Kranial manyetik rezonans görüntülemesinde kafasını vurmasına bağlı olarak atılan demir sütür dışında ek patoloji saptanmadı. Uyanırken çekilen rutin elektroensefalografi normal sınırlar içindeydi.

Hastaya EKT uygulaması için ebeveyninden bilgilendirilmiş onam alındı. MECTA Spectrum 5000Q ünitesiyle uygulama yapıldı. (MECTA Corp, Lake Oswego, Ore). 130 mg intravenöz metohexital ile anestezi induksiyonu yapıldı. Kas gevşemesi için 100 mg intravenöz süksinilkolin uygulandı. Önceki olgu bildirimleri ışığında kendini yaralama ve saldırganlığı bulunan hastaların, temporal bölgeye yerleştirme ile başarılı bir şekilde tedavi edilmesi nedeniyle bitemporal elektrot yerleştirme yöntemi seçildi. Nöbet aktivitesi klinik olarak ve bifrontal elektroensefalografi ile izlendi. EKT sonrası önemli bir komplikasyon gözlenmedi. Haftada bir olarak yapılan beşinci EKT sonrası hastanın kendine zarar verici davranışları azalmaya başladı. BPRS ajitasyon alt ölçeği 2 puana geriledi. Yedinci EKT sonrası durumu stabilize olan hastanın, daha önce önerilmiş olan klonazepam 2 mg kesildi, valproik asit 1000 mg, fluvoksamin 200 mg, aripiprazol 10 mg, olanzapin 15 mg devam edildi. EKT'ye ara verilmesinden bir hafta sonra yakınmaları yineleyen hastaya i-EKT yapılmasına karar verildi. i-EKT'si iki haftada bir halen devam eden hastanın kırk altıncı EKT sonrası yakınmalarında yineleme veya istenmeyen bir durum görülmedi.

Olgu 2

Yirmi üç yaş erkek, bekar, ailesiyle yaşayan hasta yaklaşık 1,5 yaşından itibaren devam eden saldırganlık, bağırma, kendini parmak atarak kusturma, sallanma, parmağını sık sık emme elini ısırma davranışları olması sebebi ile polikliniğimize başvurdu. Bu şikâyetlerle başvurduğu başka bir merkezde risperidon 4 mg/gün, sertraline 100 mg/gün tedavisi önerildiği, 2 yıl süreyle düzenli kullanmasına rağmen fayda görmemesi

sebebiyle kesildiği öğrenildi. Çocukluk döneminde süt alımı sonrası kusma şikâyeti olması sebebiyle hastaneye başvurdukları herhangi bir tanı konulmadığı bilgisi edinildi. Yaklaşık 30 aylıkken fenilketonüri tanısı konulduğu, o zamandan beri fenilketonüri diyeti almakta olduğu, diyete uymadığı zaman uykusuzluk sorunu yaşadığı öğrenildi. 2 yıl özel eğitime giden hastanın daha sonra uyum sağlayamadığı için özel eğitime devam edemediği bildirildi.

Normal yolla doğduğu, annede kanama öyküsü dışında doğum komplikasyonu olmadığı öğrenildi. Bir buçuk yaşına kadar anne sütü aldığı ancak süt alımı sonrası kusmaları olduğu öğrenildi. Yedi yaşında yürümeye başladığı, 10 yaşında "anne" diyerek konuşmaya başladığı öğrenildi. On yaşına kadar idrar ve gayta kontrolü olmadığı, 10 yaşından sonra anneye beraber tuvalete gitmeye başladığı, uyku probleminin diyete uymadığı zamanlarda olduğu öğrenildi. Genelde oyun kurmadığı, dönen cisimlere aşırı ilgisi olduğu, odasında eşyaların yerleri değiştirildiğinde aşırı tepki gösterdiği, sese karşı kulaklarını kapatarak yanıt verdiği, arkadaşlarıyla iletişim kurmadığı ve kendi kendine zaman geçirdiği öğrenildi. Soygeçmişinde belirgin özellik saptanmadı. Anne baba arasında akrabalık öyküsü yoktu.

Yapılan ruhsal durum muayenesinde, bilinci açıktı. Kooperasyon ve göz teması kurmadığı için oryantasyon değerlendirilemedi. Fiziksel gelişiminin yaşına göre küçük olduğu, özbakımının yetersiz olduğu, stereotipik sallanmaları, elinin üzerinde diş izleri ve yer yer ekimozların varlığı izlendi. Bilişsel fonksiyonları yaşından küçük olmakla beraber zihinsel yetersizlik izlenimi edinildi. Anormal sesler çıkarmaktaydı ve anlamlı konuşması yoktu. Dokunulduğunda bağırarak yanıt vermekteydi.

Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders'a (DSM-5) göre; toplumsal iletişim kısıtlılığı, duygu paylaşımının olmaması, göz teması kurmaması, sese karşı hassasiyeti, dönen cisimlere olan ilgisi, sallanmaları, çevreye karşı ilgisizliği, aynılıkta ısrar etmesi göz önüne alındığında hastada ön planda OSB tanısı konulmuştur (Amerikan Psikiyatri Birliği 2013). Fenilketonüri ile birlikteliği ve gelişim basamaklarındaki gecikme de göz önüne alındığında, orta düzeyde zihinsel yetersizliğin de eşlik ettiği düşünülmüştür.

Hasta sinirlilik, huzursuzluk, saldırganlık, kendine zarar vermesi nedeniyle servise yatırıldı. Rutin laboratuvar tetkikleri normal sınırlardaydı, EEG ve MRG de anormal bulgu saptanmadı. BPRS ajitasyon alt ölçeği 6 puan, ÇODÖ 46 puan olarak saptanan hastanın ajitasyon davranışları için lorazepam 2 mg/gün, olanzapin 20 mg, karbamazepin 400 mg/gün, essitalopram 20 mg/gün tedavisi düzenlendi. Üç haftalık tedavi sonrası şikâyetleri gerilemeyen hastaya anestezili EKT planlandı. Hastaya EKT uygulaması için ebeveyninden bilgilendirilmiş onam alındı. EKT tedavi protokolü olgu 1 de bildirildiği gibi uygulandı. Hastanın 5. EKT sonrası saldırganlığı azaldığı, BPRS ajitasyon alt ölçek puanınının 3 puana gerilediği

gözlendi. Haftalık EKT'si yedi seansa tamamlanan hastanın, EKT ara verilince yakınmaları arttığı için i-EKT planlandı. Herhangi bir komplikasyon gelişmedi. Durumu stabilize olduktan sonra iki haftada bir EKT'si devam edildi. On sekizinci EKT sonrasında kendine zarar verici davranışları ve saldırganlığında belirgin ölçüde azalma görülen hastamızın halen kliniğimizde ayaktan i-EKT'si devam etmektedir.

TARTIŞMA

i-EKT, yetişkin yaş grubunda birçok psikiyatrik durumun tedavisinde yaygın olarak kullanılmaktadır. "Amerikan Psikiyatri Birliği (2008)", şu durumlarda i-EKT önermektedir: 1. EKT'ye yanıt veren yineleyici ve dönemsel seyir gösteren bir hastalık öyküsü bulunması 2. İlaç tedavisinin tolere edilememesi 3. Erken alevlenmeyi önlemede etkisiz kalması 4. i-EKT'ye uyumun mümkün olması. Bazı yayınlarda Amerikan Psikiyatri Birliği'nin (APA) koşullarına ek olarak hastaneye yatışın ortalama yedinin üzerinde olması, en az beş psikotrop ajana yanıt alınamaması, aşırı dozda ilaçla kendisine zarar verme girişimi öyküsünün bulunması durumlarında da i-EKT uygulanabileceği belirtilmiştir (Bilgi ve ark. 2010). İki olgumuzda da yedi seanslık tedavi bitince, şikâyetlerin tekrar alevlenmesinden dolayı, alan yazındaki olgular da dikkate alınarak i-EKT yapılmıştır.

Ajitasyon; şizofreni, sanrısız bozukluk, başka türlü adlandırılmayan psikotik bozukluk, bipolar bozukluk, major depresif bozukluk, anksiyete bozukluğu, akut stres reaksiyonu, post-travmatik stres bozukluğu, antisosyal, paranoid kişilik bozukluğu, OSB, zihinsel yetersizlik, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, davranım bozukluğu, deliryum, demans, psikoaktif maddeye bağlı entoksikasyon/yoksunluk ve akatizi gibi çok çeşitli psikiyatrik bozukluklara bağlı olarak ortaya çıkabilir (Yıldız 2003). Ajite hastaya yaklaşımda ilk amaç; hastayı uyuşturmadan ziyade sakinleşmesini sağlamaktır. Saldırgan hastaların tedavisinde 4 farklı yaklaşım modeli uygulanmaktadır. Bunlar, çevresel düzenleme, yatıştırma, bedensel tespit veya tecrit ve farmakolojik yaklaşımlardır. Kılavuzlar, saldırganlığı azaltma girişiminde ilk aşamada ilaç tedavisi dışındaki girişimlerin uygulanmasını önermektedir (Bilici ve ark. 2013). Saldırganlığın yönetiminde sıklıkla kullanılan antipsikotik ilaçlar, FDA (Food and Drug Administration)'dan yüksek mortalite riski için bir kutu uyarısına sahiptir (Glass ve ark. 2017). OSB tanısı ile birlikte ajitasyon ve saldırgan davranışları olan hastalarda da ilaçla tedavi çoğu zaman yanıt-sız kalabilmektedir.

2009'da bildirilen bir olguda, majör depresyonu olan 19 yaşında otistik bir hastanın, kafasını duvarlara vurma, kendini ısırma, sallanma, postür alma gibi şikâyetlerinde EKT sonucunda büyük oranda azalma olduğu bildirilmiştir (Wachtel ve ark. 2009). Bildirilen başka bir olguda (Wachtel ve ark. 2018), 11 yaşındaki bipolar affektif bozukluğu ve OSB

tanıları konan bir çocuğun EKT ile KZVD'de büyük ölçüde azalma gözlenmiştir. EKT sonlandırıldığında ise, pek çok olguda KZVD'nin ve saldırganlığın tekrarı gözlenmiştir (Haq ve Ghaziuddin 2014). Benzer belirtilerin eşlik ettiği davranışlar olgu 2'de görülmüştür. Buna yönelik ilaç tedavileri yetersiz kalmıştır; bu sebeple EKT alternatif seçenek olarak düşünülmüştür ve olumlu sonuç alınmıştır.

Konjenital sensorinöral sağırılık, hafif zihinsel yetersizlik, OSB ve katatoni öyküsü olan 18 yaşında bir erkek hastayı raporlayan (Ghaziuddin ve ark. 2010), hastanın 5 yıl boyunca yoğun tedaviye rağmen iştahsızlığı olduğunu ve antipsikotik ilaçların saldırgan davranışlarını iyice kötüleştirme üzerine, EKT tedavisini uyguladıklarını bildirmişlerdir. Psikomotor retardasyon, stereotipik hareketler ve katatonisi bulunan hastanın on iki kez EKT ile remisyona girdiği belirtilmiştir (Ghaziuddin ve ark. 2010). On altı yaşında kendine zarar verici davranışları olan, orta düzeyde zihinsel yetersizliği olan bir başka olguda, altıncı EKT sonrası kayda değer bir iyileşme gösterilmiştir (Ghaziuddin ve ark. 2010). Haq ve Ghaziuddin (2014), belirgin düzeyde saldırganlığı olan 15 ve 16 yaşlarındaki iki ergen OSB olgusunda i-EKT'nin ajitasyondaki etkinliğine yönelik bildiride bulunmuştur. OSB ve zihinsel yetersizlik tanısı konulan ve beş yıldır başını yumruklamayı, başını dizlerinin ve omuzlarının üzerine vurma olan 8 yaşında erkek bir olgunun 15 EKT seansı sonrasında kendine zarar verici davranışlarında azalma saptanmıştır (Wachtel ve ark. 2009). Sajith ve arkadaşları (2017), 21 yaşında OSB ve zihinsel yetersizliğin eşlik ettiği saldırganlık, kafasını duvarlara vurma, camları kırma gibi KZVD' si olan, son üç yılda dokuz kez hastane yatışı olan ve 23 yaşında stereotipik hareketleri, saç çekme gibi KZVD'si olan iki hastanın EKT sonrası şikâyetlerinde düzelme bildirmiştir.

OSB ve katatoni birlikteliğine gelindiğinde alan yazının daha çok olgulardan oluştuğu görülmektedir. Bir çalışmada, OSB tanılı 15 yaşını geçmiş hastalarda, katatoni birlikteliği %17 olarak bildirilmiştir (Wing ve Shah 2006). OSB tanılı bireylerde katatonik belirtiler değerlendirildiğinde, hastaların daha çok aşırı derecede motor hareketlilik, amaçlı hareketlerde aşırı yavaşlık, hareketsizlik, hareket boyunca donakalma ve hareketi başlatmada zorluk ön plana çıkmaktadır (Hare ve Malone 2004, Breen ve Hare 2017). Bu belirtilerin dışında tekrarlayıcı konuşmalar ve davranışlar, ekolali, kendisine seslenildiğinde kaçınma, suratını buruşturma, hareketi aniden kesme ve rijidite gibi pek çok davranış OSB'de katatoninin belirteçleri ya da katatoni benzeri işaretler olarak tanımlanmıştır (Mazzone ve ark. 2014, Dhossche ve ark. 2006). OSB tanısına eşlik eden katatonide de benzodiazepinler ve/veya EKT ile tedaviye olumlu yanıt alındığı bilinmektedir. OSB ve hafif düzeyde zihinsel yetersizliği olan, stereotipik veya tekrarlayan davranışlar, postür alma, yüz buruşturma, seçici konuşmazlık, ekolali gibi katatonik belirtilerin bulunduğu bildirilen, 14 yaşında erkek bir olguda iki taraflı EKT ve lorazepam kullanımıyla

başarılı sonuçlar elde edilmiştir (Wachtel ve ark. 2008). Bizim de olgularımızdan özellikle Olgu 1’de, stereotipik sallanmalar, postür alma, stupor ve ajitasyon eşlik ettiği düşünüldüğünde katatonik belirtilerin olduğu söylenebilir. Bu semptomlarda i-EKT sonrasında belirgin düzeyde azalma gözlenmiştir.

Yukarıda belirtilen alan yazını ve sunduğumuz iki olgu dikkate alındığında, çocuk ve ergenlerde psikotik bulgular, katatoni ve duygudurum bozukluklarında EKT’nin etkin bir şekilde uygulandığı görülmektedir. Çocuk ve ergenlerde EKT kullanımıyla ilgili açık fikir birliği oluşturulmasa da olgulara daha erken aşamada EKT uygulanmasının seyir açısından yararlı olacağını bildiren çalışmalar yazında vardır (Wachtel ve ark. 2010).

Yazında yapılan bildirilere bakıldığında, OSB’de EKT uygulamaları katatonik semptomları azaltmak için kullanılmış; ancak ajitasyon üzerindeki etkinliğine yönelik yayınlar yetersizdir. Ajitasyon durumunda EKT denenilen olgular, tedavi yönetimi üzerine bizlere daha aydınlatıcı bilgiler sunacaktır. Bildiğimiz kadarıyla olgularımız OSB’de ajitasyonun tedavisinde i-EKT kullanımına vurgu yapan kısıtlı sayıda olgu serisinden biridir. Bizim hastalarımızda, BPRS ölçekleri kullanılarak, idame EKT tedavisi sonrasında taşkınlık alt ölçeklerindeki artmış emosyonel ton, saldırganlık, tepkisellikte artma belirtilerinde anlamlı düzeyde azalma dikkat çekmiştir. Hastalarımız çok sayıda ilaç tedavisi almış, ilaç tedavisine yanıt alınamaması üzerine EKT denenmiştir. EKT iyi tolere edilmiş, herhangi bir komplikasyon gelişmemiştir. Hastalarımız ilaç kullanmaya devam ederken bir yandan da i-EKT tedavileri devam etmiştir. Bu durum ilaç ve EKT’nin ayrı ayrı etkinliklerin değerlendirilmesi konusunda kısıtlılık oluşturmaktadır.

Hastaların kullandığı ilaçlara bağlı da özellikle antipsikotik ilaçlar başta olmak üzere ajitasyon yapıcı yan etkiler ortaya çıkabilmektedir. Hastalığın seyrinin mi yoksa ilaç yan etkisinin mi saldırganlığa sebep olduğu da bir diğer tartışmayı oluşturmaktadır. Tedavi ile olumlu sonuç alınmış olsa da, hasta takiplerinde i-EKT ile ajitasyonun uzun dönemdeki remisyonun değerlendirilmesi ve uzunlamasına tedavi sonuçlarını ele almak önemlidir. Bu konuda yapılacak daha fazla olgu bildirimleri ajitasyonda i-EKT kullanımı ile ilgili uygulamalara ışık tutacaktır. Saldırganlığı olan ve katatoninin de eşlik ettiği olgularda i-EKT iyi bir seçenek olabilir. Bu yazının amacı, i-EKT’nin ajitasyon ve saldırganlık açısından ilaç tedavilerine dirençli OSB için potansiyel bir tedavi seçeneği olabileceği konusunda, özellikle erken dönemde tedavi açısından farkındalığın artmasını sağlamaktır.

KAYNAKLAR

Ak İ (2018) Sürdürüm/idame elektrokonvulsif terapi. Türkiye Klinikleri Psikiyatri -Özel Konular 11: 71-4.
Amerikan Psikiyatri Birliği (2013) Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El

Kitabı, Beşinci Baskı (DSM-V) (Çev. ed.: E Köroğlu). Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 2013.

- American Psychiatric Association (2008) The practice of electroconvulsive therapy: recommendations for treatment, training, and privileging (A task force report of the American Psychiatric Association). American Psychiatric Press.
- Bilgi MM, Eker Ç, Gönül AS (2010) İdame elektrokonvulsif tedavi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2: 421-42.
- Bilici R, Sercan M, Tufan AE (2013) Psikiyatrik hastalarda saldırganlık ve saldırgan hastaya yaklaşım. Düşünen Adam 26: 190-8.
- Breen J, Hare DJ (2017) The nature and prevalence of catatonic symptoms in young people with autism. JIDR 61: 580-93.
- Dhossche DM, Shah A, Wing L (2006) Blueprints for assessment, treatment, and future study of catatonia in autism spectrum disorders. Int Rev Neurobiol 72: 267-84.
- Dominick KC, Davis NO, Lainhart J ve ark. (2007) Atypical behaviors in children with autism and children with a history of language impairment. Res Dev Disabil 28: 145-62.
- Duerden EG, Oatley HK, Mak-Fan KM ve ark. (2012) Risk factors associated with self-injurious behaviors in children and adolescents with autism spectrum disorders. J Autism Dev Disord 42: 2460-70.
- Ellawala TI (2015) The efficacy of electroconvulsive therapy in managing self-injurious behaviors among youth with autism spectrum disorder: A review. Scholarly Undergraduate Research Journal at Clark 1: 18-26.
- Ghaziuddin N, Gih D, Barbosa V ve ark. (2010) Onset of catatonia at puberty: electroconvulsive therapy response in two autistic adolescents. The Journal of ECT 26: 274-7.
- Glass OM, Forester BP, Hermida AP (2017) Electroconvulsive therapy (ECT) for treating agitation in dementia (majör neurocognitive disorder)-a promising option. Int Psychogeriatr 29: 717-26.
- Haq AU, Ghaziuddin N (2014) Maintenance electroconvulsive therapy for aggression and self-injurious behavior in two adolescents with autism and catatonia. J Neuropsychiatry Clin Neurosci 26: 64-72.
- Hare DJ, Malone C (2004) Catatonia and autistic spectrum disorders. Autism 8: 183-95.
- Matson JL, Matson ML, Rivet TT (2007) Social-skills treatments for children with autism spectrum disorders: An overview. Behav Modif 31: 682-707.
- Mazzone L, Postorino V, Valeri G ve ark. (2014) Catatonia in patients with autism: prevalence and management. CNS Drugs 28: 205-15.
- Sajith SG, Liew SF, Tor PC (2017) Response to electroconvulsive therapy in patients with autism spectrum disorder and intractable challenging behaviors associated with symptoms of catatonia. The Journal of ECT 33: 63-7.
- South M, Ozonoff S, McMahon WM (2005) Repetitive behavior profiles in asperger syndrome and high-functioning autism. J Autism Dev Disord 35: 145-58.
- Wachtel LE, Contrucci-Kuhn SA, Griffin M ve ark. (2009) ECT for self-injury in an autistic boy. Eur Child Adolesc Psychiatry 18: 458-63.
- Wachtel LE, Dhossche DM (2010) Self-injury in autism as an alternate sign of catatonia: implications for electroconvulsive therapy. Med Hypotheses 75: 111-4.
- Wachtel LE, Griffin M, Reti IM (2010) Electroconvulsive therapy in a man with autism experiencing severe depression, catatonia, and self-injury. J ECT 26: 70-3.
- Wachtel LE, Kahng S, Dhossche DM ve ark. (2008) ECT for catatonia in an autistic girl. Am J Psychiatry 165: 329-33.
- Wachtel LE, Shorter E, Fink M (2018) Electroconvulsive therapy for self-injurious behaviour in autism spectrum disorders: Recognizing catatonia is key. Curr Opin Psychiatry 31: 116-22.
- Wing L, Shah A (2006) A systematic examination of catatonia-like clinical pictures in autism spectrum disorders. Int Rev Neurobiol 72: 21-39.
- Wing L, Shah A (2000) Catatonia in autistic spectrum disorders. Br J Psychiatry 176: 357-62.
- Yıldız A (2003) Akut ajitasyon sağaltımında benzodiazepinlerin, tipik ve atipik antipsikotiklerin yeri: Bulguların gözden geçirilmesi. Turk Psikiyatri Derg 14: 134-44.