



## Rozpoznanie schizofrenii u 12-letniej dziewczynki z wcześniejszym rozpoznaniem autyzmu dziecięcego: opis przypadku

*Diagnosis of schizophrenia in a 12-year-old girl formerly diagnosed with childhood autism: case report*

AGNIESZKA KAPINOS-GORCZYCA<sup>1</sup>, PIOTR W. GORCZYCA<sup>1,2</sup>, ROBERT TEODOR HESE<sup>2</sup>

- Z: 1. Dziennego Oddziału Psychiatrycznego dla Dzieci i Młodzieży Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej „Feniks” w Gliwicach  
2. Katedry i Oddziału Klinicznego Psychiatrii Wydziału Lekarskiego w Zabrze Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach

### STRESZCZENIE

**Cel.** Przedstawienie przypadku zwracającego uwagę na związki między występowaniem objawów autyzmu i schizofrenii

**Przypadek.** U 12-letniej dziewczynki z rozpoznaniem autyzmu dziecięcego, w trakcie dalszej obserwacji pojawiły się objawy z kręgu schizofrenii. Dziewczynka od drugiego roku życia wykazywała trudności w nawiązywaniu kontaktów społecznych, w komunikacji (opóźniona i nieprawidłowa mowa) i w zabawie. Kilka lat później u dziewczynki pojawiły się urojenia wpływu – „pozawerbalny” kontakt z konduktorem autobusu, omamy wzrokowe i słuchowe oraz niedostosowane zachowanie i afekt.

**Komentarz:** Pojawienie się objawów schizofrenii u osoby z rozpoznaniem autyzmu dziecięcego, zmienia zasadniczo jego dotychczasowy przebieg. Wieloczynnikowe uwarunkowania autyzmu dziecięcego mogą przyczynić się do wystąpienia w nieco późniejszym wieku schizofrenii.

### SUMMARY

**Objective.** To present a case highlighting a relationship between the presence of autistic symptoms and schizophrenia.

**Case.** A 12-year-old girl diagnosed with childhood autism developed schizophrenia-spectrum symptoms in the course of further observation. Since the age of 2 she had demonstrated difficulties with interpersonal contacts, communicating (disorders and retardation of speech), and playing. A few years later she developed delusions of influence, „extraverbal” contact with a bus conductor, visual and auditory hallucinations, as well as inappropriate behaviour and affect.

**Commentary.** The onset of schizophrenia symptoms in a person with the diagnosis of childhood autism fundamentally changes the course of the condition. Many factors determining childhood autism may contribute to the development of schizophrenia at a somewhat later age.

---

**Słowa kluczowe:** autyzm dziecięcy / schizofrenia / opis przypadku

**Key words:** childhood autism / schizophrenia / case report

---

W 1944 r. Leo Kanner wprowadził i opisał zespół autyzmu wczesnodziecięcego, który pojawia się już w okresie niemowlęcym i charakteryzuje się obojętnością w zachowaniu, brakiem zainteresowania otoczeniem, stanami pobudzenia wyrażającymi lęk przed jakąkolwiek zmianą w otoczeniu. Dzieci autystyczne interesują się przedmiotami, natomiast nie zwracają uwagi na ludzi. Zdaniem Kanner, dzieci te mają pierwotnie prawidłowy poziom intelektualny, który jednak jest maskowany przez zachowania autystyczne. Kanner wiązał autyzm wczesnodziecięcy z bardzo wczesnym obrazem schizofrenii. W latach siedemdziesiątych zaczęto odchodzić od tego stwierdzenia powołując się na badania, w których donoszono, że krewni dzieci autystycznych rzadko chorują na schizofrenię [1], a autyzm jest zaburzeniem występującym rodzinnie w postaci deficytów neuropsychologicznych [2]. W toku dalszych badań wnioskowano, że autyzm wczesnodziecięcy nie musi być związany ze schizofrenią, natomiast może być zespołem psychopatologicznym powstałym na podłożu wczesnych uszkodzeń organicznych ośrodkowego układu nerwowego. Przeważa pogląd, że nie istnieje autyzm dziecięcy jako jedna choroba, lecz jest to ze-

spół objawów o pochodzeniu wieloprzyczynowym. Sugeruje się, że występowanie wieloaspektowego deficytu autystycznego – zaburzone przystosowanie, słabe więzi międzyosobowe i zaburzone osobowe poczucie czasu – może wpłynąć na powstawanie urojeń [3]. W dalszym ciągu nie są znane przyczyny rozwoju autyzmu dziecięcego. W badaniach nad etiologią tego zaburzenia bierze się pod uwagę koncepcje psychoanalityczne, etologiczne oraz biologiczne. Obecnie najczęściej zwolenników mają koncepcje biologiczne. Większość badaczy uważa, że autyzm jest zespołem uwarunkowanym genetycznie w sposób heterogenny. Badania populacyjne bliźniąt wykazały zdecydowaną różnicę w występowaniu tego zaburzenia pomiędzy bliźniętami jednojajowymi (60–90% zgodność) i dwujajowymi (zgodność poniżej 5%). Również częstość występowania autyzmu u rodzeństwa osób chorych wynosząca od 2% do 6%, jest wyższa niż w populacji ogólnej [4]. Wydaje się, że uczestniczące w procesie powstawania autyzmu czynniki genetyczne dodatkowo wchodzi w interakcje z czynnikami pre- i perinatalnymi [5, 6].

U osób z rozpoznaniem spektrum autyzmu opisywano występowanie schizofrenii lub innych zaburzeń psychotycznych

[7, 8]. Opisano także przypadek rodzinnego występowania schizofrenii wczesnodziecięcej, autyzmu dziecięcego i translokacji t(1;7) (p22;q21) [9].

Autorzy pracy zainteresowali się dziewczynką z rozpoznaniem autyzmu dziecięcego, u której w trakcie pięcioletniej obserwacji zaczęto wyodrębniać coraz to „wyraźniejsze” objawy charakterystyczne dla schizofrenii.

## OPIS PRZYPADKU

Dziewczynka, lat 12, jest drugim dzieckiem w rodzinie, ma o dziesięć lat starszą zdrową siostrę. Przebieg ciąży prawidłowy. Poród siłami natury, waga urodzeniowa 2900 g, obwód głowy 36 cm, APGAR 7/10 – przebywała jedną dobę w inkubatorze. Z wywiadu rodzinnego – dziadek dziewczynki chorował na schizofrenię. Matka dziewczynki do 1,5 roku jej życia nie zauważyła niepokojących objawów – rozwój ruchowy był prawidłowy (dziewczynka zaczęła chodzić przed 12 miesiącem życia). Większego niepokoję u matki nie budziło również pewne opóźnienie w rozwoju mowy („niektóre dzieci mówią później”). Po tym okresie pojawiły się lęki nocne. Zdarzało się, że pacjentka uciekała z łóżka chowając się pod stołem. Dziewczynka odczuwała lęk przed nocnikiem i załatwianiem się. Żeby dostać jakiś przedmiot nie wskazywała nań, lecz chwyciła matkę za nadgarstek i doprowadzała do tego przedmiotu. Rozwój mowy był wyraźnie opóźniony – pierwsze słowa dziewczynka zaczęła wymawiać w trzecim roku życia. W okresie rozwoju mowy pojawiła się echolalia oraz nieprawidłowe używanie zaimków. Dziewczynka wpatrywała się w zapalone żarówki, lubiła migocące światła, machała palcami przed swoimi oczami. Wykazywała ponadto nadwrażliwość na dźwięki: przy głośniejszym radiu czy przy głośniejszych rozmowach zatykała sobie uszy i chowała się. Bez przerwy słuchała tej samej płyty. Uderzała się ręką o głowę, bądź uderzała głową o różne przedmioty (podłoga, meble). Fascynowały ją urządzenia mechaniczne, np. włączona pralka. Jej zabawa polegała na wielokrotnym powtarzaniu pewnych czynności, np. pstrykania kontaktem. Przedmioty i zabawki ustawiała w rzędy. Niepokojem reagowała na zmiany w otoczeniu, np. w ustawieniu mebli, zabawek i innych przedmiotów. Denerwowały ją wszelkie zakłócenia „porządku” – plamy, rysy, przewrócone książki. Okresowo kołysała się stereotypowo. Nie lubiła być dotykana, z wyjątkiem dotyku matki. Z diety preferowała suchy makaron. W wieku 4 lat zaczęła uczęszczać do przedszkola. Zdaniem matki chodziła tam bardzo chętnie, nie bawiła się jednak z innymi dziećmi, nie pozwalała nawet złapać się nikomu za rękę, obserwowała tylko zabawę innych. Badanie poziomu inteligencji wykonane w 4,5 roku życia wykazało inteligencję niższą niż przeciętna – 75 (testem Terman-Merrill).

W 1998 r. była hospitalizowana w oddziale dziecięcym, rozpoznano „opóźnienie psychiczne” oraz wykazano w obrazie rtg klatki piersiowej anomalie rozwojową dotyczącą górnych żeber po lewej stronie. W epikryzie pisano m.in.: „...dziewczynka z niedorozwojem umysłowym i cechami autystycznymi. Badania T4 i TSH w normie”. W wieku 7 lat u dziecka przeprowadzono kolejne badanie testem Terman-Merrill, stwierdzono inteligencję niższą niż przeciętna w gór-

nej granicy przedziału I I = 83. W roku 1999 wykonano MRI głowy. Wykazano torbiel szyszynki wielkości 1 cm.

Badaniem skalą CARS (*Childhood Autism Rating Scale*) wykonanym w wieku 8 lat uzyskano wynik 32,5 pkt. Nieprawidłowości dotyczyły głównie następujących pozycji skali: kontaktów społecznych, posługiwania się ciałem, reakcji wzrokowych, słuchowych, dotykowych, komunikacji werbalnej i niewerbalnej. Według twórców skali wynik powyżej 30 pkt. przemawia za rozpoznaniem autyzmu dziecięcego [10]. Dziewczynka spełniała kryteria diagnostyczne autyzmu dziecięcego wg klasyfikacji DSM-IV [11]. Badania potwierdzają zgodność rozpoznania autyzmu wg skali CARS z kryteriami rozpoznania autyzmu wg DSM-IV [12]. U dziewczynki występowały nieprawidłowości w zakresie rozwoju interakcji społecznych, komunikacji i zachowania.

Ogólny stan zdrowia był dobry – rzadko chorowała somatycznie. Z chorób wieku dziecięcego przechodziła świnkę. W wieku 8 lat nadal przy głośniejszych rozmowach zatykała sobie uszy i chowała się pod stołem. Bała się samodzielnie wychodzić na ulicę. Naśladowała pewne czynności, np. utykanie, czy proste dźwięki, np. szczekanie psa. Echolalia występowała tylko sporadycznie. Dziewczynka pytana o coś mówiła nie na temat lub odpowiadała „nie wiem”. Często zamyślała się, wyłączała – nasłuchiwała wtedy, strzepywała coś z siebie, mruzczała, śmiała się. Bała się ciemności – w nocy bała się wchodzić sama do pokoju, wydawało jej się, że łapie ją jakaś ręka. Spała razem z mamą. Zabawa była nadal nietypowa – np. interesowały ją wyłączniki małe lalki. Miała bardzo wrażliwy węch – z upodobaniem wachała na przykład świeżo umytą podłogę. W zasadzie nie lubiła jeść. Gdy była głodna, miała ochotę na nietypowe produkty – suche piętki chleba, suchy makaron, ewentualnie same słodczyce. Chętnie oglądała reklamy, nie interesowały jej natomiast bajki czy filmy dla dzieci.

W roku 2004 dziewczynka zostaje przyjęta do Dniennego Oddziału Psychiatrycznego dla Dzieci i Młodzieży. Wykazuje brak niepokoję w czasie badania lekarskiego. Zachowuje się odważnie, śpiewa ułożone przez siebie piosenki, w dziwnej intonacji. Afekt jest usztywniony, w kontakcie z dziewczynką nie obserwuje się jego właściwej modulacji. Uważa, że ma telepatyczny kontakt z konduktorem jednej z linii autobusowych – jadąc tym autobusem jest wyraźnie podekscytowana, półgłosem negatywnie wyraża się o konduktorze. Przygotowuje się do wyjścia z domu w stroju konduktora. Powyższe przeżycia motywują ją do jazdy autobusem na zajęcia terapeutyczne. Dziewczynka jest także emocjonalnie pochłonięta przekonaniem o związku z kolegami z osiedla, do których miała udawać się na nocleg. Jako powód podała m.in. to, że jej mama chrapie. Wykazuje zainteresowanie rysunkiem, którym przedstawia swoje „wyobrażenie” o rzeczywistości. Przedstawia się w związku małżeńskim z wybranym kolegą szkolnym, którego wyraźnie i uporczywie adorowała, wzniecając w nim pewien niepokój. Śpiewane piosenki o dziwnej narracji, ale z obecnym rymem, mają charakter wyraźnie krotochwilny. Łączą jakąś akcję z gwarowymi i infantylnymi rymowanymi. Wydźwięk afektywny jest sztywny, dziewczynka nie potrafi się zdystansować do śpiewanych przez siebie piosenek. Często nagrywa siebie prowadzącą różne dialogi na magnetofon. Nagrywane treści są stereotypowe, dźwięk głosu zmieniony, nieprawidłowy, będący jakby „karykaturą” spostrzeżeń dziewczynki.

Często się również wówczas krzykliwie śmieje, co wzbudza w odbiorcy „mieszane” odczucia. W ostatnim okresie twierdzi, że coś brzęczy jej w głowie – próbowała więc wydłubać sobie przyczynę przez nos i ucho ołówkiem.

## KOMENTARZ

W początkowym okresie rozwojowym u dziewczynki obserwowano typowe objawy autyzmu dziecięcego: zaburzenia mowy, zachowania i kontaktów społecznych. Na powyższe kategorie diagnostyczne wg DSM-IV [11] składają się następujące cechy i zachowania dziewczynki: echolalia, nieprawidłowe używanie zaimków, percepcja języka słabsza od jego ekspresji, podwyższony próg bólu, nadwrażliwość na dźwięki oraz na dotyk, przesadne reakcje na światło i zapach, specyficzna dieta, płacz bez przyczyny, stereotypowe zachowania, nieprawidłowy kontakt z otoczeniem. W dalszym okresie rozwojowym ok. 12 roku życia pojawiły się omamy wzrokowe i słuchowe oraz urojeniowe wypowiedzi, którymi była autystycznie zaabsorbowana – autyzm jako objaw schizofrenii. Dziewczynka twierdziła, że kilkakrotnie widziała rękę, a potem także postać za oknem oraz lękowo zaabsorbowana odpowiadała na najprawdopodobniej spostrzegane omamy słuchowe. Zachowanie, jak wcześniej już wspomniano, było krotochwilne, bez wydzźwięku emocjonalnego. W wyniku prowadzonej obserwacji, na podstawie występowania objawów psychopatologicznych, charakterystycznych zarówno dla zespołu paranoidalnego, jak i hebefrenicznego, rozpoznano u dziewczynki schizofrenię – typ nieodróżniony wg DSM-IV [11].

Mając na uwadze przebieg choroby u dziewczynki oraz zmienność objawów i ich nasilenia można sądzić, iż głównym problemem zdrowotnym dla dziewczynki są objawy schizofrenii. W okresie, kiedy u dziewczynki rozpoznawano autyzm była ona wyraźnie wycofana, trudno było nawiązać z nią kontakt, w przeciwieństwie do sytuacji obecnej, kiedy nie tak rzadko przedstawia własne przeżycia, śpiewa piosenki, pokazuje rysunki. Nadal nie nawiązuje właściwego kontaktu z otoczeniem rówieśniczym. Przeżycia, często urojeniowe, odzwierciedlają swoiste zainteresowanie pacjentki otoczeniem, co też nie jest charakterystyczne dla autyzmu dziecięcego. Dziewczynka przekroczyła już wiek, dla którego mogłoby jeszcze być dopuszczalne „życie własną wyobraźnią”. Jest zamknięta w obszarze własnych przeżyć, co odpowiada osiowemu objawowi schizofrenii, jakim jest autyzm, natomiast nie występuje przewaga zachowania stereotypowego czy autostymulacji, tak charakterystycznych dla autyzmu dziecięcego.

W literaturze opisywano wcześniejsze występowanie zaburzeń ze spektrum autyzmu u dzieci z rozpoznaniem schizofrenii [13]. Pojawienie się objawów schizofrenii u osoby z rozpoznaniem autyzmu dziecięcego, nakładając się na wcześniejszy obraz choroby zmienia zasadniczo jej dotychczasowy przebieg. Obecnie autorzy pracy przychylają się do traktowania wcześniej rozpoznanego autyzmu dziecięcego jako procesu chorobowego prowadzącego u dziewczynki do ostatecznego rozwoju schizofrenii. Wydaje się, że wieloczynnikowe uwarunkowania autyzmu dziecięcego

mogą także przyczynić się do wystąpienia w nieco późniejszym wieku schizofrenii. Wcześniej do takiego wniosku doszli Sporn i wsp. [14].

## PIŚMIENNICTWO

1. Bolte S, Rudolf L, Poustka F. The cognitive structure of higher functioning autism and schizophrenia: a comparative study. *Compr Psychiatry* 2002; 43: 325–30.
2. Rutherford MD, Baron Cohen S, Wheelwright S. Reading the mind in the voice: a study with normal adults and adults with Asperger syndrome and high functioning autism. *J Autism Dev Disord* 2002; 32: 189–94.
3. Grzywa A. *Oblicza psychozy*. Lublin: Wydawnictwo Czelej; 2005.
4. Fombonne E, Bolton P, Prior J, Jordan H, Rutter M. A family study of autism: cognitive patterns and levels of Barents and siblings. *J Child Psychol Psychiatry* 1997; 38: 667–83. Za: Słopeń A, Pers K, Rajewski A. Badania genetyczne w specyficznych i całościowych zaburzeniach rozwojowych oraz w zespole deficytu uwagi z nadpobudliwością. *Wiadomości Psychiatryczne* 2004; 7: 21–7.
5. Glasson EJ, Bower C, Pettersen B, de Klerk N, Chaney G, Hallmayer JF. Perinatal factors and the development of autism: a population study. *Arch Gen Psychiatry* 2004; 61 (1): 618–27.
6. Larsson HJ, Eaton WW, Madsen KM, Vestergaard M, Olesen AV, Agerbo E, Schendel D, Thorsen P, Mortensen PB. Risk factors for autism: perinatal factors, parental psychiatric history and socioeconomic status. *Am J Epidemiol* 2005; 161: 916–25.
7. Volkmar FR, Cohen DJ. Comorbid association of autism and schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1991; 148 (12): 1705–7.
8. Stahlberg O, Soderstrom H, Rastam M, Gillberg C. Bipolar disorder, schizophrenia, and other psychotic disorders in adults with childhood onset AD/HD and/or autism spectrum disorders. *J Neural Transm* 2004; 111 (7): 891–902.
9. Yan WL, Guan XY, Green ED, Nicolson R, Yap TK, Zhang J, Jacobson LK, Krasnewich DM, Kumra S, Lenane MC, Gochman P, Damschroder-Williams PJ, Esterling LE, Long RT, Martin BM, Sidransky E, Rapoport JL, Ginns EI. Childhood-onset schizophrenia/autistic disorder and t(1;7) reciprocal translocation: identification of a BAC contig spanning the translocation breakpoint at 7q21. *Am J Med Genet* 2000; 96 (6): 749–753. Za: Słopeń A, Rajewski A. Wybrane czynniki kliniczne a rozwój zaburzeń autystycznych. *Psychiatr Psychol Klin* 2002; 4: 252–65.
10. Schopler E. Childhood Autism Rating Scale. 1988. Za: Bobkiewicz-Lewartowska L. *Autyzm dziecięcy – zagadnienia diagnozy i terapii*. Kraków: Oficyna Wyd „Impuls”; 2000.
11. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fourth Edition, Text Revision. Washington DC: American Psychiatric Association; 2000.
12. Rellini E, Tortolani D, Trillo S, Carbone S, Montecchi F. Childhood Autism Rating Scale (CARS) and Autism Behavior Checklist (ABC) correspondence and conflicts with DSM-IV criteria in diagnosis of autism. *J Autism Dev Disord* 2004; 34 (6): 703–8.
13. Gillberg C, Billstedt E. Autism and Asperger syndrome: coexistence with other clinical disorders. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 102: 321–30.
14. Sporn AL, Paddington AM, Gogtay N, Ordonem AE, Gornick M, Clasen L, Greenstein D, Tossell JW, Gochman P, Lenane M, Sharp WS, Straub RE, Rapoport JL. Pervasive developmental disorder and childhood-onset schizophrenia: comorbid disorder or a phenotypic variant of a very early onset illness? *Biol Psychiatry* 2004; 55 (10): 989–94.