

Schizofrenia u dzieci i młodzieży – problemy diagnostyczne i terapeutyczne

Schizophrenia in children and adolescents – diagnostic and therapeutic problems

JADWIGA KOMENDER

Z Kliniki Psychiatrii Wieku Rozwojowego AM w Warszawie

STRESZCZENIE. Autorka przedstawia zasadnicze ustalenia dotyczące częstości obrazu psychopatologicznego, przebiegu i leczenia zaburzeń schizofrenicznych występujących w wieku rozwojowym (red.).

SUMMARY. Main findings concerning the frequency of psychopathological patterns occurrence, course and treatment of schizophrenic disorders in the developmental age are presented by the author (ed.).

Słowa kluczowe: schizofrenia u dzieci / schizofrenia u młodzieży / diagnostyka / leczenie
Key words: schizophrenia in children / schizophrenia in adolescents / diagnostics / treatment

Współcześnie uważa się, że schizofrenię u dzieci i dorastających należy rozpoznawać na podstawie kryteriów stosowanych u dorosłych [6, 11]. Jednakże postawienie prawidłowego rozpoznania u dzieci może być dużo trudniejsze niż u dorosłych. Dzieci w wieku przedszkolnym charakteryzuje bowiem żywa wyobraźnia, dzięki której mogą dowolnie kształtować i odmieniać rzeczywistość, mogą przenosić się w czasie i przestrzeni, łączyć elementy świata realnego z fikcją [15]. Dzieci w tym wieku mogą mieć wyimaginowanych przyjaciół, mogą wierzyć w istnienie fantastycznych postaci. W stanie lęku lub w sytuacji stresowej mogą występować u nich przemijające omamy, najczęściej wzrokowe lub dotykowe [2, 22]. Myślenie zdrowych dzieci do lat 7 charakteryzuje też nielogiczność i luźne skojarzenia, które u dzieci starszych spotyka się już dużo rzadziej [2, 3]. Dlatego, jeśli w procesie diagnostycznym nie uwzględnia się wieku i fazy rozwojowej dziecka, schizofrenia może być rozpoznawana zbyt szeroko [22]

CZĘSTOŚĆ

Schizofrenia u dzieci przed 5 rokiem życia jest rozpoznawana bardzo rzadko. Jednakże dokładna analiza wywiadów wskazuje, że u niektórych bardzo wczesnie występują niezwykle cechy osobowości, zaburzenia neurorozwojowe, zaburzenia mowy i języka [13, 20 za 21, 21]. Hollis [10], porównując dane z wywiadu dzieci i dorastających hospitalizowanych z powodu schizofrenii i z powodu innych zaburzeń psychicznych, stwierdził, że u chorych na schizofrenię zaburzenia rozwojowe mowy, ruchowe i kontaktów społecznych występowały istotnie częściej niż u pozostałych chorych. Zaburzenia ruchowe charakteryzowały się stereotypiami, niezgrabnością i słabą koordynacją ruchową, zaburzenia kontaktów społecznych polegały na wycofaniu i trzymaniu się na uboczu. Analizując dalej grupę chorych na schizofrenię autor wykazał, że u dzieci istotnie częściej niż u dorastających występowały zaburzenia rozumienia mowy

i zdolności wypowiedzania się, nie było natomiast różnic w częstości występowania zaburzeń ruchowych i adaptacji społecznej, jak również w występowaniu jąkania, mutyzmu wybiórczego i zaburzeń artykulacji. Inni autorzy zwrócili uwagę, że w wywiadzie przedchorobowym dzieci chorych na schizofrenię rodzice często wymieniali zaburzenia snu, łaknienia, niepokój ruchowy lub ociężałość [20 za 21, 21]. Dane te sugerują, że mogą być co najmniej dwa typy schizofrenii: jeden charakteryzujący się zaburzeniami neurobehawioralnymi występującymi od bardzo wczesnego dzieciństwa i drugi, który występuje u osób bez wcześniejszych zaburzeń [23].

Nie ma danych epidemiologicznych na temat rozpowszechnienia schizofrenii u dzieci. Z nielicznych badań wynika, że występuje ona rzadziej niż autyzm wczesnodziecięcy [20]. Jak pisze Remschmidt [16], 0,1–1% wszystkich przypadków schizofrenii ujawnia się przed 10 rokiem życia, a 4% przed 15 rokiem życia. Większość autorów podaje, że w schizofrenii występującej przed okresem pokwitania stosunek chorych chłopców do dziewcząt jest jak 1,5–2,5 do jednego [21, 22]. W okresie adolescencji stosunek chorych chłopców do dziewcząt wyrównuje się [10]. Sprawność intelektualna chorych mieści się w granicach normy, jakkolwiek w większości przypadków jest poniżej przeciętnej. Chorzy pochodzą ze wszystkich warstw społecznych [22].

OBRAZ KLINICZNY

Początek choroby u dzieci i dorastających, a zwłaszcza u chłopców jest podstępny i skryty, a objawy są mało specyficzne. W materiale Hollis [10] 45,5% chłopców było hospitalizowanych po co najmniej dwuletnim okresie trwania choroby. Ostry początek choroby występuje w około 25% przypadków. W pozostałych przypadkach, o przebiegu podstępnym i skrytym, występują okresy zaostrzeń [21, 22].

Jak pisze Sulestrowska [21], w przypadkach o powolnym i skrytym początku

z niezrozumiałych dla otoczenia przyczyn zmniejsza się aktywność i żywotność dzieci. Stają się one małowmne, mowa w coraz mniejszym stopniu służy do porozumiewania się z otoczeniem. Wypowiedzi dzieci są bardzo krótkie, lakoniczne. Pojawia się echolalia, echopraksja i echomimia. Zaimki osobowe są używane nieprawidłowo, dominującą formą mowy staje się monolog, często występują neologizmy. Występuje zjawisko fonografizmu polegające na tym, że dziecko z dokładnością płyty gramofonowej odtwarza to, co słyszało w przeszłości, a na co pozornie zupełnie nie zwracało uwagi. Dzieci stają się coraz bardziej obojętne na zdarzenia zachodzące w ich otoczeniu, uderza ich chłód uczuciowy. Związek z rzeczywistością ulega rozluźnieniu, dzieci robią wrażenie coraz bardziej zaprzątniętych swoimi wewnętrznymi przeżyciami, o których najczęściej nie chcą rozmawiać. Następuje zanik normalnej czynności zabawowej, zainteresowania zawężają się, stają się jednostronne i stereotypowe, u dzieci starszych czasami pojawiają się wybiórcze zainteresowania, np. rozkładami jazdy pociągów. U dzieci w wieku szkolnym zanika aktywność twórcza w zabawie, zanika spontaniczność i bezpośredniość, dzieci coraz bardziej izolują się, przestają dbać o higienę osobistą, niektóre zaczynają się zanieczyszczać i moczyć. Stosunkowo długo są w szkole aktywne, jednakże w miarę trwania choroby załamuje się ich linia życiowa, dotychczasowy dobry uczeń uczy się coraz gorzej, przestaje przywiązywać wagę do osiągnięć szkolnych. W fantazjach chorzy niejednokrotnie przejawiają tendencje agresywne i sadystryczne. Już w wieku przedszkolnym mogą występować lęki będące odpowiednikiem omamów i urojeń występujących u dzieci starszych. Lęki małych dzieci schizofrenicznych początkowo mało różnią się od reakcji lękowych często występujących w dzieciństwie. Jednakże u dzieci psychotycznych lęk staje się coraz bardziej niezrozumiały, dziwaczny, występuje w sytuacjach obojętnych i nie podlega perswazji otoczenia.

Wczesną formą *stanów urojeniowych* u dzieci bywają przeżycia tranzytywistyczne depersonalizacyjne polegające na poczuciu zmiany osobowości. Chorzy identyfikują się wówczas z innymi osobami, zwierzętami lub przedmiotami. O ile jednak dzieci zdrowe już w 3 roku życia są w stanie odróżnić fantazję od rzeczywistości, o tyle dzieci chorych na schizofrenię nie udaje się przekonać, że na przykład nie są inną osobą lub zwierzęciem. U dzieci 5–6-letnich chorych na schizofrenię często też występuje skłonność do personifikowania przedmiotów z otoczenia, która u dzieci zdrowych występuje przed 3 rokiem życia. Urojenia w postaci analogicznej jak u dorosłych pojawiają się dopiero około 6–7 roku życia. Występują w około 50–80% przypadków [22]. Jednakże między 5 a 10 rokiem życia nigdy nie osiągają rozmiarów i rozwoju urojeń spotykanych w okresie adolescencji lub w wieku dojrzałym. Urojenia u dzieci są bowiem przelotne, krótkotrwałe. Treść i rodzaj urojeń wyraźnie zależy od fazy rozwojowej dziecka, od jego większej lub mniejszej dojrzałości psychicznej [2, 21, 22]. Najwcześniej występują urojenia ksobne, urojenia prześladowcze pojawiają się później. Stosunkowo wcześniej mogą pojawić się urojenia hipochondryczne, nawet już u dzieci w wieku przedszkolnym. Często są bardzo dramatyczne, np. 8-letnia dziewczynka skarżyła się, że nie ma rąk i usiłowała jeść ustami z talerza [21]. Urojenia wielkościowe pojawiają się najwcześniej w wieku szkolnym, najczęściej jednak dopiero w okresie dojrzewania [21].

Omamy analogiczne do występujących u dorosłych również stwierdza się u dzieci najwcześniej w 6–7 roku życia. W materiale Sulestrowskiej [21] obecność omamów słuchowych w pierwszych 10 latach życia stwierdzono tylko w 13% przypadków. W materiale innych autorów obecność ich stwierdzano istotnie częściej (w około 80% przypadków) [22]. Najczęściej są to omamy słuchowe. Treść ich bywa różna, czasami są to pogroźki, czasami wiadomości o przykrym zdarzeniu lub wypowiedzi o treści

obojętnej. Stosunkowo często występują też omamy wzrokowe w postaci potworów, ulubionych zwierząt lub ludzi czy zabawek. Omamy węchowe i smakowe jest o wiele trudniej stwierdzić u dzieci niż u dorosłych [21]. O doznaniach omamowych dzieci przeważnie informują niechętnie, czasami przedstawiają je za pomocą rysunków.

Paratymia i paramimia wyrażają się najczęściej w zachowaniu nienaturalnie poważnym lub *niedostosowanym*. Ambiwalencja, ambitendencja i ambisentencja znajdują odzwierciedlenie w wypowiedziach dzieci [21].

Formalne *zaburzenia myślenia* często są obserwowane u dzieci, ale u młodszych mogą być trudności w ocenie, czy są wystarczające do tego, by spełniały kryteria diagnostyczne zaburzeń myślenia występujących w schizofrenii [2].

Objawy *katatoniczne* są częstym zjawiskiem w schizofrenii dziecięcej, niekiedy dominują objawy hipokinetyczne, kiedy indziej objawy hiperkinetyczne z uciążliwym dla otoczenia pobudzeniem psychoruchowym. Najczęściej obie formy katatonii występują naprzemiennie, okresy pobudzenia przeplatają się z epizodami zahamowania psychoruchowego. Jednakże nie budzące wątpliwości zespoły katatoniczne występują jedynie u dzieci starszych.

Objawy *hebefreniczne* u dzieci spotyka się mniej więcej w połowie przypadków. Tę postać choroby rozpoznaje się po nierozsądnych zabawach i niedorzecznościach, po utracie grzeczności i dystansu wobec dorosłych, po zachowaniu błazeńskim i nietaktownym, a nawet bezczelnym. Zachowanie dziecka staje się niezrozumiałe dla otoczenia, nieprzyjemne i obce. Perswazje, kary czy pochwały nie odnoszą żadnego skutku.

Spośród *innych objawów* u dzieci chorych na schizofrenię występują często zaburzenia snu, które mogą być jednym z pierwszych objawów choroby. W początkowym okresie choroby dzieci również często skarżą się na bóle głowy. Zaburzenia łaknienia osiągają największe nasilenie w schizofrenii katatonicznej. W przypadkach hebefrenii przewlekłej

występuje tendencja do jadań rzeczy niejadalnych, a nawet wręcz obrzydliwych. Zaburzenia popędu samozachowawczego przejawiają się u dzieci chorych na schizofrenię brakiem poczucia bezpieczeństwa. Zaburzenia w sygnalizowaniu potrzeb fizjologicznych są u małych dzieci chorych na schizofrenię wyrazem autyzmu i zubożenia. Zjawiskiem szczególnie nasilonym u dzieci z bardzo wczesnym początkiem schizofrenii, zwłaszcza przy jej cięższym przebiegu są stereotypie ruchowe, stereotypowość zainteresowań, myślenia, wypowiedzi czy rysunków, jak również stereotypie mimiczne [21].

Jak wykazała Medyńska [14], istnieją różnice w obrazie klinicznym schizofrenii okresu przedpokwitaniowego i młodzieńczego. W grupie starszej występuje większa ilość typów urojeń, częściej występują formalne zaburzenia myślenia, częściej występują omamy słuchowe i psychoza częściej przebiega z objawami pobudzenia. W obu grupach, obok urojeń paranoidalnych, na plan pierwszy wysuwają się urojenia o tematyce „somaticznej” hipochondryczne i dysmorfobie. W porównaniu z dziećmi chorymi na schizofrenię, adolescenty z paranoidalną postacią choroby mają częściej obniżony nastrój, myśli samobójcze i więcej objawów obsesyjno-kompulsyjnych. Wśród adolescentów ta postać schizofrenii występuje w 38% przypadków [1]. U dzieci, a szczególnie często u adolescentów, występują natręctwa, które w początku choroby mogą być zjawiskiem przelotnym. Mogą jednak przez całe lata towarzyszyć psychozie, tłumiąc niejako jej objawy [22].

ROZPOZNAWANIE

Rozpoznawanie schizofrenii u dzieci jest zadaniem trudnym, tym łatwiejszym im bliżej okresu pokwitania przypada początek choroby. Niejednokrotnie można je ustalić dopiero po uzyskaniu informacji z kilku źródeł (od rodziców, wychowawców w przedszkolu czy nauczycieli), po dokładnej analizie wywiadu rodzinnego, rozwoju wczesno-

dziecięcego badanego, objawów w początku choroby i jej dalszym przebiegu. Konieczne jest przeprowadzenie badania psychologicznego obejmującego ocenę sprawności intelektualnej dziecka, jego zachowania i testów projekcyjnych. Badanie psychiatryczne często wymaga kilkakrotnego powtórzenia. W badaniu przedmiotowym należy ocenić możliwość współistnienia innych chorób, nadużywania środków psychoaktywnych lub innych. Oprócz badania neurologicznego w każdym przypadku należy wykonać badanie EEG.

Rozpoznanie różnicowe u dzieci powinno uwzględniać procesy chorobowe przebiegające z organicznym uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego oraz autyzm wczesnodziecięcy Kanner'a.

Niekiedy niezwykle trudno jest zróżnicować, czy należy rozpoznać zespół katatoniczny czy upośledzenie umysłowe w stopniu głębszym, czy też afazję motoryczną. Schizofrenia może też wystąpić u dzieci ze specyficznymi zaburzeniami rozwoju umiejętności szkolnych lub z zespołem nadpobudliwości psychoruchowej i zaburzeniami uwagi, co dodatkowo utrudnia postawienie właściwego rozpoznania [2, 21, 22, 23].

Zaburzenia psychotyczne mogą też występować u dzieci pod wpływem leków, np. ritaliny, podawanej dzieciom z zespołem nadpobudliwości psychoruchowej [8]. Szczególne trudności może sprawiać odróżnienie schizofrenii od zaburzeń afektywnych. U dzieci przed okresem dojrzewania w dużej depresji omamy są stosunkowo częste i zwykle zgodne z nastrojem. Najczęściej są to omamy słuchowe komentujące działania, myśli lub uczucia dziecka albo rozmawiające na jego temat, grożące czy rozkazujące. Rzadziej występują omamy wzrokowe, dotykowe lub węchowe. Urojenia występują rzadziej. W okresie adolescencji omamy występują rzadziej niż u dzieci, natomiast urojenia ze zbliżoną częstotliwością [18]. W okresie adolescencji trudności diagnostyczne mogą również stwarzać przypadki zaburzeń osobowości z występującą w nich

labilnością i krótkimi epizodami psychotycznymi. Również w tym wieku często występują psychozy wywołane środkami psychoaktywnymi. Adolescenci z zaburzeniami zachowania mogą również zgłaszać omamy, ale nie wypowiadają urojeń [22].

Czasami pacjenci z zaburzeniami obsesyjno-kompulsyjnymi mogą ujawniać myśli, które są trudne do odróżnienia od urojeń, jakkolwiek zwykle chory jest w stanie ocenić zasadność tych myśli [22, 23]. Czasami jednak dopiero dalszy przebieg i dłuższa obserwacja pozwalają na ustalenie prawidłowego rozpoznania [21].

ROKOWANIE

Badania katamnesticzne dzieci i dorastających chorych na schizofrenię są stosunkowo nieliczne. Jak z nich wynika, wcześniejszy początek choroby jest skojarzony z gorszym rokowaniem. U około 20% chorych adaptacja społeczna jest stosunkowo dobra. U 50–83% chorych występuje ciężki defekt schizofreniczny [4, 7, 21, 22].

Wśród czynników prognostycznych wyznacznikiem przystosowania przedchorobowego, iloraz inteligencji oraz stopień poprawy uzyskanej po pierwszej hospitalizacji. Dobre przystosowanie przedchorobowe, wysoki iloraz inteligencji oraz dobry wynik leczenia po pierwszej hospitalizacji łączą się z lepszym rokowaniem [13, 21].

LECZENIE

Leczenie dzieci i młodzieży chorej na schizofrenię powinno być wielokierunkowe, uwzględniające poza farmakoterapią psychologiczne, społeczne i edukacyjne potrzeby pacjenta i jego rodziny [21, 22, 23]. W farmakoterapii stosuje się leki psychotropowe stosowane u dorosłych [5, 8, 21, 22, 23]. Jednakże dzieci i dorastający reagują na nie niejednokrotnie inaczej niż dorośli. Dane na temat farmakokinetyki i farmakodynamiki środków psychotropowych u dzieci i dorastających są bardzo skąpe. Ponadto

chorzy ci nie stanowią grupy homogennej. Wykazano, że u dzieci otrzymujących stałe dawki chlorpromazyny poziom leku w surowicy krwi stopniowo obniża się. Sugeruje to autoindukcję enzymów wątrobowych. Wiadomo również, że okres półtrwania chlorpromazyny u dzieci wynosi $7,74 \pm 0,65$ godziny, natomiast u dorosłych jest on znacznie dłuższy i wynosi 16–37 godzin [5]. Podobnie okres półtrwania haloperidolu u dorosłych wynosi $24,1 \pm 8,9$, natomiast u dzieci $18,6 \pm 2,2$ godziny [24]. Jednocześnie wykazano, że dzieci wymagają niższych dawek w stosunku do masy ciała niż dorośli, by uzyskać ten sam efekt terapeutyczny. A więc wymagają wyższych dawek w miligramach w stosunku do wagi, by mieć ten sam poziom leku w surowicy co dorośli, ale by uzyskać efekt terapeutyczny, wymagają dawek niższych w stosunku do masy ciała. To sugeruje, że mogą być nie tylko farmakokinetyczne, ale i farmakodynamiczne różnice na poziomie rozwijającego się mózgu. Potwierdziły to badania, w których stwierdzono większą gęstość receptorów dopaminergicznych D1 i D2 u dzieci niż u dorosłych [5].

U dzieci i dorastających stosuje się, poza chlorpromazyną i haloperidolem, również inne neuroleptyki. Wybór leku zależy od konstelacji objawów klinicznych. Leki zawsze należy dawkować w sposób ostrożny, dawki ustalać empirycznie, ponieważ skutki uboczne leczenia środkami psychotropowymi u dzieci i młodzieży występują częściej, są groźniejsze i bardziej nasilone niż u dorosłych [5, 8, 23]. W przypadkach, gdy dwie kuracje typowymi neuroleptykami nie dały pożądanego efektu, można rozważyć zastosowanie neuroleptyku atypowego – klozapiny [8]. Jakkolwiek, zgodnie z informacją producenta, lek ten może być stosowany u dorastających powyżej 16 roku życia. W piśmiennictwie znajduje się doniesienie o zastosowaniu go z dobrym efektem u dwojga pacjentów: 13- i 14-letniego [12]. Na temat skuteczności i bezpieczeństwa stosowania risperidonu u dzieci i dorastających poniżej 16 roku życia brak danych. Może

on być natomiast stosowany u dorastających powyżej 16 roku życia [8].

W piśmiennictwie podkreśla się, że u dzieci celowe jest stosowanie wspierającej psychoterapii indywidualnej [13, 22, 23]. U dorastających z ostrą psychozą bardzo szczególną formą psychoterapii jest indywidualny kontakt psychoterapeutyczny, umożliwiający chorym wyjście ze stanu agresji psychotycznej i uporządkowanie zdeintegrowanego świata przeżyć [9, 19].

W leczeniu dzieci i młodzieży dużą rolę odgrywa też psychoedukacja. Jak stwierdził Rund [17], z tej formy pomocy najczęściej korzystają pacjenci ze złym funkcjonowaniem psychospołecznym przedchorobowym. Jednakże wyniki w bardzo dużym stopniu zależą od współpracy rodziców i ich zdolności do zmiany postawy wobec pacjenta. W niektórych przypadkach dobre efekty daje stosowanie psychoterapii wspierającej dziecko lub dorastającego. Terapia rodzinna ma na celu zmniejszenie interakcji, w których ujawnia się nadmierny poziom ekspresji emocji [13, 22, 23]. Wskazane jest również stosowanie psychoterapii grupowej, która koncentruje się na wspieraniu psychicznym i rozwoju umiejętności społecznych [13]. Niekiedy wskazane jest zastosowanie technik terapii behawioralnej w celu zmniejszenia dezadaptacyjnych zachowań dziecka, zwiększenia możliwości uczenia się oraz większej podatności na inne oddziaływania [21, 22]. U wielu dzieci chorych na schizofrenię występują problemy z nauką, związane z kompletnym brakiem zainteresowania przekazywaną wiedzą i skoncentrowaniem się na wybiórczych, często dziwnych, problemach [21, 22]. Niejednokrotnie jednak przy współpracy rodziców i nauczycieli udaje się doprowadzić do skończenia przez dziecko lub dorastającego szkoły [21]. Choroba wywiera też niekorzystny wpływ na funkcjonowanie społeczne chorych. Jednakże zorganizowanie ich życia tak, by mieli zapewnione kontakty społeczne, może to nieprzystosowanie wyraźnie zmniejszyć [21]. Ważne jest, by program terapeutyczny był zintegrowany i elastyczny [23].

PIŚMIENNICTWO

1. Apter A, Spivak V, Weizman A, Tyano S, Orvaschel H: Paranoid schizophrenia in adolescence. *J. Clin. Psychiatry* 1991, 52, 9, 365–368.
2. Caplan R, Tanguay PE: Development of psychotic thinking in children. W: Lewis M. (red.): *Child and Adolescent Psychiatry. A comprehensive textbook*. Wyd. 2. Williams & Wilkins, Baltimore, Philadelphia, London, Paris, Bangkok, Buenos Aires, Hong-Kong, Munch, Sydney, Tokyo, Wrocław, 315–322.
3. Caplan R, Perdue S, Tanguay P.E, Fish B: Formal thought disorder in childhood onset schizophrenia and schizotypal personality disorder. *J. Child. Psychol. Psychiat.* 1990, 31, 7, 1103–1114.
4. Cawthorn P, James A, Dell J, Seagroatt V: Adolescent onset psychosis. A clinical and outcome study. *J. Child. Psychol. Psychiat.* 1994, 35, 7, 1321–1332.
5. Clein PD, Ridlle MA: Pharmacokinetics in children and adolescents. W: Lewis M. (red.): *Child and Adolescent Psychiatry. A comprehensive textbook*. Wyd. 2. Williams & Wilkins, Baltimore, Philadelphia, London, Paris, Bangkok, Buenos Aires, Hong-Kong, Munch, Sydney, Tokyo, Wrocław, 315–322.
6. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV*. American Psychiatric Association, Washington DC 1994.
7. Gillberg C, Hellgren L, Gillberg Ch: Psychotic disorders diagnosed in adolescence. Outcome at age 30 years. *J. Child. Psychol. Psychiat.* 1993, 34, 7, 1173–1185.
8. Green WH: Principles of psychopharmacotherapy and specific drug treatments. W: Lewis M. (red.): *Child and Adolescent Psychiatry. A comprehensive textbook*. Wyd. 2. Williams & Wilkins, Baltimore, Philadelphia, London, Paris, Bangkok, Buenos Aires, Hong-Kong, Munch, Sydney, Tokyo, Wrocław, 772–801.
9. Grzesiuk L: Psychoterapia schizofrenii. W: *Psychoterapia*. PWN, Warszawa 1994, 334–338.
10. Hollis Ch: Child and adolescent (Juvenile onset) schizophrenia. A case control study of premorbid developmental impairments. *Br. J. Psychiatry* 1995, 166, 489–495.
11. Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych. Uniw. Wyd. Med. „Vesalius”, Kraków 1994, 297–354.

12. Jacobsen LK, Walker MC, Edwards J.E., Chappel P.B., Woolstron J.L.: Clozapine in the treatment of a young adolescent with schizophrenia. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 1994, 33, 5, 645–650.
13. McClellan J, Werry J: Practice parameters for assessment and treatment of children and adolescents with schizophrenia. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 1994, 33, 5, 616–635.
14. Medyńska L: Analiza obrazu klinicznego schizofrenii przedpokwitaniowej i młodzieńczej. Maszynopis pracy doktorskiej, Warszawa 1968.
15. Mendecka G: Pobudzenie wyobraźni i myślenia dywergencyjnego w przedszkolu. W: Pilecka W., Kossewska J (red.): Dziecko-społeczeństwo-edukacja dylematy psychologiczne. Wyd. Nauk. WSP, Kraków 1996, 133–142.
16. Remschmidt H.E, Schulz E, Martin M, Warnke A, Trott G.E: Childhood-onset schizophrenia: history of the concept and recent studies. *Schizophr. Bull.* 1994, 20, 4, 727–745.
17. Rund BR, Moe L, Sollien T, Fjell A, Borchgrevink T, Hallert M, Ness PO: The psychosis project: outcome and cost-effectiveness of a psychoeducational treatment programme for schizophrenic adolescents. *Acta Psychiatr. Scand.* 1994, 89, 211–218.
18. Ryan N.D, Puig-Antich J, Ambrosini P: The clinical picture of major depression in children and adolescents. *Arch. Gen. Psychiatry* 1987, 44, 854–861.
19. Ryszka-Zajac J: Relacja z indywidualnej psychoterapii schizofrenii przewlekłej. *Psychoterapia* 1977, XX, 17–20.
20. Siemieniowska EJ: Newropat. *Psychiat. Korsak* 1972, 72, 10, 1541.
21. Sulestrowska M, Wosiński M: Schizofrenia u dzieci. PZWL, 1978.
22. Volkmar FR: Childhood schizophrenia. W: Lewis M. (red.): *Child and Adolescent Psychiatry. A comprehensive textbook*. Wyd. 2. Williams & Wilkins, Baltimore, Philadelphia, London, Paris, Bangkok, Buenos Aires, Hong-Kong, Munch, Sydney, Tokyo, Wrocław.
23. Volkmar FR: Childhood and adolescent psychosis: A review of the past 10 years. *J. Amer. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 1996, 35, 7, 843–851.
24. Yoshida L, Sakaguchi Y, Matsuishi T, Yano E, Yamashita Y, Satoshi H, Hitoshi T, Yamashita F: Acute accidental overdosage of haloperidol in children. *Acta Paediatr.* 1993, 82, 877–880.

*Adres: Prof. Jadwiga Komender, Klinika Psychiatrii Wieku Rozwojowego AM,
ul. Marszałkowska 24, 00-576 Warszawa*