

Katarzyna Jakuszkowiak-Wojten, Maria Swinarska-Naumiuk, Anna Burkiewicz,
Piotr Pankiewicz

Klinika Chorób Psychiczych i Zaburzeń Nerwicowych, Katedra Chorób Psychiczych
Akademii Medycznej w Gdańsku

Zespół Aspergera — opis przypadku

Asperger syndrome — case report

Abstract

The paper presents a case of a 29-year-old female patient who was treated in 2006 at the psychiatric day-care department admitted with the diagnosis of inborn encephalopathy and childhood schizophrenia. The aim of this paper is to look over the patient's history which lead to the alternation of the initial diagnosis to Asperger syndrome. Asperger syndrome which is an uncommon diagnosis in adulthood is considered by the authors as notable and worth remembering. The manifestation of this disorder alters across life, nevertheless, at all stages of individual's development the problems with communication, socialization and imagination are observed leading to isolation and loneliness. The described case exhibited those characteristic features from childhood and those traits cannot be considered as deterioration due to psychosis.

key words: *Asperger syndrome, pervasive developmental disorders, childhood schizophrenia, autism*

Wstęp

Zespół Aspergera, autyzm, autyzm atypowy, zespół Retta, zaburzenia hiperkinetyczne z towarzyszącym upośledzeniem umysłowym i ruchami stereotypowymi oraz inne dziecięce zaburzenia dezintegracyjne należą do grupy całościowych zaburzeń rozwoju [1]. Zaburzenia te charakteryzują się występującymi we wczesnym dzieciństwie zakłóceniami rozwoju komunikacji społecznej, utratą zainteresowania otoczeniem, zubożeniem i stereotypowością zachowań [2]. Zespół Aspergera został opisany w 1944 roku przez Austriaka — Hansa Aspergera — w pracy „Psychopatia autystyczna okresu dzieciństwa”. Określenie „zespół Aspergera” po raz pierwszy użyła Lorna Wing w 1981 roku, tłumacząc pracę Hansa Aspergera z niemieckiego na angielski [3].

Asperger, specjalista w dziedzinie pediatrii i psychiatrii, stwierdził, że u pacjentów, których badał, już od 2. roku życia występują charakterystyczne, stałe przez całe życie,

takie cechy, jak: trudny kontakt z otoczeniem, nieumiejętność wyrażania emocji, słaba koordynacja ruchowa, przesadna intelektualizacja, szczególne zainteresowania. Do tej grupy należą na przykład „ludzie kalendary” albo dzieci znające wszystkie przystanki czy linie tramwajowe w swoim mieście. Dzieci z zespołem Aspergera chętnie demonstrują swoją fragmentaryczną, odtwórczą pamięć, natomiast największą trudność sprawia im mechaniczna nauka w szkole, na przykład tabliczki mnożenia, chyba że przedmioty szkolne pokrywają się z zainteresowaniami dziecka. Pacjenci ci są bardzo egocentryczni, podążają za swoimi myślami, rozpoczynają rozmowę na wybrany przez siebie temat, nie biorąc pod uwagę różnicy wieku, płci, pozycji społecznej, obowiązujących zasad grzeczności [3].

Według klasyfikacji *International Statistical Classification of Disease and Health-related Problems, 10th revision* (ICD-10), można rozpoznać zespół Aspergera, gdy są spełnione następujące kryteria:

- a) brakuje istotnego klinicznie opóźnienia w zakresie języka mówionego i rozumienia języka lub rozwoju czynności poznawczych:
 - do 2. roku życia lub wcześniej dziecko wypowiadało pojedyncze słowa oraz wypowiadało komunikatywne wyrażenia do 3. roku życia lub wcześniej,

Adres do korespondencji:
lek. Katarzyna Jakuszkowiak-Wojten
Klinika Chorób Psychiczych i Zaburzeń Nerwicowych,
Katedra Chorób Psychiczych Akademii Medycznej
w Gdańsku
ul. Dębinki 7, 80–952 Gdańsk
tel.: (0 58) 349 26 50

- umiejętność pomagania sobie, zachowania adaptacyjne, zaciekawienie środowiskiem w okresie pierwszych 3 lat życia było na poziomie odpowiadającym rozwojowi intelektualnemu,
 - fazy rozwoju ruchowego mogą być nieco opóźnione,
- b) występują jakościowe nieprawidłowości w zakresie wzajemnych interakcji społecznych,
 - c) pacjent przejawia nasilone, wyizolowane zainteresowania albo stereotypowe wzorce zachowania, aktywności,
 - d) zaburzenia nie można traktować jako innej z postaci całościowych zaburzeń rozwojowych, prostej schizofrenii, zaburzenia typu schizofrenii, zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych, osobowości anankastycznej, zaburzeń przywiązania w dzieciństwie [1].

Christopher Gillberg, zajmujący się zespołem Aspergera, zdefiniował kryteria schorzenia w następujący sposób: upośledzenie społeczne (skrajny egocentryzm), wąskie zainteresowania, powtarzające się codziennie zajęcia, osobliwości mowy i języka, zaburzenia w komunikacji niewerbalnej, niezdarność ruchowa [3].

Szwedzcy naukowcy w 1993 roku przeprowadzili badanie dzieci z miasta Göteborg w wieku 7–16 lat. Opierając się na kryteriach Gillberga, rozpoznali zespół Aspergera u 3,6 na 1000 badanych, przy czym stosunek chłopców do dziewczynek wynosił 4:1. Jeżeli uwzględnimy również dzieci, które nie spełniały dokładnie kryteriów Gillberga, ale stwierdzono u nich prawdopodobnie zespół Aspergera, można przyjąć, że zaburzenie to występowało u 7,1 na 1000 badanych, przy stosunku chłopcy–dziewczynki: 2,3:1 [4]. Niektórzy badacze nie wyodrębniają zespołu Aspergera jako oddzielnej jednostki nozologicznej, lecz traktują powyższy zespół jako zaburzenie z kręgu autyzmu, a dokładniej — szczególną formę autyzmu [6]. Można postawić pytanie: Czym różnią się dzieci z zespołem Aspergera od innych dzieci z autyzmem? Od wczesnego dzieciństwa występuje u nich ten sam rodzaj upośledzeń, ale chorzy z zespołem Aspergera charakteryzują się większą elokwencją, lepszą adaptacją społeczną, z wiekiem ich zainteresowanie innymi ludźmi staje się coraz większe i u niektórych z nich dochodzi do znacznej poprawy funkcjonowania [3]. Patomechanizm choroby nie jest jasny. Znaczenie w rozwoju zaburzenia przypisuje się czynnikom genetycznym oraz psychospołecznym. Traktując zespół Aspergera jako schorzenie z kręgu autyzmu, można się odwołać do koncepcji psychoanalitycznych autyzmu M. Mahler oraz M. Klein, zwracających uwagę na rolę traumatycznych doświadczeń dziecka w pierwszych miesiącach życia, które uniemożliwiają

mu wyjście z fazy psychotycznej (symbiotycznego autyzmu) i blokują dalszy rozwój [5]. Jaklewicz podkreśla, że autyzm wczesnodziecięcy powstaje w wyniku współdziałania osobniczej wrażliwości i nieswoistych czynników zewnętrznych [5]. Zahamowanie rozwoju psychicznego może się wiązać z zahamowaniem organizacji procesów neurofizjologicznych [2], natomiast według koncepcji biologicznych autyzm jest behawioralną reakcją na różnego stopnia uszkodzenie ośrodkowego układu nerwowego [2]. Istnieją dwie teorie wyjaśniające funkcjonowanie poznawcze i społeczne osób z autyzmem i zespołem Aspergera, za pomocą których próbuje się określić deficyt psychologiczny w autyzmie: teoria umysłu (TMM, *theory of mind mechanism*) oraz koncepcja braków w centralnej koherencji. Teoria umysłu, nazywana inaczej „ślepotą umysłu”, oznacza niezdolność do przypisywania ludziom stanów umysłowych w celu wyjaśnienia i przewidywania ich zachowania [7]. Niezdolność odczytania tego, co czują i myślą inni, co wyrażają w sposób niewerbalny, powoduje niezdolność do przewidywania ich zachowań i wnioskowania o ich stanach psychicznych. Słaba centralna koherencja oznacza defekt poznawczy polegający na niezdolności łączenia różnych informacji w jedną wspólną całość, aby uchwycić i zrozumieć istotę tematu oraz móc odróżnić rzeczy ważne od nieważnych [8].

Leczenie chorych z zespołem Aspergera polega na treningu wyrażania emocji, poprawy kontaktów społecznych, psychoterapii edukacyjnej [2]. Wskazana jest terapia rodziny. Leczenie farmakologiczne polega tylko na objawowej redukcji lęku, objawów obsesyjno-kompulsyjnych, depresyjnych lub zachowań agresywnych [3]. Znaczna część dorosłych cierpiących na to schorzenie nie wie o chorobie ani nie ma potrzeby kontaktu z psychiatrą, dopóki nie dojdzie do wtórnego nawarstwienia wymienionych wyżej zespołów psychopatologicznych na skutek poczucia osamotnienia, frustracji, braku możliwości realizacji planów życiowych. Wydaje się, że środowisko ma ograniczony wpływ na specyficzne cechy występujące w powyższym zaburzeniu. Chociaż umiejętności społeczne stanowią tylko część umiejętności rozwojowych, to jednak przypisujemy im ogromną rolę, ponieważ ich zaburzenie wpływa na rozwój osobowości dziecka, jego szansę na uzyskanie niezależności, wykształcenia, pracy, zdolności do stworzenia rodziny.

Opis przypadku

Matka pacjentki podała w wywiadzie obiektywnym, że jej bratanica choruje na schizofrenię (inne choroby psychiczne nie występowały w rodzinie). Wywiad oko-

toporodowy był nieobciążony. Chora urodziła się drogami natury, z wrodzonym niedowładem kończyny górnej prawej. Gdy pacjentka miała 2 lata, matka zgłosiła się z nią do neurologa, „zauważając, że coś nie jest w porządku”. Rozwój psychomotoryczny był opóźniony od wczesnego dzieciństwa: pacjentka zaczęła siadać w 9. miesiącu życia, a chodzić w 16. miesiącu. Bardzo długo nic nie mówiła i raczej nie reagowała na słowa mówione do niej. Podejrzewano, że nie słyszy. Z tego względu została skierowana na badanie słuchu, w którym nie stwierdzono odchyłań. Pierwsze słowa wypowiedziała w wieku 2 lat, całe zdania od 3. roku życia. Ponadto od 3. roku życia samodzielnie załatwiała potrzeby fizjologiczne. Pacjentka nie przytulała się do rodziców z własnej inicjatywy, była nadpobudliwa ruchowo, nadwrażliwa na hałasy. W wieku 4 lat u chorej wykonano badania w poradni genetycznej, gdzie postawiono rozpoznanie „encefalopatia o niejasnej etiologii, przyczyna choroby niejasna”. Pacjentka w tym okresie (w wieku 4 lat) była badana w Zakładzie Psychologii w Centrum Zdrowia Dziecka. Rozpoznano upośledzenie umysłowe w stopniu lekkim, zaburzony rozwój mowy, nadpobudliwość psychoruchową, obserwację w kierunku autyzmu. Chora nigdy nie bawiła się w zabawy oparte na wyobraźni z elementami udawania, nie miała poczucia humoru, niszczyła zabawki, nie interesowała się nimi, niechętnie chodziła do szkoły, odrabiała lekcje pod ścisłym nadzorem matki. W dzieciństwie pacjentkę 2-krotnie hospitalizowano psychiatrycznie na oddziale dziecięcym w 9. roku życia z rozpoznaniem — „schizofrenia dziecięca, współistniejąca encefalopatia wrodzona”. Z historii chorób z tamtego okresu nie wynika jednoznacznie, aby opisywane przez nią doznania miały charakter omamowy. W tym okresie u chorej wystąpiła duża nadwrażliwość na dźwięki. Dziewczynka reagowała agresją, napadami paniki na próby zatrzymania w mieszkaniu, gdzie było słychać odgłosy wiertarek, natomiast zupełnie spokojnie i poprawnie zachowywała się w mieszkaniu babci lub na podwórku. Lekarz prowadzący pisał między innymi o dziwacznych wypowiedziach dziewczynki, tendencji do monologizowania, perseweracjach, niezwyklej modulacji głosu, nieuzasadnionej agresji względem innych dzieci na oddziale. W tym okresie leczono ją thioridazyną (400 mg/d.) oraz pernazyną (300 mg/d.). W wieku 9 lat podczas hospitalizacji wykonano jej badanie psychologiczne za pomocą testu Wechslera dla dzieci. Poziom inteligencji oceniono wtedy na 110 punktów, co odpowiada inteligencji powyżej przeciętnej. Pacjentka od lat pozostaje pod psychiatryczną opieką ambulatoryjną, nie przyjmuje leków psychotropowych.

Zdaniem matki jest infantylna, naiwna, mało samodzielna, wymaga kierowania we wszystkich dziedzinach życia. Jest jedynaczką, rodzice mają wyższe wykształcenie, pracują, są w miarę zgodną rodziną. Matka przez cały okres edukacji pracowała z córką, która ostatecznie, mimo dużych problemów z nauką, uzyskała średnie wykształcenie, ukończyła ponadto 2-letnią policealną szkołę.

W trakcie pobytu na oddziale pacjentka opowiadała o swoich zainteresowaniach w sposób natrętny, z najdrobniejszymi szczegółami, wyczerpująco, mówiąc jakby „w kierunku”, a nie „do” słuchającego. Zwracała uwagę skrajnie wyrażoną prawdomówność chorej, brak zdolności do rozpoznawania i wczuwania się w stany emocjonalne innych ludzi, brak rozumienia żartów, nieświadomość, że można kogoś urazić przez nietaktowne wypowiedzi. Chora potrafiła wymienić wszystkie pośrednie stacje kolejowe do wybranych miast, daty przyjęcia, wypisania innych chorych, ich nazwiska, tytuły wybranych utworów muzycznych i nazwiska ich wykonawców. Namawiała do pozowania do zdjęć. Przestrzegła porządku dnia na oddziale, denerwowała się każdą ewentualną zmianą. Podała, że jej hobby to: rysowanie, konie, nauka języka angielskiego, pociągi, fotografowanie, słuchanie radia. W stanie psychicznym: orientacja pełna, świadomość jasna. Nastrój dobry, napęd psychoruchowy w normie, widoczna „niezgrabność ruchowa”. Afekt modulowany w wąskim zakresie. Utrzymuje kontakt wzrokowy, ale chwilami jej wzrok błądzi, sprawia wrażenie nieobecnej. Ton wypowiedzi jest monotony, występują perseweracje, wypowiedzi rozwlekłe, pełne dygresji na temat zainteresowań pacjentki, bez zwracania uwagi na słuchacza. Chora skracza dystans, chodzi za rozmówcą mimo zakończonego spotkania. Widoczne niezrozumienie ogólnie przyjętych zasad funkcjonowania społecznego, brak rozumienia i dostosowania zachowania do kontekstu sytuacji, duża męczliwość i problemy z koncentracją uwagi, bardzo dobra pamięć fragmentaryczna. Przeczy omamom, nie wypowiada urojeń. Sen, łaknienie niezaburzone. Osobowość zwarta. W badaniu neurologicznym stwierdzono niedowład kończyny górnej prawej o niskim napięciu, odruchy średnio żywe, obustronnie odruch podeszwy, poza tym bez zmian. W tomografii komputerowej mózgu stwierdzono prawidłowy obraz struktur mózgu, a w badaniu EEG — zapis prawidłowy.

W badaniu psychologicznym, wykonanym za pomocą Skali Inteligencji Wechslera, stwierdzono: skala słowna — 94, skala bezsłowna — 93, skala pełna — 93. Sprawność intelektualną oceniono na poziomie inteligencji poniżej przeciętnej. Na podstawie wyników w pod-

testach jest widoczna dysharmonia świadcząca o różnym poziomie sprawności poszczególnych funkcji. Badana posiada ponadprzeciętny zasób wiedzy ogólnej (*Wiadomości*). Zakres słownictwa, rozumienie werbalne, tworzenie pojęć — przeciętne (*Słownik*). Operacje arytmetyczne wykonuje z trudnością (*Arytmetyka*). Analiza i synteza wzrokowa (*Klocki*) również poniżej przeciętnej. Słabo prezentuje się rozumienie złożonych sytuacji społecznych; zwraca uwagę nierozumienie znaczenia przysłów z powodu nadmiernie konkretnego myślenia i niezdolności do wychwycenia podtekstu (co m.in. obniża wynik w podskali *Rozumienie*). Pacjentka jest spostrzegawcza (sprawnie wykrywa *Braki w Obrazkach*). Dobrze wypada koordynacja wzrokowo-ruchowa (szybko i sprawnie wykonuje *Układanki*). Zdolność rozumienia i organizowanie fragmentów w logiczną całość są przeciętne (*Porzędkowanie Obrazków*). Lateralizacja lewostronna. W projekcyjnym Teście Rorschach jest widoczna trudność w interpretowaniu obrazu, nadawania mu kształtu i znaczenia; przyspieszony czas reakcji początkowej, bardzo zły poziom formy (F-), mała liczba wypowiedzi pospolitych, wypowiedzi chaotyczne sugerują brak kontroli nad własnym myśleniem. Widoczne są perseweracje. Cechy autystyczne — niewidzenie ludzi, brak realistycznego podchodzenia do rzeczywistości. Uczuciowość niedojrzała (niezorganizowana wokół obiektu), niekontrolowana, impulsywna, tendencje agresywne (sygnatura C).

Kwestionariusz *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (MMPI): badana niechętnie przystępuje do wykonania zadania, ustosunkowanie się do zdań ankiety sprawia jej wyraźną trudność, unika wykonania testu, którego nie kończy.

Test Stroopa: zwraca uwagę niezdolność pacjentki do zastosowania się do instrukcji podanej przez osobę badającą i różnicowania informacji istotnych od nieznaczących. Badana, mimo kilkakrotnego powtarzania instrukcji i wcześniejszego sprawdzenia jej zrozumienia, „musiała” podać obie informacje, to znaczy zarówno żądany w instrukcji kolor czcionki, jak i nazwę koloru, którą miała ignorować. Widoczna jest niezdolność pacjentki do rezygnowania z podawania wszystkiego, co wie na dany temat przy całkowitym pomijaniu rozumienia celu zadania. Ta cecha jest zgodna z przedstawioną wyżej koncepcją braków w centralnej koherencji.

Dyskusja

Dopiero w ICD-10 zespół Aspergera został wyodrębniony jako osobna jednostka nozologiczna i zakwalifikowany do grupy całościowych zaburzeń rozwoju.

W ICD-9 zaburzenia autystyczne traktowano jako psychozy. W badaniu D. Tantam zaburzenia psychiczne w 35% współwystępowały z zespołem Aspergera. Najczęściej były to: depresja (15%), mania (9%), zaburzenia lękowe (7%), schizofrenia (3,5%). Ryzyko zachorowania na schizofrenię w populacji ogólnej wynosi 1%. U chorych z zespołem Aspergera jest ono większe, ale częstsze występowanie zaburzeń nastroju niż schizofrenii stanowi argument przeciwko genetycznemu związkowi między zespołem Aspergera i schizofrenią, co sugerowali niektórzy badacze. W późniejszych badaniach nie potwierdzono również pierwotnej hipotezy związku częstości występowania zaburzeń z kręgu autyzmu w zależności od wysokiego statusu ekonomicznego [6].

U opisywanej pacjentki rozpoznawano encefalopatię wrodzoną (chora urodziła się z niedowładem kończyny górnej prawej oraz w badaniu psychologicznym za pomocą skali *Psyche Cattell* stwierdzono w 4. roku życia iloraz inteligencji = 60, co oznacza opóźnienie rozwoju umysłowego w stopniu lekkim). Obraz tomografii komputerowej mózgowia oraz badanie EEG były prawidłowe. Van Krevelen już w 1971 roku sugerował, że u podłoża autyzmu, oprócz uwarunkowań genetycznych, leży uszkodzenie mózgu [9]. Wyniki badań innych autorów wskazywały, że im bardziej dana osoba jest niezdarna, tym częściej występują u niej zmiany w EEG lub tomografia komputerowa mózgowia oraz lekkie objawy neurologiczne [3]. W badaniach neuroobrazowych u chorych z zespołem Aspergera stwierdzano między innymi mniejszą średnicę śródmózgowia niż w grupie kontrolnej [10]. W innym badaniu opisywano większe wymiary mózgowia, mózdzku, komory trzeciej, komór bocznych oraz zwiększenie istoty szarej u chorych z rozpoznaniem z kręgu autyzmu [11].

Autorom trudno jednoznacznie odnieść się do rozpoznania schizofrenii u chorej w okresie dziecięcym. U około 0,5–1% chorych schizofrenia rozpoczyna się przed ukończeniem 10. roku życia — schizofrenia o bardzo wczesnym początku [12]. Objawy schizofrenii u dzieci są różnorodne, często trudne do sprecyzowania. Dziecko zwykle izoluje się, nie toleruje obcych osób, nowych sytuacji, jego zabawy stają się stereotypowe, monotonne, występuje różnego stopnia autyzm, który może hamować rozwój intelektualny i prowadzić do objawów pseudooligofrenicznych. Często występuje mutyzm, echolalia, nieprawidłowe używanie zaimków osobowych, echomimia, echopraksja. Dzieci stają się obojętne albo wrogo nastawione do otoczenia, prowadzą rozmowy z niewidzialnymi osobami, nasłuchują [12]. Obecnie pacjentka nie spełnia

Kryteriów diagnostycznych schizofrenii. W opisanym przypadku nie doszło do postępującego pogorszenia funkcjonowania, jakie występuje w psychozie, do rozpadu struktury osobowości, pogorszenia funkcji poznawczych. Na podstawie wywiadu wiadomo, że u opisywanej chorej od wczesnego dzieciństwa występowały upośledzenie społeczne, zaburzenia komunikacji, wyobraźni i zachowania stereotypowe. Pacjent ze schizofrenią stopniowo traci kontakt z otaczającym światem. U opisywanej pacjentki od wczesnego dzieciństwa występowały zaburzone relacje społeczne, natomiast z wiekiem nastąpiła częściowa poprawa przystosowania społecznego. Chora przejawiała zainteresowanie innymi ludźmi, dążyła do kontaktu, nie obserwowano u niej zaostrzeń psychotycznych, nie wymagała leczenia neuroleptykami. Wielu chorych hospitalizowanych w dzieciństwie z rozpoznaniem zespołów schizofrenicznych wymaga w późniejszym okresie wielokrotnych hospitalizacji psychiatrycznych. Większość badanych ogólnie źle funkcjonuje w wieku dorosłym, niewielu pracuje zawodowo [12].

Opisany przypadek różni się od klasycznego autyzmu niewystępowaniem znacznego opóźnienia w rozwoju słownictwa i opanowaniu zasad gramatyki. Zgodnie z tym, co charakteryzuje osoby z zespołem Aspergera, mowa chorej jest nienaturalna, ma nieprawidłową intonację, jest pedantyczna. Można łatwo wywołać

u niej trudny do zatrzymania monolog na ulubiony temat. Interesuje się innymi ludźmi, chociaż jej interakcje społeczne odzwierciedlają upośledzenie w zakresie empatii i wrażliwości społecznej. Nie występuje jednak tak znaczne wycofanie jak w autyzmie. Na podstawie wywiadu wiadomo, że rozwój psychoruchowy był nieco opóźniony. U chorej obserwuje się powtarzające się zachowania, ale są to raczej zawężone zainteresowania (pociągi, rozkłady jazdy, konie, rysowanie, fotografowanie), zaabsorbowanie pewnymi sprawami niż stereotypie ruchowe typowe dla autyzmu.

Powyższy przypadek wydał się autorom ciekawy, ponieważ psychiatrzy pracujący z osobami dorosłymi często nie biorą pod uwagę rozpoznania z kręgu autyzmu, zapominając, że niektórym pacjentom mogła zostać źle postawiona diagnoza w dzieciństwie albo trafiają oni do psychiatry dopiero w wieku dorosłym. Z drugiej strony, nawet psychiatrzy dziecięcemu czy pediatrze trudno postawić pewną diagnozę psychiatryczną we wczesnym dzieciństwie, ponieważ proces chorobowy nakłada się na kolejne okresy rozwoju osobowości dziecka, które mogą nadawać nietypowy obraz choroby. Ponadto dziecko nie posiada umiejętności rejestrowania oraz przekazywania swoich przeżyć psychicznych i trudno jest uzyskać wgląd w świat jego przeżyć wewnętrznych.

Streszczenie

W pracy opisano przypadek 29-letniej chorej leczonej w 2006 roku na psychiatrycznym oddziale dziennym, u której wstępnie rozpoznano wrodzoną encefalopatię i schizofrenię dziecięcą. Celem pracy jest opisanie dotychczasowej historii choroby pacjentki oraz badań, które doprowadziły do postawienia ostatecznej diagnozy zaburzeń z kręgu autyzmu, a ściślej — zespołu Aspergera. Zdaniem autorów artykułu, zespół ten — rzadko rozpoznawany w wieku dorosłym — jest godny uwagi i przypomnienia. Objawy tego zaburzenia zmieniają się wraz z wiekiem, ale na wszystkich etapach rozwoju jest widoczne upośledzenie komunikacji, socjalizacji i wyobraźni, najczęściej prowadzące do izolacji i osamotnienia [3]. U opisywanej pacjentki wymienione wyżej cechy występowały od dzieciństwa i nie można ich przypisać deterioracji po epizodzie psychozy.

słowa klucze: zespół Aspergera, całościowe zaburzenia rozwojowe, postać dziecięca schizofrenii, autyzm

PIŚMIENNICTWO

1. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zachowania w ICD-10. Badawcze kryteria diagnostyczne. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Kraków-Warszawa 1998.
2. Rajewski A. Całościowe zaburzenia rozwoju. W: Bilikiewicz A., Pużyński S., Rybakowski J., Wciórka J. (red.). Psychiatria kliniczna. T. II. Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław 2002: 646–653.
3. Frith U. (red.). Autyzm i zespół Aspergera. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2005.
4. Ehlers S., Gillberg C. The epidemiology of Asperger syndrome. A total population study. *J. Child Psychol. Psychiatry* 1993; 34 (8): 1327–1350.
5. Jaklewicz H. Autyzm wczesnodziecięcy. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 1993.
6. Goldman R., Scott S. Psychiatria dzieci i młodzieży. Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław 2000.

7. Murphy D. Theory of mind in Asperger's syndrome, schizophrenia and personality disordered forensic patients. *Cognit. Neuropsychiatry* 2006; 11 (2): 99–111.
8. Lang N.D.J., Bouma A., Sytema S., Kraijer D.W., Minderaa R.B. A comparison of central coherence skills between adolescents with an intellectual disability with an intellectual disability with and without comorbid autism spectrum disorder. *Research in Developmental Disabilities* 2006; 27: 217–226.
9. Krevelen D.A.V. Early infantile autism and autistic psychopathy. *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia* 1971; 1: 82–86.
10. Nieminen-von Wendt T., Salonen O., Vanhala R., Lulomaki T., von Wendt L., Autti T. A quantitative controlled MRI study of the brain in 28 persons with Asperger syndrome. *Int. J. Circumpolar. Health* 2002; 61 (supl. 2): 22–35.
11. Palmén S.J., Hulshoff P.H.E., Kemner C. i wsp.: Increased gray-matter volume in medication-naive high-functioning children with autism spectrum disorder. *Psychol. Med.* 2005; 35 (4): 561–570.
12. Fryze M., Gromska J. (promotor). Akademia Medyczna, Klinika Psychiatrii Rozwojowej, Zaburzeń Psychotycznych i Wiekui Podeszłego w Gdańsku. Ocena aktualnego stanu psychicznego oraz funkcjonowania społecznego pacjentów hospitalizowanych w dzieciństwie z rozpoznaniem zespołów schizofrenicznych. Praca doktorska 2003.