

**Objawy obsesyjno-kompulsyjne, tiki, stereotypie ruchowe czy dążność do zachowania stałości otoczenia? Występowanie powtarzalnych aktywności u pacjentów z całościowymi zaburzeniami rozwoju – opis przypadków\***

**Obsessive-compulsive symptoms, tics, stereotypic movements or need for absolute consistency? The occurrence of repetitive activities in patients with pervasive developmental disorders – case studies**

Anita Bryńska, Elżbieta Lipińska, Monika Matelska

Klinika Psychiatrii Wieku Rozwojowego WUM

Kierownik: prof. dr hab. n. med. T. Wolańczyk

**Summary**

Repetitive and stereotyped behaviours in the form of stereotyped interests or specific routine activities are one of the diagnostic criteria in pervasive developmental disorders. The occurrence of repetitive behaviours in patients with pervasive developmental disorders is a starting point for questions about the type and classification criteria of such behaviours. The aim of the article is to present case studies of patients with pervasive developmental disorders and co-morbid symptoms in the form of routine activities, tics, obsessive-compulsive symptoms or stereotyped behaviours. The first case study describes a patient with Asperger's syndrome and obsessive compulsive symptoms. The diagnostic problems regarding complex motor tics are discussed in the second case study which describes a patient with Asperger's syndrome and Gilles de la Tourette syndrome. The third and fourth case study describes mono-zygotic twins with so called High Functioning Autism whose repetitive activities point to either obsessive compulsive symptoms, stereotypic movements, need for absolute consistency or echopraxia. The possible comorbidity of pervasive developmental disorders and symptoms in the form of repetitive behaviours, possible interactions as well as diagnostic challenges is discussed in the article.

**Słowa klucze:** całościowe zaburzenia rozwoju, objawy obsesyjno-kompulsyjne, tiki, stereotypie

**Key words:** pervasive developmental disorders, obsessive-compulsive symptoms, tics, stereotypic behaviors

**Wprowadzenie**

W obrazie klinicznym całościowych zaburzeń rozwoju (CZR) dominują objawy zaburzeń funkcjonowania społecznego i komunikacji oraz powtarzające się wzorce

---

\* Praca finansowana z działalności statutowej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego (grant nr 2M7/W12005) oraz grantu badawczego Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego (decyzja nr 1025/B/P01/2009/36).

aktywności [1]. Jedno z kryteriów diagnostycznych opisuje ograniczone i powtarzające się zachowania, które przyjmują najczęściej postać zaangażowania w stereotypowe zainteresowania lub specyficzne czynności rutynowe. Charakterystyczna jest trudność dotycząca akceptowania nowych sytuacji i zmian w ustalonym porządku codziennego funkcjonowania, czego konsekwencją może być wymuszanie przez dziecko przestrzegania przez otoczenie preferowanych przez nie czynności rutynowych. W przypadku osób z zespołem Aspergera (ZA) charakterystyczna jest fascynacja pewnymi tematami, często wiążąca się z posiadaniem szczegółowej wiedzy w tym obszarze. Zainteresowania są wąskie, sztywne, skoncentrowane na szczegółach technicznych, z towarzyszącymi manieryzmami ruchowymi. Manifestują się kolekcjonowaniem rzeczy, a także zbieraniem wiadomości na określony temat, które w pewnym sensie stanowią również kolekcję, w obrębie której istnieje prosty system wyboru i układania informacji. Z kolei czynnościom rutynowym towarzyszy silna potrzeba, czasami wręcz przymus, dokończenia rozpoczętej czynności, nadmierna dbałość o nieistotne szczegóły. Występowanie różnych, powtarzalnych zachowań u osób z CZR jest punktem wyjścia powstania wielu pytań dotyczących przede wszystkim rodzaju tych zachowań i możliwości ich różnicowania. Celem pracy jest prezentacja przypadków pacjentów z CZR, ze współwystępującymi objawami o charakterze czynności rutynowych, tików, objawów obsesyjno-kompulsyjnych lub zachowań stereotypowych.

### Opis przypadków

#### Przypadek 1: ZA/zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne?

Chłopiec, lat 17. Rozwój psychoruchowy prawidłowy. Rozwój mowy w okresie niemowlęcym i wczesnodziecięcym bez cech CZR. W okresie przedszkolnym i wczesnoszkolnym postrzegany był jako bardzo dojrzały, „nadmiernie poważny”, „mały intelektualista”. Nie był zainteresowany nawiązywaniem kontaktów z dziećmi, co otoczenie często usprawiedliwiała „przypuszczalnie wyższym poziomem intelektualnym w porównaniu z rówieśnikami”; z drugiej strony chętnie wchodził w kontakt z dorosłymi, którzy zachwycali się jego wiedzą z zakresu numizmatyki. Od początku nauki radził sobie doskonale, choć w starszych klasach szkoły podstawowej oraz w gimnazjum zauważalny stał się problem dotyczący interpretacji związków frazeologicznych, znaczeń metaforycznych, interpretacji wierszy oraz tworzenia wypowiedzi pisemnych. Na lekcjach nie podejmował prób pisania opowiadań, rozprawek; był w stanie jedynie tworzyć krótkie konkretne wypowiedzi typu zaproszenie, ogłoszenie itp. Na podstawie wywiadu, rozmów, obserwacji funkcjonowania chłopca postawiono rozpoznanie ZA. Na mniej więcej rok przed zgłoszeniem się do lekarza rodzice obserwowali u syna objawy w postaci powtarzających się czynności w sposób istotny ograniczających jego prawidłowe funkcjonowanie.

#### Objawy i zachowania problemowe chłopca:

- 1) bardzo ograniczone kontakty społeczne, niechęć do nawiązywania nowych znajomości i podtrzymywania już zawartych; „nie jest mi to do niczego potrzebne” – uzasadniał;

- 2) analizowanie i uczenie się na pamięć planów lekcji dla wszystkich klas w szkole, do której uczęszczał, rozkładu sal lekcyjnych, grafików pracy nauczycieli; zbieranie i kolekcjonowanie informacji na temat ocen otrzymywanych przez kolegów z klasy, wyliczanie średnich ocen poszczególnych uczniów, przedmiotów, klasówek itp; sporządzanie rozlicznych zestawień i analiz statystycznych;
- 3) bardzo pedantyczna i formalna mowa; monotonna intonacja i modulacja wypowiedzi; trudności z rozumieniem „młodzieżowego slangu”;
- 4) bardzo uboga mimika twarzy i „mowa ciała”;
- 5) zupełny brak świadomości istnienia mody młodzieżowej; ubierał się wyłącznie w koszulę zapiętą na wszystkie guziki, nigdy nie założył dżinsów, zawsze chodził w wyprasowanych spodniach „z ostrym kantem”.

Czynności powtarzalne (objawy obsesyjno-kompulsyjne?):

- 1) wielogodzinne w ciągu każdego dnia prasowanie koszul i spodni (prasował jedną koszulę około 1,5 godz., spodnie ok. 2 godz.);
- 2) przymus bardzo starannego pisania w zeszytach (každorazowo sporządzał notatki w zeszycie najpierw ołówkiem, dokładnie rysując linie, w których będzie pisał, dzieląc „kratki” w zeszycie na mniejsze części, następnie – kaligrafując – poprawiał wszystko długopisem); w chwili zgłoszenia się do lekarza nie był w stanie prowadzić jakichkolwiek notatek, bardzo istotnie pogorszyło się jego funkcjonowanie i oceny w szkole;
- 3) przymus utrzymania porządku i symetrii w pokoju (przez kilka miesięcy nie dotykał podręczników, które po zakupieniu ułożył starannie na półce w obawie przed zabrudzeniem, zniszczeniem, zrobieniem bałaganu; uczył się z podręczników wypożyczonych z biblioteki szkolnej);
- 4) brak wglądu w objawy; chłopiec negował przeżywanie obsesji, występujące czynności uważał za całkowicie zasadne, twierdził, że lubi być uporządkowany, że tak właśnie „należy” postępować, a „skrupulatność i dokładność” są pozytywnymi cechami charakteru; rodzice opowiadali o występowaniu rozdrażnienia, gdy usiłowali przerwać mu wykonywanie wyżej opisanych czynności lub skrócić czas na nie poświęcany.

Przypadek 2: ZA i zespół Gilles de la Tourette’a/objawy obsesyjno-kompulsyjne?

Chłopiec, lat 13. Rozwój psychoruchowy i mowy prawidłowy, w okresie niemowlęcym i wczesnodziecięcym bez cech CZR. Od początku nauki w szkole miał trudności w funkcjonowaniu w grupie, duże problemy z akceptowaniem zmian. Od 9 r.ż. tiki wokalne: pokasływanie, pochrząkiwanie, i ruchowe: szczypanie, przykucanie, oraz zrytualizowane zachowania: przechodzenie pod lustrem tak, by nie było widać jego odbicia, zrytualizowany sposób przechodzenia przez drzwi.

Objawy i zachowania problemowe:

- 1) negatywne reakcje na wszelkie zmiany planów, „wyczulenie” na drobne niekonsekwencje słowne ze strony rodziny;

- 2) sporadyczne, powierzchowne relacje społeczne; chłopiec głównie zajęty swoimi zainteresowaniami: przeglądanie czasopism o tematyce informatycznej bądź militarnej, czytanie książek historycznych lub recytowanie ich fragmentów językiem literackim; potrafił przytoczyć dokładny przebieg bitew, np. pod Grunwaldem czy Wiedniem;
- 3) posługiwanie się „dorosłym” słownictwem oraz wieloma zwrotami grzecznościowymi, często nieadekwatnie, czasami całymi zdaniemami „kalkami” zasłyszczanymi z rozmowy dorosłych, wypowiedzianymi idiosynkratycznie, z płaską intonacją, np.: „chcę być porządnym obywatelem, być dobry dla ludzi i ojczyzny”, „jestem sympatycznym miłym chłopakiem, który interesuje się historią”;
- 4) wielokrotne powtarzanie w ciągu dnia „dzień dobry”, czasami „przepraszam” i poklepywanie np. personelu po plecach; pomimo tłumaczeń, że wystarczy przywitać się jeden raz, zachowanie to powtarzał. Przy próbach zabawy w „scenki”, mające odzwierciedlać różne sytuacje w domu czy szkole, nie podejmował dialogu, nie rozumiał kontekstu, szybko się nudził, zmieniał temat.

#### Tiki/objawy obsesyjno-kompulsyjne?

- 1) złożone tiki ruchowe (kompulsje?): zrytualizowane ruchy w obrębie obręczy barkowej oraz ruchy otwartą dłonią w okolicy twarzy; każdy z wykonywanych ruchów miał określony cel – „żeby się uspokoić”, „pokonać lęk”, najczęściej miał zapobiegać nieszczęściu, które może przytrafić się bliskim osobom (obsesje?) – „po to, żeby nic nie stało się rodzicom”; bardzo słaby wgląd w objawy;
- 2) sporadycznie pojedyncze tiki ruchowe proste w obrębie twarzy: mruganie;
- 3) tiki głosowe: chrząkanie, pokasływanie i pokrzykiwanie.

Przypadek 3 i 4: HFA (high functioning autism – „wysoko” funkcjonujący autyzm) /objawy obsesyjno-kompulsyjne?/stereotypie ruchowe?/dążność do zachowania stałości otoczenia?/echopraksja?

Bracia bliźniacy, lat 10. Chłopcy urodzeni z ciąży bliźniaczej (bliźnięta monozygotyczne). Rozwój psychoruchowy w okresie niemowlęcym opóźniony. Do 5 r.ż. w zachowaniu dzieci dominowała skrajna nadruchliwość, niemożność choćby krótkotrwałej koncentracji na zadaniu, brak kontaktu wzrokowego, brak zabaw symbolicznych, brak nawiązywania relacji i kontaktów społecznych. W tym czasie rozpoznano u obu chłopców padaczkę pod postacią napadów nieświadomości. Po włączeniu leczenia przeciwpadaczkowego zaobserwowano poprawę w zakresie kontaktu, nastąpił rozwój mowy. W przedszkolu zaczęli nawiązywać kontakt z innymi dziećmi, w 9 r.ż. rozpoczęli naukę w szkole integracyjnej (iloraz inteligencji w skali pełnej u braci odpowiednio 85 oraz 83). Na mniej więcej rok przed przyjęciem na oddział zaobserwowano pojawianie się zrytualizowanych, powtarzalnych zachowań.

#### Objawy i zachowania problemowe:

- 1) trudności w nawiązywaniu nowych znajomości i podtrzymywaniu już zawartych; inicjowanie kontaktu poprzez podbieganie, dotykanie, gonienie innego dziecka;

- 2) utrudniony kontakt wzrokowy;
- 3) brak zabaw symbolicznych; u jednego z bliźniaków „fascynacja liczbami”: dopytywanie się o liczbę dni w roku, miesiącu, przeliczanie godzin, dni, tygodni na sekundy, minuty itp.;
- 4) trudności z rozumieniem niepisanych zasad dotyczących zachowania; brak dystansu do osób dorosłych, mówienie na „ty” do nauczycielki, lekarza;
- 5) liczne agramatyzmy w wypowiedziach, echolalia, w dalszym ciągu używanie 3 os. l.p. w wypowiedziach dotyczących siebie;
- 6) wybiórcze jedzenie ograniczające się do kilku potraw;
- 7) dotycząca obu chłopców duża niechęć do noszenia innych ubrań niż nosi brat; w tym również skarpetek i bielizny.

Zachowania zrytualizowane (kompulsje? stereotypie ruchowe? echopraksja?):

- 1) u jednego z chłopców pojawiło się wielokrotne dotykanie miejsca, o które przypadkowo się otarł, tą samą częścią ciała; jednocześnie zaczął zmuszać brata, by ten powtórzył tę samą czynność – początkowo brat bez sprzeciwu dokładnie ją wykonywał;
- 2) u tego samego chłopca powtarzające się obawy, że ktoś go „powąchał”; w takiej sytuacji pojawiał się przymus podejścia do brata i „powąchania” go; brat powtarzał dokładnie tę samą czynność; obaj chłopcy wypowiadali przy tym słowo „powąchałeś”;
- 3) w czasie pobytu na oddziale zaobserwowano, że ww. zachowanie w dużej mierze służyło inicjowaniu i podtrzymywaniu wzajemnego kontaktu.

## Dyskusja

Czynnikiem niejednokrotnie utrudniającym postawienie rozpoznania CZR, zwłaszcza ZA, jak również wikłającym ich przebieg, jest bardzo częste współwystępowanie objawów innych zaburzeń, które najczęściej mają swój początek w wieku późnej adolescencji lub wczesnej dorosłości [2]. Ghaziuddin i wsp. [3] wykazali, że aż u 65% pacjentów z ZA współwystępowały różne zaburzenia psychiczne. Ponieważ pogorszenie w zakresie funkcjonowania wśród osób z ZA w okresie adolescencji jest zjawiskiem częstym [4], istnieje ryzyko pominięcia objawów, które mogą świadczyć o innej, rozwijającej się patologii.

W 1 przypadku opisane objawy mogą sugerować dołączające się do ZA zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne (OCD – obsessive-compulsive disorder). Na podstawie dostępnego piśmiennictwa można stwierdzić, że współwystępowanie OCD i ZA jest zjawiskiem stosunkowo częstym, jakkolwiek literatura opisująca je jest niewielka. Baron-Cohen [5] uważa, że stereotypowe, obsesyjne zainteresowania i aktywności prezentowane przez osoby z CZR różnią się od tych występujących u pacjentów z OCD. Jednocześnie zwraca uwagę na fakt częstego używania terminu „obsesja” w odniesieniu do prezentowanych zachowań. Określenie to jest używane głównie w trzech aspektach: w odniesieniu do powtarzających się stereotypowych zabaw,

dla zdefiniowania potrzeby zachowania stałości otoczenia, w odniesieniu do powtarzających się ograniczonych zainteresowań. Warto jednak zauważyć, że powyższe zachowania nie spełniają wymogów definicyjnych właściwych określeniom „obsesja” i „kompulsja”, stąd też bardziej trafne wydaje się sformułowanie „powtarzające się aktywności”. Niewątpliwie jednak u osób z CZR mogą występować typowe objawy obsesyjno-kompulsyjne, choć ich diagnozowanie może dostarczać wielu trudności. Badania w tym zakresie to najczęściej opisy pojedynczych przypadków [6]. Szatmari i wsp. [7] wykazali, że w grupie 24 dzieci z CZR, w przypadku 8% dzieci z ZA i 10% z HFA zdiagnozowano dodatkowo OCD, przy czym w grupie kontrolnej złożonej z dzieci prezentujących różnorodne problemy w zakresie funkcjonowania społecznego diagnozę postawiono w 5% przypadków. Z kolei w badaniu Ruty i wsp. [8] dokonano porównania grup z ZA, OCD oraz osób zdrowych w zakresie występowania i charakterystyki objawów obsesyjno-kompulsyjnych. W grupie osób z ZA zdecydowanie częściej (w porównaniu z grupą z OCD i grupą osób zdrowych) występowały myśli natrętne związane z gromadzeniem rzeczy, powtarzaniem i układaniem oraz czynności natrętne związane z przymusem porządkowania i symetrii, w grupie zaś z OCD przeważały obsesje czystościowe i o tematyce agresywnej oraz czynności natrętne związane ze sprawdzaniem. Mimo że żadnej z osób z ZA nie postawiono formalnej diagnozy OCD, to częstość występowania objawów obsesyjno-kompulsyjnych była zdecydowanie większa niż w kontrolnej grupie osób zdrowych. Wgląd i krytycyzm w stosunku do przeżywanych objawów był najniższy w grupie z ZA.

Z drugiej strony zaburzenia osobowości typu obsesyjno-kompulsyjnego (OCPD – obsessive-compulsive personality disorder), określane w ICD-10 jako osobowość anankastyczna, mają wiele cech wspólnych z charakterystyką kliniczną zaburzeń autystycznych w postaci: braku spontaniczności w kontaktach z innymi ludźmi, potrzeby zachowania identyfikacji, stereotypowych zainteresowań, formalizmu, w związku z czym często włączane są w spektrum zaburzeń autystycznych. Istnieją badania, w których wykazano, że niektórzy pacjenci z takimi cechami zaburzeń osobowości wykazywali w okresie dzieciństwa opóźniony rozwój mowy, problemy w interakcjach społecznych, opóźniony rozwój motoryczny czy też sztywne zainteresowania [9]. Cechy i zachowania obserwowane w przypadku zaburzeń osobowości postrzegane są przez pacjenta jako integralna część charakteru i osobowości, a więc są egosyntoniczne. Osoby z OCPD rzadko doświadczają występowania myśli bądź czynności natrętnych, czasami pojawiają się ruminacje, często perfekcjonizm, nadmierne kontrolowanie się i niezdecydowanie, zahamowanie w sferze emocjonalno-popędowej. Warto zatem zadać pytanie, czy obserwowane w przypadku pierwszego pacjenta „powtarzające się aktywności” ze współtowarzyszącym brakiem wglądu oraz poczucia jakichkolwiek ograniczeń i trudności w zakresie własnego funkcjonowania – nie powinny być interpretowane w kontekście nieprawidłowo kształtującego się rysu osobowościowego? Z pewnością dobre rozumienie natury powtarzalnych myśli i zachowań, sugerujących objawy obsesyjno-kompulsyjne, prezentowanych przez osoby z ZA wymaga dalszych badań tego zagadnienia.

Tiki i mimowolne wokalizacje są zjawiskiem częstym wśród pacjentów z zespołem Aspergera i występują w nasileniu niejednokrotnie spełniającym kryteria zespołu Gilles de la Tourette’a [10]. Z drugiej strony, co warto podkreślić, pacjenci z zespołem Tourette’a (ZT) niejednokrotnie przejawiają problemy w zakresie empatii i funkcjonowania społecznego,



nieco przypominające swą charakterystyką objawy CZR [11]. Dodatkowym problemem wikłającym przebieg ZT mogą być współwystępujące objawy obsesyjno-kompulsyjne. Jak się okazuje, OCD występuje aż u 28–68% pacjentów z zespołem Tourette'a, a objawy zazwyczaj rozpoczynają się po 3–6 latach zaburzeń tikowych. Niejednokrotnie mogą dominować w obrazie klinicznym i w znacznie większym stopniu niż tiki utrudniać funkcjonowanie. Pauls i wsp. [12] są twórcami koncepcji dotyczącej wzajemnych, genetycznych powiązań między OCD a ZT, zgodnie z którą alternatywną reprezentacją kliniczną w przypadku niektórych postaci OCD może być choroba tikowa lub też chroniczne tiki złożone. Z drugiej strony wśród wielu badaczy istnieje tendencja do włączania niektórych rodzajów kompulsyjnych rytuałów w fenomenologię ZT [13], czego konsekwencją może być definiowanie tików jako kompulsji, i odwrotnie, oraz powstanie nieścisłości klasyfikacyjnych. Dla ułatwienia różnicowania wyżej wspomnianych objawów Shapiro i Shapiro [14] proponują nazwać objawy o charakterze tików, podobne do objawów kompulsyjnych, „impulsjami”. Różnicowanie objawów OCD i ZT jest często bardzo trudne, co obrazuje przypadek 2. Najczęstszym kłopotem jest rozróżnienie czynności natrętnych i złożonych tików ruchowych. W przypadku obu sytuacji objawy są poprzedzone narastającym uczuciem napięcia/dyskomfortu, a konsekwencją wykonania zarówno tików, jak i czynności natrętnej jest spadek poziomu niepokoju. Również wystąpienie myśli natrętnej przed wykonaniem czynności nie rozstrzyga jednoznacznie o charakterze tej ostatniej, gdyż jak się okazuje niejednokrotnie myśl natrętna może poprzedzić wykonanie ruchu mimowolnego [15]. Czasami charakter i struktura obserwowanych objawów lokalizują je w obszarach pośrednich, gdzie nie do końca spełnione są kryteria dla jednoznacznego rozpoznania tików czy też czynności natrętnej. Zjawisko to tłumaczy koncepcja spektrum zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych [16], która wyłoniła się z obserwacji dotyczących istnienia podobnych cech klinicznych w przypadku OCD i niektórych schorzeń. Zasadniczymi objawami w grupie omawianych zaburzeń są myśli natrętne oraz powtarzalne zachowania, rytuały. Powiązania z OCD w tych przypadkach mogą dotyczyć również takich cech, jak wiek pojawienia się choroby, jej przebieg kliniczny, współwystępowanie innych zaburzeń, przypuszczalna etiologia oraz odpowiedź na leczenie farmakologiczne i behawioralne. Przedstawianie objawów psychopatologicznych w postaci kontinuum obejmującego różne wymiary objawów pozwala na ustalenie diagnozy w przypadkach o nietypowym przebiegu klinicznym, a także u pacjentów nie spełniających wszystkich kryteriów diagnostycznych dla określonego zaburzenia. W odniesieniu do spektrum zaburzeń OCD proponowane jest utworzenie kilku wymiarów. Jednym z nich jest wymiar nazwany przez Hollandera [16] kognitywno-motorycznym. Pozwala on na włączenie w skład kontinuum, z jednej strony, OCD z objawami tylko w postaci myśli natrętnych, hipochondrii, depersonalizacji, dysmorfofobii, a z drugiej – dziecięcej postaci OCD z przeważającymi czynnościami natrętnymi, zespołu Gilles de la Tourette'a oraz trichotilomanii. Próba wyjaśnienia natury obserwowanych objawów jest niezwykle ważna, gdyż determinuje to postępowanie terapeutyczne.

Zróżnicowanie objawów w 3 i 4 przypadku jest niezwykle trudne. Możliwe jest rozważenie kilku koncepcji: dołączające się problemy to 1) objawy obsesyjno-kompulsyjne, 2) stereotypie ruchowe, 3) przejaw dążności do zachowania stałości otoczenia, lub 4) zachowania o charakterze echopraksji. Jak się wydaje, najtrudniej wyjaśnić obsesyjno-kompulsyjny charakter opisywanych aktywności, gdyż należałoby

wykazać, że podejmowane są one nie w celu uzyskania przyjemności (gratyfikacji), ale dla redukcji niepokoju, z towarzyszącym subiektywnym poczuciem przymusu ich wykonania i zmniejszonym poczuciem własnej kontroli. Mimo że czynności natrętne mogą być częściowo akceptowane, to powinny być postrzegane jako nadmierna odpowiedź na poprzedzającą je myśl natrętą. W sytuacji, w której nie towarzyszy im niepokój lub jest on słabo dostrzegany przez pacjenta, powinny być one określane jako całkowicie irracjonalne i bezsensowne. Ze względu na ograniczony kontakt werbalny w przypadku obu pacjentów prześledzenie powyższych zależności jest niemożliwe. Jak się wydaje, objawy prezentowane przez jednego z chłopców (wielokrotne dotykanie miejsca, o które przypadkowo się otarł, obawy, że ktoś go „powąchał”, podchodzenie do brata i przymus „wąchania” go) można przypisać zachowaniom o charakterze natrętnym, z drugiej zaś strony – aktywności przejawianej przez brata (dokładne odwzorowywanie zaobserwowanego zachowania), dążności do zachowania stałości otoczenia (w kontekście sprzeciwu dotyczącego noszenia innych ubrań niż nosi brat) lub zachowaniom o charakterze echopraksji. Warto przypomnieć, że wg Tantam i Prestwood [2] dołączająca się do CZR psychopatologia zasadniczo może przyjmować analogiczny jak w przypadku innych osób obraz kliniczny, z pewnymi jednak różnicami, wśród których należy przede wszystkim uwzględnić nasilenie objawów podstawowego zaburzenia jako wyraz dodatkowych problemów, których doświadcza pacjent (np. narastanie trudności w relacjach społecznych, unikanie i wycofywanie się z nich, nasilenie się zachowań rutynowych, sztywne zainteresowania, stopniowa lub nagła zmiana zachowania). Lainhart i Folstein [17] podają wskazówki, na co powinno się bezwzględnie zwracać uwagę, stawiając dodatkowe rozpoznanie w tych przypadkach: pogorszenie się lub zmiana w zakresie funkcjonowania poznawczego, komunikacji i zachowań pacjenta, rzadko pojawiające się skargi na nowe objawy. Trzeba poza tym odnieść zaobserwowaną zmianę do podstawowego wzorca aktywności i zainteresowań pacjenta, ocenić stan psychiczny na podstawie informacji pozyskanych z różnych źródeł. Szczególną uwagę należy zwrócić na pojawienie się lub nasilenie zwiększonej/zmniejszonej aktywności, niepokoju i pobudzenia, agresji, samookaleczeń, nasilenie się objawów podstawowego zaburzenia. Attwood [18] zwraca uwagę na dodatkowy element utrudniający postawienie rozpoznania wśród osób z CZR, w tym z ZA, a mianowicie trudności pacjentów w zakresie nazywania i dostrzegania własnych stanów emocjonalnych oraz i ich zmian, zwłaszcza jeśli są subtelne.

**Обсессийно-компульсивные симптомы, тики, двигательные стереотипии или же стремление к сохранению постоянства окружения? Появление повторяемых активностей у пациентов с целостными нарушениями развития. Описание клинических наблюдений.**

#### Содержание

Одним из диагностических критерий, характеризующих группу целостных нарушений развития (ЦНР) – это ограниченные и повторяющиеся типы поведения. Они могут принимать различные формы заинтересованности и стереотипии, или же специфичные рутинные действия. Присутствие повторяющихся поведений и лиц с ЦНР является исходным пунктом ко многим вопросам, относящимся к типу этих поведений и возможности их дифференцировки. Задачей работы является представление клинических наблюдений над пациентами с ЦНР и сосуществующими симптомами, рутинными по своему характеру, тиками



obsessivno-kompulsywnymi symptomami lub też stereotypnymi postępowaniami. У одного из пациентов диагностирован синдром Аспергера с obsessivno-kompulsywnymi symptomami, а у следующего больного с синдромом Аспергера и синдромом Жюль де Туретта, у которого то диагностические трудности относились к отличию сложных тиков движения. В последующих 3 и 4 описаниях клинической картины предоставлена картина поведения монозиготических близнецов, с т.н. „высоко” функционирующим аутизмом, у которых повторяемые активности могут указывать на появление obsessivno-kompulsywnych симптомов, двигательных стереотипов а стремление к сохранению постоянности окружения или эхопраксии. Проведена дискуссия о возможности сосуществования целостных нарушений развития и симптомов повторяемых поведений. Кроме того, представлены взгляды на взаимное их присутствие, связанное также с трудностями диагностики наблюдаемых симптомов.

### **Obsessiv-kompulsive Störung, Tics, motorische Stereotypien oder Streben nach Beständigkeit der Umgebung? Repetitive Aktivitäten bei Patienten mit tiefgreifenden Entwicklungsstörungen – Fallbeschreibung**

#### **Zusammenfassung**

Eins von den diagnostischen Kriterien aus der Gruppe der tiefgreifenden Entwicklungsstörungen sind beschränkte und sich wiederholende Verhaltensweisen, die sich als stereotype Interessen oder spezifische Aktivitäten. Das Auftreten von repetitiven Verhaltensweisen bei den Personen mit tiefgreifenden Entwicklungsstörungen ist die Grundlage für viele Fragen zu diesen Verhaltensweisen und Möglichkeiten ihrer Unterscheidung. Das Ziel der Arbeit ist die Vorstellung der Fälle der Patienten mit tiefgreifenden Entwicklungsstörungen und komorbiden Symptomen wie Schematismen, Tics, obsessiv-kompulsive Symptome oder stereotype Aktivitäten. Im ersten Fall beschreiben die Autorinnen einen Patienten mit Asperger-Syndrom und Symptomen mit obsessiv – kompulsiver Ausprägung, im zweiten Fall einen Patienten mit Asperger-Syndrom und Tourett-Syndrom, bei dem die diagnostischen Probleme die Abgrenzung der zusammengesetzten Tics betreffen. Der dritte und vierte Fall ist die Beschreibung der Zwillinge mit dem Hochfunktionellen Autismus, bei denen die sich wiederholende Aktivitäten auf das Auftreten von obsessiv-kompulsiven Störungen, motorischen Stereotypien, Streben nach gleichbleibender Gestaltung ihrer Umgebung, Echopaxie hinweisen können. Die Autorinnen diskutieren die Möglichkeit der Komorbidität der tiefgreifenden Entwicklungsstörungen und Symptomen mit repetitivem Charakter. Sie überlegen die gegenseitigen Abhängigkeiten und Probleme der Abgrenzung der beobachteten Symptome.

### **Les symptômes obsessifs-compulsifs, tics, mouvements stéréotypés ou besoin de la consistance absolue ? L'occurrence des activités répétitives des patients souffrant des troubles envahissants du développement – description des cas**

#### **Résumé**

Les conduites répétées qui prennent les formes des activités stéréotypées ou intérêts stéréotypés, de la routine spécifique, constituent un des critères diagnostiques des troubles envahissants du développement (TED). L'occurrence des conduites répétées chez les personnes souffrant des TED cause de plusieurs questions concernant ces conduites et leurs classifications. Ce travail présente des cas des patients souffrant de TED avec les symptômes coexistant tels que : activités stéréotypées, tics, symptômes obsessifs-compulsifs, conduites de routine. Le premier cas décrit parle du patient avec le syndrome d'Asperger et les symptômes obsessifs-compulsifs, le deuxième – du patient avec le syndrome d'Asperger et le syndrome de Gilles de la Tourette. Les cas 3 et 4 décrivent les jumeaux monozygotiques souffrant de l'autisme de haut niveau. Chez ces jumeaux les activités répétitives peuvent suggérer les symptômes obsessifs-compulsifs, les mouvements stéréotypés visant à garder la consistance absolue ou l'écho praxie. Les auteurs discutent encore la possible comorbidité de TED et des symptômes des conduites répétitives et leurs possibles corrélations ainsi que les difficultés à les différencier.

### Piśmiennictwo

1. Harris JC. Developmental neuropsychiatry. *Assessment, diagnosis and treatment of developmental disorders*. Autistic disorder. New York: Oxford University Press; 1995, s. 187–243.
2. Tantam D, Prestwood S. *A mind of one's own: a guide to the special difficulties and needs of the more able person with autism or Asperger syndrome*. London: National Autistic Society; 1999.
3. Ghaziuddin E, Weidmer-Mikhail E, Ghaziuddin N. *Comorbidity of Asperger syndrome: a preliminary report*. J. Intel. Dis. Research 1998; 42: 279–283.
4. Gillberg C, Steffenburg S. *Outcome and prognostic factors in autism and similar conditions: a population-based study of 46 cases followed through puberty*. J. Aut. Dev. Disord. 1987; 17: 273–287.
5. Baron-Cohen S. *Do autistic children have obsessions and compulsions?* Brit. J. Clin. Psychol. 1989; 28: 193–200.
6. Thomsen PH. *Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. A study of phenomenology and family functioning in 20 Danish cases*. Eur. Child Adolesc. Psychiatry 1994; 3: 29–36.
7. Szatmari P, Bartolucci G, Bremner R. *Asperger's syndrome and autism: Comparison of early history and outcome*. Dev. Med. Child Neurol. 1989; 31: 709–720.
8. Ruta L, Mugno D, D'Arrigo VG, Vitiello B, Mazzone L. *Obsessive-compulsive traits in children and adolescents with Asperger syndrome*. Eur. Child Adolesc. Psychiatry 2010; 19: 17–24.
9. Thomsen PH, Mikkelsen HU. *Development of personality disorders in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: A 6-22 year follow-up study*. Acta Psychiatr. Scand. 1993; 87: 456–462.
10. Ringman JM, Jankovic J. *Occurrence of tics in Asperger's syndrome and autistic disorder*. J. Child Neurol. 2000; 15: 394–400.
11. Kadesjö B, Gillberg C. *Tourette's disorder: epidemiology and comorbidity in primary school children*. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 2000; 39: 548–555.
12. Pauls DL, Towbin KE, Leckman JF. *Gilles de la Tourette's syndrome and obsessive compulsive disorder*. Arch. Gen. Psychiatry 1986; 43: 1180–1182.
13. Cohen DJ, Leckman JF, Shaywitz BA. *Tourette's syndrome: Assessment and treatment*. W: Schaffer D, Khoharot AA, Grenhill L, red. *Diagnosis and treatment in pediatric psychiatry*. New York: Macmillan Free Press; 1984.
14. Shapiro AK, Shapiro ES. *Evaluation of the reported association of obsessive-compulsive symptoms or disorder with Tourette's disorder*. Compreh. Psychiatry 1992; 33: 152–165.
15. Miguel EC, Baer L, Coffey BJ, Rauch SL, Savage CR, O'Sullivan RL, Phillips K, Moretti C, Leckman JF, Jenike MA. *Phenomenological differences appearing with repetitive behaviors in obsessive-compulsive disorder and Gilles de la Tourette's syndrome*. Brit. J. Psychiatry 1997; 170: 140–145.
16. Hollander E. *Obsessive-compulsive spectrum disorders: an overview*. Psychiatr. Annals. 1993; 23: 355–358.
17. Lainhart JE, Folstein SE. *Affective disorders in people with autism: a review of published cases*. J. Autism Develop. Disord. 1994; 24: 587–601.
18. Attwood T. *Asperger's syndrome: A guide for parents and professionals*. London: Jessica Kingsley; 1998.

Adres: Anita Bryńska  
Klinika Psychiatrii Wieku Rozwojowego WUM  
00-576 Warszawa, ul. Marszałkowska 24

Otrzymano: 30.10.2010  
Zrecenzowano: 31.01.2011  
Otrzymano po poprawie: 16.03.2011  
Przyjęto do druku: 9.05.2011