

«گزارش مورد»

## شک به اسکیزوفرنی با بروز رفتارهای آشفته در کودک مبتلا به اوتیسم

ژاله نیلساز<sup>1\*</sup>، اشرف تشکری<sup>2</sup>، سرور نعمت پور<sup>3</sup>، رضا باباپور<sup>4</sup>

### چکیده

در ابتدا گمان می‌شد که اختلال اوتیسم و اسکیزوفرنی کودکی در واقع یک حالت هستند ولی مطالعات بعدی تفاوت‌هایی را نشان داد. برای افتراق اختلال اوتیسم از اسکیزوفرنی به مطالعات طولی نیاز است.

تشخیص سایکوز در مبتلایان به اوتیسم هنوز هم چالش برانگیز است چون این دو اختلال خصوصیات مشابه زیادی دارند؛ از جمله اختلالات در درک، اختلالات فکر، کاتاتونی و اختلال در آزمون‌های واقعیت‌سنجی است. تشخیص افتراقی‌های دیگر برای سایکوز در کودکی عبارتند از: سایکوز به دلیل بیماری عضوی، مصرف مواد، اختلال فروپاشنده کودکی، افسردگی روان‌پیشانه و اختلال اسپرگر.

گزارش ذیل به معرفی یک مورد دشواری در افتراق اختلال اوتیسم از سایر علل رفتار آشفته و اهمیت آن در درمان می‌پردازد.

**واژگان کلیدی:** اوتیسم، سایکوز، اسکیزوفرنی.

1- دستیار روان‌پزشکی، گروه روانپزشکی، بیمارستان گلستان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران.

تلفن و پست الکترونیک: 09163105293  
[dr.nilsaz@gmail.com](mailto:dr.nilsaz@gmail.com)

2- استادیار گروه روانپزشکی، بیمارستان گلستان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران.

تلفن و پست الکترونیک: 09163135002  
[tashakori\\_doctor@yahoo.com](mailto:tashakori_doctor@yahoo.com)

3- کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، بیمارستان گلستان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران.

تلفن و پست الکترونیک: 09161135412  
[s\\_neamatpour@yahoo.com](mailto:s_neamatpour@yahoo.com)

4- دستیار اطفال، گروه اطفال، بیمارستان گلستان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران.

تلفن و پست الکترونیک: 09161135412  
[drbabaour@yahoo.com](mailto:drbabaour@yahoo.com)

\* نویسنده مسؤل:

ژاله نیلساز؛ ایران، اهواز، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، دانشکده پزشکی، بیمارستان گلستان، گروه روانپزشکی.

تلفن: 09163105293

Email: [dr.nilsaz@gmail.com](mailto:dr.nilsaz@gmail.com)

تاریخ پذیرش: 91/6/27

تاریخ دریافت: 91/2/1

## مقدمه

در بین دیگر اختلالات روان‌پزشکی، اختلال دو قطبی همانند اوتیسم پایه‌ی ژنتیک قوی دارد و احتمال نزدیکی این دو بیماری نیز وجود دارد (7).

## معرفی بیمار

بیمار، کودک 8/5 ساله، اهل و ساکن اهواز بود. مادر بیمار تا سن 2/5 سالگی مشکلی را گزارش نمی‌کرد ولی به تدریج صحبت‌های تکراری داشته و تعامل اجتماعی و ارتباط او ضعیف شد. به اسباب‌بازی تمایل کمی نشان می‌داد و قشقرق به پا می‌کرد. در مکان‌های شلوغ دست‌ها را در گوش‌هایش فرو می‌برد و تمایل به بازی با سایرین نداشت و این مشکلات ارتباطی با رشد کودک بارزتر گردیدند. در کلاس اول ابتدایی مشکلات وی در زمینه‌ی توجه و تمرکز بیشتر مشخص شد. با توجه به تحصیل در مدرسه‌ی معمولی و عدم برخورداری از آموزش ویژه، در درس ریاضی و خواندن، نمرات بسیار پایینی کسب نمود. در کلاس دوم به دلیل بی‌قراری و مشکلات توجه به پزشک عمومی مراجعه نموده و هالوپریدول دریافت کرده بود. مادر بیمار ذکر می‌کرد که مشکلات رفتاری کودک بعد از مصرف این دارو بیشتر شده و به این دلیل داروی هالوپریدول قطع گردیده بود. سپس به روان‌پزشک اطفال مراجعه شده که ایشان توجه به روند مشکلات ارتباطی و مشاهده‌ی رفتار کودک تشخیص اوتیسم را برای بیمار مطرح کرده و داروی ریسپریدون را جهت درمان اختلالات رفتاری وی، تجویز نموده است. مادر بیمار ذکر می‌کرد که به دنبال مصرف این دارو بی‌قراری کودک بیشتر شده بود به طوری که اشیاء را پرت می‌کرد و مرتب فریاد کشیده است. بنابراین مادر داروها را قطع می‌کند ولی اختلال رفتار با قطع دارو بهبود نمی‌یابد و حتی شدت مشکلات افزایش می‌یابد. این بار کودک توسط فوق‌تخصص مغز و اعصاب اطفال معاینه می-

لثوکانر در سال 1943 کودکانی را توصیف کرد که دارای خصوصیات زیر بودند: در خود ماندگی مفرط، تأخیر یا انحراف در رشد همراه با پژواک کلام، وارونگی ضمیر، تکرار یکنواخت صداها، حافظه‌ی طوطی‌وار عالی، محدودیت در حرکات خود به‌خودی، تماس چشمی ضعیف و روابط غیر طبیعی با دیگران (1). میزان شیوع اختلال اوتیسم 8/7 در ده هزار است (1). بیماران مبتلا به اختلال اوتیسم در معرض خطر بالای ابتلا به سایکوز شبه اسکیزوفرنی هستند (2). در یک مطالعه از نوع مقایسه با گروه شاهد، احتمال ابتلای کودکان مبتلا به اختلال اوتیسم به اسکیزوفرنی 3/4 درصد و در گروه شاهد 0/8 درصد بود (2). در یک مطالعه‌ی دیگر، اسکیزوفرنی شایع‌ترین اختلال روان‌پزشکی در کودکان مبتلا به اختلال اوتیسم بود (3). در مطالعه‌ی بزرگ، اسکیزوفرنی با شیوع زودرس در 30 تا 50 درصد موارد با اوتیسم همراه بوده است (3). در پژوهشی، 84/6 درصد از بیماران مبتلا به اختلال اوتیسم بزرگسال، سایکوز را تجربه کرده بودند و 72/3 درصد آنها تشخیص اسکیزوفرنی دریافت کرده بودند (3). مطالعات زیادی از نزدیکی اوتیسم و اسکیزوفرنی با توجه به تئوری ذهن و اختلال در سلول‌های عصبی آینه‌ای سخن می‌گویند (4). توجه به این مسأله اساسی است که همپوشانی رفتاری اسکیزوفرنی و اوتیسم، فقط به علایم منفی محدود نیست بلکه شامل علایم مثبت و آشفته نیز می‌شود (5). از طرف دیگر شواهد گیج‌کننده‌ای در مورد شیوع اسکیزوفرنی در این کودکان وجود دارد در حالی‌که در بعضی از مطالعات، اختلالات اضطرابی به عنوان شایع‌ترین هم‌ابتلایی روان-پزشکی در این کودکان گزارش شده است (6). در همین راستا، در یک تحقیق بیشترین اختلال همبودی با اوتیسم را اختلال بیش‌فعالی و کاهش توجه ذکر کرده‌اند (7).

شدیداً آشفته و گوشه‌گیری شدید که حداقل یک ماه طول بکشد، اختلال در عملکرد تحصیلی یا اجتماعی. هر چه سن و درک در شروع بیماری کمتر باشد، احتمال وجود توهم-های بینایی یا شنوایی بیشتر است و با افزایش سن هذیان‌ها بیشتر می‌شوند. عواطف کند و نامتناسب تقریباً در تمام کودکان مبتلا به اسکیزوفرنی دیده می‌شود و آنها قادر نیستند که با اصلاح و تکمیل و تفصیل، پیام ارتباطی خود را روشن کنند (7). در بیمار مورد نظر، پس از رد علل عضوی معمول، دلیل رفتار آشفته (برهنه شدن) قابل بحث است که آیا این رفتار واقعاً بدون دلیل و لاجرم آشفته بوده و یا اینکه به دنبال یک توهم شنوایی آمرانه و یا یک هذیان کنترل رخ داده باشد. پرخاشگری به افراد و صحبت زیر لب نیز می‌تواند به دلیل هذیان گزند و آسیب، توهم شنوایی و یا رفتار آشفته باشد. بررسی این موارد در یک کودک مبتلا به اوتیسم با نقص ارتباط اولیه، بسیار مشکل است. شاید تأثیر داروهای ضدجنون در برخی موارد اختلال رفتاری، به دلیل وجود سایکوز کودکان مبتلا به اوتیسم باشد که تشخیص داده نشده است. در یک مطالعه‌ی درمانی، کلوزاپین بر آشفتگی‌های رفتاری شدید بیماران مبتلا به اوتیسم تأثیر بسیار خوبی داشته است (8). در بعضی از مطالعات، اختلالات اضطرابی به عنوان شایع‌ترین هم‌ابتلائی روان‌پزشکی در این کودکان گزارش شده است (6). وجود اضطراب که در این کودکان بسیار شایع است می‌تواند اختلال رفتاری شبیه به این علائم ایجاد نماید. در این بیمار بدتر شدن علائم رفتاری به دنبال مصرف دارو، شاید به دلیل آکاتزیایا، دیستونی و یا سیر خود اختلال اوتیسم باشد. آکاتزیایک حس بسیار ناخوشایند در بیماران ایجاد می‌کند که می‌تواند به شکل پرخاشگری و بی-قراری نمایان گردد. دیستونی نیز می‌تواند به اشکال متفاوت و حتی به صورت ناتوانی در بلع و سختی تنفس ظاهر گردد یا به دلیل ایجاد اضطراب شدید، به مشکلات رفتاری منجر شود. احتمال ایجاد و نیز تشدید عوارض دارویی در بیماران

شود که با توجه به نوار مغز غیرطبیعی، والپروات تجویز شده بود که به دلیل تأثیر ضعیف آن بر مشکلات رفتاری، والپروات نیز قطع شد. به تدریج مشکلات رفتاری کودک بارزتر می‌گردد بدین گونه که کودک به محض دیدن دو نفر خاص از آشنایان، بی‌قرار شده و به آنها حمله می‌کرد و آنها را کتک می‌زده است و در تمام مدت روز به دفعات زیاد فریاد زده و در منزل دویده است و در صورت ممانعت از رفتار وی، فریاد زده و با مشت به فرد مقابل ضربه زده است. کودک به طور مکرر در ملاء عام برهنه می‌شده در حالی که قبلاً هیچ کدام از این کارها را انجام نمی‌داد. در پاسخ به پرسش در مورد علت انجام این رفتارها، کودک می‌خندید و کلماتی را زیر لب زمزمه کرد. به گفته مادر بیمار در طی این مدت به شکل نامنظم و گه‌گاهی و مقدار ناکافی از داروهای هالوپریدول، رسپریدون و والپروات و دیفن‌هیدرامین استفاده کرده‌اند ولی اثربخشی در بهبود این رفتارها مشاهده نکرده‌اند. این رفتارها با شدت متغیر به مدت 3 تا 4 ماه ادامه داشت ولی به هیچ عنوان قطع نشدند و در زمان معاینه‌ی مجدد روان‌پزشکی، نیز وجود داشتند. به همین دلیل روند تحصیل کودک دچار اختلال شده و در این زمان با توصیه‌ی روان‌پزشک اطفال، وی در بیمارستان روان‌پزشکی بستری شده بود. در پی اصرار والدین بر ترخیص زودهنگام از بیمارستان، تشخیص قطعی مشخص نشد ولی علائم کودک با تجویز 4 میلی‌گرم ریسپریدون، 1 میلی‌گرم بپریدین سه بار در روز، 1 میلی‌گرم کلونیدین شبانه و 300 میلی‌گرم لیتیم سه‌بار در روز بهبود یافت ولی قشقرق و نشانه‌های کم-توجهی با الگوی نوسان‌دار ادامه پیدا کرد. در حال حاضر، کودک در مدرسه‌ی مخصوص کودکان اوتیسم مشغول به تحصیل است.

#### بحث

اسکیزوفرنی در سنین پیش از بلوغ شامل حداقل دو علامت از علائم زیر است: توهم، هذیان، رفتار یا تکلم

و شاید تنها ابزار تشخیص است بسیار مشکل می‌کند. به همین دلیل، گرفتن اطلاعات از منابع دیگر همانند والدین، دیگر مراقبان و معلمان گزینه بهتری است و طراحی پرسش-نامه‌هایی که اطلاعات این افراد را بررسی می‌کند، می‌تواند کمک‌کننده باشد. در ضمن، آموزش به مادران این کودکان و توضیح علایم و نشانه‌های تشخیصی برای آنها کمک بیشتری به تشخیص بیماری می‌کند. از طرف دیگر برخی از محققان در مورد تأیید تشخیص اسکیزوفرنی در بیماران با احتمال بیماری جسمی و یا رشدی مثل صرع و اوتیسم نظر مساعدی ندارند. آنها بر مشکلات زندگی بیمار بعد از این تشخیص و احتمال انگ در مورد بیمار و خانواده‌ی وی تأکید می‌کنند (10). با توجه به ابهامات و مشکلات مذکور لازم است که روان‌پزشکان به احتمال همبودی این دو اختلال (اسکیزوفرنی و اوتیسم) و ارتباط آنها با یکدیگر و لزوم درمان زود هنگام توجه بیشتری کنند (4). بدیهی است که در نظر گرفتن تشخیص‌های افتراقی، نقش تعیین‌کننده‌ای در درمان مناسب این نشانه‌ها در بیماران مذکور دارد.

مبتلا به چند اختلال همزمان و نیز در کودکان بسیار بیش از سایرین است (9). سیر بیماری در اوتیسم نیز می‌تواند شدت و ضعف داشته باشد و علایم چه مثبت و چه منفی از نظر بروز و شدت تغییر نمایند.

در یک تحقیق بیشترین اختلال همبودی با اوتیسم را اختلال بیش‌فعالی و کاهش توجه ذکر کرده‌اند (7). کودک مذکور، نشانه‌های کاهش توجه و بیش‌فعالی را نیز داراست و با توجه به متغیر بودن سیر علایم و شدت این اختلال محتمل است که لااقل قسمتی از نشانه‌های کودک به دلیل بیش‌فعالی باشد. اختلال دو قطبی همانند اوتیسم پایه‌ی ژنتیک قوی دارد و احتمال نزدیکی این دو بیماری نیز وجود دارد (7). بی‌قراری شدید و فریادهای زیاد کودک می‌تواند شکلی غیر معمول از اختلال دو قطبی باشد.

### نتیجه‌گیری

با توجه به مشکل ارتباطی در اوتیسم، احتمال طرح شکایت از هذیان و توهم کمتر است. ناتوانی در درک و توصیف تجربیات ذهنی خود و دیگران (نقص در تئوری ذهن)، انجام مصاحبه‌ی تشخیصی روان‌پزشکی را که بهترین

### References

- 1- Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz, P, eds.. Kaplan & Sadock's: Comprehensive Textbook of Psychiatry. 9th ed. Philadelphia : Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins; 2009. P :3540-3558
- 2-Mouridsen S, Rich B, Isager T, Nedergaard NJ. Psychiatric disorders in individuals diagnosed with infantile autism as children: a case control study. J Psychiatr Pract 2008;14(1):5-12.
- 3-Rapoport J, Chavez A, Greenstein D, Addington A, Gogtay N. Autism spectrum disorders and childhood-onset schizophrenia: clinical and biological contributions to a relation revisited. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2009;48(1):10-8.
- 4-King BL, Lord C. Is schizophrenia on the autism spectrum? Brain Res 2011 ;1380:34-41.
- 5-Barneveld P, Pieterse J, de Sonnevill L, van Rijn S, Lahuis B, van Engeland H, et al. Overlap of autistic and schizotypal traits in adolescents with Autism Spectrum Disorders. Schizophr Res 2011;126(1-3):231-6.
- 6-Skokauskas N, Gallagher L. Psychosis, affective disorders and anxiety in autistic spectrum disorder: prevalence and nosological considerations. Psychopathology 2010;43(1):8-16.
- 7-Ragunath P, Chitra R, Mohammad S, Abhinand P. A systems biological study on the comorbidity of autism spectrum disorders and bipolar disorder. Bioinformation 2011;7(3):102-6.
- 8-Beherec L, Lambrey S, Quilici G, Rosier A, Falissard B, Guillin O. Retrospective review of clozapine in the treatment of patients with autism spectrum disorder and severe disruptive behaviors. J Clin Psychopharmacol 2011;31(3):341-4.
- 9- Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz, P, eds.. Kaplan & Sadock's: Comprehensive Textbook of Psychiatry. 9th ed. Philadelphia : Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins; 2009. P:3501-3509
- 10-Wright M. Neuropsychiatric illness in systemic lupus erythematosus: insights from a patient with erotomania and Geschwind's Syndrome. Am J Psychiatry 2010;167(5):502-7.

## «Case Report »

**Suspected to schizophrenia with disorganized behavior in autistic child**

**Jhaleh Nilsaz<sup>1\*</sup>, Ashraf Tashakory<sup>2</sup>, Sorur Nemat Pur<sup>3</sup>, Reza Babapour<sup>4</sup>**

1-Resident of Psychiatry, Department of Psychiatry, Golestan Hospital, School of Medicine, Ahvaz Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran

2- Assistant Professor of Psychiatry, Department of Psychiatry, Golestan Hospital, School of Medicine, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran  
3-MA of Clinical Psychology, Golestan Hospital, School of Medicine, Ahvaz Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran

4- Resident of Pediatrics, Department of Pediatric, Golestan Hospital, School of Medicine, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran

\*Corresponding Author:  
Jhaleh Nilsaz; Department of Psychiatry, Golestan Hospital, School of Medicine, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran  
Tell: 09163105293  
Email: [dr.nilsaz@gmail.com](mailto:dr.nilsaz@gmail.com)

**Abstract**

**Initially:** Initially it was thought that the disorder of childhood autism and childhood schizophrenia, in fact, are same conditions however, subsequent studies revealed differences. To differentiate autistic disorder from schizophrenia, longitudinal studies are needed. Psychosis in patients with a diagnosis of autism is still challenging, because these two disorders have similar characteristics; including disturbances in perception, thought disorders, catatonia and impaired reality testing. Other differential diagnosis of psychosis in childhood include: Psychosis due to organic illness, substance abuse, childhood disintegrative disorder, Asperger disorder, psychotic depression. The following report discusses the difficulty in differentiating autism disorder from other causes of disorganized behavior and describes its importance in treatment.

**Keywords:** autism, psychosis, schizophrenia.

►Please cite this paper as:

Nilsaz J, Tashakory A, Nemat Pur S, Babapour R. Suspected to schizophrenia with disorganized behavior in autistic child. *Jundishapur Sci Med J.* 2012;11(4):533-537

Received: 20.4.2011

Accepted: 17.09.2012