



Opis przypadku pacjentki z rozpoznaniem autyzmu wczesnodziecięcego – 12-letnia katamneza

*A case study of a female patient diagnosed with early childhood autism
– a 12-year follow up*

HANNA WITKOWSKA-ULATOWSKA

Ze Szpitala Neuropsychiatrycznego w Zagórz

STRESZCZENIE. Przedstawiono przypadek leczenia pacjentki z autyzmem wczesnodziecięcym, przy wykorzystaniu różnych – biologicznych, edukacyjnych i psychospołecznych – metod i interwencji terapeutycznych.

SUMMARY. A case of a patient with early childhood autism is presented. The patient was treated over 12 years with a variety of methods and therapeutic interventions: biological, educational and psychosocial.

Słowa kluczowe: autyzm wczesnodziecięcy / długotrwałe leczenie / opis przypadku
Key words: early childhood autism / long-term treatment / case study

Autyzm wczesnodziecięcy, mimo niewielkiego rozpowszechnienia, skupia zainteresowanie badaczy, polaryzuje postawy klinicystów i wzbudza żarliwe dyskusje. Od czasów Kanner, który w 1943 r. opisał to zaburzenie, poglądy na genezę autyzmu wczesnodziecięcego ulegały wielu zmianom [2, 5, 6, 11, 12, 18, 19].

Aktualnie rysują się dwie tendencje. Zwolennicy podejścia *nozologicznego* zawiązują kryteria rozpoznawcze, poszukując jednej przyczyny zaburzenia, natomiast podejście *nozograficzne* poszerza kryteria diagnostyczne i skupia się na opisie dysfunkcji jednostki.

Badania nad biologicznym uwarunkowaniem autyzmu [4, 6] dotyczą czynników obciążających ośrodkowy układ nerwowy (o.u.n.) w okresie ciąży, okołoporodowym, niemowlęcym, pierwotnych zaburzeń mowy, uwarunkowań genetycznych (w latach osiemdziesiątych opisano zespół kruchego chromosomu X, w którym autyzm domino-

wał w obrazie klinicznym), zaburzeń neuroprzekaznictwa w o.u.n.

Psychogenna koncepcja powstawania autyzmu (poczynając od kannerowskiej zimnej, deprywującej matki, która miała być odpowiedzialna za zaburzenie u swojego dziecka), sugeruje, że traumatyzująca sytuacja okresu noworodkowego lub wczesnego dzieciństwa jest podstawą zaburzonego rozwoju dziecka [2, 3, 5].

Aktualny stan wiedzy zakłada, że autyzm jest zaburzeniem rozwojowym niejednorodnym, wieloprzyczynowym, ujawniającym się w ciągu pierwszych trzech lat życia, a objawem osiowym jest wycofanie z kontaktów społecznych [14, 17]. Wskaźnik rozpowszechnienia autyzmu wczesnodziecięcego wynosi od 2 do 4 na 10 tys. Zaburzenie częściej występuje u chłopców, stosunek ten wynosi 4:1 [5].

Najnowsze klasyfikacje – amerykańska DSM [1], europejska ICD [21] są praktycznie zbieżne. Zawierają następujące objawy niezbędne do rozpoznania:

-
- ilościowe i jakościowe zaburzenia kontaktów społecznych,
 - zaburzenia komunikacji werbalnej, – znaczne ograniczenie zakresu aktywności i zainteresowań.
-

Objawami niespecyficznymi są: fobie, zaburzenia snu, odżywiania, napady złości, agresja, samouszkodzenia. W rozpoznaniu różnicowym należy brać pod uwagę upośledzenie umysłowe, specyficzne zaburzenia rozwoju i rozumienia mowy z wtórnym upośledzeniem umysłowym, schizofrenię wczesnodziecięcą oraz zespół Retta.

Campbell i Schopler [3] przytaczają wyniki badań dotyczących stanu psychicznego pacjentów w zależności od wieku. We wczesnym dzieciństwie typowe są objawy nadpobudliwości psychoruchowej, drażliwość, zachowania agresywne. W okresie późniejszym najczęściej obserwuje się agresję i autoagresję. W wieku młodzieżowym i dorosłym, zwłaszcza u osób względnie dobrze funkcjonujących społecznie, często pojawiają się depresja i zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne.

Ryzyko zachorowania na schizofrenię jest podobne jak w populacji ogólnej. Do przeszłości należy okres, w którym dziecko autystyczne było izolowane od „toksycznych rodziców” i umieszczane w specjalistycznych ośrodkach stosujących terapię zdeterminowaną podejściem teoretycznym, a metody awersyjne w przypadkach zachowań autoagresywnych nie należały do rzadkości [16].

Aktualnie, z podsumowania badań dotyczących postępowania terapeutycznego wynika niezbicie, że metodą z wyboru są różne formy psychoterapii, natomiast leczenie farmakologiczne jest postępowaniem wspomagającym w niezbędnych przypadkach.

Większość programów terapeutycznych opiera się na ścisłej współpracy z rodzicami, którzy pełnią rolę terapeutów lub koterapeutów i obejmuje trening umiejętności społecznych, terapię mowy, terapię behawioralną, a w wybranych przypadkach psychoterapię

indywidualną, zorientowaną psychoanalitycznie oraz edukację [3]. Autorzy kładą nacisk na zindywidualizowanie podejścia terapeutycznego i stałe wsparcie systemu rodzinnego [3, 9].

Holistyczny program edukacyjny dla dzieci autystycznych, w ramach Narodowego Instytutu Zdrowia Psychicznego (NIMH), został wprowadzony w USA w latach osiemdziesiątych. Zawiera on zasady dotyczące współpracy profesjonalistów z rodzicami, terapię zaburzeń rozwoju mowy, nastawioną na spontaniczną komunikację z otoczeniem na każdym poziomie rozwoju dziecka, trening słuchu (zwłaszcza nadwrażliwości), modyfikację nieprawidłowych zachowań (terapia awersyjna jest stosowana wyjątkowo i podlega ścisłej kontroli) oraz trening umiejętności społecznych, maksymalnie zindywidualizowany i odbywający się w naturalnym, ale nie restrykcyjnym otoczeniu. Bezpłatne nauczanie jest dostępne dla osób z diagnozą autyzmu wczesnodziecięcego do 21 roku życia i ma miejsce w oddziałach szpitalnych lub miejskich szkołach integracyjnych [3].

W Polsce problemem autyzmu wczesnodziecięcego zajmowali się m.in. tacy autorzy, jak Kościelska, Czownicka, Gałkowski, Olechnowicz, Grodzka oraz Jaklewicz [7, 8, 10, 11, 12, 13, 16]. Pionierskie próby terapii autyzmu wczesnodziecięcego podjęte przez Grodzką [10] zaowocowały następującymi wnioskami. Umiejętność odczytywania potrzeb rozwojowych dziecka autystycznego potwierdzona adekwatną reakcją terapeuty oraz wielowymiarowy charakter współpracy z rodzicami – to najważniejsze zasady w terapii autyzmu. Metoda „cofniętego zegara”, stosowana przez Grodzką polega na obcowaniu z pacjentem tak jakby był on młodszy. Służą temu techniki odzwierciedlania zachowań, proste zabawy, hydroterapia, warunkowanie instrumentalne, terapeutyczne oddziaływanie przyrody. Również Grodzka [15] zainicjowała kompleksową formę terapii dzieci autystycznych i ich rodziców podczas turnusów rehabilitacyjnych.

Długoletnie badania nad autyzmem wczesnodziecięcym prowadzone przez Jaklewicz

[12, 13] zostały przedstawione w formie monografii. Autorka jest zwolenniczką metody wymuszonego kontaktu (*holding therapy*) w terapii dzieci autystycznych, podobnie jak Welch, autorka i propagatorka tej metody z *Mothering Center* w Greenwich, w USA.

Korzyści płynące ze stosowania metody „holdingu” u dzieci autystycznych – to wg Jaklewicz szybki postęp w rozwoju społecznym i emocjonalnym oraz poprawa komunikacji werbalnej. Dotyczy to jednak pacjentów z późniejszym rozpoznaniem autyzmu (po 12 miesiącu życia).

Próby leczenia farmakologicznego w koniecznych przypadkach dotyczyły neuroleptyków, leków stymulujących (fenfluramina), naltrexonu (dobra skuteczność w nadpobudliwości psychoruchowej), trójpierścieniowych leków przeciwdepresyjnych (m.in. klonipramina), klonidyny, fluoksetyny, beta-blokerów i soli litu.

Doświadczenia klinicystów związane z „wychodzeniem z autyzmu” są bardzo różne. Badania katamnesticzne dostarczają niejednorodnych wniosków. Wg Jaklewicz [12], lepsze rokowanie dotyczy dzieci, u których objawy autyzmu pojawiły się po 12 miesiącu życia i u których wcześniej wdrożono odpowiednią interwencję edukacyjno-terapeutyczną, w której matka odgrywała kluczową rolę. Inne badania dowodzą, że prawie 60% dzieci autystycznych nie ma szans na prowadzenie samodzielnego życia w wieku dorosłym. Trafnym wyznacznikiem rokowania może być prawidłowy poziom intelektualny oraz dobry rozwój mowy przed 5 rokiem życia [19]. Coraz doskonalsze metody terapii mają niewątpliwy wpływ na bardziej optymistyczne rokowanie u dzieci z rozpoznaniem autyzmu, tym niemniej większość z nich będzie wymagała instytucjonalnej opieki w życiu dorosłym.

OPIS PRZYPADKU

Karolinę (urodzoną w maju 1978), aktualnie 19-letnią, po raz pierwszy hospitalizowano w klinice dzieci i młodzieży w wieku

5 lat, po skierowaniu przez rejonową poradnię zdrowia psychicznego z rozpoznaniem: obserwacja rozwoju umysłowego, cechy autyzmu.

Wywiad

Rodzice pacjentki to osoby młode, zdrowe. Ojciec ukończył Politechnikę, matka – 2-letnie studium pomaturalne. Rodzina nieobciążona genetycznie, warunki społeczno-bytowe dobre. Dziewczynka była i jest jedynaczką. Urodzona z ciąży pierwszej, podczas której w piątym miesiącu matka przeżyła infekcję układu moczowego. Poród siłami natury, noworodek w stanie dobrym, 10 pkt. w skali Apgar, waga urodzeniowa 3100 g. Rozwój psychoruchowy w okresie niemowlęcym prawidłowy. Moczyła się do 3 roku życia. W 36 miesiącu życia zaobserwowano zmianę w zachowaniu dziecka. Było bierne, nie zainteresowane otoczeniem, nie reagowało na kontakt werbalny i emocjonalny. Sprawiało wrażenie odizolowanego od otaczającej rzeczywistości. Niepokojące były również dziwaczne i stereotypowe zachowania. Opukiwało dłońmi ściany, podskakiwało na palcach, trzepotało dłońmi, reagowało nieadekwatnym lękiem na zdarzenia z otoczenia (np. panicznie bało się gołębi). W wypowiedziach dziecka dominowały stereotypie słowne, agramatyzmy, neologizmy, mówiło o sobie w trzeciej osobie. Atmosfera w rodzinie była napięta, ojciec przejawiał postawę odrzucającą w stosunku do córki, obarczał żonę winą za zaburzenia rozwojowe Karoliny.

Przebieg choroby i leczenia

W klinice pacjentka przebywała 2 miesiące. Obserwacja potwierdziła informacje wywiadu. Nie nawiązywała kontaktu z otoczeniem. Mowa spontaniczna, nie służąca komunikacji, wykazywała bogaty zasób słów. Pacjentka była bardzo sprawna fizycznie, samodzielna w zakresie samoobsługi. W badaniach diagnostycznych (dno oczu, EEG, CT, badania biochemiczne, w tym metaboliczne, hormonalne, kariotyp) nie stwierdzono

odchyleń od normy, poza niedowidzeniem znacznego stopnia (zwłaszcza prawego oka: 11 DS). Zaopatrzenie pacjentki w szkła kontaktowe nie miało istotnego wpływu na jej funkcjonowanie. Podczas intensywnych oddziaływań terapeutycznych (indywidualnych, grupowych, psychoedukacji rodziny – ojciec niechętnie w nich uczestniczył) obserwowano poprawę funkcjonowania pacjentki. Zmniejszyły się zachowania stereotypowe, obniżył się poziom lęku, uzyskano bardziej adekwatny, ale krótkotrwały kontakt werbalny, nie nawiązywała kontaktu wzrokowego. W trakcie hospitalizacji pacjentka zaczęła uczęszczać do przedszkola eksperymentalnego. W grupie rówieśniczej była bierna, nie nawiązywała kontaktu z innymi dziećmi, ale przestała reagować lękiem na nowe otoczenie. Pod koniec pobytu pacjentki w klinice (1983) wykonano badanie psychologiczne. Ocena intelektu mierzona skalą Termann-Merrill, pomimo trudnego kontaktu z badaną, dużego poziomu lęku i zaburzonej koncentracji uwagi wykazała normę intelektualną (iloraz inteligencji – 91). Została wypisana z kliniki z zaleceniem dalszej stymulacji rozwojowej (uczęszczanie do normalnego przedszkola) i terapii rodziny, mimo trudności związanych z brakiem współpracy ze strony ojca.

Ukończyła klasę zerową w przedszkolu i w 7 roku życia zaczęła uczęszczać do szkoły podstawowej. Mimo znacznych deficytów społecznych i zachowań dziwaczkich była dobrą uczennicą, a dzięki współpracy matki z nauczycielami akceptowano ją w grupie rówieśniczej.

Pogorszenie stanu psychicznego zaobserwowano w 12 roku życia, co zbiegło się w czasie z początkiem dojrzewania (pierwsza miesiączka) i większymi wymaganiami szkolnymi (V klasa). Otrzymywała wtedy niewielkie dawki tiorydazyny. Ponownie badanie psychologiczne (1990 r.) wykazało poprawę funkcjonowania intelektualnego: iloraz inteligencji mierzony skalą Wechslera wyniósł w skali pełnej – 109.

Dekompensacja stanu psychicznego wymagająca hospitalizacji nastąpiła w wieku

14 lat, (1992). Bezpośrednim powodem była agresja wobec osób z rodziny i napady wielogodzinne krzyku bez uchwytnych przyczyn. Tym razem w obrazie klinicznym, poza izolacją społeczną, obserwowano czynności natrętne o znacznym nasileniu oraz pobudzenie seksualne (pacjentka intensywnie masturbowała się). Po sześciomiesięcznej hospitalizacji stan psychiczny pacjentki poprawił się na tyle, że mogła kontynuować naukę w szkole macierzystej. Ponowna ocena funkcjonowania intelektualnego wykazała normę, zwłaszcza bardzo dobrą pamięć bezpośrednią. Wyniki testów projekcyjnych sugerowały słabe rozumienie zachowań społecznych, powierzchowność zainteresowania otoczeniem, słabą znajomość norm i konwencji oraz trudności w kontroli zachowań impulsywnych. Badania dodatkowe nie odbiegały od normy. Obok oddziaływań psychoterapeutycznych była leczona sulpirydem. Rodzice odmówili uczestniczenia w terapii małżeńskiej.

Kolejna hospitalizacja nastąpiła po upływie 2 miesięcy względnie dobrego funkcjonowania. Wiązano to z przeciążeniem obowiązkami szkolnymi. Pacjentka dobrze radziła sobie z nauką przedmiotów ścisłych (np. była jedną z lepszych uczennic podczas kursów komputerowych), natomiast pisanie wypracowań z języka polskiego na temat relacji międzyludzkich zawartych w lekturach szkolnych przekraczało jej możliwości. Mimo to, ukończyła szkołę podstawową z pozytywnym wynikiem. Następnie zaczęła uczęszczać do liceum ogólnokształcącego dla uczniów z różnymi problemami emocjonalnymi, w którym zapewniano opiekę terapeutyczną. Jednak ze względu na deficyty społeczne i okresowe napady agresji, po ukończeniu pierwszej klasy podjęto decyzję o kontynuowaniu przez pacjentkę nauki w liceum przyszpitalnym w Zagórzcu, gdzie przebywała przez cały rok szkolny 1994/1995. Próby kontynuowania nauki nie powiodły się ze względu na brak możliwości kreatywnego myślenia, stereotypowe odtwarzanie materiału szkolnego oraz zachowania

agresywne podczas zajęć lekcyjnych. W tym czasie była niezadowolona ze swojego wyglądu. Stereotypowo domagała się różnych zabiegów operacyjnych mających zmienić jej wygląd, co miało charakter wypowiedzi dziwaczných. Bardzo często przeglądała się w lustrze, mówiła do siebie. Podejrzewano wtedy zaburzenia psychotyczne. Po raz pierwszy cierpiała z powodu braku akceptacji rówieśników, podejmowała nieporadne próby nawiązywania kontaktów z chłopcami, co było również podyktowane pobudzeniem seksualnym. Pojawiły się objawy typowe dla depresji: obniżony nastrój, wybuchy płaczu, dobowe wahania nastroju oraz myśli i plany samobójcze. Podawano fluoksetynę.

Kolejne pobyty pacjentki w oddziale psychiatrycznym w Zagórzcu miały miejsce w roku 1996 (dwukrotnie) i ostatni raz w marcu i kwietniu 1997. Rehospitalizacje spowodowane były agresją w stosunku do rodziny i przypadkowych osób. Poza incydentami agresji, funkcjonowanie pacjentki uległo wyraźnej poprawie. Zaczęła spontanicznie nawiązywać kontakt werbalny i wzrokowy, przestała się izolować w swojej sypialni, domagała się zainteresowania wybranych osób, którym wyrażała sympatię. Znała imiona wszystkich pacjentów i osób z personelu. Nie powiodły się próby zainteresowania pacjentki celową aktywnością (rysunek, tkactwo), przejawiała jedynie stereotypowe, sztywne, rutynowe zachowania i wąskie zainteresowania. Bardzo szybko i łapczywie jadła. Nie obserwowano zaburzeń snu.

Kolejne badanie psychologiczne wykonano w roku 1997. Tym razem iloraz inteligencji, badany zrewidowaną skalą Wechslera dla dorosłych, wynosił w skali pełnej 71 (w skali słownej – 70, w skali bezsłownej – 78). Testy projekcyjne sugerowały intelektualny konserwatyzm, sztywność, blokady w myśleniu. Mimo to, pacjentka po raz pierwszy ujawniała lęk przed brakiem akceptacji, zrozumienia oraz chęć przewycięzania poczucia pustki i osamotnienia.

Aktualnie Karolina jest w dobrym stanie psychicznym. Samodzielnie i chętnie uczęsz-

cza do oddziału dziennego w swojej dzielnicy. W domu pomaga matce w różnych pracach domowych, nie sprawia istotnych problemów. Po raz kolejny spędza wakacje w pensjonacie nad morzem, przestrzegając norm współżycia społecznego. Rodzice pacjentki po wielu latach zmagani z problemami córki aktualnie rozumieją i akceptują jej zachowania typowe dla autyzmu, toteż atmosfera w domu jest spokojna.

Kontakt indywidualny

Rozpoczynając przed 12 laty terapię dziecka autystycznego i jego rodziny, nie miałam żadnego doświadczenia, poza kontrowersyjną w wielu aspektach wiedzą teoretyczną. Pamiętam jednak doskonale, że bardzo interesowałam się tym problemem i myślałam o otwarciu przewodu doktorskiego dotyczącego autyzmu wczesnodziecięcego. Od momentu poznania Karoliny byłam nią zafascynowana. Codzienny, nieinwazyjny kontakt z pacjentką zaowocował jej zgodą na moją obecność, nie reagowała lękiem, spontanicznie siadała na moich kolanach (tyłem do mnie), mimo braku kontaktu słownego i wzrokowego. Przyznam, że nieraz czułam się bezosobowo, jak krzesło.

Po kilku tygodniach zaczęłam wychodzić z pacjentką z kliniki do przedszkola eksperymentalnego, prowadzonego przez psychologów, na kilka godzin w ciągu dnia. W tym okresie matka pacjentki, bardzo atrakcyjna, młoda kobieta, izolująca się od otoczenia z powodu posiadania „nieudanego dziecka”, uczestniczyła dwa razy w tygodniu w psychoedukacji, w czasie której pełniła rolę koterapeutę. Zaowocowało to poprawą jej samooceny i wzmocnieniem roli rodzicielskiej. Po wypisie z kliniki, Karolina zaczęła chodzić do przedszkola (przyznam, że była to jedna z trudniejszych spraw, jakie udało mi się załatwić, przy wykorzystaniu prywatnych kontaktów) i pozostała w nim do rozpoczęcia nauki w szkole podstawowej.

Kontakt Karoliny ze zdrowymi rówieśnikami był znaczącym czynnikiem stymulującym jej dalszy rozwój. Przed okresem

dojrzewania, mimo dziwaczności zachowania, dziewczynka była poprawną uczennicą, nie sprawiała istotnych problemów wychowawczych, toteż kontakt z psychiatrą (wstydlivy dla rodziny) był sporadyczny.

Pogorszenie stanu psychicznego Karoliny wymagało rehospitalizacji. Mimo, iż byłam dla niej osobą znajomą, nie nawiązywała ze mną adekwatnego kontaktu werbalnego, nie zgłaszała się na uzgodnione spotkania. Skorzystałam wtedy z pomysłu matki pacjentki i zaczęłam nagradzać Karolinę słodyczami za prawidłowe funkcjonowanie w klinice i w domu (w tym okresie moje biurko wypełnione było batonami „Mars”, które uwielbiała Karolina).

Praca z rodziną nie dawała pożądanych rezultatów. Po kilku sesjach terapii małżeńskiej ojciec pacjentki odmówił dalszych spotkań. W tym okresie był agresywny w stosunku do żony i córki. Ja w dalszym ciągu spotykałam się regularnie z matką Karoliny, ustalając precyzyjnie zakres obowiązków dla pacjentki podczas pobytu w domu, w czasie sobotnio-niedzielnego przepustek. Próbowałam również omawiać z matką korzyści z podjęcia przez nią pracy zawodowej. W tym okresie Karolina zaczęła samodzielnie wyjeżdżać do domu i powracać do kliniki po przepustkach. Stopniowo poziom lęku u matki znacznie się obniżył (u mnie również), pozwalała córce samodzielnie robić zakupy i jeździć do babci. Kolejne hospitalizacje w szpitalu w Zagórzcu (odkąd zaczęłam tam pracować) były spowodowane pogorszeniem stanu psychicznego pacjentki związanym z narastającymi trudnościami szkolnymi. Niemożność kontynuowania nauki w liceum była dla pacjentki i jej rodziców wielkim ciosem, mimo wcześniejszego omawiania takiej możliwości. Niebezpieczna dla otoczenia i samej pacjentki agresja czynna wymagała podczas kolejnych hospitalizacji częstego stosowania przymusu bezpośredniego. Również w domu ojciec „straszył” Karolinę odwiezieniem do szpitala, w razie problemów wychowawczych. Taka sytuacja bardzo komplikowała

relację terapeutyczną z pacjentką i wymagała ode mnie niekonwencjonalnego postępowania (np. spędzałam z nią maksymalnie dużo czasu w lesie, ucząc ją otaczającej przyrody itp.). Prowadziłam również psychoedukację wśród pacjentów, co prowadziło do większej akceptacji i zrozumienia problemów Karoliny przez rówieśników (np. projekcja filmu *Rain Man*).

Od kilku lat nastąpiły istotne zmiany w systemie rodzinnym pacjentki. Matka zaczęła pracować i szybko osiągnęła znaczącą pozycję zawodową i finansową. Ciężar obowiązków związanych z chorobą Karoliny spadł na ojca, który w końcu zrozumiał i zaakceptował problemy córki. Aktualnie to on przyjeżdża z córką na kolejne wizyty do poradni i utrzymuje ze mną regularny kontakt terapeutyczny. Również pacjentka przyjeżdża nieraz z własnej inicjatywy do Zagórzca, żeby ze mną pospacerować (zdarza się również, że wraca do domu po kilkunastu minutach) lub utrzymuje kontakt telefoniczny (gdy jest w gorszej formie lub chce umówić się na wizytę).

Niestety, Karolina nie ma szans na samodzielne życie i podjęcie pracy zawodowej.

Leczenie farmakologiczne przy pomocy tiorydazyny, chloroprotyksenu, chloropromazyny i perazyny było nieskuteczne. Długą remisję niepożądanych objawów obserwowano podczas kuracji sulpirydem, ale masywny mlekotok stał się powodem odstawienia leku. Od 2 lat pacjentka otrzymywała klopentyksol depot, 200 mg co 3 tygodnie, dobrze tolerując to leczenie. Aktualnie jest jednak leczona risperydonom w dawce 3 mg na dobę, ponieważ w czasie leczenia zuklopentyksolem wystąpiła polidypsja grożąca zatruciem wodnym.

KOMENTARZ

Kończąc, chciałabym podkreślić, że po 12 latach leczenia Karoliny zrozumiałam, że bezwarunkowa akceptacja pacjentki, towarzyszenie jej w różnych potrzebach i konsekwencja w zdobywaniu zaufania spowodowała

wały, że stałam się dla niej osobą w pełni przewidywalną, czyli bezpieczną. Warto było czekać 12 lat, żeby usłyszeć od autystycznej pacjentki: „bardzo mi pani brakowało”, albo „stęskniłam się za panią”.

Sądzę, że opisany przypadek długoletniej obserwacji pacjentki z rozpoznaniem autyzmu wczesnodziecięcego potwierdza opinię badaczy problemu, którzy uważają, że wczesna interwencja terapeutyczna oraz różnorodne formy oddziaływania (zarówno biologiczne, jak i psychologiczne), a zwłaszcza wieloletnie towarzyszenie rodzinie dziecka autystycznego stwarza szansę „wyjścia” z autyzmu i bardziej dostosowanego funkcjonowania społecznego.

PIŚMIENNICTWO

1. American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV). T.M. Washington D.C., APA 1994.
2. Bettelheim B.: The empty fortress. Collier-Macmillan, London 1967.
3. Campbell M., Schopler E., Cueva J., Hallin A.: Treatment of autistic disorder. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 1996, 134–141.
4. Campbell M., Shay I.: Pervasive developmental disorders. W: Kaplan H.I., Sadock B.J.: Comprehensive textbook of psychiatry. Wyd. VI, t. 2, Williams & Wilkins, Baltimore, 2277–2293.
5. De Ajuriaguerra J., Marcelli D.: Psychopathologie de l'enfants. Masson, Paris 1984, 274–275.
6. Frith U.: Autyzm. Świat Nauki, sierpień 1993, 59–65.
7. Gałkowski T.: Uprawnienia dziecka autystycznego w rodzinie. Polskie Tow. do Walki z Kalectwem, Warszawa 1980.
8. Gałkowski T.: Dziecko autystyczne i jego rodzice. Poradnik wychowawczy. Polskie Tow. do Walki z Kalectwem, Warszawa 1984.
9. Grazdin T., Scariano M.: Byłam dzieckiem autystycznym. PWN, Warszawa–Wrocław 1995.
10. Grodzka M.: Dziecko autystyczne. Dziennik terapeuty. PWN, Warszawa 1984.
11. Grodzka M., Szumbaraska D., Pużyńska E.: Autyzm wczesnodziecięcy – aspekty diagnostyczne. Psychiatr. Pol. 1992, 6, 461–468.
12. Jaklewicz H.: Autyzm wczesnodziecięcy. GWP, Gdańsk 1993.
13. Jaklewicz H.: Zaburzenia mowy w autyzmie wczesnodziecięcym. Post. Psychiatr. Neurol. 1994, 3, 375–381.
14. Kaplan H.I., Sadock B.J.: Psychiatria kliniczna. Urban & Partner, Wrocław 1995, 206.
15. Kornas-Biela D.: Terapia dzieci autystycznych. Roczniki Nauk Społecznych 1986, 14, 2.
16. Kościelska M., Czownicka A.: Terapia dziecka autystycznego. Założenia teoretyczne i doświadczenie badawcze. Psychologia Wychowawcza 1981, 24, 2, 245–258.
17. Orwid M., Pietruszewski K.: Autyzm wczesnodziecięcy. W: Psychiatria dzieci i młodzieży. UJ CM, Kraków 1993.
18. Pisula E.: Wczesne rozpoznawanie autyzmu u dzieci. Przegląd piśmiennictwa. Psychiatr. Pol. 1997, 4, 389–396.
19. Rosenham D.L., Seligman M.E.: Głębokie zaburzenia rozwoju: autyzm. W: Psychopatologia. Tom I. Pol. Tow. Psychologiczne, Warszawa 1994, 166–176.
20. Sulestrowska H.: Wybrane zagadnienia z psychiatrii dziecięcej. AM, Gdańsk 1988, 58–66.
21. World Health Organization. The ICD-10. Classification of Mental and Behavioural Disorders. Geneva 1992.

Adres: Dr Hanna Witkowska-Ulatowska,

Oddział Diagnostyki Psychiatrycznej Szpitala Neuropsychiatrycznego w Zagórz, 05-462 Wiązowna