

Bazyli Panasiuk¹, Anna Aleksandra Panasiuk², Katarzyna Panasiuk³

¹Wydział Nauk Społecznych, Gdańska Szkoła Wyższa

²Wydział Oceanografii, Uniwersytet Gdański

³Wydział Mechaniczny, Akademia Morska w Gdyni

Koncepcja diagnozy oraz terapii autyzmu i zaburzeń autystycznych

Streszczenie

W artykule podjęto problematykę autyzmu i zaburzeń autystycznych. Zdefiniowano pojęcie oraz pokazano istotę autyzmu i współistniejących zaburzeń rozwoju człowieka. Przedstawiono obraz kliniczny i kryteria diagnostyczne zaburzeń autystycznych. Scharakteryzowano czynniki determinujące rozwój zaburzeń autystycznych. Dokonano też syntezy wiedzy o strategiach terapii autyzmu i współistniejących zaburzeń rozwoju człowieka.

Słowa kluczowe: autyzm; zaburzenia autystyczne; kryteria diagnostyczne; obraz kliniczny zaburzeń autystycznych; przyczyny zaburzeń autystycznych; terapia zaburzeń autystycznych.

Wstęp

Bezsprzecznie, problematyka autyzmu i współistniejących zaburzeń rozwoju człowieka stanowi jedno z ważniejszych zagadnień we współczesnej medycynie behawioralnej, psychiatrii klinicznej, psychopatologii, psychologii zaburzeń, defektologii, pedagogice specjalnej, pedagogice zdrowia i edukacji zdrowotnej. Leży w kręgu zainteresowań nowocześniejszej diagnostyki lekarskiej, psychologicznej i pedagogicznej, która autyzm ściśle łączy z „zespołem Retta”, „dziecięcym zaburzeniem dezintegracyjnym”, „zespołem Aspergera”, poważnymi trudnościami dydaktyczno-wychowawczymi i niepowodzeniami edukacyjnymi. Wiąże go z fenylketonurią, mózgowym porażeniem dziecięcym, „zespołem Downa”, „zespołem Tourette’a”, „zespołem Turnera”, upośledzeniem intelektualnym, wyraźnymi deficytami poznawczymi, psychonerwicami, anomaliami psychicznymi, zaburzeniami osobowości, niepełnosprawnością psychologiczną, dewiacjami społecznymi i dezintegracją społeczną. Dość często kojarzy się go z zaburzeniami schizofrenicznymi, hiperkinetycznymi (ADHD), emocjonalnymi, lękowymi, obsesyjno-kompulsyjnymi i afektywnymi. Łączy się go również z patologicznością zachowywania się, tak w relacjach z innymi osobami (agresywność i destrukcyjność), jak i w relacjach z samym sobą (autoagresja, samookaleczenia, samobójcze manifestacje lub zamachy samobójcze).

O skali i dynamice autyzmu mówią dane empiryczne i statystyczne. Na podstawie tych danych można powiedzieć, że objawy kliniczne owego zaburzenia ujawnia od czterech do dziesięciu na 10 tys. osób w wieku dziecięcym. Dotyka ono 4–5 razy więcej chłopców niż dziewcząt. Daje o sobie znać w różnym okresie życia człowieka. I tak, „autyzm dziecięcy” rozpoznaje się przed trzydziestym miesiącem życia dziecka,

choć niektóre jego objawy można dostrzec już w wieku niemowlęcym. „Zespół Retta” ujawnia się pomiędzy piątym a pięćdziesiątym miesiącem życia dziecka (bywa, że objawia się on w okresie od urodzenia do czwartego roku życia). „Zespół Aspergera” diagnozuje się dość późno, zwykle w wieku przedszkolnym lub w młodszym wieku szkolnym. Z kolei różnego rodzaju defekty, deficyty, niesprawności, anomalie psychiczne, psychonerwice, psychozy, stany lękowe, fobie, zaburzenia zachowania i anormalne nawyki, upodobania czy skłonności, które mają związek (bezpośredni lub pośredni) z autyzmem, rozpoznaje się nie tyle w wieku dziecięcym i szkolnym, ile w okresie adolescencji i wczesnej dorosłości.

Dobrze się dzieje, że to zjawisko psychopatologiczne jest dostrzegane przez uznanych badaczy (teoretyków i praktyków), którzy opracowują nowoczesne paradygmaty (koncepty, teorie, modele i projekty) diagnozy klinicznej i terapii autyzmu. Przyczynkiem do dyskursu na ten temat jest niniejszy artykuł. Jego adresatami są studenci i wykładowcy naszej Uczelni, a także pedagodzy, psychologowie, socjologowie, psychoterapeuci, rehabilitanci, rewalidatorzy, opiekunowie osób autystycznych i ich rodzice czy też bliscy krewni i znajomi.

1. Pojęcie oraz istota autyzmu i zaburzeń autystycznych

Etymologicznie „autyzm” (gr. *autōs* = sam) to „zaburzenia psychiczne polegające na osłabieniu kontaktu z otoczeniem i zamknięciu się we własnym świecie, objawiające się najczęściej u dzieci” (Polański i Dereń, 2015). Zdaniem autorów nowego „Słownika psychologii”, autyzm jest to „orientacja, która nie wykracza poza daną osobę. Taki stan, w którym wewnętrzne rozumienie świata rządzi myślami, uczuciami i pragnieniami danej osoby. Zazwyczaj termin stosuje się jako określenie pewnej patologii. Przyjmuje się bowiem, że stan wewnętrzny takiej osoby pozostaje w sprzeczności z rzeczywistością, że osoba postrzega otaczające rzeczy raczej w kategoriach fantazji i snów, pragnień i nadziei niż rzeczywistości, która jest wspólna z innymi [...], tendencja do zajmowania się własnymi fantazjami i marzeniami oraz do czerpania z nich przyjemności” (Reber i Reber, 2005, s. 76).

Według **Marka Jarosza**, autyzm oznacza „myślenie autystyczne, ale także określoną postawę przyjmowaną przez chorego wobec własnych doznań. Postawa ta wyraża się odsuwaniem od rzeczywistości — tj. dereizmem (*dereismus*) — którą chory odbiera w sposób zmieniony i przechodzi jakby mimo niektórych jej przejawów. Przedmiotem myśli chorego są przede wszystkim jego własne doznania, w tym objawy psychotyczne świadczące o głębokim zaburzeniu procesów poznawczych. Niknie prawidłowe poczucie rzeczywistości, pogłębia się dystans między chorym, a otaczającym go ludźmi i ich światem. Z chorym przejawiającym wyraźny autyzm trudno jest nawiązać kontakt. Pacjent zdaje się tkwić w innym świecie, zaprzątnięty treścią urojeń i omamów lub innych przeżyć psychotycznych” (Jarosz, 1992, s. 63).

Peter Abrahams twierdzi, że autyzm jest to „[...] zespół zaburzeń zachowania uwarunkowany nieprawidłowym przebiegiem procesów rozwojowych na wczesnym etapie życia. Występuje stosunkowo rzadko — statystycznie z częstotnością 0,3–0,4%, czyli u 3–4 dzieci na 10 000, [...] ujawnia się zwykle w wieku ok. 30 miesięcy, aczkolwiek pewne nieprawidłowości bywają często widoczne od urodzenia. Czasami rozpoznanie

ustala się jeszcze później, dopiero u dziecka cztero- lub pięcioletniego. Jest to poważne zaburzenie, chociaż nasilenie objawów waha się w dość znacznych granicach. Autyzm przejawia się w trzech głównych sferach: [...] mowa, [...] kontakty z innymi ludźmi, [...] zachowanie dziecka. [...] Wszystkie autystyczne dzieci zaczynają naukę mowy później niż ich rówieśnicy i już na wczesnych etapach sprawia im to duże trudności. Połowa z nich nigdy nie opanuje języka mówionego w stopniu umożliwiającym porozumiewanie się. Autystyczne niemowlę nie podejmuje prób »rozmowy« z otoczeniem, np. przez gaworzenie. Niektóre dzieci opanowują w końcu pewien zasób słów, ale nawet wtedy mało prawdopodobne jest wykorzystywanie ich w sposób właściwy: można raczej spodziewać się chaotycznych wypowiedzi, odbiegania od tematu albo echolalii — mechanicznego powtarzania bez oznak zrozumienia. [...] Relacje autystycznych dzieci z innymi ludźmi są bardzo szczególne i najeżone trudnościami. I tak np.: [...] mają awersję do okazywania czułości, a zwłaszcza do jej przejawów fizycznych (przytulania, głaskania itp.); [...] brakuje im naturalnego zrozumienia dla uczuć i myśli innych ludzi; [...] nawet jeśli coś je boli, nie szukają pociechy u rodziców czy opiekunów; [...] unikają kontaktu wzrokowego z innymi ludźmi. Częściowo z powodu tych trudności autystyczne dzieci nie są skłonne do nawiązywania kontaktów, nie zdradzają takiej potrzeby i pozostają wielkimi samotnikami. [...] Dziecko autystyczne organizuje sobie życie i świat w bardzo ciasnym kręgu wokół siebie, a wszelka zmiana raz ustalonej rutyny oznacza dla niego wielki stres. Dzieje się tak dlatego, że nie potrafi ono wyciągać wniosków z własnych doświadczeń, a więc antycypować nowych wydarzeń. Rutyna jest dla niego środkiem obrony przed niespodziankami i jedyną gwarancją poczucia bezpieczeństwa. Ma ograniczony zakres zainteresowań i często zdradza przywiązanie do nietypowych rzeczy, w większym stopniu niż do ludzi czy innych istot żywych. Bawi się w sposób monotony, z upodobaniem powtarza te same czynności i gesty (jak kręcenie się w kółko czy obracanie rąk), a w zabawie nie ma elementu narracji, naśladownictwa i odwzorowania [...] Niektóre dzieci autystyczne reagują w nietypowy sposób na zapachy, dźwięki i bodźce wzrokowe. Czasami wydają się też niewrażliwe na ból lub nawet zdradzają pewną przyjemność z zadawania sobie bólu» (Abrahams, 2010, s. 224).

Zagadnienie autyzmu (Bobkiewicz-Lenartowska, 2007) i zaburzeń autystycznych podejmują autorzy „Psychopatologii”, którzy piszą: „Zasadniczym wyróżnikiem autyzmu jest to, że przez pierwsze trzy lata życia zdolność dziecka do reagowania na inne osoby nie rozwija się prawidłowo. Nawet już w tak wczesnym wieku zauważalne są u niego niedobory umiejętności społecznych, podobnie jak dziwne są jego reakcje na otoczenie. Dzieci autystyczne nie interesują się ani nie reagują na innych. Nie rozwija się u nich normalne przywiązanie do dorosłych, którzy się nimi opiekują. W okresie niemowlęcym tendencje te objawiają się brakiem przytulania się, brakiem kontaktu wzrokowego, a nawet niechęcią do okazywania uczucia. U dzieci tych może nie rozwinąć się mowa, a jeśli już nawet posiadają tę umiejętność, nie jest to normalna mowa. Na przykład, może ona charakteryzować się echolalią — tendencją do powtarzania, kopiowania tego, co zostało właśnie zasłyszane — i echopraksją — powtarzaniem ruchów innych ludzi. Inną powszechną cechą jest odwrócenie zaimkowe — tendencja do używania zaimka »ja« w miejscu, w którym powinien pojawić się zaimek »ty« i na

odwrot. Takie dzieci również reagują negatywnie na zmiany w ich programie dnia i w otoczeniu” (Seligman, Walker i Rosenhan, 2003, s. 341).

Znawczyni problematyki autyzmu, Ewa Pisula, twierdzi, że u osób zdradzających objawy „autystycznego spectrum zaburzeń występują: [...] nieprawidłowości w rozwoju społecznym, zwłaszcza w zdolności do uczestniczenia w naprzemiennych interakcjach społecznych; [...] deficyty i dysfunkcje w porozumiewaniu się zarówno werbalnym, jak i niewerbalnym; [...] obecność sztywnych wzorców zachowań, aktywności i zainteresowań. Sposób, w jaki te zaburzenia się przejawiają, oraz ich natężenie są różne u poszczególnych osób. Tworzą one skomplikowany obraz kliniczny, który musi być rozpatrywany całościowo. Ważne jest przy tym, że problemy te nie wyczerpują listy zaburzeń występujących u osób z autyzmem. Termin »autystyczne spektrum zaburzeń« łączy się ze znacznie szerszym ujmowaniem autyzmu niż »zaburzenie autystyczne« [...] lub »autyzm dziecięcy«. [...] Jest on jednak zarazem mniej precyzyjny i zaciera różnice występujące między mieszczącymi się w jego zakresie jednostkami. W dużym stopniu pokrywa się on znaczeniowo z kategorią »całościowych zaburzeń rozwoju«. Posługiwanie się terminem »autystyczne spektrum zaburzeń« pozwala więc na uniknięcie wielu wątpliwości i problemów związanych z różnicowaniem zaburzeń zaliczanych do całościowych zaburzeń rozwoju. Próby ścisłego »rozdzielenia« poszczególnych jednostek sprawiają bowiem wiele trudności. Jako przykład można podać zespół Aspergera, w przypadku którego — w myśl kryteriów diagnostycznych — rozwój zdolności językowych jest u dziecka prawidłowy przed ukończeniem przez nie trzech lat. U niektórych osób z tym zespołem (czy — jak to określa Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne — zaburzeniem) wczesny rozwój przebiega jednak inaczej i bardziej odpowiada charakterystyce autyzmu. Nie spełniają one zatem tego kryterium (a czasem i innych), choć później obraz ich funkcjonowania może stać się całkowicie zgodny z opisem zespołu Aspergera. [...] Podobny problem dotyczy odróżnienia autyzmu, jeśli rozwija się on po ukończeniu przez dziecko 2 lat, od dziecięcego zaburzenia dezintegracyjnego. Także u wielu osób z zespołem Retta w pewnym okresie rozwoju rozpoznany zostaje autyzm. Dodatkową komplikację stanowi fakt, że obraz zaburzeń może się istotnie zmieniać w trakcie życia danej osoby” (Pisula, 2005, s. 15–16).

2. Kryteria diagnostyczne autyzmu według DSM-IV i ICD-10

Powszechnie wiadomo, że psychiatrzy i psychologowie kliniczni (także przedstawiciele innych nauk), korzystają z „Podręcznika diagnostycznego i statystycznego zaburzeń psychicznych” (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, w skrócie DSM), opracowanego przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (American Psychiatric Association, w skrócie APA) oraz „Międzynarodowej statystycznej klasyfikacji chorób i problemów zdrowotnych” (*International Classification of Diseases and Related Health Problems*, w skrócie ICD-10), opracowanej przez Światową Organizację Zdrowia (World Health Organization, w skrócie WHO) (Bilikiewicz i Jarema, 2003) (Cierpiąłkowska, 2007). W klasyfikacji APA i WHO jest mowa o kryteriach diagnostycznych autyzmu (zaburzeń autystycznych), które znajdują wyraz w literaturze przedmiotu, a zatem nie ma potrzeby reprodukcji treści zawartej w niej. Dla celów

edukacyjnych warto jedynie przedstawić pogląd M. Suchowierskiej, P. Ostaszewskiego i P. Bąbla. Zdaniem tych badaczy, „ważną kwestią był sposób przyporządkowania autyzmu do poszczególnych kategorii w światowych systemach klasyfikacji chorób. W dwóch pierwszych wydaniach systemu klasyfikacji chorób psychicznych *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM), publikowanego przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (American Psychiatric Association), autyzm był zaliczany do psychoz i traktowany jako postać schizofrenii dziecięcej [...]. Natomiast w roku 1980 w DSM-III pojawił się termin »całościowe zaburzenia rozwoju« (ang. *pervasive developmental disorders*; PDD), do których zaliczono autyzm (wtedy nazywany »autyzmem dziecięcym«, ang. *infantile autism*), całościowe zaburzenie rozwoju. [...] Całościowe zaburzenie rozwoju oznacza, że nieprawidłowości dotyczą większości sfer funkcjonowania dziecka. W poprawionym wydaniu trzecim DSM [...] do grupy całościowych zaburzeń rozwoju oprócz autyzmu (została zmieniona także nazwa na »zaburzenie autystyczne«, ang. *autistic disorder*) dodano całościowe zaburzenie rozwoju — inaczej nieokreślone [...] do kategorii całościowych zaburzeń rozwoju zaliczono już pięć jednostek: zaburzenie autystyczne, zaburzenie Aspergera, całościowe zaburzenie rozwoju — inaczej nieokreślone, zaburzenie Retta i dziecięce zaburzenie dezintegracyjne. Obecnie wykorzystywane poprawione wydanie czwarte DSM [...] nie wniosło zmian do klasyfikowania i kategorii diagnostycznych całościowych zaburzeń rozwoju. W Europie częściej niż podręcznik DSM wykorzystuje się analogiczny system klasyfikacji stworzony przez Światową Organizację Zdrowia (World Health Organization). Podręcznik Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (*International Classification of Diseases and Related Health Problems*, ICD-10; World Health Organization, 1993) obowiązuje w Polsce od 1997 roku. [...] Kryteria diagnostyczne dla autyzmu w obecnym DSM i ICD są podobne i skupiają się na triadzie zaburzeń opisanych przez Wing i Gould [...]. W ICD-10, podobnie jak w DSM-IV-TR, wyodrębniana jest grupa całościowych zaburzeń rozwoju. W skład tej grupy wchodzi: autyzm dziecięcy (ang. *childhood autism*), autyzm atypowy (ang. *atypical autism*), zespół Retta (ang. *Rett's syndrome*), dziecięce zaburzenie dezintegracyjne (ang. *other childhood disintegrative disorders*), zaburzenie hiperkinetyczne z towarzyszącym upośledzeniem umysłowym i ruchami stereotypowymi (ang. *over-active disorder associated with mental retardation and stereotyped movements*), Zespół Aspergera (ang. *Asperger's syndrome*), inne całościowe zaburzenia rozwojowe (ang. *other pervasive developmental disorders*) oraz całościowe zaburzenia rozwojowe nieokreślone (ang. *pervasive developmental disorder, unspecified*). [...] W literaturze terminy »zaburzenie autystyczne«, »autyzm dziecięcy« i »autyzm« są stosowane wymiennie. Podobnie ma się rzecz z terminami »zaburzenie Aspergera« i »zespół Aspergera«. Całościowe zaburzenie rozwoju — inaczej nieokreślone często nazywane jest »autyzmem atypowym«. Niezależnie jednak od wykorzystywanych nazw, a także od systemu klasyfikacyjnego, te trzy zaburzenia (tj. zaburzenie autystyczne, zaburzenie Aspergera i całościowe zaburzenie rozwoju — inaczej nieokreślone) należą [...] spektrum zaburzeń autystycznych» (Suchowierska, Ostaszewski i Bąbel, 2012, s. 23–25).

W dyskursie na temat diagnostyki autyzmu warto wziąć pod rozwagę następujące słowa E. Pisuli: „Autyzm można wykryć znacznie wcześniej, niż to zazwyczaj

się zdarza — można go rozpoznać już w drugim roku życia dziecka, a nawet wcześniej. Wciąż brakuje rzetelnych narzędzi ułatwiających diagnozę, niemniej udało się ustalić listę specyficznych problemów pojawiających się u wielu dzieci już w tym okresie życia. Nie należy zatem zwlekać z podejmowaniem prób całościowej analizy funkcjonowania bardzo małego dziecka. Jej rezultatem — co należy podkreślić — nie może być diagnostyczna etykieta. Chodzi o rozpoznanie problemów doświadczanych przez dziecko, wykrycie mechanizmów leżących u ich podłoża i określenie sposobów udzielania pomocy. Cele te w odniesieniu do dzieci z autyzmem nie są łatwe do osiągnięcia, ale nie może to zniechęcać do podejmowania wysiłku. Tak wcześnie sformułowana diagnoza musi zostać zweryfikowana, a właściwie podlegać ciągłej weryfikacji. Rozwój to zjawisko z natury dynamiczne. Fakt ten stwarza wielkie szanse, nakłada też jednak na osoby pracujące z dzieckiem z autyzmem wymóg otwartości wobec rozmaitych przejawów dokonujących się zmian. [...] Kryteria rozpoznawania autyzmu u dzieci poniżej trzeciego roku życia powinny zostać poddane gruntownej rewizji. Na plan pierwszy w obrazie tego zaburzenia w tej grupie wiekowej wysuwają się wyraźnie problemy w interakcjach społecznych oraz komunikowaniu się, co jest zgodne rozstrzygnięciami przyjętymi w systemach klasyfikacyjnych. Znacznie mniej oczywiste jest natomiast akcentowanie sztywnych wzorców aktywności, zachowania i zainteresowań, które — choć zazwyczaj występują w pewnym zakresie u dziecka — na tym etapie rozwoju pozostają w słabym związku z autyzmem (co oznacza, że pojawiają się one również u dzieci z innymi problemami rozwojowymi, a nierzadko także u tych, których rozwój przebiega prawidłowo)” (Pisula, 2005, s. 139–140).

3. Hipotetyczne przyczyny autyzmu i współistniejących zaburzeń rozwoju człowieka

Zdaniem autorów „Psychologii zaburzeń”, przyczyny autyzmu nie są „znane. Zgromadzono jednakże dowody, iż znaczącą rolę w etiologii zaburzenia mogą odgrywać defekty genetyczne, uszkodzenia wywołane przez szkodliwe promieniowanie i inne. [...] Dowody dotyczące wpływu czynnika genetycznego pochodzą z badań ryzyka wystąpienia autyzmu u rodzeństwa dzieci autystycznych. Jeśli w rodzinie jest jedno dziecko autystyczne, ryzyko wystąpienia autyzmu u jego rodzeństwa wynosi 3% do 5%. Chociaż ogólnie taki poziom ryzyka należy do niskich, jest ono jednak bardzo wysokie zważywszy częstość występowania autyzmu w populacji. Badania bliźniąt również wykazują wyższy poziom wskaźników zgodności u bliźniąt monozygotycznych niż u dyzygotycznych. [...] Tak więc, z badań rodzin i bliźniąt płynie wniosek, iż 80% do 90% zmienności ryzyka autyzmu opiera się na czynnikach genetycznych, co sprawia, iż spośród wszystkich [...] (form zaburzeń okresu dzieciństwa i adolescencji (Panasiuk-Chodnicka i Panasiuk, 2008)) autyzm jest w największym stopniu uwarunkowany genetycznie. [...] Sposób przekazywania genetycznego nie został dokładnie poznany. Wydaje się jednak prawdopodobne, że także u krewnych wzrasta ryzyko wystąpienia deficytów poznawczych i społecznych, choć w formie łagodniejszej niż prawdziwy autyzm. [...] Wydaje się zatem, że zaburzenie, które nazywamy autyzmem, dotyczy zarówno wielu rodzajów deficytów [...], jak i wielu etiologii. [...] Być może więc nie powinniśmy oczekiwać, że znajdziemy bardzo wiele czynników ryzyka w badaniach

autyzmu lub że stwierdzimy wyjątkowy poziom zgodności między badaniami, które dotyczyły oceny różnych grup autystycznych dzieci. Niektórzy podejrzewają istnienie defektu genetycznego w chromosomie X, odnoszącego się do zespołu kruchego chromosomu X [...], który może występować u około 8% autystycznych chłopców.[...] Co więcej, u 15% do 20% chłopców z zespołem kruchego chromosomu X rozpoznaje się także autyzm, co sugeruje powiązanie między autyzmem a tym zespołem. [...] Większość badaczy żywi przekonanie, że początek autyzmu wiąże się z pewnym rodzajem defektu wrodzonego, który upośledza funkcjonowanie na poziomie percepcyjno-poznawczym, a więc zdolność do przetwarzania bodźców i budowania relacji z otoczeniem. [...] Wiedza o etiologii autyzmu wciąż pozostaje niepełna, choć najbardziej racjonalne wydaje się przypuszczenie, iż zaburzenie spowodowane jest — poza innymi możliwymi czynnikami — defektem bądź defektami wrodzonymi w funkcjonowaniu mózgu” (Carson, Butcher i Mineka, 2006, s. 832–833).

Podobny pogląd na ten temat prezentują autorzy „Psychopatologii”, gdy piszą: „Typy zachowań kojarzone z autyzmem tak dalece odbiegają od obrazu normalnego funkcjonowania, że w mniemaniu większości ludzi zespół ten spowodowany musi być pewnymi nieprawidłowościami biologicznymi. Jednak społeczność naukowców nie zawsze przyjmowała to stanowisko. Ci, którzy pierwsi podjęli się badania tego zaburzenia, skupiali się raczej na rodzicach i ich cechach. [...] Badając ich, mieli nadzieję dotrzeć do ewentualnych psychicznych przyczyn autyzmu. [...] Według niektórych wczesnych teoretyków psychodynamicznych i behawioralnych rodzice dzieci autystycznych to introwertycy, osoby powściągliwe, intelektualisci i ludzie skrupulatni. [...] Opisywano ich jako ludzi tworzących atmosferę »chłodu emocjonalnego«, a wielu klinicystów mówiło o »matkach lodówkach« tych ludzi. Przypuszczano, że tendencje behawioralne rodziców znajdowały odzwierciedlenie w ich potomstwie: powściągliwość była dostrzegana w zachowywaniu dystansu przez dzieci, natomiast skrupulatność w często powtarzanych przez dziecko czynnościach. [...] Niewiele dowodów świadczy o tym, że rodzice dzieci autystycznych zachowują się inaczej w porównaniu z rodzicami dzieci z poważnymi schorzeniami fizycznymi. Zupełnie brakuje potwierdzenia na istnienie niszczyielskich zachowań rodziców. W zasadzie niewiele dzieci pochodzi z rozbitych rodzin lub przeżywało poważny stres w pierwszym okresie życia. Brak dowodów na to, by ich rodzice byli nadzwyczajnymi introwertykami lub ludźmi obsesyjnymi, czy też wykazywali jakiegokolwiek nadmierne zaburzenia myślenia. Większość dzieci autystycznych doświadcza normalnego podejścia i praktyk wychowawczych ze strony rodziców. [...] Ponieważ psychogenetyczne teorie autyzmu nie znalazły potwierdzenia, większy nacisk badawczy położono na biologiczne źródła tego zaburzenia. [...] W ramach genetyki behawioralnej prowadzono badania mające na celu określenie, czy podatność na autyzm jest sprawą dziedziczenia. Ponieważ autyzm jest stanem stosunkowo rzadko spotykanym, trudno było zebrać obszerne dane na temat tego zaburzenia. Niemniej jedno z badań dowiodło, że około 10 procent rodzin z jednym dzieckiem autystycznym ma przynajmniej jeszcze jedno takie dziecko. [...] Badania nad bliźniętami wykazały wysoki poziom zgodności autyzmu u bliźniąt jednojajowych (60 procent) w porównaniu z bliźniętami dwujajowymi (0 procent). [...] Ponadto w parach bliźniaczych, które nie są zgodne pod względem autyzmu, nierzadko zdrowy

bliźniak wykazuje łagodny poziom nieprawidłowości poznawczych i społecznych. [...] Zatem podatność genetyczna na autyzm może skutkować problemami poznawczymi przyjmującymi subtelne lub bardziej skrajne formy” (Seligman, Walker i Rosenhan, 2003, s. 346–347).

H. Jaklewicz, twierdzi, że aktualne badania nad etiopatogenezą autyzmu koncentrują się „wokół biologicznego uwarunkowania zaburzenia. Ważne jest, aby w poszukiwaniach przyczyn i zrozumieniu złożoności patomechanizmu autyzmu uwzględnić znaczenie wczesnych relacji w diadzie matka — dziecko. [...] Wyniki badań nad organicznym uwarunkowaniem rozwoju autyzmu dziecięcego pozostają nadal w sferze hipotez. Nie zidentyfikowano specyficznych, strukturalnych zmian w mózgu, a poszukiwania genetycznych i biochemicznych uwarunkowań są nadal obszarem intensywnych penetracji badawczych. Od początku badań nad biologicznymi uwarunkowaniami autyzmu dziecięcego zwrócono uwagę na częstsze występowanie autyzmu u chłopców, większe obciążenie dziedziczne osób z autyzmem oraz zgodność występowania zaburzenia u bliźniąt jednojajowych; nie ma tej zależności u bliźniąt dwujajowych. [...] W latach osiemdziesiątych opisano zespół »kruchego« chromosomu X. Z odkryciem tym wiązano ogromne nadzieje na rozwiązanie tajemnicy genetycznego uwarunkowania autyzmu. Badania [...] wykazały, że »kruchy« chromosom X nie występuje u dziewcząt autystycznych i jest obecny tylko u 2,6% chłopców z tym rozpoznaniem. Znacznie częściej występuje u osób z upośledzeniem umysłowym w stopniu głębokim (17–20%). Dalsze badania osób z tą ułomnością genetyczną wskazują na zaburzenia zachowania i w interakcjach społecznych oraz procesach poznawczych. Współistnienie cech autystycznych z chorobami genetycznie uwarunkowanymi, takimi jak stwardnienie rozsiane, zespół Turnera czy choroba Downa, dotyczy opisu pojedynczych przypadków i trudno na tej podstawie wnioskować o wspólnym podłożu zaburzeń w autyzmie, a raczej o heterogenności autyzmu. [...] Badania lat ostatnich koncentrowały się wokół penetracji obszaru chromosomu 2, 7, 15, 17, krótkiego chromosomu 16 oraz innych biorących udział w procesie rozwoju mózgu. Odkrycie obszarów (*locus*) na chromosomach 2, 7, 15 i 17, które są związane z ryzykiem rozwoju autyzmu, nie wyjaśniają który gen, czy geny i w jakich warunkach jest aktywizowany. [...] Aktualne badania koncentrują się wokół aktywności genów kodujących białka receptorowe i enzymy. Nie wykazano bezpośredniego związku między występowaniem autyzmu, a genem transporterem serotoniny, podobnie jak zaburzeniem metabolizmu amin katecholowych. Bloki metaboliczne są przyczyną wielu zaburzeń rozwojowych. Ocenia się, że u około 20% dzieci autystycznych zdiagnozowanych w szerokim zakresie autyzmu występuje upośledzony metabolizm purynowy, który może być przyczyną gromadzenia się toksycznych puryn w organizmie. Geny ADA1 i ADA2 kodują warianty enzymu ADA włączanego w metabolizm puryn. Badania przeprowadzone w grupie dzieci autystycznych i ich ojców wykazały, że wspólne allele genu ADA2 częściej występują u osób autystycznych i ich ojców w porównaniu z grupą kontrolną. [...] Wyniki przeprowadzonych dotychczas badań zmierzających do wykrycia przyczyn rozwoju autyzmu upoważniają do stwierdzenia, że autyzm dziecięcy, jak większość zaburzeń psychicznych, powstaje w wyniku wieloczynnikowych interakcji, co oznacza, że

wpływy środowiskowe mogą odgrywać istotną rolę w aktywacji genów tzw. ryzyka genetycznego (*vulnerability*)” (Jaklewicz, 2007, s. 115–116).

E. Pisula formułuje tezę, że autyzmu nie można rozpoznać w okresie prenatalnym „choć niektórzy badacze sugerują, że ma ono charakter wrodzony. Poszukiwanie związków między przebiegiem ciąży i porodu a autyzmem przynosi niejednoznaczne dane. [...] Związek autyzmu z nieprawidłowościami strukturalnymi w mózgu także pozostaje niewyjaśniony. Bogate informacje zebrane przy użyciu tomografii komputerowej nie przynoszą jednoznacznego obrazu i nie pozwalają na stwierdzenie, że autyzm pozostaje w związku z określoną lokalizacją uszkodzeń. Jak dotąd nie wykryto żadnych typowych dla autyzmu zaburzeń neurologicznych, choć zarazem u niemal wszystkich osób cierpiących na to zaburzenie pewne nieprawidłowości występowały. Najczęściej dotyczyły one zaburzeń w rytmie okołodobowym, nieprawidłowych wzorców ruchowych ujawniających się podczas pełzania i chodzenia, a także zaburzeń związanych z dominacją półkulową. [...] U innych osób deficyty te ujawniały się w zakresie postawy ciała, koordynacji ruchów lub apraksji w obrębie twarzy. U około 25% dzieci z autyzmem stwierdza się hypotonię, bardzo rzadko natomiast występuje spastyczność — u mniej niż 5%. [...] Padaczka występuje u około 20% do 35% osób [...], przy czym nieprawidłowości w zapisie EEG często pochodzą z płatów skroniowych. Zazwyczaj padaczka pojawia się u dzieci z autyzmem w jednym z dwóch okresów rozwoju: wczesnym dzieciństwie lub okresie dorastania. Dane dotyczące jej występowania u dzieci z autyzmem w wieku przedszkolnym wskazują, że jest ona obecna u 7–14%. [...] Problem ten częściej dotyczy dzieci z niepełnosprawnością intelektualną oraz rodzinnym obciążeniem padaczką. Pojawienie się padaczki we wczesnym okresie życia dziecka pozostaje często w związku z łagodnym regresem w rozwoju. Zebrano wiele danych dotyczących związków autyzmu z anomaliami w budowie i funkcjonowaniu takich struktur mózgowych, jak ciało migdałowe, hipokamp, mózdzek, płaty skroniowe i czołowe. [...] Powstają też zwierzęce modele autyzmu. [...] Zarówno te modele, jak i badania prowadzone bezpośrednio z udziałem osób z autyzmem wskazują, że w przypadku tego zaburzenia mamy do czynienia ze złożonymi dysfunkcjami mózgowymi” (Pisula, 2005, s. 23–25).

Dokonany przegląd literatury naukowej i popularnonaukowej, traktujący o przyczynach autyzmu (raczej hipotetycznych, niż rzeczywistych), daje asumpt do dyskusji nad tradycyjnymi i nowoczesnymi metodami terapii osób dotkniętych tym poważnym zaburzeniem rozwojowym.

4. Strategia terapii autyzmu i współistniejących zaburzeń rozwoju człowieka

Zdaniem Philipa C. Kendalla, w terapii autyzmu mają priorytet programy behawioralne, „które próbują leczyć deficyty behawioralne lub problemowe zachowania za pomocą wzmocnień, stosowanych w zależności od zachowania dziecka. Cel terapii stanowić może uczenie gotowości do uczenia się, zachowań społecznych lub umiejętności porozumiewania się. Ponieważ dzieci autystyczne nie są tak uspołecznione jak dzieci »normalne«, nie reagują w ten sam sposób na uśmiechy, pochwały słowne czy możliwości udziału w imprezach towarzyskich z rówieśnikami, dlatego stosuje się bardziej konkretne i sensoryczne nagrody. [...] Celem wielu programów behawioralnych jest

rozwój mowy. Proces kształtowania polega na stosowaniu podczas treningu odpowiedniej sekwencji. Najpierw dziecko jest nagradzane za wszelkie wypowiedzi. Później nagradzane jest tylko wtedy, kiedy wypowiedź następuje po podpowiedzi terapeuty. Następnie nagrody podawane są tylko wtedy, gdy dziecko wypowiada słowo coraz bardziej podobne do podpowiedzi terapeuty. Kiedy dziecko już nauczy się danego słowa, terapeuta nagradza dziecko tylko wtedy, gdy powtarza słowo po właściwej podpowiedzi, mimo że terapeuta wymawia także inne dźwięki. Dzięki tej sekwencji kształtowania reakcji poprzez wykorzystywanie modelowania i stosowanie nagród dziecko stopniowo nabywa umiejętności językowych. Postępy są godne uwagi, jeśli porówna się je z początkowym poziomem, ale jest to mrówczy proces, a końcowym rezultatem nie jest »normalna« komunikacja. Potrzeba wiele czasu i wysiłku, aby dzieci autystyczne zaczęły reagować werbalnie i tworzyć zdania. [...] Jeśli podsumujemy lata stosowania behawioralnej modyfikacji zachowań jako terapii dzieci autystycznych, to dane wyraźnie wskazują, że prowadzi ona do mierzalnego postępu, choć jest on często powolny. Nie wszystkie jednak interwencje przynoszą wielkie sukcesy i prognoza w przypadku większości autystycznych dzieci jest w rzeczywistości niezbyt optymistyczna. Największe efekty dają bardzo intensywne interwencje (40 godzin tygodniowo) w odniesieniu do bardzo małych i wybranych pacjentów. Jednakże co najmniej jedno badanie wskazuje, że kiedy przeszkoli się rodziców i przejmą oni rolę terapeutów, efekty się utrzymują. [...] Współcześnie kładzie się nacisk na wczesne wprowadzenie działań interwencyjnych [...], przy czym większość profesjonalistów uważa, że krytyczne znaczenie ma prowadzenie terapii w okresie przedszkolnym” (Kendal, 2010, s. 174–177).

Autorzy „Psychopatologii” formułują tezę, że w terapii autyzmu stosuje się środki farmakologiczne celem „zwalczania raczej konkretnych symptomów niż całego zaburzenia. [...] Na przykład mytylfenidat (*ritalin*) używany jest do poprawienia zdolności koncentracji, natomiast inhibitory powtórnego wychwytu serotoniny (SSRI) (np. prozac) i inne leki przeciwdepresyjne pomagają kontrolować stereotypie, persewacje i zmiany nastroju. Jednak główne zabiegi terapeutyczne służące zwalczaniu zaburzenia autystycznego polegają na intensywnej terapii behawioralnej i interwencjach edukacyjnych. [...] Techniki behawioralne [...] są już powszechnie stosowane. Zakładają one wzmacnianie wszelkich zachowań werbalnych dziecka w celu zwiększenia ich częstotliwości. Dzieci są nagradzane za naśladowanie dźwięków wydawanych przez terapeutę. Gdy posiadają już zdolność naśladowania (uczy się je (Panasiuk-Chodnicka i Panasiuk, 2013)) nazywać przedmioty codziennego użytku. Na koniec, przy wykorzystaniu tych samych technik, uczy się je zadawać pytania. Pierwsze badania prowadzone nad skutecznością tych metod napawały wielkim optymizmem co do tego, że techniki behawioralne pozwalają dzieciom całkowicie przezwyciężyć nieprawidłowości kojarzone z autyzmem. Jednak optymizm ten nieco osłabł, gdy inne badania wykazały, że korzyści wyniesione z tej terapii często zanikały, gdy dzieci powracały do ośrodków opieki. [...] Niemniej dalsze obserwacje dzieci autystycznych poddanych intensywnemu leczeniu wykazały, że nastąpiła znaczna poprawa w ich funkcjonowaniu [...], wyniki badań wskazują na to, że jeśli dziecko zostanie poddane terapii behawioralnej przez dłuższy czas (np. 48 godzin tygodniowo przez przynajmniej dwa

lata) we wczesnym okresie życia, można snuć prognozy długoterminowe. [...] Ponadto, gdy w programach terapeutycznych biorą udział rodzice, zmianom ulegają zarówno zachowania ich, jak i ich dzieci. I im bardziej angażują się w program, tym większe prawdopodobieństwo, że korzyści językowe z niego wyniesione zostaną utrzymane” (Seligman, Walker i Rosenhan, 2003, s. 348).

Kwestię metod i możliwości leczenia autyzmu podnoszą autorzy współczesnej „Psychologii zaburzeń”. Ich zdaniem „dzieci autystyczne słabo reagują na terapię i dlatego poddawane są różnym »nowatorskim« sposobom leczenia, które nie zawsze okazują się efektywne. [...] Przed laty stosowanie leków [...] okazywało się nieskuteczne. [...] Preparatem najczęściej stosowanym jest haloperidol (Haldol), środek przeciwpsychotyczny [...], lecz dane dotyczące skuteczności nie dają podstaw do jego stosowania, chyba że inne środki zawiodą. [...] Niedawno stwierdzono umiarkowaną skuteczność klonidyny, leku obniżającego nadmierne napięcie, który łagodzi objawy zaburzenia. [...] W przypadkach drażliwości i wrogości może być wskazane stosowanie leków obniżających poziom agresji. [...] Chociaż w autyzmie nie ma niezawodnych środków obserwuje się pewne korzystne efekty po podaniu klomipraminy. Brak jednak leków, które oddziałują na objawy autyzmu wystarczająco dobrze, by można je polecać. W tej sytuacji kierujemy naszą uwagę na rozmaite metody psychologiczne, bardziej skuteczne w terapii dzieci autystycznych. [...] Terapia behawioralna prowadzona w ośrodkach okazuje się skuteczna w eliminacji zachowań prowadzących do samouszkodzeń, w ćwiczeniu podstawowych zachowań społecznych i rozwijaniu pewnych umiejętności dotyczących języka mówionego. [...] Ivar Lovaas [...], pionier w dziedzinie terapii behawioralnej dzieci autystycznych, stwierdził, iż wysoce pozytywne efekty przyniósł stosowany przez niego długotrwały eksperymentalny program terapeutyczny. Spośród dzieci poddanych terapii 47% osiągnęło normalny poziom funkcjonowania intelektualnego, a 40% — poziom lekkiego upośledzenia. Wśród nieleczonych dzieci z grupy kontrolnej tylko 2% zaczęło funkcjonować normalnie pod względem intelektualnym, a 45% — na poziomie lekkiego upośledzenia. Dojście do takich znaczących rezultatów wymaga jednak dużego wysiłku od zespołu terapeutycznego: pracy dobrze wykwalifikowanych terapeutów przynajmniej 40 godzin tygodniowo przez dwa lata. Ciekawe, że w badaniu skuteczności terapii behawioralnej stwierdzono, iż u dzieci, które powróciły z ośrodka do swojego domu, poprawa utrzymywała się, natychmiast stan tych dzieci, które pozostały w ośrodku, pogarszał się: traciły więcej niż zyskały w czasie terapii. [...] Jest zbyt wcześnie, by ocenić długotrwałe efekty [...] nowatorskich metod i to, na ile takie terapie przynoszą poprawę. Rokowanie dla dzieci autystycznych, w szczególności tych, u których objawy występują przed ukończeniem przez nie dwóch lat, nie jest obiecujące. Długotrwałe rezultaty leczenia autyzmu na ogół są niezadowolające. [...] Jednym z czynników istotnie ograniczających sukces terapii autyzmu jest trudność w uogólnianiu zachowań poza kontekstem terapeutycznym. [...] Dzieci z poważnymi upośledzeniami rozwojowymi nie potrafią wykorzystać umiejętności dotyczących danej sytuacji w sytuacjach innych. W konsekwencji wyuczenie jakiegoś zachowania nie oznacza, że staje się ono pomocne w innych okolicznościach. Należy to brać pod uwagę, jeśli trening czy program terapeutyczny ma być skuteczny. Zmiany w przepisach prawnych dotyczących traktowania dzieci niepełnosprawnych [...]

zapewniają wszystkim dzieciom równy dostęp do odpowiedniej edukacji w najmniej restrykcyjnym otoczeniu. Jest prawdopodobne, że większy nacisk położy się na integrację dzieci autystycznych w tradycyjnym środowisku szkolnym” (Carson, Butcher i Mineka, 2006, s. 833–835).

Walory ma dyskurs na temat terapii zaburzeń autystycznych zawarty w pracy **P. Abrahamsa**. Autor formułuje tezę, że rzetelne rozpoznanie autyzmu u dziecka daje asumpt do „objęcia całej rodziny wszechstronną i fachową pomocą. Zasadnicze znaczenie ma odpowiednie środowisko szkolne. Dziecko powinno trafić do szkoły specjalnej, zorganizowanej stosownie do jego potrzeb, z naciskiem na rozwój mowy i innych form komunikacji międzyludzkiej pod opieką odpowiednich pedagogów. [...] W kształtowaniu u dziecka autystycznego pożądanych postaw i zachowań, a zwalczaniu trudnych (jak obsesje) czy wręcz niebezpiecznych (jak skłonność do samoookaleczeń) wykorzystuje się różne formy psychoterapii, w tym zwłaszcza terapii behawioralnej. Leki mają zastosowanie ograniczone i najczęściej doraźne: w kontroli pewnych powtarzanych, nawykowych zachowań (manieryzmów) podaje się fenfluraminę, w razie nadpobudliwości przydatny bywa haloperydol lub inne neuroleptyki. Specjalna technika terapeutyczna zwaną metodą Higashi lub terapią życia codziennego posługuje się ruchem, muzyką i sztuką w celu umożliwienia autystycznym dzieciom nauki przez naśladownictwo w przyjaznym dla nich, zorganizowanym środowisku. Ważną rolę odgrywa również logopedia i terapia mowy. U dzieci nieposługujących się językiem kładzie się nacisk na rozwój innych sposobów komunikacji, interakcji i pewnej współpracy z otoczeniem” (Abrahams, 2010, s. 225).

Nie ma wątpliwości, że wartości naukowe i praktyczne mają rozważania na temat nowoczesnych strategii (form, metod i technik) leczenia osób dotkniętych autyzmem, zawarte w pracy **F.R. Volkmara**. Autor stwierdza, że głównym celem terapii jest „[...] minimalizacja destrukcyjnego wpływu autyzmu na rozwój i maksymalna normalizacja procesów rozwojowych. Cele zmieniają się wraz z wiekiem dziecka i poziomem funkcjonowania, ale zawsze wyraźnie koncentrują się na umiejętnościach społecznych, językowych i adaptacyjnych (samoobsługa). Niezbędne jest stosowanie ustrukturyzowanego, wszechstronnego programu stworzonego przez specjalistów wielu dziedzin. Stosowane metody różnią się pod względem wymiarów (np. podejście, w którym w centrum zainteresowania jest dziecko lub podejście rozwojowe w porównaniu z podejściem behawioralnym, gdzie w centrum zainteresowania jest dorosły), niemniej dla różnych metod pewne techniki mogą być takie same. [...] Koncentracja na terapii mowy i języka ma na celu rozszerzenie zakresu umiejętności komunikacyjnych dziecka. Powinna ona obejmować naukę licznych technik komunikacji wraz z wprowadzaniem nowych słów. Dzieciom, które jeszcze nie mówią, można pomóc poprzez stosowanie strategii wzmacniających (śpiewanie z pomocą gestów, wymiana obrazków itp.). W przypadku dzieci bardziej zaawansowanych rozwojowo techniki koncentrują się raczej na społecznym używaniu języka. Interwencje behawioralne są stosowane w programach edukacyjnych. Techniki te pomagają w opanowywaniu zachowań destrukcyjnych i ułatwiają naukę. Biorąc pod uwagę, że u dzieci z autyzmem obserwuje się tendencję do uczenia się w izolacji, ważny jest uogólniony rozwój umiejętności, który jest kluczowym elementem terapii. [...] Stosowanie leków nie wpływa na kluczowe

społeczne i komunikacyjne aspekty autyzmu, ale może zmniejszać problemy behawioralne mające wpływ na programowanie. Neuroleptyki, szczególnie leki atypowe, są skuteczne w zakresie redukcji zachowań stereotypowych i pobudzenia, jednakże objawy uboczne mogą ograniczać ich stosowanie. Dużym zainteresowaniem cieszą się leki z grupy SSRI (*selective serotonin reuptake inhibitors* — selektywne inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny) z uwagi na ich potencjał w zakresie obniżania nasilenia lęku i sztywności behawioralnej. W przypadku adolescentów z depresją pomocne może być stosowanie leków przeciwdepresyjnych. W niektórych przypadkach pomaga również przyjmowanie stabilizatorów nastroju” (Volkmar, 2011, s. 229–230).

E. Pisula słusznie zauważa, że wczesne rozpoznanie autyzmu u dzieci i poddanie ich właściwym zabiegom leczniczym „stanowi bazę dla późniejszych oddziaływań. Im więcej uda się osiągnąć w tym czasie, tym szybciej w przyszłości dziecko będzie mogło zacząć opanowywać złożone umiejętności. Wczesna interwencja stanowi wsparcie zarówno dla dziecka, jak i dla jego rodziny, które może zapobiec nawarstwianiu się wtórnych nieprawidłowości będących konsekwencją zaburzeń. Pomaga też ona rodzinom w przystosowywaniu się do problemów w rozwoju dziecka, wyposaża rodziców w potrzebne umiejętności i jest źródłem wszechstronnej pomocy. Aby osiągnąć te cele, nie może jednak się sprowadzać do izolowanych działań (medycznych, terapeutycznych itd.). Powinna stanowić system dobrze skoordynowanych, wielospecjalistycznych usług. Początkowo realizacja programów wczesnej interwencji odbywała się głównie w specjalistycznych ośrodkach. [...] Współcześnie interwencję przenosi się do domów rodzinnych, co jest korzystne dla dziecka i jego rodziny z powodów organizacyjnych, a także dlatego, że terapia odbywa się w środowisku naturalnym. Wczesna interwencja w odniesieniu do dzieci z autyzmem to zjawisko złożone, podobnie jak terapia autyzmu w ogóle. Wyróżnić można wiele jej kierunków, różne szkoły i podejścia. Niektóre z nich działają w opozycji względem siebie. Mimo pewnego chaosu, jaki w tym obszarze panuje, z pewnością można stwierdzić, że żaden ze znanych kierunków nie jest tak samo skuteczny wobec wszystkich dzieci. Nie opracowano dotąd metody, która byłaby szczególnie skuteczna i bardziej wartościowa niż wszelkie inne, chociaż w odniesieniu do konkretnych celów terapeutycznych wartość poszczególnych metod jest oczywiście zróżnicowana. [...] W dyskusjach nad terapią małych dzieci przewija się spór o sens stosowania metod dyrektywnych i niedyrektywnych. [...] Wprowadzanie takiego dychotomicznego podziału i opowiadanie się po jednej ze stron sporu jest całkowicie chybione. Znacznie bardziej owocne okazuje się bowiem łączenie elementów różnych koncepcji i metod niż uporczywe trwanie przy jednej z opcji. Z jednej strony wysoki poziom dyrektywności dorosłego podczas interakcji z dzieckiem może w pewnym zakresie sprzyjać rozwojowi dziecka, z drugiej jednak — nie pozwala dziecku zaistnieć jako partnerowi interakcji, dostarczając mu wyłącznie jednostronnych doświadczeń sytuacjach społecznych i nie pozwalając ani na wyrażenie, ani też na uświadomienie sobie własnych pragnień, zamiarów czy motywów. Łączenie rozmaitych metod stwarza szansę na wszechstronny rozwój potencjału dziecka, dostarczając mu rozmaitych, budujących doświadczeń” (Pisula, 2005, s. 113–115).

Rozważania na temat autyzmu i środków zaradczych warto zakończyć następującymi słowami F.R. Volkmara: „Najwcześniejsze badania dotyczące autyzmu

sugerowały relatywnie złe rokowania, gdzie tylko niewielka liczba chorych (1–2%) była w stanie funkcjonować niezależnie jako osoby dorosłe. Wyniki obecnych badań wskazują na możliwości uzyskania poprawy dzięki wczesnemu rozpoznaniu i wdrożeniu leczenia. Rokowanie zdecydowanie poprawia się dzięki wczesnemu rozpoczęciu interwencji. Z drugiej strony u niektórych dzieci, pomimo stosowania właściwych programów, poprawa jest niewielka. U niektórych dzieci obserwuje się ją we wczesnym dzieciństwie, a u innych w okresie adolescencji. U niektórych dzieci pomimo stosowania dobrych programów interwencyjnych, nie udaje się uzyskać faktycznej poprawy” (Volkmar, 2011, s. 230).

Zakończenie

Doświadczenie uczy, nauka zaś to potwierdza, że autyzm i powiązane z nim różnorakie zaburzenia rozwoju człowieka (np. „zespół Retta”, „zespół Aspergera”, „zespół Tourette’a”, „zespół Turnera”, „zespół Downa”, defekty organizmu, dewiacje psychiczne, psychonerwice, stany lękowe, psychozy, mania prześladowcza, izolacjonizm, seperatyzm, nonkonformizm, nadmierna agresywność, samookaleczanie, manifestacje samobójcze i tym podobne) jest trudnym problemem zarówno społecznym, jak i psychiatrycznym, psychologicznym, pedagogicznym, socjologicznym, prawnym, etycznym. Mówią o tym uznani badacze (teoretycy i praktycy) i wzięci psychoterapeuci, rehabilitanci, rewalidatorzy, logopedzi, wychowawcy osób autystycznych oraz ich prawni opiekunowie. Słyszymy o tym w środkach masowego przekazu, w dyskursach publicznych i w rozmowach towarzyskich. Widzimy to w miejscach publicznych (w szpitalach dziecięcych, klinikach psychiatrycznych, w zakładach rehabilitacyjnych, w szkołach specjalnych, w ośrodkach szkolno-wychowawczych, w placówkach terapeutycznych i psychoedukacyjnych) i w wielu rodzinach dotkniętych tym problemem oraz borykającym się z nim i z trudem pokonującym różnorakie przeciwności życiowe czy osobiste.

Nikogo nie trzeba przekonywać, że osoby dotknięte tym specyficznym zaburzeniem wymagają „specjalnych” zabiegów, tak samo diagnostycznych, jak i terapeutycznych. Potrzebują profesjonalnej pomocy medyczno-psychiatrycznej, psychologicznej, pedagogicznej i społecznej. Potrzebują też wsparcia nie tylko ze strony kompetentnych ludzi (diagnostów klinicznych, farmakologów, psychoterapeutów, rewalidatorów, pedagogów specjalnych, nauczycieli i wychowawców), ale także ze strony osób bliskich i znajomych, wszystkich ludzi dobrej woli.

Bibliografia

- Abrahams, P. (2010). *Encyklopedia małego dziecka*. Warszawa: Świat Książki.
- Bilikiewicz, A. i Jarema, M. (2003). *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*. Warszawa: PZWL.
- Bobkiewicz-Lenartowska, W. (2007). *Autyzm dziecięcy. Zagadnienia diagnozy i terapii*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Carson, R., Butcher, J. i Mineka, S. (2006). *Psychologia zaburzeń. Człowiek we współczesnym świecie*. Gdańsk: GWP.
- Cierpiąłkowska, L. (2007). *Psychopatologia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.

- Jaklewicz, H. (2007). Całościowe zaburzenia rozwojowe. W: I. Namysłowska, *Psychiatria dzieci i młodzieży*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Jarosz, M. (1992). Psychopatologia i syndromologia ogólna. W: A. Bilikiewicz i W. Strzyżewski (red.), *Podręcznik dla studentów medycyny* (s. 63). Warszawa: PZWL.
- Kendal, P. (2010). *Terapia dzieci i młodzieży. Procedury poznawczo-behawioralne*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Panasiuk-Chodnicka, A.A. i Panasiuk, B. (2008). Strategie rozwoju i kształtowania osobowości (próba rekonstrukcji technologii wychowania). *Studia Gdańskie. Wizje i rzeczywistość*. Gdańsk: Wydawnictwo Gdańskiej Wyższej Szkoły Humanistycznej.
- Panasiuk-Chodnicka, A. i Panasiuk, B. (2013). Paradygmat patologii życia rodzinnego i strategii radzenia sobie z nią (dyskurs na temat bezpieczeństwa zdrowotnego współczesnej rodziny). W: M. Borkowski i A. Wesołowska (red.), *Bezpieczeństwo zdrowotne człowieka. Wybrane problemy*. Gdańsk: Wydawnictwo Gdańskiej Szkoły Wyższej.
- Pisula, E. (2005). *Małe dziecko z autyzmem*. Gdańsk: GWP.
- Polański, E. i Dereń, E. (2015). *Wielki słownik języka polskiego*. Kraków: Krakowskie Wydawnictwo Naukowe.
- Reber, A. i Reber, E. (2005). *Słownik psychologii*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Seligman, M., Walker, E. i Rosenhan, D. (2003). *Psychopatologia*. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka.
- Suchowierska, M., Ostaszewski, P. i Bąbel, P. (2012). *Terapia behawioralna dzieci z autyzmem. Teoria, badania i profilaktyka stosowanej analizy zachowania*. Sopot: GWP.
- Volkmar, F. (2011). Autyzm i całościowe zaburzenia rozwojowe. W: M. Ebert, B. Nurcombe, P. Loosen i J. Leckman (red.), *Psychiatria. Aktualności w rozpoznawaniu i leczeniu* (tom I). Lublin: Czelej.

Conception of diagnosis and therapy of autism and authentic diseases

Abstract

The article deals with issues of autism and autistic disorders. Defined concept and showing the essence of autism and coexisting human development disorders. The clinical picture and diagnostic criteria for autistic disorders are presented. The hypothetical factors determining the development of autistic disorders have been characterized. There is also a synthesis of knowledge about strategies for the treatment of autism and coexisting disorders of human development.

Keywords: autism; autistic disorder; diagnostic criteria; clinical picture of autistic disorder; causes of autistic disorders; therapy for autistic disorders.

