

Justyna Holka-Pokorska¹, Adam Kucharski²

¹III Klinika Psychiatrii Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

²Instytut Psychologii Uniwersytetu Szczecińskiego

Zespół Kasandry

Kassandra's syndrome

Abstract

The most characteristic neuropsychological deficits in people with autistic spectrum disorders (ASD) relate to the area of social cognition and executive functions. Neurotypical family members or partners of high-functioning people with ASD, unknowingly take on roles related to mentalization of mental states and replenishment of deficits of executive functions of their loved ones. The described phenomenon has been called *Kassandra's syndrome* or *mirroring syndrome*. It coexists with a number of adverse emotional consequences for the partners of autistic persons. The purpose of this article is to present the cognitive distortions underlying the mirror syndrome that can lead to secondary emotional disorders in their partners.

The analysis of the presented problems and case report allows to make several recommendations for the therapy of emotional disorders in neurotypical people in relationships with ASD partners. The diagnosis of cognitive and behavioral deficits presented by autistic partners and cognitive distortions that are created by neurotypical persons during the long-term process of unconscious, traumatic "mind mapping" are of fundamental importance. The most common cognitive distortions relay on: the tunnel thinking, the assigning positive and negative motivations, and minimizing the negative behavioral impact of an ASD partner on the social environment.

The awareness of the described phenomena allows better addressing the goals of therapy for both patients with *Kassandra's syndrome* and people with ASD who are in partnerships

Psychiatria 2020; 17, 1: 49–54

Key words: *autistic spectrum disorder, Cassandra phenomenon, mind-mapping, posttraumatic relationship syndrome*

Wstęp

Powszechna świadomość dotycząca specyficznych deficytów neuropsychologicznych, które towarzyszą osobom z zaburzeniami ze spektrum autyzmu, staje się coraz szersza. Coraz powszechniej przyjmuje się, że niektóre cechy autystyczne, jak trudności z funkcjonowaniem społecznym, specyficzne zawężone zainteresowania oraz specyfika komunikacji tworzą populacyjne kontinuum, a pełne spektrum autystyczne plasuje się na jednym z ekstremów wspomnianego kontinuum.

W *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V)* [1] uwzględniono możliwość diagnozy zaburzeń ze spektrum autyzmu u osób pełnoletnich, co otworzyło drogę do diagnozy oraz pomocy osobom

z deficytami neuropsychologicznymi z zakresu spektrum ASD (*autism spectrum disorder*), które z racji prawidłowego rozwoju mowy nie zostały zdiagnozowane w dzieciństwie. W ostatniej wersji klasyfikacji zaproponowano tak zwany „model diadyczny” dotyczący dwóch najważniejszych kryteriów diagnostycznych spektrum autyzmu, a mianowicie:

- 1) stałych deficytów w zakresie komunikacji społecznej i społecznej interakcji;
- 2) ograniczonego, powtarzalnego wzorca zachowania, zainteresowań i aktywności (DSM-V).

Osoby z ASD funkcjonujące na wysokim poziomie, osiągają często spektakularne sukcesy na polu profesjonalnym. Jednak charakter ich sukcesów zawodowych opiera się najczęściej na pozytywnym zintegrowaniu wąskich i powtarzalnych zainteresowań i aktywności. (w literaturze przedmiotu nazywanych „szczególnymi zainteresowaniami” bądź fiksacjami tematycznymi), które

Adres do korespondencji:

dr n. med. Justyna Holka-Pokorska
Instytut Psychiatrii i Neurologii, III Klinika Psychiatrii
ul. Sobieskiego 9, 02–957 Warszawa
tel.: 605 146 486
e-mail: pokorska@ipin.edu.pl

wyróżniają osoby ze spektrum autyzmu, na tle bardziej neurotypowej populacji. Pod terminem neurotypowość rozumie się w tym ujęciu osoby, u których nie występują specyficzne deficyty neuropsychologiczne obserwowane u osób z ASD.

Nawet jednak osoby funkcjonujące na wysokim poziomie z ASD zmagają się z wieloprofilowymi problemami w zakresie codziennego funkcjonowania, planowania i realizacji bardziej złożonych zadań. Wynika to z faktu, że jednym z neuropsychologicznych deficytów osób z ASD, oprócz najszerzej znanych deficytów teorii umysłu, są trudności z zakresu specyficznej domeny funkcji poznawczych, jaki stanowią funkcje wykonawcze, czyli kompleks funkcji poznawczych niezbędnych do kontrolowania i samoregulacji zachowania. W bardzo ogólnym wymiarze umożliwiają one tworzenie, utrzymywanie, nadzorowanie, poprawianie i realizowanie planu działania [2].

Deficyty w zakresie funkcji wykonawczych ujawniają się zwłaszcza w przypadku czynności wymagających planowania działań w kolejnych sekwencjach, opracowania strategii wykonawczych, zwłaszcza we wszystkich obszarach wykraczających poza szczególne zainteresowania osób z ASD. Dlatego najczęściej ujawniają się w życiu codziennym oraz w obrębie relacji partnerskich, gdyż te domeny życia opierają się na innych obszarach funkcjonowania niż realizacja szczególnych zainteresowań. Realizacja „szczególnych, stereotypowych zainteresowań” stanowi także jeden ze sposobów redukcji niepokoju oraz wzmożonego napięcia emocjonalnego.

Dlatego osoby z ASD rzadko wykazują motywację do pokonywania swoich trudności poznawczych w zakresach, które nie „pobudzają ich intelektualnie” ani nie zapewniają redukcji napięcia emocjonalnego. A to przekłada się na unikanie codziennych życiowych aktywności związanych z dbaniem o siebie, organizowaniem społecznych zadań życia codziennego, dbaniem o siebie i swoje otoczenie oraz dostrzeganiem i współuczestniczeniem w realizacji potrzeb bliskich osób z otoczenia.

Taki sposób funkcjonowania poznawczego wpływa w dużej mierze na „użytkowe” traktowanie osób z otoczenia oraz świadome bądź nieświadome działanie związane z obsadzaniem innych osób w rolach zapewniających uzupełnianie deficytów funkcji wykonawczych przez osoby z ASD.

Według Attwooda [3] osoby z cechami spektrum autyzmu bardzo często wybierają na parterów ludzi, których właściwości mieszczą się na przeciwnym krańcu kontinuum empatii i myślenia społecznego i mogą skompensować ich trudności poznawcze, emocjonalne i społeczne. Często partner z rozwiniętymi umiejętnościami społecznymi zostaje obsadzony w roli asystenta,

pomagającego w kwestiach organizacyjnych i udzielającego wsparcia emocjonalnego.

Cel niniejszego artykułu stanowi omówienie specyfiki zniekształceń poznawczych oraz wtórnych zaburzeń emocjonalnych, które często stają się udziałem osób pozostających w związkach partnerskich z osobami z bardzo rozwiniętymi cechami ze spektrum autyzmu. Zagadnienie to omówiono na podstawie koncepcji zespołu Kasandry oraz antyspołecznej empatii w ujęciu Schnarcha. Dla ilustracji powyższych zagadnień opisano także przypadek z praktyki klinicznej.

Koncepcja zespołu Kasandry

Pod koniec lat 90. ubiegłego wieku członkowie stowarzyszenia *Families of Adults Affected by Asperger Syndrome* (FAAAS) zaproponowali koncepcję „syndromu zwierciadlanego” (*mirror syndrom*) dla określenia specyficznych trudności emocjonalnych, z którymi zmagają się partnerzy osób z zaburzeniami z ASD. W proponowanym przez FAAAS ujęciu zwrócono uwagę na trudności emocjonalne, które często stają się udziałem neurotypowych członków rodzin i partnerów osób z ASD.

Według FAAAS neurotypowi członkowie rodzin osób z ASD są obsadzani w rolach związanych z koniecznością nieustannego „odzwierciadlenia osobowości osób z ASD, z którymi żyją 24 godziny przez 7 dni w tygodniu”. W raporcie FAAAS zwrócono uwagę na to, że wraz z przedłużaniem czasu pozostawania w związku narasta w nich poczucie izolacji, dochodzi do stopniowej utraty więzi z przyjaciółmi i dalszą rodziną, co wpływa na coraz większe poczucie osamotnienia, aż do krańcowych przeżyć, opisywanych jako los „zakładnika osoby autystycznej”. Określenie „syndromu zwierciadlanego” z uwagi na zbyt szerokie odniesienia „syndromu zwierciadlanego” w różnych obszarach psychologiczno-społecznych, na początku lat 2000 organizacja FAAAS zaproponowała re-nominowanie go na „zespół Kasandry”. W nowopryjętej terminologii nawiązano do mitologii greckiej, przywołując prorokinię Kasandrę, która mimo nadprzyrodzonego daru przewidywania przyszłości, pozostawała skrajnie niezrozumiana przez ówczesnych sobie, gdyż w jej przepowiednie nikt nie wierzył. Przez tę mitologiczną parabolę próbowano podkreślić głębokie poczucie niezrozumienia, towarzyszące trudnościom emocjonalnym, z którymi mierzą się partnerzy osób z zaburzeniami ze spektrum autyzmu.

Według Attwooda osoby z cechami spektrum autyzmu bardzo często wybierają na parterów ludzi, których właściwości mieszczą się na przeciwnym krańcu kontinuum empatii i myślenia społecznego i mogą skompensować ich trudności poznawcze, emocjonalne oraz społeczne. Często partner z rozwiniętymi umiejętnościami społecz-

nymi zostaje obsadzony w roli asystenta, pomagającego w kwestiach organizacyjnych i udzielającego wsparcia emocjonalnego [3].

W 2003 roku opisano kategorię diagnostyczną, która może charakteryzować osoby dotknięte przemocą emocjonalną, fizyczną bądź seksualną przez partnera relacji intymnej, pod nazwą zespołu stresu traumatycznej relacji (PTRS, *posttraumatic relationship syndrom*) [4] (tab. 1). Według FAAAS zespół objawów podobnych do PTRS, często rozwija się także u neurotypowych partnerów osób z ASD. Jednak w przypadku tych ostatnich, czynnik stresogenny jest przewlekły i łączy się z silnym brakiem zrozumienia potrzeb emocjonalnych osoby neurotypowej przez osobę z ASD. Dla tej odmiany PTRS zaproponowano nazwę zespołu stresu przewlekłej urazowej relacji (OTRS, *ongoing traumatic relationship syndrome*) [5]. Dla tworzenia oraz podtrzymywania relacji partnerskich istotne są umiejętności wzajemnego mentalizowania swoich potrzeb emocjonalnych przez oboje partnerów. Mentalizacja to proces, za pomocą którego dana osoba świadomie i nieświadomie interpretuje oraz nadaje znaczenie własnym oraz cudzym stanom emocjonalnym oraz zachowaniom. Opiera się na analizie intencjonalnych stanów umysłu, takich jak indywidualne potrzeby, pragnienia, uczucia, przekonania, dążenia oraz motywacje kierujące ludzkimi zachowaniami [6].

W przypadku osób z ASD (ale także wielu innych zaburzeń psychicznych) funkcje odzwierciedlania potrzeb emocjonalnych partnera nie przebiegają prawidłowo, powodując głębokie zakłócenia w relacjach w danym związku. Dodatkową trudność stanowi brak świadomości następstw emocjonalnych, które powoduje długoter-

minowe „użytkowe” traktowanie osoby neurotypowej przez osobę z ASD.

Zarówno w literaturze psychologicznej, jak i w powszechnej świadomości społecznej brakuje modeli pozwalających na ujawnianie oraz przepracowywanie takich destrukcyjnych dla partnerów osób z ASD schematów.

Traumatyczne mapowanie umysłu

W modelu mapowania ludzkiego umysłu Schnarch [7] szeroko rozwinął praktyczne i kliniczne zastosowanie teorii mentalizacji oraz scharakteryzował zjawisko empatii antyspołecznej [7]. Wyróżnił kilka rodzajów zniekształceń poznawczych, które mogą rozwinąć się u osób mających doświadczenia nieadekwatnego „traumatycznego mapowania umysłu”. Według autorów niniejszego artykułu, zjawisko nieprawidłowego mapowania umysłu staje się doświadczeniem osób neurotypowych, pozostających w związkach intymnych z osobami z ASD.

Na podstawie modelu Schnarcha, poniżej krótko scharakteryzowano te zniekształcenia poznawcze, często rozwijane przez osoby neurotypowe, podlegające procesowi „traumatycznego mapowania umysłu” przez partnerów z ASD:

- tunelowa ślepota w zakresie mapowania umysłu partnera z ASD w celu utrzymania pozorów relacji z tą osobą przy jednoczesnej wzmózonej czujności wobec innych osób (ze zbytnią podejrzliwością wobec ludzi spoza ważnej relacji) oraz zaślepieniu wobec własnego zniekształcenia poznawczego;
- przypisywanie pozytywnych motywacji partnerowi z ASD — przy jednoczesnej pełnej akceptacji braku uważności na potrzeby osoby neurotypowej. Wiele

Tabela 1. Objawy zespołu stresu potraumatycznej relacji

Table 1. Symptoms of post-traumatic relationship syndrome

Faza początkowa	Intensywny lęk, poczucie bycia sterroryzowanym oraz złość kierowana wobec sprawcy przemocy relacyjnej
Faza objawowa	Uporczywe przeżywanie na nowo traumatycznych zdarzeń z przemocowej relacji (obsesyjne myśli, wspomnienia, marzenia na jawie, marzenia senne oraz lęki nocne) Ekstremalny dytres psychologiczny (któremu może towarzyszyć wzmózona reaktywność fizjologiczna) w obecności sprawcy przemocy czy też symboli przywołujących myślenie o sprawcy
Faza psychofizjologiczna	Nadmierna czujność, niepokój psychoruchowy, zaburzenia snu (bezsenność), uporczywe poczucie złości wobec partnera relacji, zaburzenia koncentracji, utrata łaknienia, spadek masy ciała
Faza relacyjna	Brak poczucia bezpieczeństwa (w świecie), nieufność oraz lęk przed relacjami intymnymi (lub specyficznym rodzajem relacji intymnych), dysfunkcje seksualne (zwłaszcza u tych osób, które padły ofiarą nadużycia emocjonalnego), społeczna izolacja i utrata więzi z osobami z wcześniejszego kręgu oparcia społecznego

- osób z ASD cechuje się rozbudowaną wrażliwością artystyczną bądź wrażliwością na krzywdę ludzką, przy jednoczesnej „ślepiecie” wobec potrzeb emocjonalnych neurotypowego partnera relacji. Z tego powodu neurotypowy partner często przypisuje szlachetne pobudki myślenia i działania osobie z ASD. Negatywny aspekt antyspołecznej empatii osoby z ASD może nigdy nie zostać dostrzeżony i nazwany przez osobę neurotypową, powodując pogłębienie zniekształceń poznawczych, stwarzając ryzyko ujawnienia się trudności emocjonalnych (najczęściej o charakterze objawów lękowych lub depresyjnych);
- umniejszanie bądź pomijanie negatywnych motywacji partnera z ASD — negatywny aspekt antyspołecznej empatii osoby z ASD może nigdy nie być dostrzeżony i nazwany przez osobę neurotypową. Negatywne zachowania osoby z ASD bywają przypisywane jej deficytom z zakresu poznania społecznego, „brakowi zainteresowania światem emocji”, a nie celowemu działaniu związanemu z antyspołeczną empatią. Prowadzi to do pogłębiania oraz utrwalania zniekształceń poznawczych u osoby neurotypowej oraz stwarza ryzyko ujawnienia się trudności emocjonalnych (najczęściej o charakterze objawów lękowych lub depresyjnych);
 - umniejszanie bądź pomijanie negatywnego wpływu zachowań partnera z ASD na otoczenie społeczne — w przypadku partnerów osób z ASD dotyczy to często umniejszania znaczenia braku zaangażowania w życie rodzinne, opiekę nad dziećmi, dostrzeganie potrzeb emocjonalnych osób bliskich, a dostrzegania znaczenia realizacji szczególnych zainteresowań (najczęściej pod postacią życia zawodowego). W takich przypadkach realizacja szczególnych zainteresowań osoby z ASD otrzymuje wzmocnienie społeczne, podczas gdy brak mapowania umysłu oraz deprywacja potrzeb emocjonalnych neurotypowego partnera pozostaje niezdiagnozowana i trafia do „ślepego pola” jego zniekształceń poznawczych.

Do scharakteryzowanych powyżej zniekształceń poznawczych rozwijanych przez osoby neurotypowe można dołączyć rozbudowane mechanizmy racjonalizacji i zaprzeczeń tworzone wobec obsesyjnych myśli oraz rytuałów, które często charakteryzują styl funkcjonowania osób ze spektrum autyzmu.

Członkowie rodzin osób z ASD wycofują się z relacji przyjacielskich, koleżeńskich, a nawet rodzinnych, w przypadku gdy poszerzanie kontaktów społecznych jest trudne, bądź wzbudza opór czy wrogość u partnera ze spektrum. Często partner neurotypowy oskarżany jest o nadmierną otwartość, spoufalanie się, flirtowanie czy nawet szukanie okazji do zdrady, jeśli mimo braku

aprobaty ze strony osoby z ASD, nadal realizuje swoje potrzeby uczestniczenia w rozszerzonym życiu rodzinnym czy towarzyskim.

W przypadku powolnego przyjmowania ograniczeń funkcjonowania społecznego, konieczności mapowania umysłu osoby z ASD, przy braku wzajemności w zakresie mapowania własnego umysłu przez osobę z ASD oraz wtórnym przyjmowaniu wielu zniekształceń poznawczych koniecznych dla utrzymania relacji z osobą z ASD, u neurotypowych partnerów często dochodzi do rozwinięcia wtórnych zaburzeń psychicznych. Mogą ona przybierać obraz kliniczny przedstawionego powyżej zespołu stresu po traumatycznej relacji lub też innych przewlekłych zaburzeń adaptacyjnych o obrazie lękowym czy depresyjnym.

Opis przypadku

Kobieta, lat 47, po raz pierwszy trafiła na konsultację w sprawie 17-letniej córki. Skarżyła się wtedy na poczucie bezradności i obniżonego nastroju związanego z trudnościami wychowawczymi z córką. Była zaniepokojona dziwacznymi zachowaniami dziecka, skłonnościami do izolowania się, obniżonym nastrojem oraz nienormalną orientacją seksualną. Wielopłaszczyznowe deficyty dziecka przywoływały na myśl objawy z kręgu całościowych zaburzeń rozwojowych, które nigdy nie zostały zdiagnozowane. Na tamym etapie konsultujący lekarz omówił z matką swoje podejrzenia i pokierował na pogłębienie diagnostyki córki. Po dwóch latach, w związku z podjęciem studiów w mieście zamieszkania lekarza, córka trafiła pod opiekę psychiatryczną konsultującego wcześniej specjalisty. Wtedy postawiono rozpoznanie depresji umiarkowanej/głębokiej, zaburzeń ze spektrum autyzmu oraz obserwacji w kierunku niebinarnej tożsamości płciowej. Pacjentka odmówiła skierowania do szpitala psychiatrycznego, zatem wdrożono leczenie przeciwdepresyjne w trybie ambulatoryjnym, pod opieką matki. Matka pacjentki została skierowana na psychoterapię wspierającą. Podczas wizyt oceniających stan psychiczny córki prowadzono jednocześnie rozmowy psychoedukacyjne na temat przebiegu zaburzeń ze spektrum autyzmu oraz niebinarnej tożsamości płci. Podczas tych rozmów okazało się, że matka od wielu lat czuje się „terroryzowana” przez problemy zarówno córki, jak i męża, w którego funkcjonowaniu emocjonalno-społecznym występuje wiele cech spektrum autyzmu. Przez ograniczony styl życia została zmuszona do rezygnacji z kontaktów koleżeńskich, przyjacielskich, a nawet z dalszą rodziną, gdyż kolidowały one z „samotniczym trybem życia męża”. Czuliła się sfrustrowana w zakresie realizacji potrzeb relacji społecznych, natomiast nadmierne przeciążona koniecznością pełnienia funkcji plano-

wania oraz realizowania najprostszych czynności życia codziennego wobec dorosłej już córki oraz męża. Jedyną osobą, która nie oczekiwała sprawowania wobec niej funkcji opiekuńczych była starsza, neurotypowa córka. Podczas dalszych konsultacji u matki zdiagnozowano przewlekłą reakcję adaptacyjną o obrazie zespołu stresu przewlekłej urazowej relacji (OTRS). Matka została skierowana na terapię indywidualną, a z powodu nasilonych objawów depresyjno-lękowych interwencyjnie włączono leczenie przeciwdepresyjne. Jednak kluczowe w przypadku dalszego postępowania terapeutycznego zarówno młodej pacjentki z ASD oraz jej neurotypowej matki, było postawienie diagnozy u córki zmagającej się od wielu lat z deficytami funkcjonowania.

Omówienie

W przedstawionym przypadku kluczowe było postawienie wieloprofilowej diagnozy, związanej z nakładającymi się objawami z zakresu zaburzeń ze spektrum autyzmu i niebinarnej tożsamości płci oraz omówienie dalszych sposobów postępowania w terapii obu zaburzeń (na podstawie standardów *World Professional Association for Transgender Health* [WPATH7]). W przypadku dalszego postępowania terapeutycznego wobec neurotypowej matki, kluczowe stało się omówienie jej trudności emocjonalnych według modelu negatywnego mapowania umysłu Schnarcha.

W przyjętym przez autorów niniejszej pracy modelu pracy z młodymi dorosłymi ze spektrum autyzmu, warunek powodzenia terapii stanowi uzupełnienie jej o konsultacje psychoedukacyjno-wspierające rodziców takich osób. Najczęściej pomocy szukają matki, których partnerzy (ojcowie leczonych dzieci) cechują się silnie wyrażonymi cechami spektrum autyzmu. Wielokrotnie nie zdają sobie sprawy z powagi problemów emocjonalno-społecznych swoich partnerów. Większa świadomość dotyczy problemów rozwojowych swoich dzieci. Chociaż

mimo coraz większej społecznej świadomości autyzmu, bardzo często dzieci z nasilonymi cechami ze spektrum autyzmu, ale kompensowanymi prawidłowym intelektem pozostają niezdiagnozowane mimo szeregu kontaktów z profesjonalistami z zakresu zdrowia psychicznego przy okazji kryzysów wynikających z zaburzeń zachowania, zaburzeń odżywiania się czy zaburzeń nastroju. Brak precyzyjnego nazwania problemów neuropsychologicznych, sensorycznych oraz emocjonalnych wynikających z autyzmu nie pozwala na zaprojektowanie efektywnych metod radzenia, a wzmacnia negatywne czy destrukcyjne sposoby regulacji emocji czy przeciążeń sensorycznych. Głębokie oraz często obecne u kilku członków rodziny (partnera i dzieci) deficyty wynikające z cech spektrum autyzmu, jeśli nie zostaną nazwane i omówione z neurotypowym członkiem rodziny, prowadzą do coraz większych przeciążeń u takiej osoby. A przeciążenia takie stają się tym głębsze, im więcej członków najbliższej rodziny obdarzonych jest cechami ze spektrum.

Podsumowanie

Ujawnienie problematyki deficytów poznawczo-behawioralnych, wynikających z obecności silnie wyrażonych cech spektrum autyzmu u członków bliskiej rodziny może być bardzo pomocne we wsparciu terapii osób neurotypowych, pozostających w związkach z osobami o silnie wyrażonych cechach ze spektrum ASD.

W pracy terapeutycznej z takimi osobami pomocne może być posłużenie się przedstawionym w niniejszym opracowaniu modelem zniekształceń poznawczych, które powstają podczas długotrwałego procesu traumatycznego mapowania umysłu w relacjach z parterami z ASD. W diagnozie objawów klinicznych obecnych u osób neurotypowych pozostających w związkach z parterami z ASD, pomocny może być model zespołu stresu przewlekłej urazowej relacji.

Streszczenie

Najbardziej charakterystyczne deficyty neuropsychologiczne osób z zaburzeniami ze spektrum autyzmu (ASD) dotyczą obszaru społecznego poznania oraz funkcji wykonawczych. Neurotypowi członkowie rodziny lub partnerzy wysoko funkcjonujących osób z ASD, nieświadomie podejmują role związane z mentalizacją stanów emocjonalnych oraz uzupełnianiem deficytów funkcji wykonawczych swoich bliskich. Opisane zjawisko zostało nazwane zespołem Kasandry lub syndromem zwierciadlanym. Łączy się on z wieloma niekorzystnymi następstwami emocjonalnymi dla parterów osób z ASD. Celem niniejszego artykułu jest zaprezentowanie zniekształceń poznawczych leżących u podłoża syndromu zwierciadlanego, które mogą prowadzić do wtórnych zaburzeń emocjonalnych u partnerów osób z ASD.

Analiza przedstawionej problematyki i opisu przypadku pozwala wysunąć kilka zaleceń do prowadzenia terapii zaburzeń emocjonalnych wobec osób neurotypowych, pozostających w związkach z osobami z ASD. Podstawowe znaczenie ma diagnoza deficytów poznawczo-behawioralnych obecnych u partnerów z ASD oraz zniekształceń poznawczych, które powstają podczas długotrwałego procesu nieświadomego, traumatycznego „mapowania umysłu” partnerów z ASD.

Najbardziej typowe zniekształcenia poznawcze to: myślenie tunelowe, przypisywanie pozytywnych i negatywnych motywacji oraz pomniejszanie negatywnego behawioralnego wpływu partnera z ASD na otoczenie społeczne.

Znajomość opisanych zjawisk pozwala na lepsze zaadresowanie celów terapii zarówno wobec pacjentów z zespołem Kasandry oraz osób z ASD pozostających w związkach partnerskich.

Psychiatria 2020; 17, 1: 49–54

Słowa kluczowe: zaburzenia ze spektrum autyzmu, zespół Kasandry, mapowanie umysłu, zespół stresu traumatycznej relacji

Piśmiennictwo

1. DSM-V American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington, VA 2013.
2. Lezak M. The Problem of Assessing Executive Functions. *International Journal of Psychology*. 1982; 17(1–4): 281–297, doi: [10.1080/00207598208247445](https://doi.org/10.1080/00207598208247445).
3. Attwood T. Zespół ASpergera. Kompletny przewodnik. Harmonia Uniwersalis, Gdańsk 2012.
4. Vandervoort D, Rokach A. Posttraumatic Relationship Syndrome. *Clinical Case Studies*. 2016; 5(3): 231–247, doi: [10.1177/1534650104264934](https://doi.org/10.1177/1534650104264934).
5. Rodman K. Post-traumatic relationship syndrome, 2011. https://www.theneurotypical.com/posttraumatic_relationship_syndrome.html (10.09.2019).
6. Bateman A, Fonagy P. Psychotherapy for borderline Personality disorder. Mentalisation-based treatment. Oxford University Press 2009.
7. Schnarch D. Brain talk. How mind mapping brain science can change your life & everyone in it. Sterling Publishers 2018.