

Zespół Aspergera u osób dorosłych – zbieżność z innymi zaburzeniami, zaburzenia współwystępujące i problemy towarzyszące

Asperger's syndrome in adults – similarities with other disorders, comorbid disorders and associated problems

Klinika Psychiatrii Dorosłych, Uniwersytet Medyczny w Łodzi. Kierownik: dr hab. n. med. prof. nadzw. Piotr Gałęcki
Correspondence to: Anna Sławińska, Oddział Psychiatryczny F – Klinika Psychiatrii Dorosłych Uniwersytetu Medycznego w Łodzi,
ul. Aleksandrowska 159, 91-229 Łódź, tel.: +48 504 473 321, faks: +48 42 652 80 30, e-mail: anna_slawinska@vp.pl
Source of financing: Department own sources

Streszczenie

W klasyfikacjach ICD-10 i DSM-IV zespół Aspergera należy do kategorii całościowych zaburzeń rozwoju. Nie w pełni zdefiniowane kryteria diagnostyczne są przedmiotem dyskusji badaczy i klinicystów. W nowym systemie klasyfikacji – DSM-5 – zespół Aspergera nie występuje, pojawiła się za to szeroka jednostka „spektrum zaburzeń autystycznych”. Do najpowszechniejszych objawów zespołu Aspergera zalicza się: zaburzenia komunikacji werbalnej i niewerbalnej, egocentryzm, upośledzenie umiejętności społecznych, stereotypowość zachowań, zawężenie zainteresowań, problemy z koordynacją. Manifestacja symptomów zmienia się w ciągu życia – z powodu wzrastających wymagań społecznych objawy stają się wyraźniejsze w okresie dorastania. Świadomość bycia innym prowadzi do pogłębiającego się wycofania. Postawienie właściwej diagnozy jest szczególnie trudne u osób dorosłych. Wielu pacjentów psychiatrycznych, w których przypadku istnieją duże trudności z ustaleniem rozpoznania, cierpi na – wcześniej niezdiagnozowany – zespół Aspergera. Jego objawy bywają błędnie rozpoznawane jako symptomy zaburzeń osobowości czy schizofrenii. Co więcej, wiele zaburzeń może współwystępować z zespołem Aspergera (np. zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne, zaburzenia afektywne, schizofrenia, zaburzenia odżywiania). Agresja, uzależnienia, myśli i tendencje samobójcze także mogą zaciemniać jego objawy. Podsumowując: istnieje wiele zaburzeń współwystępujących i problemów towarzyszących, które utrudniają rozpoznanie omawianego zespołu u dorosłych.

Słowa kluczowe: spektrum zaburzeń autystycznych, zespół Aspergera, całościowe zaburzenia rozwoju

Abstract

Asperger's disorder (Asperger's syndrome) falls under the category of pervasive developmental disorders in DSM-IV and ICD-10. Not completely defined diagnostic criteria are the topic of discussion between investigators and clinicians. The new classification system – DSM-5 – eliminates Asperger's disorder, the broad term – autism spectrum disorder appears. Common symptoms of Asperger's syndrome include: verbal and nonverbal communication difficulties, egocentricity, problems with social skills, repetitive behaviors, limited range of interests, coordination problems. The manifestation of Asperger's syndrome alters across life. Symptoms become more visible around the time of adolescence, when social demands increase. The awareness of being unusual leads to increasing withdrawal. It is difficult to make a proper diagnosis, especially in adult patients. Lots of adult psychiatric patients presenting major diagnostic difficulty actually have Asperger's syndrome, which was previously undiagnosed. Asperger's disorder can be misdiagnosed with personality disorders or schizophrenia. Moreover, many conditions may be comorbid to Asperger's disorder (e.g. obsessive compulsive disorder, affective disorders, schizophrenia, eating disorders). Aggression, addictions, suicide attempts and ideation may also overshadow symptoms of Asperger's syndrome. In conclusion, there are many comorbid disorders and associated problems, which can contribute towards obscuring the underlying Asperger's syndrome in adult patients.

Key words: autistic spectrum disorder, Asperger's syndrome, pervasive developmental disorders

Zespół Aspergera (ZA) został opisany w 1944 roku przez austriackiego lekarza Hansa Aspergera⁽¹⁾ (wcześniej dzieci prezentujące cechy typowe dla ZA prawdopodobnie opisała rosyjska neurolog Ewa Ssucharowa)^(2,3). Na podstawie jego opisów przypadków opracowano pierwsze formalne kryteria⁽⁴⁾. Zespół Aspergera znalazł się w klasyfikacji DSM-IV z 1994 roku⁽⁵⁾. Niemalże równolegle zawarto tę kategorię w klasyfikacji ICD-10, obowiązującej w Polsce od roku 1996⁽⁶⁾.

Kryteria diagnostyczne proponowane w DSM-IV i ICD-10 są właściwie zbieżne, oprócz kryterium wpływu objawów na ważne sfery życia pacjenta (kwestia obecna jedynie w DSM-IV). W obu wymienionych klasyfikacjach ZA zaliczono do całościowych zaburzeń rozwoju^(5,6). Spośród zaburzeń należących do tej grupy najwięcej kontrowersji dotyczy właśnie omawianego zespołu⁽⁷⁾. Liczne wątpliwości związane z zaburzeniami z kręgu autyzmu zaowocowały rezygnacją w DSM-5 z terminu „całościowe zaburzenia rozwoju” i pojawieniem się nowej jednostki „spektrum zaburzeń autystycznych” (ASD), a także ustanowieniem trzystopniowej klasyfikacji ASD, zależnej od nasilenia objawów i ich wpływu na funkcjonowanie (od L1 do L3). Zespołu Aspergera nie uwzględniono w DSM-5⁽⁸⁾.

Obecnie trwają prace nad nową, 11. wersją ICD – ZA prawdopodobnie zostanie zachowany⁽⁹⁾. W ocenie rozwiązań zastosowanych w ICD-10 dokonanej przez psychiatrów z 44 krajów (w większości z Europy, w tym z Polski) wszystkie kategorie przekroczyły próg 50-procentowego zaufania; w grupie zaburzeń o najniższej trafności znalazł się autyzm dziecięcy, a wśród zaburzeń, których kryteria uznano za formalnie najtrudniejsze do zastosowania – zespół Aspergera⁽¹⁰⁾. Co ciekawe, polscy uczestnicy badania nie zaliczyli do tych grup zaburzeń żadnej jednostki należącej do całościowych zaburzeń rozwoju⁽¹¹⁾.

Biorąc pod uwagę całokształt wyników międzynarodowego badania, można wysnuć ogólny wniosek, że klasyfikacja ICD-10 zaoferowała lekarzom wszechstronny i praktyczny system klasyfikacyjny. ICD-11 prawdopodobnie będzie zatem w swej koncepcji zachowawcza, a większość zaburzeń, wokół których narosło wiele kontrowersji, znajdzie się w nowej rewizji⁽⁹⁾.

Najbardziej charakterystyczne dla ZA są: zaburzenia komunikacji werbalnej i niewerbalnej, egocentryzm i upośledzenie empatii (w związku z tym – upośledzenie więzi społecznych), stereotypowość zachowań, zawężenie zainteresowań, utrudniona adaptacja do zmian, zaburzenia koordynacji ruchowej. Inaczej niż w autyzmie, iloraz inteligencji i sprawność w zakresie samoobsługi oczekiwane dla wieku pozostają w normie, brakuje też istotnego upośledzenia rozwoju mowy. ZA ujawnia się najpóźniej spośród wszystkich zaburzeń rozwojowych. Częściej występuje u mężczyzn niż u kobiet. Jeżeli zastosujemy kryteria ICD-10 lub DSM-IV, uzyskamy częstość występowania w granicach 0,3–8,4 na 10 tys. dzieci⁽¹²⁾.

DSM-IV i ICD-10, klasyfikujące ZA jako całościowe zaburzenie rozwojowe, podają kryteria odnoszące się do wieku

dziecięcego^(5,6). Ze względu na dyskretne i niespecyficzne objawy diagnozowanie dzieci poniżej piątego roku życia jest trudne⁽¹³⁾. Najczęściej diagnozę stawia się 8–11-letkom^(14,15). W okresie dorastania symptomy stają się szczególnie widoczne – z powodu większych wymagań w zakresie umiejętności społecznych⁽¹²⁾. U dziewcząt trudniej rozpoznać ZA, gdyż skuteczniej maskują one deficyty w sferze społecznej⁽¹⁶⁾.

Diagnozowanie ZA u osób dorosłych pociąga za sobą szereg trudności. Dawniej rzadko rozpoznawano ten zespół – po prostu ignorowano objawy, mniej nasilone niż w autyzmie. Duża część dorosłych dotkniętych ZA pozostaje niezdiagnozowana. Osoby te często otrzymują inne rozpoznania psychiatryczne⁽⁷⁾. Kobiety, w których życiu narastają problemy emocjonalne, relacyjne i zawodowe, zgłaszają się do specjalisty. Matki dzieci z ZA czasem uświadamiają sobie, że w dzieciństwie wykazywały podobne cechy⁽¹⁰⁾. Wciąż odczuwa się niedostatek informacji o dorosłych cierpiących na zaburzenia z kręgu autyzmu, a zwłaszcza ZA.

Integralnymi częściami procesu diagnostycznego w kierunku całościowych zaburzeń rozwojowych u dziecka są obserwacja i wywiad z opiekunami. W przypadku ZA pacjent nierzadko trafia do specjalisty dopiero w okresie dorastania lub dorosłości⁽⁷⁾.

Różnice między ZA a tzw. autyzmem wysokofunkcyjnym (*high-functioning autism*, HFA) stały się przedmiotem ożywionej dyskusji. Powstał pogląd, iż wyodrębnianie ZA jako oddzielnej jednostki nozologicznej jest zbyteczne, gdyż można go utożsamić właśnie z HFA – formą autyzmu ze słabo nasilonymi objawami⁽¹⁷⁾. Wśród badań dowodzących rozbieżności stwierdzono, że w okresie niemowlęcym i wczesnodziecięcym prawidłowe relacje z osobami znaczącymi są bardziej typowe dla ZA⁽¹⁸⁾. Wyraźne symptomy pojawiają się w tym zaburzeniu znacznie później niż w HFA⁽¹⁹⁾. Dla ZA charakterystyczne są: niezgrabność ruchowa⁽⁸⁾, rodzinne występowanie⁽²⁰⁾, związek z agresją⁽²¹⁾ (częściej niż sprawcami agresji osoby z ZA okazują się jednak jej ofiarami)⁽¹³⁾. Brakuje zróżnicowania w zależności od częstości współwystępowania innych zaburzeń psychicznych oraz od ich rodzaju⁽⁷⁾. Dla HFA bardziej typowe są manieryzmy ruchowe⁽⁸⁾, silniejsze upośledzenie języka i komunikacji⁽²²⁾. Przyjmuje się, że pacjenci z ZA prezentują normę intelektualną (choć profil umiejętności jest często nieregularny, dlatego do wskaźnika IQ należy podchodzić z ostrożnością)⁽¹²⁾. Mimo przytoczonych wyników badań przekonanie o nieistnieniu wystarczających dowodów na rozbieżność ZA i HFA wpłynęło na kształt klasyfikacji spektrum zaburzeń autystycznych w DSM-5.

Poczucie odmienności od grupy rówieśniczej przyczynia się do nasilenia wycofania oraz zwiększa podatność na zaburzenia lękowe i depresyjne czy fobię społeczną⁽²³⁾. Badania dowodzą powszechności objawów lękowych, obsesyjno-kompulsyjnych i depresyjnych u dorosłych z ZA bez upośledzenia umysłowego. Obecność symptomów tego typu stwierdzano nawet u 70% badanych⁽²⁴⁾. Inne prace

wskazują na obecność współwystępujących z ZA zaburzeń psychicznych u 35% badanych – w tym depresji (15%), manii (9%), zaburzeń lękowych (7%) i schizofrenii (3,5%)⁽²⁵⁾. ZA cechuje się pogorszeniem funkcjonowania w okresie dorastania⁽²⁶⁾, stąd objawy innego zaburzenia mogą zostać zignorowane. Należy podkreślić, że manifestacja zaburzeń rozwojowych zmienia się wraz z wiekiem.

U pacjentów z ZA bardzo często dochodzi do łagodnych epizodów hipomanii. Objawiają się one wzmożoną aktywnością, rozmownością i towarzyskością, obniżoną koncentracją i potrzebą snu oraz zachowaniami ryzykownymi⁽²⁷⁾. U osób dotkniętych ZA objawy obsesyjno-kompulsyjne przejawiają się częściej jako myśli natrętne dotyczące gromadzenia rzeczy, układania, powtarzania, a także czynności natrętne związane z porządkowaniem i symetrią, podczas gdy u osób z zaburzeniem obsesyjno-kompulsyjnym (*obsessive-compulsive disorder*, OCD) na pierwszy plan wysuwają się czynności związane ze sprawdzaniem, obsesje czystościowe i o tematyce agresywnej. Dodatkowo u pacjentów z ZA wgląd i krytycyzm w stosunku do objawów są słabe⁽²⁸⁾. Oprócz symptomów typowych dla obrazu klinicznego nakładającego się zaburzenia należy wziąć pod uwagę nasilenie objawów ZA, np. narastające trudności społeczne, intensywność zachowań rutynowych, zmiany w zachowaniu⁽²⁹⁾. Odnotowaną zmianę trzeba odnieść do pierwotnego wzorca zachowań i zainteresowań pacjenta⁽³⁰⁾. Objawy podobne jak w OCD mogą sugerować rozpoznanie osobowości anankastycznej. Jednak w takim przypadku pacjent postrzega je jako egosyntoniczne, a w OCD – jako egodystoniczne. Istnieje także podobieństwo symptomów z osobowością schizoidalną i schizotypową. ZA nierzadko wymaga różnicowania z jeszcze innymi zaburzeniami osobowości – ze względu na rozwój symptomów w dzieciństwie, stabilny i długotrwały schemat zachowania.

W ICD-9 zaburzenia autystyczne traktowano jako psychozy. Upośledzenie relacji społecznych i komunikacji może sugerować występowanie objawów negatywnych schizofrenii, charakterystycznych zwłaszcza dla schizofrenii prostej i rezidualnej, jak również nasuwać przypuszczenie jej fazy prodromalnej. Specyficzne, sztywne zainteresowania osób z ZA bywają odbierane jako urojenia, niewłaściwie zinterpretowane wypowiedzi – jako omamy. Zasadnicza różnica leży oczywiście w początku (znacznie późniejszy przeciętny początek schizofrenii) przebiegu choroby. Wymienione zaburzenia mogą też współwystępować.

Osoby z ZA bywają w dzieciństwie mylnie diagnozowane jako cierpiące na zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (*attention deficit hyperactivity disorder*, ADHD), ponieważ przejawiają trudności w koncentracji i wzmożoną aktywność⁽⁷⁾. Według ICD-10 możliwa jest podwójna diagnoza ADHD i ZA⁽⁶⁾.

U pacjentów z ZA często obserwuje się tiki i mimowolne wokalizacje. Niejednokrotnie objawy te spełniają kryteria rozpoznania zespołu Tourette'a (ZT)⁽³¹⁾. Z kolei osoby z ZT nierzadko prezentują deficyty funkcjonowania społecznego i empatii, podobne do objawów całościowych

zaburzeń rozwoju⁽³²⁾. Inne problemy osób z ZA to: uzależnienia, fiksacja na temacie śmierci, myśli i próby samobójcze, dziwaczne przestępstwa (mające związek ze szczególnymi zainteresowaniami), stany zagubienia w sytuacji stresu postrzeganego przez innych jako łagodny bądź nieistniejący⁽²³⁾, wiktymizacja⁽²⁷⁾. Pacjenci z ZA mają kłopoty ze spostrzeganiem i nazywaniem swoich stanów emocjonalnych i zmian w nich zachodzących, co utrudnia postawienie właściwej diagnozy⁽³³⁾.

Problemy z utrzymaniem higieny i dziwaczne nawyki związane z jedzeniem są w ZA bardzo powszechne⁽²⁷⁾. Wielu pacjentów cechuje niska waga ciała. Może to być spowodowane lękiem lub wrażliwością sensoryczną związaną z jedzeniem⁽³⁴⁾. Stwierdzono, że około 18–23% dziewcząt z jadłowstrętem psychicznym prezentuje objawy ZA⁽³⁵⁾. U dorosłych dotkniętych tym zespołem pojawiają się również zaburzenia snu. W pewnej mierze da się to wyjaśnić powszechnością występowania lęku w tej grupie⁽³⁶⁾.

Obszar pokrywania się ZA oraz innych zaburzeń psychicznych (nie wszystkie wymieniono w niniejszym opracowaniu) jest przedmiotem nieustającej dyskusji badaczy i klinicystów, zwłaszcza w obliczu zmian klasyfikacyjnych.

W procesie diagnozy oprócz oceny psychiatrycznej i psychologicznej przydatne są: konsultacje specjalistyczne (neurologiczna, foniatryczno-logopedyczna, genetyczno-metaboliczna), badanie słuchu i wzroku, badanie genetyczne i metaboliczne, badania neuroobrazowe mózgu i EEG (w zależności od wskazań)⁽³⁷⁾. Diagnoza obejmuje analizę historii medycznej, rozwojowej i rodzinnej⁽³⁸⁾. Oceny należy dokonać na podstawie informacji uzyskanych z wielu źródeł⁽¹⁰⁾.

American Psychiatric Association rekomenduje kryteria ASD zamieszczone w DSM-5 jako lepiej odzwierciedlające aktualny stan wiedzy na temat autyzmu i umożliwiające wcześniejszą diagnozę. Część osób, które podlegały diagnozie całościowych zaburzeń rozwoju w DSM-IV, spełni kryteria ASD, a część otrzyma inne rozpoznanie⁽³⁹⁾.

PODSUMOWANIE

Różnicowanie ZA z innymi zaburzeniami, szczególnie u dorosłych, przysparza trudności. Obserwuje się bowiem częste współwystępowanie innych zaburzeń psychicznych i wiele problemów towarzyszących dorosłym z ZA. W DSM-5 omawianego zespołu nie uwzględniono. Nie wykluczone, że ta klasyfikacja przyniesie bardziej funkcjonalne – w porównaniu z DSM-IV – rozwiązania, jednak będzie można to ocenić dopiero z pewnej perspektywy czasowej. W nowej, 11. wersji ICD zespół Aspergera prawdopodobnie zostanie zachowany.

PIŚMIENNICTWO:

BIBLIOGRAPHY:

1. Frith U. (red.): Autyzm i zespół Aspergera. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2005.
2. Ssucharewa G.E.: Die schizoiden Psychopathien im Kindesalter. Monatschr. Psychiatr. Neurol. 1926; 60: 253–261.
3. Ssucharewa G.E., Wolff S.: The first account of the syndrome Asperger described? Eur. Child Adolesc. Psychiatry 1996; 5: 119–132.
4. Gillberg I.C., Gillberg C.: Asperger syndrome – some epidemiological considerations: a research note. J. Child Psychol. Psychiatry 1989; 30: 631–638.
5. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed., rev. (DSM-IV). American Psychiatric Association, Washington 1994.
6. The ICD-10. Classification of Mental and Behavioural Disorders. Diagnostics Criteria for Research. World Health Organization, Geneva 1993.
7. Bryńska A.: Miejsce zespołu Aspergera w grupie całościowych zaburzeń rozwoju: kontinuum czy spektrum zaburzeń autystycznych? Psychiatr. Pol. 2011; 45: 749–758.
8. Gerhant A., Olajossy M., Olajossy-Hilkesberger L.: Neuroanatomiczne, genetyczne i neurochemiczne aspekty autyzmu dziecięcego. Psychiatr. Pol. 2013; 47: 1101–1111.
9. Polskie Towarzystwo Psychiatryczne: Aktualności. Adres: http://www.psychiatriapolska.pl/uploads/images/PP_6_2011/Aktualnosci157_Psychiatria_Polska_6_2011.pdf.
10. Reed G.M., Mendonça Correia J., Esparza P. i wsp.: The WPA-WHO Global Survey of Psychiatrists' Attitudes Towards Mental Disorders Classification. World Psychiatry 2011; 10: 118–131.
11. Łoza B., Heitzman J., Kosmowski W.: W kierunku nowej klasyfikacji zaburzeń psychicznych – opinie polskich psychiatrów dotyczące projektu ICD-11. Psychiatr. Pol. 2011; 45: 785–798.
12. Attwood T.: Zespół Aspergera. Kompletny przewodnik. Harmonia, Gdańsk 2013.
13. Bryńska A.: Zespół Aspergera – kryteria diagnostyczne, obraz kliniczny. W: Komender J., Jagielska G., Bryńska A.: Autyzm i zespół Aspergera. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009.
14. Eisenmajer R., Prior M., Lekkam S. i wsp.: Delayed language onset as a predictor of clinical symptoms in pervasive developmental disorders. J. Autism Dev. Disord. 1998; 28: 527–533.
15. Howlin P., Asgharian A.: The diagnosis of autism and Asperger syndrome: findings from a survey of 770 families. Dev. Med. Child Neurol. 1999; 41: 834–839.
16. Willey L.H.: Pretending to be Normal: Living with Asperger Syndrome. Jessica Kingsley Publishers, London 1999.
17. Schopler E.: Are autism and Asperger syndrome (AS) different labels or different disabilities? J. Autism Dev. Disord. 1996; 26: 109–110.
18. Szatmari P., Tuff L., Finlayson M.A., Bartolucci G.: Asperger's syndrome and autism: neurocognitive aspects. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 1990; 29: 130–136.
19. Gillberg C.: Asperger syndrome and high-functioning autism. Br. J. Psychiatry 1998; 172: 200–209.
20. Gillberg C.: Asperger's syndrome in 23 Swedish children. Dev. Med. Child Neurol. 1989; 31: 520–531.
21. Everall I.P., LeCouteur A.: Firesetting in an adolescent boy with Asperger's syndrome. Br. J. Psychiatry 1990; 157: 284–287.
22. Klin A., Volkmar F.R.: Autism and the pervasive developmental disorders. Child Adolesc. Psychiatry Clin. N. Am. 1995; 493: 617–630.
23. Bryńska A.: Zaburzenia współwystępujące w autyzmie i zespole Aspergera. W: Komender J., Jagielska G., Bryńska A.: Autyzm i zespół Aspergera. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009.
24. Lai M.C., Lombardo M.V., Ruigrok A.N. i wsp.: Cognition in males and females with autism: similarities and differences. PLoS One 2012; 7: e47198.
25. Goodman R., Scott S.: Psychiatria dzieci i młodzieży. Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław 2000.
26. Gillberg C., Steffenburg S.: Outcome and prognostic factors in autism and similar conditions: a population-based study of 46 cases followed through puberty. J. Autism Dev. Disord. 1987; 17: 273–287.
27. Gillberg C.: A Guide to Asperger Syndrome. Cambridge University Press, New York 2002.
28. Ruta L., Mugno D., D'Arrigo V.G. i wsp.: Obsessive-compulsive traits in children and adolescents with Asperger syndrome. Eur. Child Adolesc. Psychiatry 2010; 19: 17–24.
29. Tantom D., Prestwood S.: A Mind of One's Own. A Guide to the Special Difficulties and Needs of the More Able Person with Autism or Asperger Syndrome. National Autistic Society, London 1999.
30. Lainhart J.E., Folstein S.E.: Affective disorders in people with autism: a review of published cases. J. Autism Dev. Disord. 1994; 24: 587–601.
31. Ringman J.M., Jankovic J.: Occurrence of tics in Asperger's syndrome and autistic disorder. J. Child Neurol. 2000; 15: 394–400.
32. Kadesjö B., Gillberg C.: Tourette's disorder: epidemiology and comorbidity in primary school children. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 2000; 39: 548–555.
33. Attwood T.: Asperger's Syndrome. A Guide for Parents and Professionals. Jessica Kingsley Publishers, London 1998.
34. Bölte S., Ozkara N., Poustka F.: Autism spectrum disorders and low body weight: is there really a systematic association? Int. J. Eat. Disord. 2002; 31: 349–351.
35. Gillberg C., Billstedt E.: Autism and Asperger syndrome: coexistence with other clinical disorders. Acta Psychiatr. Scand. 2000; 102: 321–330.
36. Oyane N.M., Bjorvatn B.: Sleep disturbances in adolescents and young adults with autism and Asperger's syndrome. Autism 2005; 9: 83–94.
37. Jagielska G.: Diagnostyka różnicowa i badania diagnostyczna. W: Komender J., Jagielska G., Bryńska A.: Autyzm i zespół Aspergera. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009.
38. Klin A., Sparrow S., Marans W. i wsp.: Assessment issues in children and adolescents with Asperger syndrome. W: Klin A., Volkmar F.R., Sparrow S.S. (red.): Asperger Syndrome. Guilford Press, New York 2000.
39. American Psychiatric Association: Autism spectrum disorder. Adres: www.dsm5.org/Documents/Autism%20Spectrum%20Disorder%20Fact%20Sheet.pdf.