

Dziewczęta i kobiety z autyzmem

Girls and women with autism

Agnieszka Rynkiewicz^{1,2}, Małgorzata Janas-Kozik^{3,4}, Agnieszka Słopeń⁵

¹ Pracownia Badań Zaburzeń Neurorozwojowych, Instytut Medycyny Doświadczalnej i Klinicznej, Wydział Medyczny, Uniwersytet Rzeszowski

² Centrum Diagnozy, Terapii i Edukacji SPECTRUM ASC-MED, Gdańsk i Rzeszów

³ Oddział Kliniczny Psychiatrii i Psychoterapii Wieku Rozwojowego, Katedra Psychiatrii i Psychoterapii, Śląski Uniwersytet Medyczny, Katowice

⁴ Centrum Psychiatrii dla Dzieci i Młodzieży, Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II, Sosnowiec

⁵ Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży, Uniwersytet Medyczny, Poznań

Summary

Girls and women with autism are often undiagnosed, misdiagnosed or receive a diagnosis of autism at later age. This can result in adverse outcomes in their well-being, mental health, education, employment, and independence. The diagnosis of autism spectrum condition/disorder (hereinafter referred to as autism), with its current features linked with descriptions in the major diagnostic classification systems, is based primarily on observations and research on males. The term ‘Autism Spectrum Condition’ (ASC), used in this paper, has been coined by Simon Baron-Cohen and used in the professional literature for a decade to respect these individuals on the autism spectrum who feel that the term ‘disorder’ is stigmatizing, whereas ASC presents both the strengths of these people and difficulties they experience. The research shows that autism in females has unique symptomatology and manifests itself differently, more subtly, especially in high-functioning girls and women, i.e., those with fluent speech, average or above-average intelligence quotient. The research also shows diagnostic stereotypes and lack of required sensitivity to identify autistic females. Additionally they do not reflect the unique presentation of autism in females demonstrated by greater compensatory capacity and an ability to develop sophisticated methods of ‘camouflaging’ and masquerading. Furthermore, autism in females is associated with high comorbidity during adolescence including anxiety disorder, tic disorder, depression, high incidence of suicide, eating disorders, and high rates of other medical problems. Timely diagnosis, however, can reduce the difficulties that females with autism experience over their lifetime, allowing for the assessment of their needs regarding health, education, leisure, social relationships, and employment.

Słowa kluczowe: autyzm, dziewczęta, kobiety

Key words: autism, girls, women

Wstęp

Stany ze spektrum autyzmu (*Autism Spectrum Condition* – ASC)/zaburzenia ze spektrum autyzmu (*Autism Spectrum Disorder* – ASD), w skrócie autyzm [1, 2], diagnozowane są częściej u chłopców i mężczyzn niż u dziewcząt i kobiet w proporcji od 4:1 do 2,0–2,6: 1, jednak jest ona obarczona różnymi błędami [3]. Większość klinicystów zgadza się, że płeć odgrywa znaczącą rolę w występowaniu i symptomatologii autyzmu [4] oraz że wysokofunkcjonujące dziewczęta i kobiety mogą ukrywać cechy autyzmu lub ich nie ujawniać. Mówi się w tym kontekście o zjawisku „kamouflażu” [5], które zostało też opisane w wielu autobiografiach kobiet z ASC. Dodatkowo jedna z aktualnych hipotez zakłada, że w porównaniu do chłopców oraz mężczyzn u dziewcząt i kobiet muszą wystąpić dużo większe nieprawidłowości na poziomie genetycznym, aby autyzm ujawnił się pełnoobjawowo [6], co w literaturze przedmiotu nazywane jest „żeńskim czynnikiem ochronnym” (*female protective effect*). Dziewczęta i kobiety z autyzmem ukrywają niezrozumienie niuansów społecznego zachowania oraz swoje zmagania w zakresie zaburzeń sensorycznych [7] i opisują je jako wyczerpujące oraz dezorientujące. U dziewcząt i kobiet z autyzmem często współwystępują zaburzenia lękowe, depresja, zaburzenia tikowe czy zaburzenia odżywiania. Pacjentki te mogą być błędnie diagnozowane, diagnozowane późno lub mogą w ogóle nie wzbudzać uwagi klinicznej [8]. Większość narzędzi diagnostycznych powstała na podstawie wyników badań naukowych, w których dominowali chłopcy z autyzmem. Dlatego narzędzia te nie są wystarczająco czułe w odniesieniu do obrazu klinicznego dziewcząt i kobiet z autyzmem, co może sprawiać, że pacjentki te „wymykają się” w procesie diagnostycznym autyzmu. W związku z tym konieczne staje się stworzenie narzędzi diagnostycznych, które uwzględniają w autyzmie różnice międzypłciowe [9]. Dziewczęta i kobiety z autyzmem są podatne na różnego rodzaju nadużycia oraz wykorzystanie seksualne, toteż nawet te o wysokim poziomie funkcjonowania poznawczego wymagają znacznego wsparcia, aby stać się zdrowymi i niezależnymi osobami dorosłymi [10].

Autorzy używają określenia „stan ze spektrum autyzmu” wprowadzonego przez Simona Barona-Cohena jako alternatywnej nazwy dla rozpoznania zaburzenia ze spektrum autyzmu [1,2]. Uwzględnia ono zastrzeżenia osób ze spektrum autyzmu, które uznają określenie „zaburzenie” za stygmatyzujące, podczas gdy nazwa ASC ujmuje zarówno ich mocne strony, jak i trudności, jakich te osoby doświadczają [1]. ASC rozumiane jest jako samopoczucie (*a state of being*) lub stan zdrowia danej osoby (*the condition of your health*). Zaburzenie psychiczne stanowi zespół objawów obejmujących znaczące zakłócenia poznawcze w zakresie regulacji emocji lub zachowania, które spowodowane są dysfunkcjami w psychologicznym, biologicznym lub rozwojowym procesie leżącym u podłoża funkcjonowania psychicznego człowieka, i najczęściej związane jest z trudnościami w funkcjonowaniu społecznym i zawodowym [1, 2, 11]. Wyodrębnienia większości zaburzeń psychicznych w stosowanych klasyfikacjach DSM-5 czy ICD-10 dokonano głównie ze względów praktycznych, związanych z postępowaniem medycznym, społecznym lub prawnym. Autorzy klasyfikacji posługują się bardziej ogólnym terminem „zaburzenie” (*disorder*) w celu uniknięcia wątpliwości dotyczących terminu „choroba” (*disease* lub *illness*). W polskim systemie prawnym

pojęciu choroby psychicznej nadano odmienne od zaburzenia znaczenie. Osoby cierpiące na „choroby psychiczne” mają większy dostęp do nieodpłatnych świadczeń zdrowotnych, a także możliwe jest wobec nich postępowanie lecznicze bez ich zgody. Natomiast jednostka chorobowa to choroba o określonych przyczynach, objawach i przebiegu, oficjalnie uznana przez jakiś zespół specjalistów. Pomimo różnych konotacji wymienionych terminów autorzy często posługują się nimi zamiennie [1, 2].

Kryteria i narzędzia diagnostyczne a dziewczęta i kobiety z autyzmem

Kryteria diagnostyczne DSM-5 [11] prezentują główne objawy autyzmu, które zostały uzgodnione przez gremium międzynarodowe. Brak jasnych biomarkerów autyzmu, bardzo niejednorodna natura tego stanu oraz różnice w jego fenotypowej ekspresji powodują wszakże, że trwa niekończąca się dyskusja na temat kryteriów diagnostycznych oraz samego definiowania autyzmu. Debata ta jeszcze bardziej zintensyfikowała się w ostatnich latach w związku z wynikami badań dotyczących różnic międzypłciowych w autyzmie.

Diagnoza autyzmu opiera się na obserwacji osoby badanej, ocenie m.in. jej zachowań o charakterze społecznym, komunikacyjnym oraz na szczegółowym zebraniu wywiadu rozwojowego. Na wyniki tej obserwacji wpływ ma nie tylko płeć osoby badanej, ale także obecność lub brak współwystępowania takich jednostek, jak np. niepełnosprawność intelektualna, depresja, zaburzenia lękowe, ADHD, padaczka, tiki itd. [2]. Pojawia się coraz więcej dowodów naukowych na istnienie istotnych różnic międzypłciowych w autyzmie [12], które koniecznie należy brać pod uwagę w procesie diagnozy ASC, szczególnie w wypadku płci żeńskiej [3, 5]. Zrozumienie, jak odmiennie może prezentować się autyzm u obu płci, wynika nie tylko z tego, jak jest on tradycyjnie zdefiniowany w kryteriach, ale także z konstrukcji aktualnych, wystandaryzowanych narzędzi diagnostycznych oraz istniejącej metodologii badawczej [3, 9]. Wnioski z wielu badań opierają się na różnych metodologiach, różnych narzędziach diagnostycznych, a w wielu z tych badań brakuje grup kontrolnych dla obu płci, w tym także grup kontrolnych bez zaburzeń neurorozwojowych [4, 13]. Te różnice w metodologii znacząco utrudniają porównywanie wyników badań.

Na rozpoznanie autyzmu u dziewcząt i kobiet dodatkowo wpływ mają czynniki psychologiczne, społeczne i kulturowe [14]. Unikalny fenotyp charakterystyczny dla dziewcząt i kobiet z autyzmem stał się ostatnio tematem szeroko dyskutowanym na świecie [15, 16]. Fenotyp ten jest szczególnie istotny w wypadku wysokofunkcjonujących dziewcząt i kobiet, które mają umiejętność kamuflowania, maskowania i kompensowania trudności wynikających z autyzmu [17]. Dziewczęta te i kobiety mają dużo większą niż chłopcy i mężczyźni potrzebę wchodzenia w relacje społeczne, zawiązywania przyjaźni i przebywania wśród rówieśników. Wysokofunkcjonujące dziewczęta z autyzmem w porównaniu do chłopców z tym stanem prezentują mniejsze deficyty w zabawie, mają często lepiej rozwiniętą wyobraźnię i bardzo bogaty świat fantazji. Posiadają umiejętności i potrzebę obserwowania oraz naśladowania typowo rozwijających się rówieśników, a także naśladowania ich zachowań. Dziewczęta i kobiety z autyzmem mają mniej ograniczonych oraz stereotypowych zachowań,

a ich szczególne i czasami intensywne zainteresowania nie są postrzegane, zarówno w kontekście kulturowym, społecznym, jak i rozwojowym, jako tradycyjnie powiązane z ASC. Jednocześnie kryteria diagnostyczne autyzmu opierają się na męskim obrazie i nie uwzględniają tego unikalnego wzorca zachowań dziewcząt oraz kobiet z autyzmem. Scottish Intercollegiate Guidelines Network potwierdza, że dziewczęta i kobiety z autyzmem mogą wykazywać jakościowe różnice w objawach autyzmu, a także w poziomie nieprawidłowego funkcjonowania [18].

Dostępne wystandaryzowane narzędzia diagnostyczne, takie jak *Protokół obserwacji do diagnozowania zaburzeń ze spektrum autyzmu (Autism Diagnosis Observation Schedule – ADOS*, zarówno jego pierwotna wersja, jak i wersja zrewidowana ADOS-2) [19, 20], wywiad *Autism Diagnostic Interview-Revised (ADI-R)* [21] oraz *Kwestionariusz komunikacji społecznej (Social Communication Questionnaire – SCQ)* [22], nie są wystarczająco wrażliwe, aby zidentyfikować cechy autyzmu u dziewcząt i kobiet [5, 8, 9, 13, 16]. Narzędzia te zostały stworzone na podstawie badań przeprowadzonych w przeważającej mierze z udziałem chłopców i mężczyzn z autyzmem. Co więcej, próby standaryzacyjne dla tych narzędzi są także zdominowane przez płęć męską, tym samym kwestionowana jest ich dokładność oceny i trafność w odniesieniu do dziewcząt i kobiet z autyzmem [16]. Wszystko to przyczynia się do niedostatecznego rozpoznawania autyzmu u dziewcząt i kobiet oraz sprawia, że pacjentki te „wymykają się z sieci diagnostycznej”.

Nastrój i zaburzenia lękowe

Powszechne wśród dojrzewających dziewcząt i kobiet z ASC problemy emocjonalne mogą prowadzić do pojawienia się zaburzeń lękowych i depresji [3]. Najczęściej w tej populacji pacjentek rozpoznawane są zaburzenia depresyjne nawracające (50% pacjentek), chociaż część autorów sugeruje, że tak samo często lub nawet częściej mogą występować objawy zaburzeń afektywnych dwubiegunowych [23]. W systematycznym przeglądzie piśmiennictwa Hedley i Uljarević [24] podają, że rozpowszechnienie myśli samobójczych wśród osób z ASC wynosi od 11 do 66%, natomiast prób samobójczych od 1 do 35%. Część przedwczesnych zgonów w populacji ASC spowodowanych jest samobójstwem pacjentów (0,31%), a odsetek ten jest wyższy niż w populacji ogólnej (0,04%). Ryzyko to jest znacząco większe wśród osób bez towarzyszącej niepełnosprawności intelektualnej. Podobnie często jak zaburzenia afektywne (50% chorych) wśród dzieci i młodzieży z autyzmem obserwujemy zaburzenia lękowe, a wśród nich lęk społeczny, zaburzenia lękowe uogólnione, lęk paniczny, agorafobię i zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne [23].

ChAD, ADHD, zaburzenia tikowe u dziewcząt i kobiet z autyzmem

Zaburzenie ze spektrum autyzmu (ASD)/stan ze spektrum autyzmu (ASC) [1, 2], zespół nadpobudliwości z deficytem uwagi (*Attention Deficit Hyperactivity Disorder – ADHD*) oraz zaburzenia tikowe (*Tic Disorder – TD*) należą według klasyfikacji DSM-5 do zaburzeń neurorozwojowych. Oznacza to, że pojawiają się w okresie dzieciństwa

i nie ustępują po ukończeniu 18. r.ż., ale niektóre objawy mogą wygasnąć lub mogą być niewystarczająco nasilone, aby spełniać wymóg kryterialny.

Choroba afektywna dwubiegunowa (*Bipolar Disorder* – BD) klasyfikowana jest w zaburzeniach afektywnych (nastroju). Trudność diagnostyczna tych zaburzeń w okresie rozwojowym w ogóle, szczególnie zaś w wypadku ASC u dziewcząt, a później kobiet, wynika z kilku powodów:

- 1) braku biomarkera potwierdzającego diagnozę, co dotyczy zarówno autyzmu, ADHD, ChAD, jak i zaburzenia tikowego;
- 2) braku lub nadal zbyt małej liczebności dziewcząt/kobiet z diagnozą autyzmu w badaniach naukowych, co uniemożliwia efektywne porównanie wyników pomiędzy obu płciami;
- 3) aktualnych kryteriów oraz narzędzi diagnostycznych w autyzmie (ASD/ASC), które stworzone są głównie na podstawie męskiego obrazu autyzmu, co nie uwzględnia wielu istotnych i odmiennych cech oraz zachowań charakterystycznych dla dziewcząt/kobiet z autyzmem;
- 4) bardzo różnorodnej metodologii badań naukowych, co sprawia, że nierzadko trudno porównać wnioski i wyniki poszczególnych badań pomiędzy sobą;
- 5) możliwy jest jedynie wywiad retrospektywny zebrany od rodziców/opiekunów, który jest obarczony błędem zapomnienia (*recall bias*);
- 6) powszechnie znana jest ograniczona przydatność raportowania objawów przez dziecko;
- 7) objawy autyzmu, ADHD, ChAD mogą zachodzić na siebie;
- 8) powszechnie znana jest współchorobowość dotycząca tych zaburzeń;
- 9) ADHD może wpływać na rozwój ChAD i odwrotnie;
- 10) nakładanie się objawów (ADHD i ChAD) lub zła interpretacja objawów ADHD, ChAD i autyzmu.

Diagnostyka autyzmu pozostaje wyzwaniem dla klinicystów, szczególnie w podziale na płcie. Widoczne jest to zwłaszcza u kobiet, z czego wynikać może obserwowana 4,5 razy większa częstość autyzmu u mężczyzn [25]. Częstość ta jest jednak kwestionowana przez wielu badaczy zajmujących się tematem różnic międzypłciowych w autyzmie i obecnie coraz częściej podawana jest na poziomie niższym 2,0–2,6: 1 [3, 9]. Jedną z przyczyn trudności diagnostycznych jest współwystępowanie innych zaburzeń i chorób w przebiegu autyzmu [2, 16]. Prowadzi to często do pominięcia cech zaburzeń ze spektrum autyzmu lub zmiany już wcześniej postawionej diagnozy autyzmu. To drugie zjawisko dotyka około 10% pacjentów z rozpoznaniem postawionym przed 8. r.ż., niezależnie od płci. W badaniu populacyjnym obejmującym rodziców wszystkich bliźniąt urodzonych pomiędzy 1992 a 2001 rokiem ($n = 19\,130$), przeprowadzonym przez Lundström i wsp. w 2015 roku [26], dowiedziono, że autyzm bez chorób towarzyszących występuje w mniej niż 5% przypadków. Badania Stadnick i wsp. [27] ujawniły, że u znacznego odsetka dzieci z diagnozą autyzmu spełnione są także kryteria rozpoznania przede wszystkim dla ADHD oraz zaburzeń lękowych. W literaturze przedmiotu dostępne są również źródła wskazujące na częste współwystępowanie ChAD i ASD [25, 27, 28]. W swojej pracy przeglądowej Frías

i wsp. [29] opisali odsetek zaburzeń ze spektrum autyzmu współwystępujących z ChAD wahający się w przedziale od 11 do 30% badanych dzieci. Powiązali oni też ChAD z zaburzeniami lękowymi (ok. 54%) oraz ADHD (ok. 48%). To w kontekście ich związku z autyzmem sugeruje się możliwość istnienia wspólnych czynników patogenetycznych dla omawianych zaburzeń.

W badaniu Borue i wsp. [28] około 8% dzieci z ChAD spełniało kryteria spektrum autyzmu, i co ciekawe – w tej grupie zauważono podwyższone ryzyko współwystępowania ADHD i zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego (*Obsessive-Compulsive Disorder* – OCD). Obecność tak znacznych różnic w szacowanej częstości współwystępowania autyzmu i ChAD może wynikać z odmienności obrazu klinicznego zaburzeń afektywnych dwubiegunowych w tej grupie pacjentów. Boure i wsp. [28] zwrócili też uwagę, że u dzieci z autyzmem objawy ChAD zazwyczaj mają wcześniejszy początek, często manifestują się epizodami mieszanymi i dodatkowymi zaburzeniami w funkcjonowaniu. W obrazie klinicznym zauważyć można również istotnie większą rozpraszalność uwagi, gonitwę myśli, obniżenie nastroju, wycofanie społeczne i niższą reaktywność nastroju niż u dzieci z diagnozą wyłącznie ChAD.

Pomimo rosnącego zainteresowania badaniami nad autyzmem, zwłaszcza wśród dziewcząt i kobiet, literatura dotycząca współwystępowania autyzmu i ChAD jest niezwykle uboga. Większość opracowań opiera się na grupach mieszanych, nie wprowadzając w analizie podziału na płcie. Wyjątek stanowi praca Wu i wsp. [25]. Badanie to zostało przeprowadzone na grupie 7077 chłopców oraz 1487 dziewczynek i miało na celu m.in. analizę częstości współwystępowania różnych zaburzeń psychicznych w autyzmie. W grupie dziewczynek, dodajmy, istotnie wyższe ryzyko obecne było jedynie dla ADHD (OR = 2,14; 1,42–3,21), natomiast nie dla ChAD.

Badanie Barona-Cohena i wsp. [30] przeprowadzone zostało na 447 uczniach (średni wiek 11 lat, stosunek dziewczynek do chłopców 1: 5). W tej grupie według ICD-10 280 dzieci miało zdiagnozowany „autyzm”, 141 „zaburzenie ze spektrum autyzmu” i 26 „zespół Aspergera”. Dodatkowo częstość występowania zespołu Tourette’a (*Tourette Syndrome* – TS) w tej populacji wynosiła 6,5%, co znacznie przekraczało ówczesne ryzyko dla populacji ogólnej. Warto podkreślić, że około 24,4% (109 dzieci) z badanej populacji, pomimo niespełnienia kryteriów diagnostycznych dla TS, wykazywało tiki wokalne lub motoryczne o różnym stopniu nasilenia. W opinii autorów, w kontekście fluktuacji nasilenia tików w przebiegu TS, może to oznaczać, że opisana częstość na poziomie 6,5% jest znacznie niedoszacowana. Sumarycznie w tym badaniu różnego rodzaju tiki zaobserwowano u 34% dzieci, co może wskazywać, że w populacji dzieci z autyzmem zaburzenia tikowe występują częściej niż w populacji ogólnej, lecz w kontekście objawów autystycznych są pomijane w procesie diagnostycznym [30].

W badaniach sprzed 2000 roku, opartych na populacji szwedzkiej, autorzy jasno wskazywali na istnienie związku pomiędzy zespołem Aspergera (*Asperger Syndrome* – AS) i TS [31]. Diagnozę zespołu Tourette’a postawiono u 20% dzieci z pewną diagnozą zespołu Aspergera, a u prawie 80% zaobserwowano przewlekłe tiki ruchowe lub wokalne o różnym stopniu nasilenia. Inne badania wskazywały, że około 10% dzieci z zespołem Tourette’a spełnia kryteria diagnostyczne dla zespołu Aspergera, co zna-

lażło także potwierdzenie w przeglądzie literatury przeprowadzonym przez Gillberg i Billstedt [31], gdzie oszacowano częstość współwystępowania AS i TS na 8%.

Canitano i Vivanti [32] również podjęli badania nad tym zagadnieniem, rekrutując 105 dzieci z potwierdzonym rozpoznaniem zaburzeń ze spektrum autyzmu. Grupa badana złożona była z 94 chłopców i 11 dziewczynek, średnio w wieku 12 lat ($SD \pm 3,9$ lat). W metodologii badania skupiono się na dokładnym zróżnicowaniu tików od stereotypii, co zapewnia wyższą swoistość uzyskanych wyników w porównaniu z publikacjami z lat wcześniejszych. U około 22% dzieci ($n = 24$) wykryto obecność tików, z czego u 12 (11%) spełnione były kryteria zespołu Tourette'a. Przewlekłe tiki ruchowe lub wokalne zaobserwowano u 4 dziewczynek (36% dziewczynek biorących udział w badaniu) oraz u 20 chłopców (21,2%). Jednakże autorzy zwracają uwagę, że nasilenie tików skorelowane było ze stopniem niepełnosprawności intelektualnej, co zostało wykazane także u dzieci z niepełnosprawnością intelektualną bez diagnozy autyzmu.

Simonoff i wsp. [33], którzy przeanalizowali literaturę dotyczącą związku pomiędzy autyzmem a innymi chorobami neuropsychiatrycznymi, stwierdzili, że częstość współwystępowania ASD z obecnością przewlekłych tików motorycznych lub wokalnych kształtuje się na poziomie 9%, z zespołem Tourette'a zaś na poziomie 4,8%. Kolejny przegląd literatury przedmiotu, przeprowadzony przez Kalyvę i wsp. [34], wykazał pojawienie się w anglojęzycznej literaturze zaledwie dwóch oryginalnych badań po 2010 roku. Były to badanie Pringsheim i Hammer [35] w którym brało udział 114 dzieci z przewlekłymi tikami motorycznymi lub wokalnymi, gdzie wykryto współistniejące zaburzenia ze spektrum autyzmu u 12,59% dzieci, oraz badanie Gjevik i wsp. [36], w którym w grupie 71 dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu rozpoznano współistniejący zespół Tourette'a u 8% ($n = 11$). Na podstawie analizy literatury od 1986 roku Kalyva i wsp. [34] dowiedli, że częstość współwystępowania tików i zaburzeń ze spektrum autyzmu waha się od średnio 4–5% w badaniach uwzględniających duże populacje pacjentów do średnio 9–12% w prawidłowo skonstruowanych badaniach opartych na mniejszych populacjach. W badaniach na małych populacjach częstość współwystępowania tików i zaburzeń ze spektrum autyzmu sięgała nawet 77%. Opisane zależności wskazują, że pomiędzy tikami a zaburzeniami ze spektrum autyzmu najprawdopodobniej zachodzi istotny związek patogenetyczny, który wymaga dalszych badań.

Darrow i wsp. [37] analizowali przypadki 313 dzieci i 241 dorosłych z rozpoznaniem zespołem Tourette'a, jak również 10 dzieci i 224 dorosłych bez diagnozy TS. I tak 64,5% badanych ($n = 545$ osób) to byli chłopcy i mężczyźni, przy czym w grupie dzieci z zespołem Tourette'a odsetek ten wynosił 81,6% ($n = 294$), u dorosłych zaś 66,8% ($n = 161$). W opisywanym badaniu wykazano współistnienie TS z cechami zaburzeń ze spektrum autyzmu u 22,8% dzieci oraz u 8,7% dorosłych. W całej badanej grupie osób z rozpoznaniem TS częstość współistniejących cech ASD wynosiła 18%. Tymczasem wśród osób bez diagnozy TS częstość cech autyzmu wynosiła 3%. W grupie osób ze współistniejącymi cechami autyzmu i TS 3,9% stanowiły kobiety i dziewczynki, a w grupie TS bez cech autyzmu było 21,2% kobiet. Nie uzyskano istotnych statystycznie różnic pomiędzy płciami pod względem częstości współwy-

stępowania ASD i TS. W literaturze przedmiotu brakuje badań skupiających się na analizie dziewcząt pod względem współwystępowania autyzmu i tików. Jedynym takim znalezionym w trakcie przeglądu stosownego piśmiennictwa badaniem, w którym podjęto się dokładnej analizy tego zagadnienia pod kątem różnic płciowych, było badanie Canitano i wsp. [32]. Jednakże należy zwrócić uwagę na bardzo małą grupę badaną ($n = 11$), co sprawia, że uzyskane w nim wyniki są niewiarygodne. Darrow i wsp. [37] mówią o odsetkach kobiet w grupach TS+ASD i TS-ASD, ale nie podają dokładnych rozkładów ani profilu demograficznego kobiet, wspominając jedynie o braku istotnych różnic pomiędzy płciami.

Zagadnienie współwystępowania ADHD i autyzmu jest istotne z punktu widzenia zarówno klinicysty, jak i badacza. Przed 2013 rokiem obszar ten nie wzbudzał tak dużego zainteresowania. Wynikało to przede wszystkim z konstrukcji czterech poprzednich edycji DSM, które wykluczały możliwość postawienia diagnozy obydwu tych zaburzeń jednocześnie. Ograniczenie to zniosła w 2013 roku piąta edycja DSM, umożliwiając szeroko zakrojone badania nad współwystępowaniem tych dwóch zaburzeń neurorozwojowych [38]. Mimo to już od 2003 roku można znaleźć opracowania analizujące obecność cech ADHD u dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu. W dostępnych z tego okresu źródłach częstość ADHD szacowana jest na 52 do nawet 68% dzieci z ASD [39]. Jednym z ciekawszych starszych badań (2007 r.) jest opracowanie Holtmann i wsp. [40] przeprowadzone na grupie 182 dzieci spełniających kryteria dla diagnozy autyzmu. Przeanalizowano w nim grupę 41 dziewczynek oraz 141 chłopców w wieku średnio 10,5 lat. Do oceny cech ADHD zastosowano kwestionariusz *Child Behaviour Checklist*. W trakcie analizy statystycznej wykazano, że dziewczynki z autyzmem ze współistniejącymi objawami nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi istotnie częściej prezentowały zachowania sprzeczne z prawem, chłopcy zaś byli bardziej lękowi z cechami depresyjnymi. Autorzy zwracają przy tym uwagę, że być może wyniki wskazują na znacznie większe deficyty w zakresie planowania i funkcji wykonawczych u tych dziewcząt, podkreślając wszakże, że wyniki mogą być obarczone błędem interpretacyjnym, gdy rodzice tych dzieci oczekują więcej zachowań społecznie akceptowanych ze strony swoich córek aniżeli synów [40].

Kolejne badanie, autorstwa Sinzig i wsp. [39], opierało się na grupie 83 dzieci z diagnozą autyzmu, w tym 13 dziewczynek i 70 chłopców. W całej populacji 53% osób spełniało kryteria rozpoznania ADHD według DSM-IV – w grupie dziewcząt było to 46%, a w grupie chłopców 54% badanych ($p > 0,05$). Należy jednak wziąć pod uwagę znaczną dysproporcję pomiędzy płciami, a także obiektywnie niską liczebność samych dziewczynek. W badaniu Van Der Meer i wsp. [41] grupę 644 dzieci w wieku od 5 do 17 lat zrekrutowano w sposób losowy z badania populacyjnego *Biological Origins of Autism* (BOA). Uczestnicy zostali podzieleni pod względem prezentowanych objawów klinicznych na trzy grupy badane i grupę kontrolną. Pierwsza, licząca 109 osób, obejmowała pacjentów z diagnozą wyłącznie ADHD. Druga, licząca 59 osób – ADHD z cechami autyzmu. Trzecia, licząca 58 osób, uwzględniała autyzm z cechami ADHD. Grupa kontrolna obejmowała 418 dzieci neurotypowych. Najniższy odsetek dziewcząt – 13,8% – był w grupie trzeciej. W grupie drugiej wynosił on 18,6%, a w pierwszej 33,9%. Taki rozkład płci może wynikać przede wszystkim

z dużych trudności w diagnozie autyzmu u dziewczynek. Godny uwagi jest też fakt, że w badaniu tym nie występowały osoby z cechami autyzmu bez współwystępujących cech ADHD. W badaniu Taylor i wsp. [42] rodzice 5356 par bliźniaków wypełniali kwestionariusze oceny cech autyzmu i ADHD odnoszące się do okresu pomiędzy 8. a 12. r.ż. ich dzieci. Analizowano w sumie 2551 chłopców oraz 2805 dziewczynek. Przeprowadzona przez autorów analiza wykazała, że obecność cech ADHD w wieku 8 lat stanowiła istotny statystycznie predyktor wystąpienia cech zaburzeń ze spektrum autyzmu. Co ciekawe, nie zaobserwowano jednakże odwrotnej zależności. W analizie z podziałem pod względem płci autorzy opisali znacznie silniejszy związek pomiędzy cechami autyzmu a cechami ADHD w wypadku chłopców ($r = 0,41$; $p < 0,05$) w porównaniu do dziewczynek ($r = 0,23$; $p < 0,05$).

W badaniu Miodovnik i wsp. z 2015 roku [43], opartym na grupie 1451 dzieci z postawioną diagnozą autyzmu, dla 47,9% badanych w wywiadzie od opiekunów postawiona została diagnoza ADHD w przeszłości. U 313 dzieci (20,9%) diagnoza ADHD poprzedzała autyzm (w tej grupie 12,4% populacji stanowiły dziewczęta), u 392 (27%) jednocześnie postawiono diagnozę autyzmu i ADHD (w tej grupie 11,2% populacji stanowiły dziewczęta), a u 746 (51,4%) stwierdzono tylko autyzm. U 42% dziewcząt ($n = 112$) zdiagnozowano współwystępowanie ADHD i autyzmu, u chłopców zaś odsetek ten wynosił 50,08% ($n = 596$). Analiza danych zebranych na podstawie wywiadu telefonicznego ujawniła, że współwystępowanie ADHD i autyzmu dotyczy nawet 10% ($n = 1952$) całej badanej populacji. Podobne wyniki uzyskali Jensen i Steinhäuser [44] w badaniu retrospektywnym na grupie 14825 pacjentów z diagnozą ADHD, gdzie około 12,4% ($n = 1842$) dzieci spełniało kryteria rozpoznania ADHD. W grupie dziewcząt współwystępowanie obu zaburzeń stwierdzono u 9,2% ($n = 282$), a wśród chłopców u 13,3% ($n = 1560$). Zabłotsky i wsp. [45] w badaniu kwestionariuszowym ustalili, że odsetek dzieci z diagnozą autyzmu wynosił 13% w grupie 2464 dzieci z rozpoznaniem ADHD.

Dostępne badania dotyczące współwystępowania ADHD i autyzmu są nieliczne, reprezentowane głównie przez badania kwestionariuszowe i retrospektywne. Na podstawie analizy dostępnej literatury wyciągnąć można wniosek, że w grupie pacjentów z zaburzeniem ze spektrum autyzmu częstość występowania ADHD wynosi około 20%. W grupie pacjentów z ADHD autyzm występuje u około 10–13%. Częstość współwystępowania ADHD i autyzmu jest nieznacznie niższa u dziewcząt niż u chłopców.

Zaburzenia odżywiania u dziewcząt i kobiet z autyzmem

Zarówno autorzy publikacji naukowych, jak i osoby klinicznie zajmujące się pacjentkami ze spektrum autyzmu zwracają uwagę na możliwość istnienia związku pomiędzy autyzmem i zaburzeniami odżywiania (*Eating Disorders* – ED), a w szczególności jadłowstrętem psychicznym (*Anorexia Nervosa* – AN). Jako pierwszy potencjalną zależność pomiędzy autyzmem i AN opisał w latach osiemdziesiątych ubiegłego wieku Christopher Gillberg [46]. Autor zwrócił uwagę, że u kilku dziewczynek chłopców ze zdiagnozowanym autyzmem rozpoznawano także AN.

Zarówno ASC, jak i AN charakteryzują się obecnością obsesyjnych, ograniczonych i powtarzalnych wzorców zachowań oraz zainteresowań, skłonnością do sztywnych rutyn, problemami w interakcjach społecznych, włączając w to izolację społeczną, oraz znaczącymi trudnościami w komunikacji społecznej. Jednakże wskaźnik występowania ASC i AN jest odmienny wśród mężczyzn i kobiet, z istotnie większym rozpowszechnieniem AN u kobiet. U osób z ASC objawy obecne są od wczesnego dzieciństwa, natomiast u pacjentów z AN pierwsze objawy pojawiają się typowo w okresie dorastania lub wczesnej dorosłości. Widoczne częściowe pokrywanie się profilów objawów ASC i AN powoduje, że badacze oraz klinicyści muszą odpowiedzieć na szereg pytań, w tym: czy są to dwa odmiennie stany oraz czy AN może być atypową prezentacją ASC i dlatego powinna być uwzględniona w spektrum autyzmu [47].

Osoby z ASC często prezentują nietypowe lub zaburzone wzorce odżywiania, a także zachowania oraz nawyki z nim związane. Obejmują one nietypową wrażliwość sensoryczną, odmowę jedzenia, ograniczony repertuar przyjmowanych pokarmów i związane z nim istotne ograniczenia dietetyczne. Bandini i wsp. [48] wykazali, że selektywność w przyjmowaniu pokarmów pojawiająca się u osób z ASC we wczesnym dzieciństwie utrzymuje się również w okresie nastoletnim. W innym badaniu Karjalainen i wsp. [49] ujawnili, że w grupie młodych dorosłych oraz dorosłych pacjentów z zaburzeniami neurorozwojowymi określanymi skrótem ESSENCE (*Early Symptomatic Syndromes Eliciting Neurodevelopmental Clinical Examinations*), ADHD i/lub ASC w porównaniu do populacji ogólnej obserwuje się nadreprezentatywność objawów zaburzeń odżywiania (ED). Wskaźnik płciowy ED w badanej populacji wynosił 2,5: 1, co istotnie odróżnia tę grupę od populacji ogólnej, w której na 8–10 kobiet z rozpoznaniem AN lub bulimii psychicznej (*Bulimia Nervosa* – BN) przypada jeden mężczyzna z takim rozpoznaniem. Dodatkowo autorzy zauważyli, że młodzi dorośli lub dorośli z ADHD bardziej skupiali się na myśleniu o kaloriach i byli niezadowoleni ze swego ciała niż osoby z autyzmem. Bölte i wsp. [50] wykazali, że część pacjentów z ASC (w badanej grupie 28%) ma niską masę ciała, a ich BMI mieści się w 5 percentylu lub poniżej.

Z kolei w innych publikacjach odnajdujemy informacje o występowaniu objawów ASC wśród pacjentów z AN i innymi zaburzeniami odżywiania. Dell’Osso i wsp. [51] stwierdzili, że osoby z różnymi zaburzeniami odżywiania, włączając AN (oba jej podtypy), BN (*Bulimia nervosa*) oraz zaburzenie z napadami objadania się (*Binge Eating Disorder* – BED), mają cechy o charakterze autystycznym i w porównaniu z grupą kontrolną zdradzają więcej objawów podprogowych autyzmu. Badacze ci podkreślają, że profile poznawcze oraz behawioralne ASC i AN pokrywają się w wielu aspektach. Dorosłe kobiety z AN w porównaniu z grupą kontrolną osiągają wyższe wyniki w skróconej wersji *Autism Spectrum Quotient* (AQ-10), a Westwood i wsp. [52] opisałi w swoim artykule, że 23,3% spośród badanych przez nich dorosłych kobiet z AN osiągało w ADOS-2 wyniki powyżej punktu odcięcia dla ASC. We wcześniejszych systematycznych przeglądach wskazywano na nadreprezentację autyzmu w populacji osób z AN [53]. Jednakże wraz z pogłębianiem tematu pojawiło się wiele wątpliwości, które wymagają dalszego wyjaśniania w celu zrozumienia opisywanych związków pomiędzy ASC i AN.

Westwood i wsp. [54] podkreślają, że w wielu wcześniejszych badaniach brak jest wystarczających informacji dotyczących rozwoju pacjenta, w tym czynników nasilających głód, a ocena objawów ASC oparta jest wyłącznie na wynikach uzyskanych na podstawie kwestionariusza AQ (kwestionariusz samooceny, The Autism-Spectrum Quotient), co powoduje, że interpretacja wyników stanowi duże wyzwanie. Dlatego autorzy ci rekomendują w przyszłych badaniach dokładniejszą ocenę objawów ASC. Dodatkowo badacze wskazują na wiele ograniczeń i różnic metodologicznych pojawiających się w dawniejszych doniesieniach oraz stosowanie szerokiego zakresu narzędzi [55]. We wcześniejszych publikacjach często grupę badaną stanowiły osoby dorosłe, a dane dotyczące ich rozwoju były ograniczone. Podobnie pominięto analizę wpływu głodu na uzyskane wyniki, a ocena objawów ASC była niewystarczająca [53, 54]. Badania prowadzone w młodszej populacji pacjentów i włączenie informacji dotyczących rozwoju nie wykazały tak istotnych zależności pomiędzy autyzmem i AN. Pooni i wsp. [56] poświęcili uwagę pacjentom między 8. i 16. r.ż. z diagnozą zaburzeń odżywiania o wczesnym początku; uwzględnili również pełny wywiad rozwojowy. Ustalili, że diagnoza ASC w badanej grupie pacjentów z ED nie była stawiana częściej niż w grupie kontrolnej. Natomiast częściej w grupie z ED stwierdzano ograniczone i powtarzalne zachowania oraz społeczną izolację. Podobnie Rhind i wsp. [57] dowiedli, że uwzględniając historię rozwoju pacjenta, tylko 4% badanej grupy nastolatków z ED spełniało kryteria dla ASC.

Szczególnie istotne jest uwzględnienie zmiennych zakłócających głód. Już w 1950 roku Keys wskazał, że wiele ostrych fizjologicznych, psychologicznych oraz poznawczych nieprawidłowości może być spowodowanych przez głód, tak jak obserwuje się to u osób z AN. Opisywane nieprawidłowości odzwierciedlają wiele objawów powszechnie związanych z ASC. Jednakże objawy „ASC podobne” zostają w tym wypadku wyeliminowane przez odżywienie i przywrócenie prawidłowej masy ciała. To doprowadziło badaczy do wniosku, że niektóre obserwowane podobieństwa powinno się traktować raczej jako „stan” (spowodowany przemijającym głodem), a nie powiazaną „cechę” [57].

Dorosłe kobiety z autyzmem

Wiele kobiet z autyzmem napisało swoje autobiografie, dzieląc się informacjami jak radzić sobie z trudnościami, których doświadczają takie kobiety i dziewczęta. Autobiografie te potwierdzają, jak trudno jest dorosłym kobietom z autyzmem uzyskać dostęp do odpowiedniego wsparcia, często nie są traktowane poważnie, wiele zaś osób nie wierzy, że kobiety te mogą w ogóle mieć autyzm.

Jest wiele niezdiagnozowanych dorosłych matek z autyzmem, a te, które uzyskały oficjalną diagnozę autyzmu, przedstawiają informacje na temat własnej ciąży i macierzyństwa [16]. Badania nad seksualnością wśród kobiet z autyzmem są nadal rzadkością, komplikowaną różnymi aspektami i oczekiwaniami kulturowymi oraz licznymi tabu narosłymi wokół tego tematu. Niektóre kobiety deklarują homoseksualizm, George i Stokes [10] natomiast odnotowują wyższe wskaźniki homoseksualizmu, biseksualności i aseksualności wśród dorosłych osób z autyzmem. Rynkiewicz [3] oraz Ormond i wsp. [9] podkreślają znaczenie zaburzeń sensorycznych, które mogą wpły-

wać również na seksualność u kobiet z autyzmem. Kobiety z autyzmem są podatne na różnego rodzaju nadużycia i różne formy wykorzystania z powodu swojej społecznej naiwności oraz innych trudności związanych z autyzmem. Są podatne na wykorzystania seksualne i gwałt, dlatego wymagają większego wsparcia terapeutycznego ze strony osób, które pracują z tą populacją pacjentek [10, 16].

Wiele wysokofunkcjonujących kobiet z autyzmem ma bardzo szerokie zainteresowania i mocno się angażuje w rozwijanie swoich pasji, które wcale nie muszą być postrzegane jako tradycyjnie związane z autyzmem. Chodzi bowiem o takie dziedziny, jak literatura, sztuka, języki, zachowania u ludzi lub zwierząt, psychologia, pedagogika, logopedia, medycyna, moda, kosmetyki, teatr, taniec itp., o których coraz częściej w tym kontekście wspomina się w piśmiennictwie z omawianego zakresu [3, 9, 16]. Wysokofunkcjonujące kobiety z autyzmem mogą odnieść sukces zawodowy i są uznawane za wysokiej klasy specjalistów w swojej dziedzinie, gdzie zazwyczaj obszar ich zainteresowania lub wiedzy staje się także obszarem ich zatrudnienia [58]. Kobiety z autyzmem często mają jednak trudności z długoterminowym utrzymaniem pracy, chyba że zapewni się im odpowiednie wsparcie [16, 58–60]. Jak podaje Hendrickx [58], trudności te są efektem stresu, którego źródłem są niuanse i złożoność interakcji społecznych w miejscu pracy, ale również przeciążeń sensorycznych, jakich doświadczają owe kobiety, a wynikających z autyzmu.

Coraz więcej badań podejmuje temat różnic międzypłciowych w autyzmie oraz kieruje uwagę na dziewczęta i kobiety ze spektrum autyzmu. Włączenie po raz pierwszy w kryteriach autyzmu w DSM-5 zaburzeń profilu sensorycznego jest korzystne dla tych pacjentek. Jednocześnie nadal w wielu krajach świadomość społeczeństwa, a więc także środowiska medycznego, o żeńskim obrazie autyzmu nie jest wystarczająca lub jest wręcz niska. Niestety dziewczęta i kobiety z autyzmem wciąż pozostają grupą, dla której wiele z form terapii stosowanych w autyzmie nie jest dostępnych ze względu na brak prawidłowej diagnozy lub zbyt późno postawione rozpoznanie. W codziennej praktyce w dalszym ciągu wykorzystuje się też narzędzia diagnostyczne, które nie obejmują żeńskiego fenotypu autyzmu i nie są wystarczająco czułe w diagnostyce tej populacji pacjentek [16]. Odpowiednio wczesne rozpoznanie zmniejsza jednak trudności, jakich dziewczęta i kobiety z autyzmem doświadczają w okresie całego życia, umożliwiając ocenę ich potrzeb w zakresie zdrowotnym, wykształcenia, wypoczynku, relacji społecznych oraz zatrudnienia [16, 59, 60].

Piśmiennictwo

1. Baron-Cohen S. *ASD vs. ASC: Is one small letter important? IMFAR 2015. 14th Annual International Meeting For Autism Research. International Society for Autism Research (INSAR). Proceedings*. Salt Lake City, UT, USA; 2015.
2. Lai MC, Baron-Cohen S. *Identifying the lost generation of adults with autism spectrum conditions*. *Lancet Psychiatry*. 2015; 2(11): 1013–1027.
3. Rynkiewicz A. *Autism spectrum disorders in females. Sex/gender differences in clinical manifestation and co-existing psychopathology*. PhD Dissertation. Retrieved from Medical University

- of Gdansk Bibliography Database 2016; <http://pbc.gda.pl/dlibra/docmetadata?id=54143&from=publication>.
4. Lai MC, Lombardo MV, Auyeung B, Chakrabarti B, Baron-Cohen S. *Sex/gender differences and autism: Setting the scene for future research*. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry. 2015; 54(1): 11–24.
 5. Rynkiewicz A, Schuller B, Marchi E, Piana S, Camurri A i wsp. *An investigation of the 'female camouflage effect' in autism using a computerized ADOS-2, and a test of sex/gender differences*. Mol. Autism. 2016; 7: 10.
 6. Jacquemont S, Coe BP, Hersch M, Duyzend MH, Krumm N i wsp. *A higher mutational burden in females supports a "female protective model" in neurodevelopmental disorders*. Am. J. Hum. Genet. 2014; 94(3): 415–425.
 7. Nichols S, Pulver Tetenbaum S, Moravcik GM. *Girls growing up on the autism spectrum: What parents and professionals should know about the pre-teen and teenage years*. London: Jessica Kingsley Publishers; 2009.
 8. Rynkiewicz A, Łucka I. *Autism spectrum disorder (ASD) in girls. Co-occurring psychopathology. Sex differences in clinical manifestation*. Psychiatr. Pol. 2018; 52(4): 629–639.
 9. Ormond S, Brownlow C, Garnett MS, Rynkiewicz A, Attwood T. *Profiling autism symptomatology: An exploration of the Q-ASC parental report scale in capturing sex differences in autism*. J. Autism Dev. Disord. 2018; 48(2): 389–403.
 10. George R, Stokes MA. *Sexual orientation in Autism Spectrum Disorder*. Autism Res. 2017; 11(1): 133–141.
 11. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013.
 12. Mandy W, Meng-Chuan L. *Towards sex – and gender-informed autism research*. Autism. 2017; 21(6): 643–645.
 13. Kreiser NL, White SW. *ASD traits and co-occurring psychopathology: The moderating role of gender*. J. Autism. Dev. Disord. 2015; 45(12): 3932–3938.
 14. Parish-Morris J, Liberman MY, Cieri C, Herrington JD, Yerys BE i wsp. *Linguistic camouflage in girls with autism spectrum disorder*. Mol. Autism. 2017; 8: 48.
 15. Kirkovski M, Enticott PG, Fitzgerald PB. *A review of the role of female gender in autism spectrum disorders*. J. Autism Dev. Disord. 2013; 43(11): 2584–2603.
 16. Rynkiewicz A, Lassalle A, King B, Smith R, Mazur A i wsp. *Females and autism*. Oxford Bibliographies in Childhood Studies. Ed. Heather Montgomery. New York: Oxford University Press. 2018. DOI: 10.1093/OBO/9780199791231-0209
 17. Tierney S, Burns J, Kilbey E. *Looking behind the mask: Social coping strategies of girls on the autistic spectrum*. Res. Autism Spectr. Disord. 2016; 31(23): 73–83.
 18. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). *Assessment, diagnosis and interventions for autism spectrum disorders. A national clinical guideline*. Edinburgh: SIGN; 2016. (SIGN publication no. 145). <http://www.sign.ac.uk>.
 19. Lord C, Risi S, Lambrecht L, Cook EH, Leventhal BL i wsp. *The autism diagnostic observation schedule-generic: A standard measure of social and communication deficits associated with the spectrum of autism*. J. Autism Dev. Disord. 2000; 30(3): 205–223.
 20. Lord C, Rutter M, DiLavore PC, Risi S, Gotham K, Bishop SI. *Autism diagnostic observation schedule, second edition (ADOS-2) manual (part 1) modules 1–4*. Torrance: Western Psychological Services; 2012.

21. Le Couteur A, Rutter M, Lord C, Rios P, Robertson S, Holdgrafer M i wsp. *Autism diagnostic interview: A standardised investigator-based instrument*. J. Autism Dev. Disord. 1989; 19(3): 363–387.
22. Rutter M, Bailey A, Lord C. *SCQ: Social Communication Questionnaire. Manual*. Los Angeles, CA: Western Psychological Services; 2010.
23. Lugnegård T, Hallerbäck MU, Gillberg C. *Psychiatric comorbidity in young adults with a clinical diagnosis of Asperger syndrome*. Res. Dev. Disabil. 2011; 32(5): 1910–1917.
24. Hedley D, Uljarević M. *Systematic review of suicide in Autism Spectrum Disorder: Current trends and implications*. Curr. Dev. Disord. Rep. 2018; 5(1): 65–76.
25. Wu YT, Maenner MJ, Wiggins LD, Rice CE, Bradley CC i wsp. *Retention of autism spectrum disorder diagnosis: The role of co-occurring conditions in males and females*. Res. Autism Spectr. Disord. 2016; 25: 76–86.
26. Lundström S, Reichenberg A, Melke J, Råstam M, Kerekes N i wsp. *Autism spectrum disorders and coexisting disorders in a nationwide Swedish twin study*. J. Child Psychol. Psychiatry Allied Discip. 2015; 56(6): 702–710.
27. Stadnick N, Chlebowski C, Baker-Ericzén M, Dyson M, Garland A, Brookman-Frazee L. *Psychiatric comorbidity in autism spectrum disorder: Correspondence between mental health clinician report and structured parent interview*. Autism. 2017; 21(7): 841–851.
28. Borue X, Mazefsky C, Rooks BT, Strober M, Keller MB i wsp. *Longitudinal course of bipolar disorder in youth with high-functioning Autism Spectrum Disorder*. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry. 2016; 55(12): 1064–1072.e6.
29. Frías A, Palma C, Farriols N. *Comorbidity in pediatric disorder: Prevalence, clinical impact, etiology and treatment*. J. Affect. Disord. 2015; 174: 378–389.
30. Baron-Cohen S, Scahill VL, Izaguirre J, Hornsey H, Robertson MM. *The prevalence of Gilles de la Tourette syndrome in children and adolescents with autism: A large scale study*. Psychol. Med. 1999; 29(5): 1151–1159.
31. Gillberg C, Billstedt E. *Autism and Asperger syndrome: Coexistence with other clinical disorders*. Acta Psychiatr. Scand. 2000; 102(5): 321–330.
32. Canitano R, Vivanti G. *Tics and Tourette syndrome in autism spectrum disorders*. Autism. 2007; 11(1): 19–28.
33. Simonoff E, Pickles A, Charman T, Chandler S, Loucas T, Baird G. *Psychiatric disorders in children with autism spectrum disorders: Prevalence, comorbidity, and associated factors in a population-derived sample*. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry. 2008; 47(8): 921–929.
34. Kalyva E, Kyriazi M, Vargiami E, Zafeiriou DI. *A review of co-occurrence of autism spectrum disorder and Tourette syndrome*. Res. Autism Spectr. Disord. 2016; 24: 39–51.
35. Pringsheim T, Hammer T. *Social behavior and comorbidity in children with tics*. Pediatr. Neurol. 2013; 49(6): 406–410.
36. Gjevik E, Eldevik S, Fjæran-Granum T, Sponheim E. *Kiddie-SADS reveals high rates of DSM-IV disorders in children and adolescents with autism spectrum disorders*. J. Autism Dev. Disord. 2011; 41(6): 761–769.
37. Darrow SM, Grados M, Sandor P, Hirschtritt ME, Illmann C i wsp. *Autism spectrum symptoms in a Tourette's Disorder Sample*. J. Am. Child Adolesc. Psychiatry. 2017; 56(7): 610–617.
38. May T, Brignell A, Hawi Z, Brereton A, Tonge B i wsp. *Trends in the Overlap of Autism Spectrum Disorder and Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Prevalence, clinical management, language and genetics*. Curr. Dev. Disord. Rep. 2018; 5(1): 49–57.

39. Sinzig J, Walter D, Doepfner M. *Attention deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents with autism spectrum disorder: Symptom or syndrome?* J. Atten. Disord. 2009; 13(2): 117–126.
40. Holtmann M, Bölte S, Poustka F. *Attention deficit hyperactivity disorder symptoms in pervasive developmental disorders: Association with autistic behavior domains and coexisting psychopathology.* Psychopathology. 2007; 40(3): 172–177.
41. Van Der Meer JMJ, Oerlemans AM, Van Steijn DJ, Lappenschaar MG, Sonnevile de LM i wsp. *Are autism spectrum disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder different manifestations of one overarching disorder? Cognitive and symptom evidence from a clinical and population-based sample.* J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry. 2012; 51(11): 1160–1172.
42. Taylor MJ, Charman T, Robinson EB, Plomin R, Happé F i wsp. *Developmental associations between traits of autism spectrum disorder and attention deficit hyperactivity disorder: A genetically informative, longitudinal twin study.* Psychol. Med. 2013; 43(8): 1735–1746.
43. Miodovnik A, Harstad E, Sideridis G, Huntington N. *Timing of the diagnosis of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Autism Spectrum Disorder.* Pediatrics. 2015; 136(4): e830–e837.
44. Jensen CM, Steinhausen HC. *Comorbid mental disorders in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder in a large nationwide study.* ADHD Atten. Deficit Hyperact. Disord. 2015; 7(1): 27–38.
45. Zablotsky B, Bramlett MD, Blumberg SJ. *The co-occurrence of Autism Spectrum Disorder in children with ADHD.* J. Atten. Disord. 2017; 108705471771363. Doi: 10.1177/1087054717713638. [Epub ahead of print].
46. Gillberg C. *Are autism and anorexia nervosa related?* Br. J. Psychiatry. 1983; 142(4): 428.
47. Oldershaw A, Treasure J, Hambrook D, Tchanturia K, Schmidt U. *Is anorexia nervosa a version of autism spectrum disorders?* Eur. Eat. Disord. Rev. 2011; 19(6): 462–474.
48. Bandini LG, Curtin C, Phillips S, Anderson SE, Maslin M, Must A. *Changes in food selectivity in children with Autism Spectrum Disorder.* J. Autism Dev. Disord. 2017; 47(2): 439–446.
49. Karjalainen L, Gillberga C, Råstamd M, Wentza E. *Eating disorders and eating pathology in young adult and adult patients with ESSENCE.* Compr. Psychiatry. 2016; 66: 79–86.
50. 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(3): 349–351.
51. Dell’Osso L, Carpita B, Gesi C, Cremone IM, Corsi M, Massimetti E i wsp. *Subthreshold autism spectrum disorder in patients with eating disorders.* Compr. Psychiatry. 2018; 81: 66–72.
52. Westwood H, Mandy W, Tchanturia K. *Clinical evaluation of autistic symptoms in women with anorexia nervosa.* Mol. Autism. 2017; 8: 12.
53. Huke V, Turk J, Saeidi S, Kent A, Morgan JF. *Autism spectrum disorders in eating disorder populations: A systematic review.* Eur. Eat. Disorders Rev. 2013; 21(5): 345–351.
54. Westwood H, Eisler I, Mandy W, Leppanen J, Treasure J, Tchanturia K. *Using the Autism-Spectrum Quotient to Measure Autistic Traits in Anorexia Nervosa: A systematic review and meta-Analysis.* J. Autism Dev. Disord. 2016; 46(3): 964–977.
55. Westwood H, Tchanturia K. *Autism Spectrum Disorder in Anorexia Nervosa: An updated literature review.* Curr. Psychiatry Rep. 2017; 19(7): 41.
56. Pooni J, Ninteman A, Bryant-Waugh R, Nicholls D, Mandy W. *Investigating autism spectrum disorder and autistic traits in early onset eating disorder.* Int. J. Eat. Disord. 2012; 45(4): 583–591.
57. Rhind C, Bonfioli E, Hibbs R, Goddard E, Macdonald P, Gowers S i wsp. *An examination of autism spectrum traits in adolescents with anorexia nervosa and their parents.* Mol. Autism. 2014; 5(1): 56.

58. Hendrickx S. *Women and girls with Autism Spectrum Disorder. Understanding life experiences from early childhood to old age*. London: Jessica Kingsley Publishers; 2015.
59. Baldwin S, Costley D. *The experiences and needs of female adults with high-functioning autism spectrum disorder*. *Autism*. 2015; 20(4): 483–495.
60. Bargiela S, Steward R, Mandy W. *The experiences of late-diagnosed women with Autism Spectrum Conditions: An investigation of the female autism phenotype*. *J. Autism Dev. Disord.* 2016; 46(10): 3281–3294.

Adres: Agnieszka Rynkiewicz
Wydział Medyczny, Uniwersytet Rzeszowski
Instytut Medycyny Doświadczalnej i Klinicznej
Pracownia Badań Zaburzeń Neurorozwojowych
35-310 Rzeszów, ul. Warzywna 1A.
e-mail: arynkiewicz@ur.edu.pl

Otrzymano: 4.04.2018

Zrecenzowano: 18.05.2018

Otrzymano po poprawie: 24.07.2018

Przyjęto do druku: 12.09.2018